

RehaClinic



RehaClinic

(Bad Zurzach, Baden, Glarus, Braunwald)

Quellenstrasse 34

5330 Bad Zurzach



Rehabilitation

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

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

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	6
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	6
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	6
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	8
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2010	8
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	8
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	9
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	11
D	Qualitätsmessungen	13
D1	Zufriedenheitsmessungen	13
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	13
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	15
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	16
D2	ANQ-Indikatoren	17
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	17
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	19
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	19
D3-2	Stürze	20
D3-6	Weiteres Messthema	22
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	25
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	26
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	26
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	27
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	28

F	Schlusswort und Ausblick	29
G	Impressum	30
H	Anhänge.....	31

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

RehaClinic legt Wert auf die umfassende Versorgung seiner Patienten. Mit einem solchen Versprechen alleine blieben aber viele Interpretationsmöglichkeiten offen. "Umfassend" beziehen wir daher nicht nur auf die Prozesse, die der Patient von einer Institution erwarten kann, die zu einem gehobenen Service im Sinne einer positiven Dienstleistungsmentalität gehören, sondern es umfasst die gesamte Ausrichtung des Unternehmens:

RehaClinic ist vernetzt und vernetzt sich weiterhin: Mit fünf, bald sechs klinischen Standorten in der stationären Rehabilitation (Bad Zurzach, Baden, Akutnahe Neurorehabilitation im Kantonsspital Baden, Braunwald, Glarus sowie in absehbarer Zeit Zollikerberg) sowie derzeit fünf ambulanten, Zentren in Lenzburg, Zug, Winterthur, Wil (ergänzt ab Herbst um ein Zentrum am Airport Zürich) sowie Basel (in Kooperation mit der Reha Rheinfelden) ist die Behandlung vieler Patienten unternehmensweit gut abgestützt. Darüber hinaus vernetzt sich RehaClinic aber im Sinne einer integrierten Versorgung partnerschaftlich mit starken externen Partnern, etwa den Kantonsspitalern Baden und Glarus sowie dem Spital Zollikerberg, mit Haus- und zuweisenden Ärzten, die etwa auch eigene Praxen in den Ambulanten Zentren belegen können, oder etwa gar in der kommenden Kooperation mit einem Gesundheitszentrum.

Damit unterstützt RehaClinic sowohl den Gedanken eines mehrwöchigen, stationären Rehabilitationsaufenthaltes wie der wohnortsnahen, inter- und multidisziplinären ambulanten Behandlung. Der Kreislauf einer Behandlung aus einer Hand vom Akutfall bis zur Nachbetreuung im häuslichen Umfeld wird damit Realität.

Mit dieser optimierten Behandlungskette steigt nicht nur die Angebots- und Kompetenzvielfalt sowie der Behandlungskomfort, sondern auch die Qualität des Dienstes am Patienten: optimierte Behandlungsabläufe, transparente Diagnose- und Behandlungskennntnis, Abbau von administrativen und medizinischen Schnittstellen und eine gleichbleibend hohe therapeutische Qualität unterstützen den Patienten in seiner Genesung optimal.

RehaClinic bietet seinen Patienten eine Vielzahl an medizinischen und therapeutischen Leistungen:

- Rheumatologische Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation
- Angiologische Rehabilitation
- Psychosomatische Rehabilitation
- Onkologische Rehabilitation
- Rehabilitation von Patienten mit chronischen und akuten Schmerzzuständen mit diversen spezifischen Schmerzprogrammen
- Medizinische Abklärungen
- Soziale und berufliche Rehabilitation (mit Partnerfirmen)
- Traditionelle Chinesische Medizin (mit Partnerfirma)

Qualität: kein Selbstzweck, sondern eine Haltung

Ein Qualitätsbestreben muss von innen heraus kommen, um es konsequent zu betreiben.

RehaClinic hat sich dem EFQM als Qualitäts- und Führungsmodell ausgewählt, dessen Ziel es ist, möglichst alle Unternehmensleistungen kontinuierlich zu verbessern.

Diese kontinuierlichen Verbesserungen sind auf längere Sicht angelegt, auch wenn sie kurzfristig bereits deutliche Wirkung zeigen. Für Qualitätsbestrebungen gibt es jedoch auch Stichtage. Ein in diesem Sinn herausragendes Ereignis war das erfolgreiche Re-Audit im November 2010 zur Bestätigung der Aufnahme der beiden Häuser RehaClinic Bad Zurzach und RehaClinic Baden in Swiss Reha und The Swiss Leading Hospitals – beides Vereinigungen, deren Mitgliedschaft für RehaClinic bedeutsam ist. Entsprechend komplex waren Fragenkatalog und Anforderungen seitens der unabhängigen und externen Zertifizierungsstelle. Die Ergebnisse sind schon deshalb ermutigend, weil die Kriterien sich in vielerlei

Hinsicht am Patientennutzen orientieren.

Spezielle Bedeutung kommt der Zertifizierung der „geriatrischen Rehabilitation“ durch die akkreditierte Zertifizierungsstelle Kassowitz und Partner im Auftrag von SWISS Reha zu. RehaClinic ist die erste und bisher einzige Rehabilitationsklinik in der Schweiz, die diese Zertifizierung erfolgreich bestanden hat. Das Konzept der geriatrischen Rehabilitation beruht auf der langjährigen Erfahrung in der neurologischen Rehabilitation, orientiert sich am interdisziplinären, multimodalen Ansatz sowie am ICF-Modell (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, nach WHO).

Auch das erfolgreich durchgeführte Audit im darauffolgenden Monat Dezember von Seiten der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) belegt, dass Prävention und Sicherheit bei RehaClinic an vorderer Stelle stehen.

Uns beurteilen aber nicht nur unabhängige, externe Stellen, sondern auch unsere Patienten in einer Patientenzufriedenheitsmessung, die wir mit PZ-Benchmark durchführen. Das System PZ-Benchmark ist vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (getragen vom Spitalverband H+, santésuisse, den Kantonen und den Eidgenössischen Sozialversicherern) als Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit anerkannt. So ergibt sich ein Vergleich mit anderen Rehabilitationskliniken als auch eine dauerhafte Selbstkontrolle durch die erhobenen Daten.

RehaClinic kann für sich in Anspruch nehmen, Forschung als integrierenden Bestandteil seiner Arbeit anzusehen – sie ist bereits in den Stiftungsstatuten verankert. Forschung bei RehaClinic heisst einerseits, einen praktisch anwendbaren Nutzen aus den Ergebnissen ziehen zu können, und ist andererseits damit ein Garant für Qualität.

Spürbare Qualität ist schliesslich nur dann gegeben, wenn der Patient den Service an Dienstleistungen, die auf den eigenen Anstrengungen beruhen, entsprechend positiv wahrnimmt. Dieser Fokus liegt stets im Zentrum unserer Bemühungen.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

- | |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert. |
|---|

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

- Ausbau der strategischen Ausrichtung und Erstellung der Gesamtstrategie RehaClinic
- Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung (Projektstart RehaClinic Zollikerberg, Versorgungsangebot Glarnerland [mit Kantonsspital Glarus und Spital Linth])
- Erfolgreiche Audits in den Bereichen SW!SS- Reha und SLH (Swiss Leading Hospitals)
- Outcome Messungen: ANQ
- Aufbau und Implementierung des IT-gestützten Prozessmanagements
- Evaluation eines Klinikinformationssystems, Vorbereitung und Start des Vorprojektes elektronische KG
- Kontinuierliche Evaluation der Anerkennung als Weiterbildungsstätte der FMH
- Etablierung der Interventionellen Schmerztherapie
- Einführung des Zurzacher Kopfschmerz Programms (ZKP)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

- | |
|-------------------|
| - vergl. Punkt B2 |
|-------------------|

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Personal. Kontinuierliche Umsetzung des Personalentwicklungskonzepts
- Bildung: Aus- Fort- und Weiterbildungsaktivitäten gezielt weiter entwickeln
- Interdisziplinäre Weiterentwicklung von ICF sowie der Behandlungs- und Betreuungsguidelines
- Geriatriekompetenz in den Fachbereichen etablieren
- Forschung:
- IT – E-Health vorantreiben

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. |
| <input type="checkbox"/> Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. |
| <input type="checkbox"/> Andere Organisationsform, nämlich: |
| Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 130 Stellenprozent zur Verfügung. |

B6 *Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement*

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Judith Meier, CEO	056 269 51 61	j.meier@rehaclinic.ch	
Prof. Dr. André Aeschlimann, CMO, Leiter Lehre und Forschung	056 269 5312	a.aeschlimann@rehaclinic.ch	
Andrea Kedzia	056 269 53 29	a.kedzia@rehaclinic.ch	Leitung Qualitätsmanagement
Thomas Rösli	056 269 54 15	t.roesli@rehaclinic.ch	Leitung Betriebswirtschaftliches Controlling
Stephan Fischer	056 269 5167	s.fischer@rehaclinic.ch	Leiter Medizin-Controlling

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

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

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5300 Bad Zurzach, Quellenstrasse 34 • 5401 Baden, Bäderstrasse 16 • 5404 Baden Abteilung «Akutnahe Neurorehabilitation» RehaClinic, c/o Kantonsspital Baden, 6. Etage • 8750 Glarus, Burgstrasse 99 • 8784 Braunwald, Niederschlachtstrasse 12

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

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2010

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte und Anzahl Pflgetage zu interpretieren?

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

Angeborene stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation		--	--
Internistische Rehabilitation		--	--
Angiologische (Kardiale) Rehabilitation		82	2'262
Muskuloskelettale Rehabilitation		2'322	48'215
Neurologische Rehabilitation		847	27'714
Onkologische Rehabilitation		51	1'039
Pädiatrische Rehabilitation		--	--
Psychosomatische Rehabilitation		199	5'494
Pulmonale Rehabilitation		--	--
Rehabilitative Intensivabteilung Neurologische Frührehabilitation		69	2'081

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

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

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote	Stationär	ambulant
Akutnahe Neurorehabilitation (ANNR) im 8. Stock des Kantonsspitals Baden (KSB)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Bad Zurzach, Ambulatorium RehaClinic	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Baden, Assessment Center Baden	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Lenzburg, Reha A	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Wil, Reha A	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zug, Reha A	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Basel, Reha A	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Winterthur, Reha A	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Reha City Basel	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Bad Zurzach/ Baden → Kantonsspital Baden (KSB)	Intensivstation in akutsomatischem Spital	14 /3,5. km
Bad Zurzach/ Baden → ASANA-Spital Leuggern		10,5/18,4 km
Braunwald/ Glarus → Kantonsspital Glarus, KSGl	Notfall in akutsomatischem Spital	18km/i.Haus
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet	
Kantonsspital Baden	<ul style="list-style-type: none"> • Kardiologie (Dr. med. Johannes Schindler, FMH Innere Medizin, spez. Kardiologie, Baden) • Dermatologie (Dr. med. Thomas Hofer, FMH Dermatologie & Venerologie, Wettingen) • Div. Subspezialitäten Innere Medizin (Kantonsspital Baden) • Chirurgie (Kantonsspital Baden) • Konsiliarische, ärztliche Beratung (EEG, EMG, ENG) Dr. med. Orazio Coco, Dr. med. Sandra 	

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Fortsetzung Kantonsspital Baden	<ul style="list-style-type: none"> • Thomann. • wissenschaftliche und fachtechnische Laborberatung.
Externe Spezialisten Baden	<ul style="list-style-type: none"> • ORL (Dr. med. Andreas Schneider, FMH ORL, Baden) • Ophthalmologie (Dr. med. Armin Junghardt, FMH Augenkrankheiten und Augenchirurgie, Baden) • Psychiatrie (Externe Psychiatrische Dienste Baden) • Diabetologie (Dr. Villiger Lukas, Mellingerstrasse 207, CH-5405 Dättwil AG) • Röntgeninstitut Baden
Spital Bethesda	<ul style="list-style-type: none"> • Konsiliarische, ärztliche Beratung (Interventionelle Schmerztherapie) laufend durch Dr . Michael Gengenbacher
Spital Balgrist	<ul style="list-style-type: none"> • Oberarztvisite durch einen Oberarzt FMH Orthopädie von der Orthopädischen Universitätsklinik Balgrist bei den Balgrist-Patienten am Standort Baden.
Kantonsspital Glarus	<ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin (PD Dr. med. Thomas Brack, Chefarzt Innere Medizin, KS Glarus) • Kardiologie (Dr. med. Antonio Bonetti Leitender Arzt, Kardiologie, KS Glarus) • ORL (Dr. med. Adrian Wehren Chefarzt HNO, KS Glarus) • Ophthalmologie (Dr. med. Christoph von Ziegler, Belegarzt am KSG, Facharzt für Ophthalmochirurgie FMH) • Onkologie (Dr. med. Christina Züger, Leitende Ärztin Onkologie, KS Glarus) • Diabetologie (Dr. med. Benno Weissenberger, Facharzt für Diabetologie und Endokrinologie FMH, KS Glarus) • Handchirurgie (Dr. med. Ralph Benedetti, Facharzt für Handchirurgie FMH, KS Glarus) • Div. Subspezialitäten Chirurgie (KS Glarus) • wissenschaftliche und fachtechnische Laborberatung.
Externe Spezialisten Glarus	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie (Prof. Dr. med. Peter Keel, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Bethesda-Spital Gellertstrasse 144, 4020 Basel) • Dermatologie (Dr. med. Alice Konzelmann, Fachärztin FMH für Dermatologie u. Venerologie Asylstrasse 39, 8750 Glarus) •

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

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

- ① Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche (je nach Komplexität)	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Fälle	Bemerkungen incl. Selbsttraining Intensität abhängig von Kostengutsprache
Geriatrische Rehabilitation	-	-	-	-
Internistische Rehabilitation	Alle Standorten mit Ambulatorien / RehaA	1-3	35	
Kardiale Rehabilitation (Angiologie)	Alle Standorten mit Ambulatorien / RehaA	1-4	760	
Muskuloskeletale Rehabilitation	Alle Standorten mit Ambulatorien / RehaA	1-4	4783	
Neurologische Rehabilitation	Alle Standorten mit Ambulatorien / RehaA	1-5	1383	
Onkologische Rehabilitation	Alle Standorten mit Ambulatorien / RehaA	1-4	2	
Pädiatrische Rehabilitation	Alle Standorten mit Ambulatorien / RehaA	-	-	
Psychosomatische Rehabilitation	Alle Standorten mit Ambulatorien / RehaA	1-5	80	
Pulmonale Rehabilitation	Alle Standorten mit Ambulatorien / RehaA	-	-	
Rehabilitative Intensivabteilung	Alle Standorten mit Ambulatorien / RehaA	-	-	

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

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

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Rheumatologie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Bad Zurzach Baden Glarus Braunwald
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Bad Zurzach Baden Glarus Braunwald
Facharzt Neurologie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Bad Zurzach Baden Glarus Baden (ANNR)
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<u>Innere Medizin:</u> Bad Zurzach Baden Baden (ANNR) Glarus Braunwald
Facharzt Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Braunwald

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	118	99.5

D

Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		RehaClinic Glarus hat mit 3,4% den best-practise Wert im Gesamtbenchmark aller teilnehmenden Rehabilitationskliniken der Schweiz erreicht
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Zufriedenheit Aufenthalt in der Klinik	96 %	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	PZ-Benchmark	Name des Messinstitutes	Marty Marktforschung in Zusammenarbeit mit DEMOSCOPE
<input type="checkbox"/> VO: PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF (-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Monatliche Telefonische, randomisierte Befragung mit validiertem Fragebogen durch Demoscope Inhalte: 6 Sektoren: <ul style="list-style-type: none"> - Eintritt - Therapie/Medizin/Pflege - Verschiedene Therapien - Atmosphäre - Infrastruktur/Komfort - Austritt 			
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien	Wunsch der Patientinnen und Patienten , dass sie nicht befragt werden			
Rücklauf in Prozenten	100	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Ombudsstelle/Beschwerdemanagement
Name der Ansprechperson	A.Kedzia
Funktion	Leitung Qualität
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	0562695329
Bemerkungen	

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Kommentar: Die Mitarbeiterzufriedenheitsmessung findet alle drei Jahre statt. In diesen drei Jahren werden kontinuierlich Verbesserungsmaßnahmen zum Thema Mitarbeiterzufriedenheit von allen Berufsgruppen und Bereichen initiiert und umgesetzt.		
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mitarbeiterzufriedenheitsmessung	Name des Messinstitutes
			MECON
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Anonymisierte Gesamterhebung mittels validiertem Fragebogen Themen / Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsinhalte - Lohnfragen - Arbeitszeit - Weiterbildung - Team - Führung - Arbeitsplatz - Interdisziplinäre Zusammenarbeit - Weitere Leistungen 		
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input checked="" type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Regelmässige semistrukturierte Interviews mit Zuweiser n Telefonische Interviews (CATI-Interviews)		
Einschlusskriterien	Zuweiser, d.h. Haus- und Fachärzte (und Spitalärzte), Sozialdienste und Patientenberatung		
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

D2 ANQ-Indikatoren

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

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

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

Psychiatrie und Rehabilitation:

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

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

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektionen die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO. → Die Infekterfassung von Swiss NOSO ist lediglich auf Akutspitäler ausgerichtet. RehaClinic erfasst sämtliche Wundinfekte im Rahmen des Wundmanagements.		
<input checked="" type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung				3.9%	
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung				4.5%	
<input type="checkbox"/> Hernieoperation				1.1%	
<input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)				12.7%	
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<i>Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.</i>				
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben . |

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	
Was wird gemessen?	RehaClinic erfasst sämtliche Wundinfekte im Rahmen des Wundmanagements.	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze
Was wird gemessen?	Risikomanagement / Stürze Definition: Ein Sturz ist jedes plötzliche unbeabsichtigte und unkontrollierte Herunterfallen/(-) gleiten des Körpers aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen auf eine tiefere Ebene

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Stürze/ 1000 Pflgetage	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
1.16	19,8%	82,2%	Erhöhtes Sturzpotenzial bei Patienten in der Rehabilitationsphase – aufgrund Ihrer Erkrankung und ihres Handicaps

<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
<input checked="" type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: Sturzmeldung
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)
Was wird gemessen?	Dekubiti werden im Rahmen des Wundmanagements erfasst

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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

<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Risikomanagement / CIRS
Was wird gemessen?	Alle kritischen Zwischenfälle und "Beinahe-Zwischenfälle"

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Bereich:	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamt bearbeitete Fälle: 54* (0.56%) Bereich Medizin/Pflege: 42 Bereich Therapie: 9 Bereich Sicherheit: 3 * verteilt auf 9605 Fälle im Jahre 2010	Alle Bereiche	Alle Standorte (Bad Zurzach, Baden, Glarus, Braunwald)

<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	CIRS-Meldung
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Messthema	ZIHKo (Zurzacher interdisziplinäres HWS-Konzept)
------------------	---

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Bad Zurzach
--	-------------

Gemessene Abteilungen:	Spezialprogramm	Ergebnis:	siehe Anhang 1 oder Homepage RehaClinic: http://www.reha-clinic.ch/cms/infobereich/ausforschung-und-praxis/veroeffentlichungen.html
-------------------------------	-----------------	------------------	--

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter:	SF 36, HADS, NASS, CSQ, Soziale Demographie
	Auswertungsinstanz:	Auswertung RehaClinic, Abt. Forschung u. Entwicklung

Messthema	ZISP (Zurzacher interdisziplinäres Schmerzprogramm)/ZIHKo
------------------	--

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Bad Zurzach, Braunwald
--	------------------------

Gemessene Abteilungen:	Spezialprogramm	Ergebnis:	Neueste Studie s. Anhang oder Homepage RehaClinic: http://www.reha-clinic.ch/cms/infobereich/ausforschung-und-praxis/veroeffentlichungen.html
-------------------------------	-----------------	------------------	--

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter:	SF 36, HADS, MPI, CSQ, Soziale Demographie
	Auswertungsinstanz:	Auswertung RehaClinic, Abt. Forschung u. Entwicklung

Messthema	Outcomemessung ANNR (Akutnahe Neurorehabilitation)
------------------	---

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Bad Zurzach
--	--------------------

Gemessene Abteilungen:	ANNR (Akutnahe Neurorehabilitation)	Ergebnis:	Auf die Publikation der Ergebnisse wird verzichtet.
-------------------------------	--	------------------	---

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter:	Rankin Skala, Frühreha-Bartel-Index, FIM, VWD
	Auswertungsinstanz:	Interne Auswertung RehaClinic

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Aus-Weiter-und Fortbildungsverordnung FMH für Assistenzärzte	B Medizin/Ärzte	A Anpassung der FMH-Vorgaben zur Aus-Weiter-und Fortbildungsverordnung FMH für Assistenzärzte in den Bereichen: Physikalische Medizin & Rehabilitation Innere Medizin Rheumatologie Neurologie Neurorehabilitation	A
Aus-Weiter-und Fortbildungsprogramm FMH	B Medizin/Ärzte	A Laufendes ärztliches Weiterbildungskonzept für Ärzte	A
Zertifizierung European Board of Physical Medicine and Rehabilitation	B Medizin/Ärzte	A European Board of Physical Medicine and Rehabilitation	A
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	A ganzer Betrieb	A H+ Branchenlösung	A
Qualab-Zertifizierung	C Labor	B	A
Bemerkungen			

Legende:

¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung

² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System

³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Anerkennung Swiss Leading Hospitals	Standort Bad Zurzach und Standort Baden	2006 und 2007		Rezertifizierung beider Standorte im Jahre 2010
Anerkennung Swiss Reha	Standort Bad Zurzach und Standort Baden	2007		Rezertifizierung beider Standorte im Jahre 2010
Anerkennung als Weiterbildungsstätte FMH für: Physikalische Medizin & Rehabilitation Innere Medizin Rheumatologie Neurologie Neurorehabilitation	Medizin		laufend	
<p>Labor: 4x jährlich Überprüfung, CSCQ-Zertifikat, jährliche Überprüfung QUALAB/H+</p> <p>Röntgen: laufende Überprüfung und Validierung nach Strahlenschutzverordnung BAG (StSV) durch externe Firma</p> <p>Sterilisation: fortlaufende Validierung Autoklav durch externe Firma</p> <p>Laufende Wartung, Instandhaltung aller medizinisch technischen Apparaturen nach Medizinprodukteverordnung (MepV): durch externe Firma</p> <p>Laufende (wöchentliche) Kontrolle des Thermalwassers nach (Bäderverordnung, Bäv) durch internes Labor und das Kantonallabor</p>	Medizin, Diagnostik und Therapie	laufend		

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Etablierung des Qualitätsmanagementsystems	Strukturierte Umsetzung der Qualitätsstrategie, Optimierung der Qualitätsleistung	Gesamtes Unternehmen	Einführung 2010
Überprüfung der Behandlungs- und Betreuungsprozess, Implementierung des IT-gestützten Prozessmanagements	Optimierung der Prozessabläufe, Kontinuierliche Prozessverbesserung Definierte Q-Kriterien, regelmässige, interne Audits	Gesamtes Unternehmen	2010 Laufende Weiterentwicklung
Evaluation und Einführung eines Klinikinformationssystems – Einführung der elektronischen KG	Optimierung der der Prozessabläufe Einheitliche Gestaltung der Dokumentation	Gesamtes Unternehmen	Evaluation und Einführungsphase 1 im Jahre 2010
Projekt Kultur und Gesundheit für Mitarbeiter von RehaClinic	Erhöhung der MA-Zufriedenheit der Unternehmensverbundenheit Interdisziplinäre Teamförderung Aktive Gestaltung einer gemeinsamen Kultur Steigerung des körperlichen u. seelischen Wohlbefinden der Mitarbeitenden	Gesamtes Unternehmen	2009
ICF(international classification of function der WHO)	Kontinuierliche Weiterentwicklung bzgl. Dokumentation und Kommunikation in allen Fachbereichen .	Interdisziplinär	Erweiterung auf alle Bereiche 2010/2011

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Einführung Konzept Sturz	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Gezielte standardisierte Methodik zur Prävention von Stürzen und dessen Sturzfolgen in dem ursächliche Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit minimiert werden: <ul style="list-style-type: none"> • Wissen über Sturzfrüherkennung und Sturzprophylaxe • Bewusstseinslenkung • Vermeidung von Stürzen und bedingte Folgen daraus • Erhalt der Selbstbestimmtheit und Mobilität durch geeignete Hilfsmittel • Vertrauen in die eigene Mobilität erhalten und Restfähigkeiten einsetzen • rechtzeitige Einschätzung der individuellen Risikofaktoren • gemeinsame Maßnahmenplanung und Durchführung der vorbeugenden Maßnahmen 	
Beschreibung	Definition: „Ein Sturz ist jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.“ [International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly (1987)] Das Konzept „Sturzprävention“ wurde In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe (Pflegeentwicklung und Therapie) erarbeitet. Der Prozess einer standardisierten Überprüfung und Erfassung der Sturzgefährdung beinhaltet die Überprüfung der Sturzgefährdung, Erfassung im internen System RehaClinic und Definition von notwendigen Massnahmen (wie z.B. Einsatz von Hilfsmitteln, Begleitung, Umsetzung von pflegerischen spez. Massnahmen usw.) Die Mitarbeitenden aus den Fachbereichen Medizin, Therapie, Pflege und Therapieplanung wurden über den Prozess und die Dokumentation und Konzeptunterlagen informiert und geschult. Laufende Auswertungen der erfassten Messdaten sind geplant.	
Projekttablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Therapie, Pflege	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

F

Schlusswort und Ausblick

Ohne ein Qualitätsleitbild, das definierte und konzeptionell fundierte Vorgaben für eine praktische Anwendung bereitstellt, bleibt eine anspruchsvolle Umsetzung Stückwerk. Qualität ist mehr denn je das Unterscheidungskriterium der Dienstleister - insbesondere im Gesundheitsbereich.

RehaClinic setzt heute und in Zukunft bedingungslos auf den Faktor Qualität – als Grundlage aller unternehmensrelevanten Prozesse, aber auch in der eigenen wissenschaftlichen Forschungsabteilung. Das Qualitäts- und Führungsmodell EFQM spielt dabei eine tragende Rolle und unterstützt die permanente Reflexion.

RehaClinic verfolgt diesen Weg auf allen Ebenen – im direkten Patientenprozess wie in den unsichtbaren Abläufen, in der Medizin wie in der Administration.

Wir fördern aber nicht nur Prozesse, sondern insbesondere auch unsere Mitarbeitenden - mit kontinuierlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen, um deren Potential optimal einsetzen und gewinnen zu können.

Und um unsere Bemühungen messbar und sichtbar zu machen, um Raum für weitere Verbesserungsmöglichkeiten zu schaffen, wird sich RehaClinic auch weiterhin Qualitätsmessungen unterziehen. Die Zufriedenheit unserer Patienten, unserer zuweisenden Partner und unsere eigene sind dabei stets unser Massstab.

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitätern im Kanton Bern**) erarbeitet. Im Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Qualitätsmonitoring Basel-Stadt**) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen.

Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; frz: **Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques**) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>

Forschungsabteilung, RehaClinic, Bad Zurzach

T. Benz, F. Angst, A. Aeschlimann

Behandlung chronischer Schmerzen in der Schweiz: wissenschaftliche Evidenz

Treatment of Chronic Pain in Switzerland: Scientific Evidence

Zusammenfassung

Chronische Schmerzen treten am häufigsten in der unteren Rückenpartie (lumbale Wirbelsäule) auf und beeinträchtigen in der Regel alle Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens. Sie werden oft unzureichend behandelt und verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten. Verschiedene bio-psycho-soziale Faktoren beeinflussen die Schmerzen ebenso wie den Behandlungserfolg und haben zur Entwicklung von multidisziplinären Behandlungsansätzen geführt. Die wissenschaftliche Evaluation von interdisziplinären Behandlungen in stationären Schmerzprogrammen in der Schweiz konnte mittlere bis grosse Verbesserungen in verschiedenen Gesundheitsdimensionen bei Schmerzpatienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen, weichteilrheumatisch bedingten Schmerzen, generalisierten Schmerzsyndromen und Schmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma nachweisen. Diese kurz- und mittelfristigen Resultate bestätigen die internationalen Forschungsergebnisse und sind denjenigen von Standardrehabilitationsprogrammen überlegen. Die Behandlungsergebnisse könnten durch ergänzende, Untergruppen-spezifische Behandlungsansätze optimiert werden.

Schlüsselwörter: Schmerzen, chronische – Behandlung, interdisziplinäre – Evidenz, wissenschaftliche – Schweiz

nischen Probleme. Die jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten von chronischen Schmerzen in der Schweiz wurden per 1. Januar 2007 auf 2.9 bis 5.8 Milliarden Franken geschätzt [2].

Einleitung

Schmerzen gehören zu den häufigsten körperlichen Beschwerden in der Bevölkerung. In der Schweiz leiden ungefähr 16% der Gesamtbevölkerung unter chronischen Schmerzen [1]. Die Häufigkeit von chronischen Schmerzen von mittlerer bis starker Intensität liegt in Europa zwischen 12 und 30%, im Mittel bei 19% [1]. Chronische Schmerzen treten am häufigsten in der unteren Rückenpartie (lumbale Wirbelsäule) oder in unspezifischer Form am Rücken auf. Von unspezifischen Rückenschmerzen spricht man, wenn sich kein Entstehungsmechanismus (z.B. Entzündung, Verletzung u.a.) finden, keine gereizte Struktur (z.B. Muskulatur, Diskus, Nervenwurzel u.a.) identifizieren und keine begründete Diagnose stellen lassen. Das heisst, die Ursache der Schmerzen lässt sich nicht eindeutig feststellen. Chronische Schmerzen beeinträchtigen in der Regel alle Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens. Auch das soziale Umfeld von Menschen, die unter Schmerzzuständen leiden, ist oft davon betroffen. Chronische Schmerzen sind eines der am meisten unterschätzten und oft unzureichend behandelten medizi-

Chronische Schmerzen sind nicht nur durch eine somatische Komponente verursacht, sondern auch durch psychologische, soziale und kulturelle Faktoren [3]. Die Wechselwirkung dieser Prozesse und Faktoren resultiert in unterschiedlichen Schmerzzuständen und unterschiedlicher Wahrnehmung der Beschwerden. Zu diesen so genannt bio-psycho-sozialen Faktoren gehören z.B. Geschlecht, Bildung, soziale Unterstützung, Stress, psychologische Faktoren wie z.B. Depression, Krankheitsumgang (speziell Schmerzbewältigung) und Kontrollüberzeugungen über die Schmerzen. Dieser komplexe Sachverhalt wird unter dem Namen «bio-psycho-soziales Modell» zusammengefasst [4]. Die verschiedenen bio-psycho-sozialen Faktoren beeinflussen den Behandlungserfolg und haben zur Entwicklung von multidisziplinären Behandlungsansätzen geführt [5]. Dabei werden körperliche und psychische Symptome wie auch soziale Funktionsfähigkeit in die Behandlung integriert und verschiedene Disziplinen wie Ärzte, Pflege, Psychologie, Physio-

Im Artikel verwendete Abkürzungen:
ES Effektstärken (engl. effect size)

therapie, Ergotherapie u.a. arbeiten an gemeinsam mit den Patienten festgelegten Zielen. Zur Gewährleistung des gemeinsamen zielgerichteten Arbeitens finden an interdisziplinären Rapporten regelmässig ein Informationsaustausch sowie eine Strategiebesprechung statt.

Die Evidenz der internationalen wissenschaftlichen Literatur zeigt, dass eine intensive (>100 Stunden Therapie pro Programm), multidisziplinäre körperliche, psychologische und soziale (biopscho-soziale) Rehabilitation mit dem Ziel einer funktionellen Verbesserung einer ambulanten oder stationären nicht-multidisziplinären Therapie überlegen ist [6]. Bei chronischen Rückenschmerzen kann auch allein durch aktive Übungstherapie eine Verbesserung erzielt werden. Der Vergleich der verschiedenen Arten der Übungstherapien zeigt, dass keine spezielle Form der anderen überlegen ist [7]. Bezogen auf die Schmerzintensität ist die Wirksamkeit von multidisziplinären Programmen jedoch besser als andere aktive Behandlungsmethoden [8]. Verschiedene Studien weisen zudem darauf hin, dass umfassende Schmerzmanagement-Programme die wirksamste und evidenzbasierte Behandlung für Personen mit chronischen Schmerzen ist [9].

In der Schweiz gibt es verschiedene interdisziplinäre Angebote für die stationäre und ambulante Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen, z.B. an der RehaClinic Zurzach und Braunwald, am Spital Interlaken, an der Zürcher Höhenklinik Davos, am Kantonsspital St. Gallen und am Universitätsspital Zürich. Die wissenschaftlichen Evaluationen von Schmerzbehandlungen beschränken sich auf wenige Programme, welche an der RehaClinic Zurzach und Braunwald sowie in der Klinik Valens durchgeführt werden. Ziel dieses Artikels ist es, einen Überblick über die wissenschaftliche Evidenz von interdisziplinären Programmen zur Behandlung von chronischen Schmerzen in der Schweiz

Tab. 1: Vergleich der Behandlungen des interdisziplinären Schmerzprogramms mit der eines individuellen Standardrehabilitationsprogramms in Stunden/Woche [10].

	Interdisziplinäres Schmerzprogramm	Individuelle Standardrehabilitation
Hospitalisation	4 Wochen	3 Wochen
Betreuung durch Pflege, h/Tag	24 h/Tag	24 h/Tag
Untersuchungen durch den Arzt	1.5 h	1 h
Visite durch den Arzt	0.75	0.75
Interdisziplinäre Rapporte	2 (für 6 Patienten)	0.5 (für ca. 20 Patienten)
Information über Schmerz	0.75	0.75
Physiotherapie	2.5	2.0
Herz-Kreislauftraining	2	2
Entspannungstherapie	2	2
Ergotherapie	1	–
Tai Chi/Qi Gong	3	3
Schmerzbewältigungsgruppe	3	–
Bewegungsanalyse nach Cary Rick	3	–
Humorthherapie	1.5	–
Kognitive Verhaltenstherapie	freiwillig, maximal 3	freiwillig, maximal 3
Wassertherapie	freiwillig	2
selbständiges Kraft- und Ausdauertraining	freiwillig	freiwillig

zu geben und die Resultate dieser Studien zusammenzufassen.

Wissenschaftliche Untersuchungen

Interdisziplinäres Behandlungsprogramm versus Standardrehabilitation

Die wissenschaftlichen Untersuchungen in der Schweiz beziehen sich auf interdisziplinäre Behandlungsprogramme auf der Basis des bio-psycho-sozialen Schmerzmodells. Eines dieser Programme [10] richtet sich an Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen (z.B. Kreuzschmerzen, Nackenschmerzen oder Schmerzen, welche die ganze Wirbelsäule betreffen), weichteilrheumatisch bedingten Schmerzen (z.B. Fibromyalgie-Syndrom) oder generalisierten Schmerzsyndromen. Es handelt sich dabei um ein intensives, stationäres,

vierwöchiges interdisziplinäres Therapieprogramm (Tab. 1).

Mit standardisierten, gut getesteten Selbstbeurteilungsfragebogen und Daten aus der Krankengeschichte vor und bis sechs Monate nach der Behandlung wurden die Patienten erfasst und mit Normdaten aus der Bevölkerung verglichen. Die Selbstbeurteilungsfragebogen erfragen verschiedene Gesundheitsdimensionen wie z.B. Schmerz, Funktion und Depression und erfassen diese in Scores (z.B. 0 = kein Schmerz, 10 = maximaler Schmerz). Die Veränderungen der Scores, d.h. die Effekte dieses Programms wurden mittels Effektstärken (*effect size*, ES) dargestellt, wobei ES von mindestens 0.80 grosse Effekte, ES von mindestens 0.50 mittlere Effekte und ES von weniger als 0.50 kleine Effekte bedeuten [11]. Positive ES weisen auf eine Verbesserung, negative ES auf eine Verschlechterung hin.

Die untersuchten 65 Fibromyalgie- und die 60 Rückenschmerzpatienten wiesen zum Eintrittszeitpunkt in die Klinik in allen Dimensionen der Gesundheit, Funktion und Lebensqualität weitaus tiefere Werte, d.h. schlechtere Gesundheit auf als eine vergleichbare Normbevölkerung [12]. In der wissenschaftlichen Analyse dieses Programms konnten gute Reaktionen dieser chronischen Schmerzpatienten nachgewiesen werden. Die bei Austritt aus dem Behandlungsprogramm gemessenen ES erreichten grosse Werte bis 1.09 im Schmerz, körperlicher Rollenerfüllung sowie in psychischen Dimensionen wie Depression und Angst. Mittlere ES bis 0.50 konnten im Umgang mit Schmerz gemessen werden. Drei wie auch sechs Monate nach der Behandlung konnten die Effekte beim Schmerz und den meisten der körperlichen und affektiven Gesundheitsdimensionen, gemeinsam mit Lebensqualität und Umgang mit Schmerzen nachgewiesen werden [12]. Alle Effekte waren sechs Monate nach der Behandlung kleiner, erreichten aber noch ES bis 0.75. Die Verbesserungen für die Fibromyalgie- wie auch die Rückenschmerzpatienten waren bei Austritt ungefähr gleich gross. Diese zwei Kategorien von Schmerzpatienten unterscheiden sich insbesondere in der akuten Phase. Mit zunehmender Dauer der Krankheiten nehmen diese Unterschiede ab. Der den Krankheiten gemeinsame Chronifizierungsprozess erlaubt vergleichbare Behandlungsstrategien innerhalb des gleichen Programms. Die Daten dieser Studie unterstützen dieses Phänomen, da diese zwei Diagnosen in den Resultaten nicht wesentlich voneinander abweichen [12].

Im Vergleich des intensiven, stationären, vierwöchigen, interdisziplinären Therapieprogramms mit einer individuellen Standardrehabilitation (Tab. 1) wurden insbesondere die Effekte der Rehabilitation auf Schmerz, Funktion, psychische Gesundheit, soziale Funktionsfähigkeit und Umgang mit Schmerz mittels eines

Tab. 2: Vergleich von interdisziplinärer Schmerzbehandlung mit Standardrehabilitation bei Austritt und bei der Nachbefragung nach sechs Monaten [10].

	Veränderung von Eintritt bis Austritt		Veränderung von Eintritt bis Nachbefragung nach sechs Monaten	
	Interdisziplinäres Programm	Standardrehabilitation	Interdisziplinäres Programm	Standardrehabilitation
Schmerzerfahrung	ES 0.76	ES 0.61	ES 0.44	ES 0.36
Soziale Funktionsfähigkeit	ES 0.52	ES 0.20	ES 0.12	ES 0.33
Katastrophisierende Gedanken	ES 0.32	ES 0.23	ES 0.26	ES 0.24
Schmerzverarbeitung	ES 0.38	ES 0.25	ES 0.18	ES 0.12
Angst	ES 0.26	ES 0.28	ES 0.16	ES 0.26
Lebenskontrolle	ES 0.52	ES 0.39	ES 0.15	ES 0.22

beobachtenden Studiendesigns untersucht [10]. Die Verbesserungen in Schmerzerfahrung, sozialer Funktionsfähigkeit und Schmerzverarbeitung waren höher bei der Gruppe im interdisziplinären Schmerzprogramm im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche an einem individuell zusammengestellten Standardrehabilitationsprogramm teilnahm (Tab. 2).

Dies war der Fall, obwohl der Gesundheitszustand der Patienten im interdisziplinären Programm signifikant schlechter war als der der Standardrehabilitation. Sie waren im Schnitt jünger, litten häufiger an Fibromyalgie und zeigten in allen gemessenen Gesundheitsdimensionen signifikant mehr Symptome oder schlechtere Funktion. Die Patienten im interdisziplinären Programm waren seltener im Arbeitsalltag integriert und empfanden stärkere Schmerzen, geringere körperliche Rollenerfüllung und soziale Funktionsfähigkeit, vermehrt Depression und Angst, geringeres Gefühl der Kontrolle über ihr Leben und mehr katastrophisierende Gedanken [10]. Unter katastrophisierenden Gedanken versteht man die Tendenz, negative Konsequenzen zu erwarten und die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten von negativen Ereignissen zu überschätzen.

Bei der Nachbefragung sechs Monate nach der Rehabilitation waren die Verbesserungen beider Gruppen annähernd gleich mit tendenziell grösseren positiven Effekten der Standardrehabilitationsgruppe in sozialer Funktionsfähigkeit, Angst und Lebenskontrolle (Tab. 2). Hypothetisch kann man deshalb annehmen, dass geeignete ambulante Therapien nach einem stationären, interdisziplinären Schmerzprogramm für die Teilnehmer bedeutende Vorteile bringen würden.

Obenerwähnte Daten unterstützen die Resultate einer Schweizer Multicenter-Studie aus dem Jahre 1998 [13]. Diese Studie vergleicht ein ganzheitlich orientiertes Gruppenbehandlungsprogramm, welches Psychologie, Edukation sowie aktives Training beinhaltet, mit dem traditionellen individuellen physiotherapeutischen Ansatz in der Behandlung von subchronischen und chronischen Rückenschmerzen im Bereich des unteren Rückens. Drei Monate nach Abschluss der vierwöchigen Behandlungsprogramme zeigten beide Gruppen Verbesserungen in funktionellen und psychologischen Parametern. Der ganzheitliche Ansatz, der Selbstkontrolle wie auch Verhaltensänderungen durch Edukation beinhaltet, zeigte nach einem Jahr bessere Langzeitwirkungen bezogen auf die Arbeitsfähigkeit.

Die Bedeutung der Einteilung in Untergruppen

Die für Prognose und Therapie bedeutende Einteilung von chronischen Schmerzpatienten in drei spezifische Untergruppen, die durch unterschiedliche Art und Schwere der Symptomatik und sozialer Unterstützung definiert sind, ist weltweit bekannt [14]. Der sog. «dysfunktionale» Schmerzpatient (DYS) erlebt relativ hohe Schmerzintensität, eine schlechte Funktion und eine starke Depression. Die zweite Untergruppe ID («interpersonally distressed») umfasst Schmerzpatienten mit schlechter sozialer Unterstützung vom Partner oder vom Umfeld. Die dritte Untergruppe AC («adaptive copier») wird durch niedrige Schmerzintensität, geringe Einschränkungen in der Funktion im Alltag und wenig Depression charakterisiert. Diese Untergruppeneinteilung konnte auch bei den Teilnehmern des interdisziplinären Schmerzprogramms in der Schweiz bestätigt werden [15]. Behandlungsergebnisse von standardisierten, interdisziplinären Schmerzprogrammen könnten durch ergänzende individuelle Untergruppen-spezifische Behandlungen optimiert werden [4]. Es könnte sinnvoll sein, Personen des sozialen Umfeldes, z.B. den Partner, in die Therapie eines ID-Patienten mit einzubeziehen, um die soziale Unterstützung zu verbessern.

Zusammenhang von Schmerz und Depression

Angst et al untersuchten den Zusammenhang von Schmerz und Depression bei chronischen Schmerzpatienten [16]. Dieser Zusammenhang lässt sich mit einem Korrelationskoeffizienten (r) ausdrücken, der ein Mass für die Stärke des Zusammenhangs von zwei Variablen ist. Ein Wert von 0 ist ein Hinweis auf das Fehlen eines Zusammenhangs, ein Wert von 1 spricht für einen grossen Zusammenhang. In dieser Studie konnte für die Untergruppe ID ein mittelgrosser Zusammenhang (r = 0.57) von Schmerz und Depression aufgezeigt werden, was

vermuten lässt, dass chronische Schmerzen in dieser Untergruppe durch eine Behandlung der Depression beeinflusst werden können und umgekehrt [16]. In der Untergruppe AC besteht kein Zusammenhang (r = 0.01) und in der Untergruppe DYS ein schwacher Zusammenhang (r = 0.26). Wenn man alle Schmerzpatienten betrachtet, ist der Schmerz mit der Depression entgegen der Erwartungen aus dem Alltag, überraschend schwach korreliert (r = 0.30). Dies bedeutet, dass schwer depressive Patienten nicht zwangsläufig viel Schmerzen (und umgekehrt) haben. Weitere Untergruppen-spezifische Behandlungsansätze werden in laufenden Studien untersucht.

Funktions- versus schmerzorientierte Behandlung

Zwei verschiedene Behandlungsansätze bei chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen in der unteren Rückenpartie (lumbale Wirbelsäule) wurden in einer weiteren Studie verglichen [17]. Dabei wurden 176 Patienten mit einer Arbeitsabwesenheit von mindestens sechs Wochen während drei Wochen durch zwei unabhängige multidisziplinäre Behandlungsteams funktions- oder schmerzorientiert behandelt. Nebst verschiedenen Therapien (Tab. 3) bestand ein wichtiger Unterschied zwischen diesen zwei Behandlungsansätzen im Umgang mit dem Schmerz. In der funktionsorientierten Behandlung wurde eine Schmerzzunahme durch zunehmende Aktivität erklärt, und die Patienten wurden angewiesen trotz vermehrten Schmerzen die therapeutischen Aktivitäten weiterzuführen.

Bei der schmerzorientierten Behandlung wurde versucht, schmerzverstärkende Aktivitäten zu vermeiden und bei vermehrt auftretenden Schmerzen die Intensität und Ausführungsart der Übungen anzupassen bzw. mit Entspannung die Schmerzen zu reduzieren.

Die Resultate weisen auf bessere Effekte durch den funktionsorientierten Behandlungsansatz hin. Selbstwirksamkeit, Hebekapazität und Schmerzintensität haben sich durch die funktionsorientierte Behandlung signifikant verbessert. Drei Monate nach diesen stationären Rehabilitationen wurde die Arbeitsfähigkeit überprüft. Nach der funktionsorientierten Behandlung konnten 26 Arbeitstage in drei Monaten, nach der schmerzorientierten Behandlung 16 Arbeitstage nachgewiesen werden [17].

Interdisziplinäre Programme bei Schleudertrauma

Ein weiteres standardisiertes, stationäres, interdisziplinäres Programm mit wissenschaftlicher Evaluation behandelt Patienten mit chronischen Nackenschmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma («Schleudertrauma») [18]. Jährlich gibt es in der Schweiz 10'000 Schleudertrauma-Verletzungen aufgrund von Autounfällen [19], wobei ungefähr 10% der Fälle einen chronischen Verlauf haben [20]. Die wissenschaftliche Evidenz über die Wirksamkeit von interdisziplinären Programmen bei Nacken- und Schulterbeschwerden ist im Vergleich zu andern Rehabilitationen sehr gering [21].

Tab. 3: Behandlungsunterschiede der funktions- und schmerzorientierten Behandlung [17].

Funktionsorientierte Behandlung	Schmerzorientierte Behandlung
Arbeitssimulationen	Massage
Krafttraining	Entspannung
Ausdauertraining	Wärmepackung
Herz-Kreislauftraining	Elektrotherapie
	Aktive und passive Mobilisationen

In obenerwähnter Studie wurden 103 Patienten nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma untersucht [18]. Es wurden Veränderungen der biopsychosozialen Gesundheit wie auch der Lebensqualität mit standardisierten, gut getesteten Selbstbeurteilungsfragebogen und Daten aus der Krankengeschichte untersucht. Die Patienten wurden vor, unmittelbar nach sowie drei und sechs Monate nach der Behandlung erfasst. Die Daten wurden mit Normdaten aus der Bevölkerung verglichen und nicht in Relation zu einer Kontrollgruppe gestellt (Tab. 4).

Im Vergleich zu einer Bevölkerungsnorm waren die physische und die psychosoziale Gesundheit ebenso wie Depression und Angst bei den Patienten zu allen Messzeitpunkten viel schlechter. Die Patienten litten insbesondere unter dem Schmerz. Während dem Aufenthalt in der Klinik konnten Verbesserungen in allen wichtigen Gesundheitsdimensionen erzielt werden. Negative Reaktionen bzw. Verschlechterungen konnten nicht festgestellt werden. Bei Austritt aus dem Programm konnten Verbesserungen des Schmerzes, der körperlichen Rollenerfüllung/Funktion, der Vitalität, des Schmerzkopings sowie der Depression nachgewiesen werden (Tab. 5). Sechs Monate nach Eintritt bleiben diese Effekte stabil mit ES von 0.45 bis 0.87. Die Einnahme von Schmerzmedikamenten wie auch von entzündungshemmenden Medikamenten konnte bis zu 80% reduziert werden und insbesondere die Einnahme von Schmerzmitteln blieb auch zu Hause unter der Eintrittsdosis.

Die mittlere und die mediane Arbeitsfähigkeit betragen 12.5 respektive 8 Stunden bei Eintritt in die Klinik und 21.8 bzw. 21 Stunden bei Austritt. Sechs Monate nach Eintritt betragen die mittlere und die mediane Arbeitsfähigkeit 22.7 und 20 Stunden (Tab. 6).

Die Resultate bestätigen eine Studie von Pato et al. [22], in der vier verschie-

Tab. 4: Übersicht über Behandlungen im interdisziplinären Programm nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma in Stunden/Woche [18].

Hospitalisation	4 Wochen
Betreuung durch Pflege	24 h/Tag
Arztkonsultationen	1.5 h
Visite durch den Arzt	0.75
Interdisziplinäre Rapporte (für 5–6 Patienten)	1.5
Information über Schmerz	0.75
Physiotherapie	2.5
Herz-Kreislauftraining	3
Entspannungstherapie	3
Ergotherapie	5
Tai Chi/Qi Gong	3
Schmerzbewältigungsgruppe	2–3
Kognitive Verhaltenstherapie	2–4
Musik-, Malttherapie	2–3
Individuelles Kraft- und Ausdauertraining	freiwillig

Tab. 5: Vergleich der Behandlungseffekte bei Austritt mit der Nachbefragung nach drei bzw. sechs Monaten von Patienten mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma [18].

	Veränderung von Eintritt bis Austritt	Veränderung von Eintritt bis Nachbefragung nach drei Monaten	Veränderung von Eintritt bis Nachbefragung nach sechs Monaten
Schmerzempfindung	ES 0.65	ES 0.59	ES 0.63
Körperliche Rollenerfüllung/Funktion	bis ES 0.87	ES 0.63	ES 0.87
Vitalität	ES 0.67	ES 0.46	ES 0.53
Schmerzkoping	ES 0.41	ES 0.34	ES 0.33
Depression	ES 0.45	ES 0.32	ES 0.26

Tab. 6: Übersicht über mittlere und mediane Arbeitsfähigkeit bei Patienten mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma in Stunden [18].

	Mittlere Arbeitsfähigkeit	Mediane Arbeitsfähigkeit
Vor dem Unfall	41.2	42
Nach dem Unfall	16.5	15
Bei Eintritt in die Klinik	12.5	8
Bei Austritt aus der Klinik	21.8	21
Drei Monate nach Eintritt in die Klinik	20.2	20
Sechs Monate nach Eintritt in die Klinik	22.7	20

dene ambulante Behandlungsstrategien bei Patienten nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma verglichen wurden. Verbesserungen wurden insbesondere bei Behandlungen in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie erzielt. Die Arbeitsfähigkeit konnte bei

zwei Drittel der Patienten verbessert werden.

Fazit

Die wissenschaftliche Evidenz zur Behandlung von chronischen Schmerzen

in der Schweiz bestätigt die internationalen Forschungsergebnisse: durch eine interdisziplinäre Behandlung in einem Schmerzprogramm kann bei Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen, weichteilrheumatisch bedingten Schmerzen, generalisierten Schmerzsyndromen und Schmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma in wichtigen Gesundheitsdimensionen mittlere bis grosse Verbesserungen erzielt werden. Nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma kann die mittlere und die mediane Arbeitsfähigkeit deutlich gesteigert werden. Dabei ist zu erwähnen, dass diese Resultate nicht auf einem einheitlichen Behandlungsansatz basieren. Die besprochenen Studien und Behandlungsprogramme unterscheiden sich in der Behandlungsdauer (drei bis acht Wochen), in der Behandlungsform (ambulant oder stationär) sowie in den Therapiemethoden und Gesamtdauer der Therapie. Zudem wurden die Studien mit verhältnismässig kleinen Patientengruppen durchgeführt. Der untersuchte Zeitraum beschränkt sich auf sechs bis maximal zwölf Monate nach Behandlung, mit tendenziell abnehmenden positiven Behandlungsergebnissen. Daten über langfristige Effekte dieser Programme liegen zum aktuellen Zeitpunkt keine vor.

Die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen sollte in der Schweiz in spezialisierten Institutionen mit interdisziplinären Schmerzprogrammen stattfinden. Aufgrund der vorliegenden Evidenz können intensive interdisziplinäre, bio-psycho-soziale Behandlungsprogramme, welche Bewegungstherapien (Physiotherapie, Ergotherapie u.a.), Verhaltenstherapie (psychologische Einzelgespräche, Schmerzbewältigungsgruppe, Entspannungstherapie u.a.) mit medizinischer Betreuung (Ärzte, Pflege) kombinieren, empfohlen werden. Diese Therapien können durch weitere, an den Patienten angepasste Therapieformen ergänzt werden. Dadurch können Verbesserungen in verschiedenen Gesund-

Key messages

- Die Evidenz aus der Schweizer sowie der internationalen wissenschaftlichen Literatur zeigt, dass eine intensive multidisziplinäre körperliche, psychologische und soziale Rehabilitation mit dem Ziel einer funktionellen Verbesserung einer ambulanten oder stationären nicht-multidisziplinären Therapie bei der Behandlung von chronischen Schmerzen überlegen ist.
- Die für Prognose und Therapie bedeutsame Einteilung von chronischen Schmerzpatienten in drei spezifische Untergruppen ist weltweit bekannt und konnte auch in der Schweiz bestätigt werden. Durch ergänzende individuelle Untergruppen-spezifische Behandlungen könnten in Zukunft die Behandlungsergebnisse optimiert werden.
- Bei Betrachtung aller Schmerzpatienten korreliert der Schmerz nur schwach mit der Depression. Dies bedeutet dass schwer depressive Patienten nicht zwangsläufig viel Schmerzen (und umgekehrt) haben.
- Bei chronischen Nackenschmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma können durch eine intensive multidisziplinäre stationäre Rehabilitation Verbesserungen in wichtigen Gesundheitsdimensionen erzielt, die Medikamenteneinnahme reduziert und die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden.

Lernfragen

1. Welche der folgenden Aussagen bezogen auf die wissenschaftliche Evidenz der Behandlung von chronischen Schmerzen in der Schweiz ist nicht korrekt:
 - a) Chronische Schmerzpatienten profitieren kurzfristig in gleichem Ausmass von einem intensiven, stationären und interdisziplinären Therapieprogramm wie von einer individuellen Standardrehabilitation.
 - b) In der Untergruppe ID («interpersonally distressed») besteht ein Hinweis auf eine mögliche Beeinflussung von chronischen Schmerzen durch eine Behandlung der Depression wie auch umgekehrt.
 - c) Durch die Behandlung in einem stationären interdisziplinären Schmerzprogramm können Patienten mit chronischen Nackenschmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma die Einnahme von Schmerzmedikamenten und entzündungshemmenden Medikamenten bis zu 80% reduzieren.
2. Welche der folgenden Aussagen trifft für die Einteilung von chronischen Schmerzpatienten in drei spezifische Subgruppen nicht zu:
 - a) Der «dysfunktionale» Schmerzpatient erlebt eine relativ hohe Schmerzintensität, eine schlechte Funktion und eine geringe Depression.
 - b) Der Schmerzpatient in der Untergruppe ID («interpersonally distressed») erlebt geringe soziale Unterstützung vom Partner oder vom Umfeld.
 - c) Die Untergruppe AC («adaptive copers») ist durch niedrige Schmerzintensität, geringe Einschränkungen in der Funktion im Alltag und wenig Depression charakterisiert.

heitsdimensionen erzielt werden, und den Betroffenen kann ein Stück Lebensqualität zurückgegeben werden.

Abstract

Chronic pain is often seen in the lower back region (lumbar spine). It usually influences different aspects of health and wellbeing, is often treated inadequately and causes important economic costs. Various biopsychosocial factors influence chronic pain and the outcome of medical treatment. This has led to multidisciplinary treatment strategies. The scientific evaluation of interdisciplinary inpatient pain management programs in Switzerland shows moderate to large changes in various health dimensions in subjects with chronic non-specific back pain, fibromyalgia, chronic widespread pain, and after whiplash injury. These short- to mid-term results are confirmed by international scientific evidence. The effects of an interdisciplinary pain management program are higher than those of the standard rehabilitation. Complementary, subgroup-specific pain treatment could optimize these results.

Key words: Chronic pain – interdisciplinary treatment – scientific evidence – Switzerland

Résumé

Les douleurs chroniques apparaissent le plus souvent dans la partie inférieure du dos (colonne vertébrale lombaire). Elles influencent en général tous les aspects de la santé et du bien-être, sont souvent insuffisamment traitées et entraînent des coûts économiques élevés. Différents facteurs biologiques, psychologiques et sociaux influencent les douleurs ainsi que le succès du traitement, et sont à la base de programmes multidisciplinaires. L'évaluation scientifique des traitements interdisciplinaires des programmes suisses contre la douleur a pu montrer des améliorations moyennes à grandes dans différents domaines de la santé, chez des patients hospitalisés avec des douleurs chroniques. Ces résultats confirment les résultats de la recherche internationale, sont supérieurs aux programmes de réhabilitation «standard» et pourraient être optimisés par des approches thérapeutiques spécifiques par sous-groupe.

Mots-clés: Douleur chronique – traitement interdisciplinaire – évidence scientifique – Suisse

Korrespondenzadresse

Thomas Benz, MSc
Forschungsabteilung
RehaClinic
Quellenstrasse 34
5330 Bad Zurzach

t.benz@rehaclinic.ch

Bibliographie

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
2. Oggier W. Volkswirtschaftliche Kosten chronischer Schmerzen in der Schweiz – eine erste Annäherung. *Schweiz. Ärzte Zeitung* 2007;88:1265-1269.
3. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology* 2008;47:670-678.
4. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back-pain. *Spine* 1987;12:632-644.
5. Waddell G. The back pain revolution. Vol 1. New York, Churchill Livingstone, 1998:223-240.
6. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001;322:1511-1516.
7. Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhaagen AP, Ostelo RW, Koes BW, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24:193-204.
8. Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhaagen AP, Ostelo R, Koes BW, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J.* 2011;20:19-39.
9. Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of chronic nonmalignant pain programs for chronic nonmalignant pain. *J Pain* 2006;11:779-793.
10. Angst F, Verra ML, Lehmann S, Brioschi R, Aeschlimann A. Clinical effectiveness of an interdisciplinary pain management program as compared with standard inpatient rehabilitation in chronic pain. A naturalistic prospective outcome study. *J Rehabil Med* 2009;41:569-575.
11. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 1989;27(3 Suppl):178-189.
12. Angst F, Brioschi R, Main CJ, Lehmann S, Aeschlimann A. Interdisciplinary rehabilitation in fibromyalgia and chronic back pain: A prospective outcome study with standardized assessments. *J Pain* 2006;7:807-815.

13. Keel PJ, Wittig R, Deutschmann R, et al. Effectiveness of In-patient rehabilitation for sub-chronic and chronic low back pain by an integrative group treatment program (Swiss multicenter study). *Scand J Rehab Med* 1998;30:211-219.
14. Turk DC, Rudy TE. Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:233-238.
15. Verra ML, Angst F, Brioschi R, et al. Does classification of persons with fibromyalgia into Multidimensional Pain Inventory (MPI) subgroups detect differences in outcome from a standard chronic pain management program? *Pain Res Manage* 2009;14:445-453.
16. Angst F, Verra ML, Lehmann S, Aeschlimann A, Angst J. Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients. *Clin J Pain* 2008;24:808-816.
17. Kool JP, Oesch PR, Bachmann S, et al. Increasing days at work using function-centered rehabilitation in nonacute nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:857-864.
18. Angst F, Gysi F, Verra ML, Lehmann S, Jenni W, Aeschlimann A. Interdisciplinary rehabilitation after whiplash injury: An observational prospective outcome study. *J Rehabil Med* 2010;42:350-356.
19. Schweizerischer Versicherungsverband (SVV). Schadenleiterkommission HWS/Task Force HWS. Schlussbericht über die HWS Studien des Schweizerischen Versicherungsverbandes. Swiss Association of Insurances. [cited 2004 March 24]. Available from: http://www.svv.ch/cms/mediaserver/api/getMediadata.cfm?media_id=2465&mandator=w40_mandator_0200.
20. Chappuis G, Soltermann B. Schadenshäufigkeit und Schadenaufwand bei leichten Verletzungen der Halswirbelsäule. Eine schweizerische Besonderheit? *Schweiz Med Forum* 2006;6:398–406.
21. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD002194.
22. Pato U, Di Stefano G, Fravi N, et al. Comparison of randomized treatments for late whiplash. *Neurology* 2010;74:1223-1230.

2. Richtige Antwort:
 1. Richtige Antwort:
Antworten zu den Lernfragen