

LOGO / PHOTO
Spital / Klinik / Heim

Kantonsspital Frauenfeld
Postfach
8500 Frauenfeld



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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.

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch: www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken; fr: 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: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht.....	4
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	6
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011	6
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	7
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	7
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	8
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	9
	C4-4 Personelle Ressourcen	9
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011	10
D	Qualitätsmessungen	11
	D1 Zufriedenheitsmessungen	11
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	11
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	13
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	14
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	15
	D2 ANQ-Indikatoren.....	16
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	17
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	18
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	19
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	21
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	24
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	26
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO).....	26
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	27
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	28
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	29
	D3-5 Dauerkatheter	30
	D3-6 Weiteres Messthema.....	31
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	33
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	35
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	35
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	35
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	37
F	Schlusswort und Ausblick	38
G	Anhänge.....	39

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.

Das Kantonsspital Frauenfeld bildet zusammen mit dem Kantonsspital Münsterlingen, den psychiatrischen Diensten Thurgau und der Klinik St. Katharinenthal die Spital Thurgau AG. Als Grundversorger des Kantons hat die STGAG die Aufgabe, jederzeit und für alle Kantonseinwohner medizinische und psychiatrische Dienstleistungen zu erbringen. Die gezielte Abstimmung der Leistungsbereiche (Kompetenzzentren) und die Bildung von Schwerpunkten unterstützen die Patientenorientierung, die medizinische Qualität und die Wirtschaftlichkeit massgeblich. In der STGAG stehen die Gemeinsamkeiten und Synergien mehr und mehr im Vordergrund, wobei den einzelnen Standorten ihre Identität und ihr operativer Freiraum innerhalb der verabschiedeten Unternehmensstrategie und der vereinbarten Gesamtziele erhalten bleiben sollen.

Das Kantonsspital Frauenfeld betreut heute mit über 1'000 Mitarbeitenden bei 84'286 Pflegetagen ca. 11'880 stationäre und rund 47'000 ambulante Patienten und bewirtschaftet einen Umsatz von CHF 144 Mio. inkl. Kantonsbeiträge pro Jahr.

Das Kantonsspital Frauenfeld versteht sich als lernende Organisation mit ausgeprägter horizontaler und vertikaler Vernetzung. Aus diesem Grund hat man sich entschlossen, das eigene Qualitätsmanagement an den Vorgaben des EFQM Modells auszurichten. 2002 wurde die erste Selbstbewertung durchgeführt, eine weitere folgte 2005. 2008 wurde erstmals eine externe Qualitätsbegutachtung nach EFQM in der STGAG und individuell in allen vier Betrieben auf STGAG Ebene durchgeführt.

Im 2009 Entschied die Geschäftsleitung der STGAG mit der Bearbeitung und Umsetzung von drei betriebsübergreifenden Projekten die erste EFQM Stufe „Verpflichtung zu Excellence“, (C2E) im Januar 2010 zu erreichen. Das Committed to excellence wurde mit Zertifikat der SAQ erfolgreich abgeschlossen.

Das KSF strebt eine hohe Attraktivität für Patienten, Mitarbeitende und für die Bevölkerung an. Die umfassenden Qualitätsaktivitäten sind darauf ausgerichtet, Dienstleistungen patientenorientiert, effizient und effektiv anzubieten, gleichzeitig Prozesse und Kosten zu optimieren und einen kontinuierlichen Verbesserungs- und Entwicklungsprozess zu unterstützen. Ein spezielles Augenmerk wird auf eine optimale Information an Patienten vor, während und nach dem Spitalaufenthalt angestrebt. Die Führungskräfte pflegen auf verschiedenen Ebenen die Kontakte zu den Partnern des KSF und unterstützen dadurch die Vernetzung und fördern die gute Zusammenarbeit mit spitalexternen Organisationen.

Die Mitarbeitenden, welche direkt oder indirekt mit der Einführung von DRG im 2012 zu tun haben, wurden bereits im 2010 diesbezüglich informiert und wo sinnvoll entsprechen ihren Kompetenzen geschult.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Dank der gezielten Abstimmung der Leistungsbereiche (Kompetenzzentren) und der Bildung von Schwerpunkten soll die Patientenorientierung, die medizinische Qualität und die Wirtschaftlichkeit weiter verbessert werden. Um dies zu erreichen, wurde die Vertretung der Ärzteschaft, der Pflege und der Qualität in der Geschäftsleitung verstärkt. Diese Veränderungen und Neuorientierung bedeuten für die vier Standorte bis heute eine enorme Herausforderung. In der Spital Thurgau AG stehen die Gemeinsamkeiten und Synergien mehr und mehr im Vordergrund, wobei den einzelnen Standorten ihre Identität und ihr operativer Freiraum innerhalb der verabschiedeten Unternehmensstrategie und der vereinbarten Gesamtziele erhalten bleiben sollen.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Im Patientenmanagement Abschluss der Erfassung Ist-Prozesse sowie Erarbeitung Soll-Prozesse.

Entwicklung diagnosebasierte Patienteninfobroschüre, (schriftliche Info vor, während und nach Spitaleintritt).

Schulungen Patientenedukation

Kantonales Projekt Palliativ Care Thurgau mit Teilprojekt der STGAG für den Aufbau einer Palliativ Station und eines mobilen Care Teams. Erarbeitung eines Palliativ Care Konzeptes durch die Medizin mit Gültigkeit für das KSF.

Ausarbeitung eines Konzeptes für ein Brustkrebs-Früherkennungsprogramm im Kanton Thurgau. Auf Basis dieses Konzeptes erfolgten in der 2. Jahreshälfte die notwendigen Absprachen und Vorbereitungsarbeiten, so dass ab 2011 Brustkrebsfrüherkennung im Kanton Thurgau für Frauen zwischen 50-70 Jahren angeboten werden kann.

Um die im Rahmen des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms gewonnenen Daten nutzen zu können, ist ein Krebsregister obligatorisch. Daher erhielt die STGAG den Auftrag, eine Machbarkeitsstudie incl. Leistungsauftrag für ein kantonales Krebsregister zu erstellen und eine Entscheidungsgrundlage zu erarbeiten.

Realisierung eines interdisziplinären Trauma-Zentrums durch die Chefärzte der Chirurgischen und Orthopädischen Klinik.

Die Entscheidung zum nächsten Schritt im EFQM die Anerkennung für Excellence „recognised for excellence“ R4E wurde Ende des Jahres gefällt. Die Vorbereitenden Arbeiten und der Kontakt mit SAQ sind bereits angelaufen.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Das Erreichen der EFQM-Stufe, Committed to excellence im Januar 2010, Weiterentwicklung der beurteilten Projekte 2011.

Umsetzung Palliativ Care im KSF, STGAG sowie auf kantonaler Ebene.

Beurteilungs- und Förderungsinstrument wurde nach der Vernehmlassung in den Firmenvertrag der STGAG aufgenommen, (Projekt aus 2010 committed to excellence)

Patientenmanagement Abschluss der Erfassung der diagnosebasierten Ist-Prozesse (top ten DRG) aller Kliniken.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Aktuell: Verlängerung und Umsetzung des Jahresmotto 2011 "Der informierte Patient ist ein zufriedener Patient" auch für 2012
Entwicklung von weiteren diagnosebasierten Patienteninfobroschüren für alle Kliniken, bis Ende 2012 sind die wichtigsten 10 DRG-Diagnosen abgeschlossen
Implementierung der Patientenedukation in der Pflege weiter vertiefen und überprüfen
Projekt Spitalaufenthaltsmanagement, (Eintritt, Same Day Surgery, Austritt ist umgesetzt, Evaluation im 2012
Implementierung des Klinikinformationssystems im vollständigen Umfang
Die Umsetzung der ANQ-Messungen gemäss Vorgaben

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Organigramm

<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 checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform: nein
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	Situativ gemäss der laufenden Qualitätsprojekte Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Frau Rosmarie Patrik	052 723 73 85	rosmarie.patrik@stgag.ch	<i>Pflegedirektorin</i>
Herr Norbert Vetterli	052 723 71 89	norbert.vetterli@stgag.ch	<i>Spitaldirektor ab 01.04. 2011</i>
PD Dr. Stefan DUEWELL	052 723 71 66	stefan.duewell@stgag.ch	<i>Ärztl. Direktor</i>
Frau Miriam Ulmann	052 723 73 80	miriam.ulmann@stgag.ch	<i>Pflegeexpertin</i>
Herr Thomas Roth	052 723 77 87	thomas.roth@stgag.ch	<i>Assistent des ärztl. Direktors</i>
Frau Erika Müller	052 723 81 66	erika.mueller@stgag.ch	<i>Klinikmanagerin Frauenklinik</i>
Herr Lukas Hepp	052 723 77 47	lukas.hepp@stgag.ch	<i>Klinikmanager Medizin</i>
Frau Sereina von Salis	052 723 75 28	sereina.von.salis@stgag.ch	<i>Klinikmanagerin Chirurgie</i>
Frau Jasmin Müller	052 723 71 88	jasmin.mueller@stgag.ch	<i>Sekretärin Spitaldirektor</i>

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 → **Spital / Klinik XY**
 → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten: Spital Thurgau AG: Kantonsspital Frauenfeld (KSF), Kantonsspital Münsterlingen (KSM), Psychiatrische Dienste Thurgau Münsterlingen (PDT), Klinik St. Katharinental, Diessenhofen (KSK)

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	KSF	ja
Allgemeine Chirurgie	KSF	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	KSF	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	KSF	ja
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	KSF	Ja, Brustzentrum Gyn. Onk., Belegärzte
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie	KSF	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	KSF	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)		
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)		
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)		
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	KSK	

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	KSF	
<input type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	KSF	KSM
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)	KSF	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	KSF	
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	KSF (mit Satellit im KSM)	
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	KSF	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	KSF	
Intensivmedizin	KSF	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie		KSM
Langzeitpflege		KSK
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	KSF	KSM
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	KSF	Belegärzte
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	KSF	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	KSF	Belegärzte
Pädiatrie (Kinderheilkunde)		KSM
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	KSF	KSM
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	KSF	KSM
Psychiatrie und Psychotherapie	PDT	EPD,KJPD
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	KSF	KSM
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	KSF	

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	KSF	
Ergotherapie	KSF	
Ernährungsberatung	KSF	
Logopädie	KSM	
Neuropsychologie		
Physiotherapie	KSF	
Psychologie	PDT	
Psychotherapie	PDT	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	52'122	45'131	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	61	61	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	12'003	11'880	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	1'114	963	
Geleistete Pflgetage	83046	85'264	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	242	247	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7,2	6,9	
Durchschnittliche Bettenbelegung	89%	86%	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflgetage
stationär				

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflgetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2011 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwere 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.

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.

Angebote stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskeletale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

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.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbarere, 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
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
	Intensivstation in akutsomatischem Spital	... km	
	Notfall in akutsomatischem Spital	... km	
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		

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

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

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

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation	KSF	4x/Wo. à 10Wo	65	
Muskuloskeletale Rehabilitation	KSF		1690	
Neurologische Rehabilitation	KSF	36-72 Beh./Fall	10	Physio und Ergo
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation	KSF	27-72 Beh./Fall	35	
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

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

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	STGAG
Facharzt Neurologie	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	KSF
Facharzt Kardiale Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	KSF
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja	

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Dipl. Physio- und Ergotherapeutinnen, Rehabilitation	22	17

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011			
Geleistete Pfl egetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			

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 das 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. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011
<input type="checkbox"/>		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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 checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Interne Befragung stationärer Patienten über das ganze 2011 Auswertung mittels EvaSys von Electic Paper
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	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 das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon	Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/> PEQ			ANQ
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input checked="" type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen gemäss Bericht 2010, Auswertung mittels EvaSys		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input 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 .
Bezeichnung der Stelle	Spitaldirektion
Name der Ansprechperson	Norbert Vetterli, PD Dr. Stefan Duewell, Rosmarie Patrik
Funktion	
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	
Bemerkungen	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Aufenthaltsmanagement	Optimale Patientenprozess	Alle chir. Disziplinen	2010 - 2012
Familienzimmer Wochenbett	Bedürfnisdeckung	Geburtshilfe	2011

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<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 das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes <input type="text"/> Name des Messinstitutes <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes <input type="text"/>	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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.			Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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 checked="" 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		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
		Siehe Bericht 2010
<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 checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung		
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument	
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument	
	Beschreibung des Instrumentes	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Strukturelle Lohnerhöhung	Konkurrenzfähigkeit verbessern	Spezialbereiche	2011
Neue Berufskleidung	Erscheinungsbild verbessern	Pflege alle	2011

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.		Begründung:
X	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
X	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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 / Fach-bereichen / Abteilungen, oder... →	X	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Brustzentrum TG / KSF Frauenklinik

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
		Die Zuweisungs- und Anmeldeverfahren sowie die Zustellung der relevanten Befunde und Berichte wurden als gut bis sehr gut bewertet
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
X	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Excel Auswertung	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Zuweiser		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		32		
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Zuweiserstreue	Zusammenarbeit fördern Gesprächskultur offenhalten	Alle Chefärzte und Kaderärzte	permanent

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 Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 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
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

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

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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			
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ¹		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Mislingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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			
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

² Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen.

Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

Weiterführende Informationen: www.ang.ch und www.swissnoso.ch

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) 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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Chirurgie, Orthopädie, Frauenklinik

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	61	6	9.84% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)	320	9	2.81% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	52	0	0% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

³ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierten Form zu veröffentlichen, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Ausserdem konnte SwissNOSO die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.

Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der postoperativen Wundinfektionsraten 2010/2011 zu verzichten.

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁴, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Bettenstationen, IPS, Notfall, Tagesklinik
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
In Prozent:	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Sturzrate 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv	
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien
	Ausschlusskriterien
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

Verbesserungsaktivitäten

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →
<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →
<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt	Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
In Prozent	In Prozent:	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Prävalenzrate von Dekubitus 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv	
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien
	Ausschlusskriterien
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	
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 checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.14	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.01	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.03	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.14	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.53	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Bemerkungen		

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

hcri AG

MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

hcri AG

ESOPE

MECON measure & consult GmbH

NPO PLUS

Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Wochenbett Patientinnen	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	788		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	373	Rücklauf in Prozent	47%
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	Mamma Infekte nach Mammakarzinom OP

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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... →	X ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Brustzentrum

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
2.8%	Der Anteil an postoperativen Wundinfektionen ist konstant niedrig
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:
X	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:
		Ambucare / Sevisa AG

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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:	

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<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 das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<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:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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:	

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<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 Spitalern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<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 Auswertungsinanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<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 das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<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:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<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 das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011	
<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:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv	
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien
	Ausschlusskriterien
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Resultate und Komplikationen nach Perkutaner Transluminale Angioplastie, PTA
Was wird gemessen?	Früh- und 3-Monats-Prüfung

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: KSF Diagnostik
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Angiologie

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Komplikationen 2011: 96% keine, 2% leichte, 1.3% mittelschwere, 0.7% schwere	
<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 das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: Eingabe im Excel
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Angiographie mit PTA	
	Ausschlusskriterien	Keine PTA	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	153 PTAs; davon 147 postinterventionell kontrolliert	Anteil in Prozent	96%
Bemerkung	Messung aller Komplikationen > 100%		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Neue Datenbank			01/2012

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Komplikationen Innere Medizin
Was wird gemessen?	Systematische Erfassung aller medizinisch relevanter Komplikationen

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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 checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Medizinische Klinik

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Komplikationen 3.5%	
<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 das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Eingabe im Excel
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten inkl. IPS der medizinischen Klinik
	Ausschlusskriterien	Zuverlegung von anderer Klinik: Komplikation von anderer Klinik verursacht
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	3371	Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Schulung	Katheterinfektionen	Pflege/Aerzte	permanent
Erhebung Morseskala	Sturzprävention	Pflege	permanent

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Patientenzufriedenheit nach Anästhesie
Was wird gemessen?	Zufriedenheit mit der Dienstleistung

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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 checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Chirurgie und Orthopädie stat. Pat., geburtshilfliche PDA's, Anästhesie-Sprechstunde

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).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Eigener Fragebogen
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten gemäss Beschreibung

Patienten	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung	Resultate erscheinen im Geschäftsbericht KSF 2011	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Radiologie
Was wird gemessen?	Strahlenwerte in Form des Dosisflächenproduktes DFP

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die 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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Radiologie KSF

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Coronarangiographie: 28 Gy*cm ² Angiographie untere Extremität 36 Gy* cm ² PTA untere Extremität 6Gy*cm ²	

<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 checked="" 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: RIS Auswertung EPFL
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung

AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
AQC Daten für Qualitätssicherung Inkl. SMOB	A: Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie www.aqc.ch	A 2010	B
ASF (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A	A
Minimal Dataset für CH- Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sqi-ssmi.ch		
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch		
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch		
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C 2012	B
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	A 2010	B
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	A 2010	
Überregionale Krebsregister	B:National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER) www.nicer.org	C 2012	B
Bariatrische Datenbank	C: Chirurgische Klinik KSF	C 2012	C
AMIS		B	A
CIRS mit Bezug zum schweizweiten CIRNET		A	A
ESTIMATE, Qualität TVT- Prophylaxe und Behand.		B	C
SVIFTER, Qualität TVT- Prophylaxe und Behand.		B	B
Bruszentrumdatenbank / Ambucare		A 2008	B
Bemerkung			

⁵ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

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
Gefässzentrum	Union der Schweizerischen Gefässgesellschaften USGG	Geplant 2012/2013		
Adipositaszentrum	Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB)	Geplant 2012/2013		
Frauenklinik Brustzentrum	ISO 9001:2008	März 2009	03/2012	
Stillfreundliches Spital (neue Bezeichnung: Babyfreundliches Spital)	UNICEF	2003	2009	Nächste Rezertifizierung 2014
Labor, Mikrobiologie / Infektionsserologie	SWISSMEDIC	2000	Geplant Herbst 2008, durchgeführt Jan. 2009	Aufgrund fehlender Inspektoren bei SWISSMEDIC Re-Zertifizierung erst nach 9 Jahren
Labor für Patientenanalytik	H+ 17025 (Ringversuche und Laborleitung gemäß Vorgaben QUALAB ISO/EC 17025)	2004	2009	
Mikrobiologie / Infektionsserologie	Swissmedic ISO/IEC 17025	2000	2009	
Blutspende mit Labor Analytik von Blutspenden	Schweizerische Akkreditierungsstelle (SAS) ISO/IEC 17025	2007	2010	zuvor CSL Behring, CH
	CSL Plasma, Deutschland ISO/IEC 17025	2010	2010	
	Swissmedic ISO/IEC 17025	2003	2009	
Intensivstation KAI Visitation	KAI definitive Anerkennung Intensivstation mit 9 Betten			Auflagen aus Visitation 2010 im Juli 2011 erfüllt

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
KIS Einführung	Elektr. Patientenakte, Prozesse der Visite, Auftragsmanagement, Bericht und Leistungserfassung	Alle Betriebe der STGAG	2009 - 2013
FloKatres	Digitales Management-Handbuch	Medizinische Klinik	2010.....auf Weiteres
E-Journals	Umstellung auf digitale Journale sowie zentraler Zugriff auf	Alle Betriebe der STGAG	2010-2012

	diese		
diagnosebasierte Patienteninformationsbroschüren	Optimale Patienteninformation vor, während und nach Eingriff	Alle Bereiche KSF	2010 -2012
Brustzentrum Audit	Hohe Qualität im Brustzentrum TG	Brustzentrum TG	2009.....auf Weiteres
FMH Klinik Evaluation	Beurteilung Kliniken durch AA in Weiterbildung	Alle Kliniken	Seit Jahren
Qualitätsparameter-Messung Gynäkologische Onkologie	Anzahl Komplikationen	Gyn. Onkologie	2008.....auf Weiteres
Erfassung der Miktionssituation vor und nach TUR P, speziell OP-Methode, Miktions Spitzenfluss, Restharn vor und nach Eingriff	Optimierung der Outcome-Messungen	Urologie KSF mit KSM	Seit 2009auf weiteres
KoKo Statistik Besprechung von Komplikationen, Auswertung und Festlegen von Maßnahmen alle 3 Monate	Steigerung der Qualität der operativen Eingriffe, evt. Änderungen im Ablauf	Urologie	Seit 2009auf Weiteres
R1-Rate Radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom	Outcome-Messungen	Urologie	Seit 2003 auf Weiteres

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Ausbau Dialysestation	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Angebot von Dialysebehandlungen im KSM mit ärztlicher und pflegerischer Führung aus dem KSF	
Beschreibung	Bau, Einrichtung und Umsetzung einer 6-Bett Dialysestation	
Projekttablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	KSF und KSM	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Verwaltung, Bauleitung	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Angebotserweiterung Evaluation Befragung der Patienten und Mitarbeitenden Balance Aufwand/Ertrag	
Weiterführende Unterlagen		



Schlusswort und Ausblick

Freitextfeld

G Anhänge