



REHAB Basel

**ZENTRUM FÜR QUERSCHNITTGELÄHMTE UND HIRNVERLETZTE
SCHWEIZERISCHES PARAPLEGIKERZENTRUM BASEL**

Im Burgfelderhof 40, Postfach, 4012 Basel

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 Spitätern 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 Spitätern und Kliniken; fr: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité 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	32
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	33
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	33
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	33
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	34
F	Schlusswort und Ausblick	35
G	Anhänge.....	36

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.

A Einleitung

Das REHAB Basel ist ein Zentrum für die hochspezialisierte Behandlung und Rehabilitation von querschnittgelähmten und hirnerkrankten Menschen nach Unfall oder Erkrankung. Dazu werden die Patientinnen und Patienten direkt nach der Erstversorgung im Zentrumsspital auf die Überwachungsstation aufgenommen, wo nebeneinander akut- und rehabilitationsmedizinische Massnahmen eingesetzt werden. Speziell werden auch Patientinnen und Patienten mit Doppeltrauma, Wirbelsäulen- und Schädelhirnverletzungen sowie verwandten Krankheitsbildern rehabilitiert und behandelt. Zudem betreibt das REHAB Basel die einzige Wachkoma-Station der Schweiz.

Eine Tagesklinik und das Ambulatorium mit einem breiten Angebot an Spezialsprechstunden sichern die Nachsorge und runden die ganzheitliche Rehabilitation und Behandlung ab.

Ein hochqualifiziertes und engagiertes Team von aus verschiedenen Fachgruppen (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, neuropsychologischer und psychologischer Dienst, Rekreationstherapie, Sozialberatung, Rechtsdienst, Labor, Röntgen, Ambulatorium, Tagesklinik, Zentraler Untersuch, Qualitätssicherung) begleitet die ihm anvertrauten Patientinnen und Patienten zurück in den Alltag. Zudem verfügt das REHAB Basel über einen breit gefächerten Konsiliararztendienst über die Unikliniken des Kantons Basel-Stadt und anderer Spezialkliniken.

Das REHAB Basel ist organisiert als private gemeinnützige Aktiengesellschaft.

Unser Angebot:

- Hochspezialisierte Behandlung und Rehabilitation für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte und Menschen mit verwandten Krankheitsbildern (stationär, ambulant und in der Tagesklinik)
- Überwachungsstation für Patientinnen und Patienten in der Akutphase
- Rehabilitation von Menschen in komatösem Zustand bzw. im Wachkoma in unserer Wachkoma-Station
- Spezialisierte Rehabilitation von Verletzten mit gleichzeitiger Querschnittlähmung und Hirnverletzung

Spezielle Themen:

- Wundtreffpunkt für chronische Wunden im REHAB Basel
- Das Schluckzentrum im REHAB Basel
- Rehabilitation bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS)
- Rehabilitation bei Multiple Sklerose (MS)
- Ein breites Angebot von Spezialsprechstunden im Ambulatorium

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Für das REHAB Basel ist die Qualität und die Weiterentwicklung der Qualität ein wichtiges Thema, das so auch im Leitbild verankert worden ist und immer wieder bewusst in die Führungsstrukturen einfließt.

Wir legen grossen Wert auf die fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und unterstützen gezielt deren Entwicklung.

Wir streben eine ganzheitliche Rehabilitation der uns anvertrauten schwerst-betroffenen Menschen an und arbeiten dabei nach internationalen Standards und anerkannten Therapiekonzepten wie Affolter-Modell, Bobath, F.O.T.T. und unseren hausinternen Konzepten. Wir legen sehr grossen Wert auf die Einhaltung und Weiterentwicklung dieser Konzepte; sie bilden einen entscheidenden Bestandteil unseres Qualitätsanspruchs.

Der Zielsetzungsprozess ist ein weiterer wesentlicher Bestandteil im Rehabilitationsprozess. Hier arbeiten wir massgeblich im ANQ-Projekt mit und haben die künftigen Prozessanforderungen bereits intern umgesetzt.

Unsere hohe Qualität sowie die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung unserer anspruchsvollen Rehabilitationsarbeit wird auch in Zukunft ein ständiger, nicht immer einfacher Prozess sein, der uns immer wieder vor neue Herausforderungen stellen wird. Herausforderungen, denen wir uns zum Wohle unserer schwerst-betroffenen Patientinnen und Patienten immer wieder mit Engagement und Freude stellen werden.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Das QM-Jahr 2011 stand ganz im Zeichen der Kontinuität und Weiterentwicklung. Folgende Schwerpunkte wurden mittels interprofessionellen Projekten bearbeitet und weiterentwickelt:

- Weiterentwicklung des Ethik-Konzepts und Schulung der Mitarbeitenden
- Kommunikation in schwierigen Situationen im Klinik-Alltag
- Analyse des Rückmeldewesens und des Critical Incidents Reporting-Systems (CIRS) und Einleiten von Verbesserungsmaßnahmen
- Einführung Prozessmanagement insbesondere die Entwicklung einer Prozesslandschaft
- Mitarbeit in externen Begleit- und Expertengruppen betr. QUBA- und ANQ-Projekte durch REHAB-Mitarbeitende
- Analyse der Belastbarkeit der Mitarbeitenden resp. der Krankheits- und Unfallbedingte Absenzen
- Einführung der Pflegedokumentation und Medikation im Krankenhausinformationssystem (KIS)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Dank einer koordinierten Planung konnten die wichtigsten Projekte aus den Bereichen Führung, Organisation und Qualitätsmanagement umgesetzt und erreicht werden. Einige Themen wie das Ethik-Konzept, das QM-Konzept, das Krankenhausinformationssystem oder die Kommunikations-Projekte konnten im Jahr 2011 einen entscheidenden Schritt vorangebracht werden.

Auch die Resultate aus den Outcome-Messungen zeigen uns, dass wir damit auf dem richtigen Weg sind.

Zudem konnte ein Team aus dem REHAB Basel den Guttmann-Preis 2011 der deutschsprachigen medizinischen Gesellschaft für Paraplegie in Empfang nehmen. Mit dem Preis wurde das REHAB Basel für die vertiefte und langjährige Arbeit zur Vor- und Nachsorge von querschnittgelähmten Menschen ausgezeichnet.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Einführung QM-REHAB als übergeordnetes Prozess- und Dokumentenlenkungssystem
- Entwicklung von weiteren ICF-basierenden Instrumente für die Steuerung der Rehabilitationsbehandlung
- Reorganisation des Austrittsmanagements
- Messung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Nächste Schritte im Rahmen des EFQM u.a. Erreichung der Stufe „Committed to Excellence“ im 2012

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Verantwortlicher für Qualität:
Stephan Bachmann, Direktor

Leitung Qualitätsmanagement:
Hansjörg Lüthi, Leiter Qualitätsmanagement

Qualitätsausschuss:
Leiter Qualitätsmanagement: Hj. Lüthi (Vorsitz)
Direktor: St. Bachmann
Chefarzt: Dr. med. M. Mäder
Leitung Administration/ Finanzen: C. Frey
Pflegedienstleitung: S. Schmid
Leitung Ergotherapie: B. Schürch
Verantwortliche Therapiekonzepte: B. von Bidder
Leitende Ärztin: Dr. med. R. Spreyermann

Sekretariat QM: F. Burri

<input 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:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt Stellenprozenzte zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Stephan Bachmann	061 325 00 25	st.bachmann@rehab.ch	Direktor
Hansjörg Lüthi	061 325 01 03	hj.luethi@rehab.ch	Leiter Qualitätsmanagement

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 → REHAB Basel
 → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten :

C1 Angebotsübersicht

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

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

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

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

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,			
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelter Patienten,			
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene			
Geleistete Pflgetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Bettenbelegung			

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. 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.

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				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation	Basel	Individuell je nach medizinischer Situation und Verordnung	414	27'569
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

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				
Muskuloskeletale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation		Individuell je nach medizinischer Situation und Verordnung	77	2'201
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
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 Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pflege 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 Physikalische Medizin und Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja		
Facharzt Neurologie	<input checked="" type="checkbox"/> ja		
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja		
Facharzt Kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja		
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/> ja		
Facharzt Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja		
Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen	
Fachpflege Rehabilitation	200	140	

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011			
Geleistete Pflage tage			
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:	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 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	96% völlig oder mehrheitlich zufrieden	Gleich wieder Benchmark.	
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 checked="" 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	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input checked="" type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten, welche im 2011 ausgetreten sind. Sprachen deutsch, italienisch, französisch, serbo-kroatisch, englisch	
	Ausschlusskriterien	Jünger als 16 Jahre Im Ausland wohnhafte Patienten	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		PZ-Benchmark ist ein Telefoninterview, 192 Interviews im 2011	
Rücklauf in Prozenten		keine	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	Verantwortlicher für das Rückmeldewesen
Name der Ansprechperson	Lüthi, Hansjörg
Funktion	Leiter Qualitätsmanagement
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	061 325 01 03, hj.luethi@rehab.ch
Bemerkungen	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Nasszellen	Sichere Unterlagen in den Nasszellen	Ganzer Betrieb	2011
Garderoben beim Schwimmbad	Anpassungen der Garderobe betr. Komfort	Schwimmbad	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 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 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:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: April 2012
<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 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
<input checked="" 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 Spitätern verglichen (Benchmark).		

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden mit einen festen Anstellungsvertrag resp. Zeitarbeitsvertrag von mind. 6 Monate	
	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)

D1-4 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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.	Begründung: aus Ressourcengründen werden die einzelnen Zuweisern von den REHAB-Verantwortlichen betreut.	
<input type="checkbox"/>	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:
<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 / Fach-bereichen / 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 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 Zuweiser	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)

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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung: für eine Reha-Klinik keine sinnvolle Kennzahl	
<input 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 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 Misslingens 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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung: für eine Reha-Klinik keine sinnvolle Kennzahl	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input 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 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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung: für eine Reha-Klinik keine sinnvolle Kennzahl. Es besteht dafür ein umfangreiches Hygiene-Konzept, welches in der ganzen Klinik umgesetzt wird.	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input 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 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 type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter 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 type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
<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 checked="" type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: für eine Reha-Klinik keine sinnvolle Kennzahl. Bei den gefährdeten Patientengruppen besteht ein Sturzkonzzept inkl. Risiko-Einschätzung und präventiven Massnahmen
<input 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 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 hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
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 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	

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

Bemerkung	
-----------	--

Verbesserungsaktivitäten			
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 checked="" type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: für eine Reha-Klinik keine sinnvolle Kennzahl. Das REHAB Basel hat eine grosse Erfahrung bei der Behandlung Dekubitus-Patienten.
<input 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 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:	

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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung: der Fragebogen ist für die Reha gar noch nicht entwickelt
<input 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 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?		0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?		0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?		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 <input type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut <input type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> ESOPE <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> 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	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten			
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten		Rücklauf in Prozent	
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?	

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)

D3-2 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	
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:

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)

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	B	
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.agc.ch	B	
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	B	
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	B	
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	B	
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	B	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	B	
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	B	
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrgap.ch	B	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	B	
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	B	
Überregionale Krebs-register	B:Name der Fachgesellschaft		
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
EFQM - Committed to Excellence	Ganze Klinik	Zertifizierung im 2012		

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)
EFQM - Committed to Excellence	Gesamtbeurteilung der gesamten Klinik nach dem EFQM-Prinzip	Ganzer Betrieb	Dez 2010 bis Juni 2011
Ethik-Konzept	Entwicklung und Einführung eines Ethik-Konzepts	Ganzer Bereich	2009 bis 2012
Reha-Koordination	Verbesserungen und Anpassungen des Zielsetzungsinstruments	Stationärer Bereich	2011
Klinikinformationssystem (KIS)	Einführung der Pflegedokumentation und Medikation im KIS	Ganzer Bereich	2008 bis 2012
Rückmeldewesen	Erweiterung des Beschwerdewesens auf alle Rückmeldungen	Ganzer Betrieb	2011

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Ethik-Konzept	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Erarbeitung eines interdisziplinär anwendbaren Konzeptes	
Beschreibung	<p>Die Mitarbeitenden kennen die drei Grundfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Was ist der Status quo?“ wie zeigt sich der Stand der Dinge / wie zeigt sich die Situation? - - „Quo vadis?“ wohin soll es gehen? - - „Welche Personen, Mittel u. welches Engagement braucht es dazu, um möglichst das von den Betroffenen formulierte Ziel zu erreichen?“ (in Anlehnung an das Modell von Prof. Dr. E. Loewy, 2002), <p>und leiten die beiden Schlüsselfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Was soll gemacht werden?“ u. „Was soll unterlassen werden?“ ab, <p>und können die vier ethischen Prinzipien benennen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Nicht – Schaden - Gutes tun - Gerechtigkeit. 	
Projekttablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - In diversen interdisziplinäre Sitzungen wird regelmässig das Thema „Ethik“ aufgenommen u. nachgefragt, wo ethische Fragestellungen auftraten, wie sie angegangen wurden u. welche Entscheidungen darin getroffen wurden - in mehreren Workshops mit dem gesamten oberen und mittleren Kader findet eine intensive Auseinandersetzung mit der Anwendung des Ethik-Konzepts statt - es werden Schlüsselpersonen aus allen Berufsgruppen bestimmt - Alle Leitungspersonen besprechen mit ihren Mitarbeitenden die Broschüre zur „ Die Dimension der Ethik im REHAB Basel“ u. sind Vorbilder im Erkennen u. Thematisieren ethischer Fragen im Berufsalltag - verschiedene Fortbildungen zum Thema „Ethik“ werden intern angeboten u. sind für alle Mitarbeitenden obligatorisch zu besuchen 	
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	alle Berufsgruppen	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

Für das REHAB Basel ist die Qualität und die Weiterentwicklung der Qualität ein wichtiges Thema, das so auch im Leitbild verankert worden ist und immer wieder bewusst in die Führungsstrukturen einfließt.

Wir legen grossen Wert auf die fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und unterstützen gezielt deren Entwicklung.

Wir streben eine ganzheitliche Rehabilitation der uns anvertrauten schwerst betroffenen Menschen an und arbeiten dabei nach internationalen Standards und anerkannten Therapiekonzepten wie Affolter-Modell, Bobath, F.O.T.T. und unseren hausinternen Konzepten. Wir legen sehr grossen Wert auf die Einhaltung und Weiterentwicklung dieser Konzepte; sie bilden einen entscheidenden Bestandteil unseres Qualitätsanspruchs.

Der Zielsetzungsprozess ist ein weiterer wesentlicher Bestandteil im Rehabilitationsprozess. Hier arbeiten wir massgeblich im KIQ-Projekt mit und haben die künftigen Prozessanforderungen bereits intern umgesetzt.

Derzeit befassen wir uns mit einer ersten Selbstbeurteilung unserer Klinik nach EFQM und befassen uns selbstverständlich mit den Projekten des künftigen Qualitätsreportings entsprechend den Vorgaben des VNS und des Kantons.

Unsere hohe Qualität sowie die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung unserer anspruchsvollen Rehabilitationsarbeit wird auch in Zukunft ein ständiger, nicht immer einfacher Prozess sein, der uns immer wieder vor neue Herausforderungen stellen wird. Herausforderungen, denen wir uns zum Wohle unserer schwerst betroffenen Patientinnen und Patienten immer wieder mit Engagement und Freude stellen werden.

G Anhänge