

**Inselspital, Universitätsspital Bern**  
Freiburgstrasse  
3010 Bern



**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](http://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](http://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](http://www.anq.ch)

# Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	Einleitung .....	1
<b>B</b>	Qualitätsstrategie .....	2
	B1 Qualitätsstrategie und –ziele .....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011 .....	3
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011 .....	4
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	4
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements .....	5
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	5
<b>C</b>	Betriebliche Kennzahlen und Angebot .....	7
	C1 Angebotsübersicht.....	7
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011 .....	11
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011 .....	12
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011 .....	13
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation .....	13
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz .....	14
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation) .....	15
	C4-4 Personelle Ressourcen .....	15
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011 .....	16
<b>D</b>	Qualitätsmessungen .....	17
	D1 Zufriedenheitsmessungen .....	17
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit .....	17
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	19
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit .....	20
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit .....	21
	D2 ANQ-Indikatoren.....	22
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® .....	23
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® .....	24
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	25
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	26
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ .....	28
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011 .....	30
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO).....	30
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) .....	31
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	32
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....	33
	D3-5 Dauerkatheter .....	34
	D3-6 Weiteres Messthema.....	35
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	37
<b>E</b>	Verbesserungsaktivitäten und -projekte .....	39
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards .....	39
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte (Stand 20.01.2012) .....	40
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	42
<b>F</b>	Schlusswort und Ausblick .....	43

**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 Inselspital ist eine privatrechtliche Stiftung, die im Auftrag der Regierung des Kantons Bern die Funktionen eines Zentrums- und Universitätsspitals ausübt. Das Inselspital nimmt im Schweizerischen Gesundheitswesen eine bedeutende Stellung ein. Es ist ein medizinisches Kompetenz-, Hochtechnologie- und Wissenszentrum mit internationaler Ausstrahlung und ein Ort der Begegnung für Wissenschaft und Forschung.

Mit der Unternehmensstrategie 2011 setzt der Verwaltungsrat Ziele und Leitplanken für langfristiges Handeln im Dienste der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden.

Das Inselspital hat sich folgende Ziele als strategische Schwerpunktziele gesetzt:

- Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit stärken
- Forschungsk Kooperation mit der Medizinischen Fakultät und der Universität ausbauen
- Angebotsportfolio gestalten
- Prozesse optimieren
- Führungskultur und Interdisziplinarität weiterentwickeln
- Informatik- und Kommunikationstechnologie ausbauen und vernetzen
- Zukunftsgerichtete Infrastruktur planen, errichten und betreiben

Das Inselspital Bern beschäftigte im Jahr 2011 insgesamt 5'647 Vollzeitstellen auf 7'343 Personen. Im gleichen Jahr wurden in den Einrichtungen 38'386 Patientinnen und Patienten stationär und 279'848 ambulante Erstbesuche (ohne Folgebesuche) behandelt (Quelle: Jahresbericht 2011). Die 38 Kliniken und Institute sind in neun Departementen zusammengefasst.

Für die operative Führung ist die Spitalleitung unter dem Vorsitz des Direktionspräsidenten zuständig. Die erweiterte Spitalleitung, bestehend aus den Vorsitzenden der Departementsdirektorien sowie den Mitgliedern der Spitalleitung, berät die Spitalleitung. Die verbindliche, strategische Ausrichtung erfolgt durch den Verwaltungsrat des Inselspitals Bern. Der Verwaltungsrat und der Verwaltungsratspräsident sind von der Regierung des Kantons Bern für eine Amtsperiode von vier Jahren (2008 – 2011) gewählt.

Die Spitalleitung besteht aus folgenden sieben Mitgliedern:

- Dr. oec. publ. Urs Birchler, Direktionspräsident
- Prof. Dr. med. Andreas Tobler, Ärztlicher Direktor und Stellvertreter des Direktionspräsidenten
- Ulrich von Allmen, Direktor Pflege / MTT
- Bernhard Leu, Direktor Betrieb
- Gerold Bollinger, Direktor Dienste
- Markus Lüdi, Direktor Personal
- Prof. Dr. med. Matthias Gugger, Direktor Lehre + Forschung

Für die Lehre und Forschung hat das Inselspital mit der Universität eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen. Die Medizinische Fakultät erteilt den Kliniken und Instituten Leistungsaufträge für die Lehre und Forschung. Durch die gegenseitige Vernetzung der Führungsorgane der Medizinischen Fakultät bzw. der Universität und des Inselspitals wird die universitäre Lehre und Forschung sichergestellt werden.

# B

## Qualitätsstrategie

### B1 Qualitätsstrategie und –ziele

Ein aktiv gestaltetes und gesteuertes Qualitätsmanagement ist für das Inselspital ein wichtiger Erfolgsfaktor. Als medizinisches Zentrum in der Hauptstadregion Schweiz und einem weiteren Einzugsgebiet bietet das Inselspital ein breites Spektrum von hochspezialisierten medizinischen Leistungen mit ausgeprägter Interdisziplinarität an. Das Qualitätsmanagement umfasst in diesem Kontext das gesamte Instrumentarium, von der Patientensicherheit und einem aktiven Risikomanagement über Massnahmen der Qualitätssicherung bis zur faktenbasierten Qualitätsentwicklung.

Die Sicherheits-Checkliste und ein Fehlermeldesystem stellen zwei typische Beispiele aus dem Bereich Patientensicherheit und Risikomanagement dar. Im Wesentlichen geht es darum, durch gezielte Analyse von Prozessen und deren Ergebnissen das «Qualitätsniveau» sicherzustellen und laufend weiterzuentwickeln.

Für die Überprüfung der Prozess- und der Ergebnisqualität werden heute in der Regel Kennzahlen erhoben. Solche Daten werden in Zukunft auch im Preis-Qualitätswettbewerb eine immer wichtigere Rolle spielen. Je nach Fragestellung sind die Indikatoren unterschiedlich stark differenziert. Entsprechend variieren auch die Häufigkeit und die Art ihrer Erhebung. Einzelne Kennzahlen werden aufgrund von sogenannten «Routinedaten» berechnet, für andere ist eine spezifische Datenerhebung notwendig. Die Messung der Patientenzufriedenheit stellt ein typisches Beispiel für das letztgenannte Vorgehen dar. Das gleiche gilt für die Erhebung der Wartezeiten in einem Ambulatorium und für die Erfassung von Komplikationen nach Herzinfarkt. Die Aussagekraft von Kennzahlen, hergeleitet aus «Routinedaten», wird zurzeit kontrovers diskutiert. Transparenz soll es Patienten, zuweisenden Ärzten und Spitälern, aber auch den zuständigen Behörden und einer breiten Öffentlichkeit ermöglichen, sich ein Bild über die erbrachten Leistungen und deren Qualität zu machen. Einige wichtige Kennzahlen sind deshalb im vorliegenden Qualitätsbericht dargestellt.

Gemäss Leitbild Qualitätsmanagement Inselspital 2015 wird in erster Priorität das Erreichen der folgenden Unternehmensziele unterstützt:

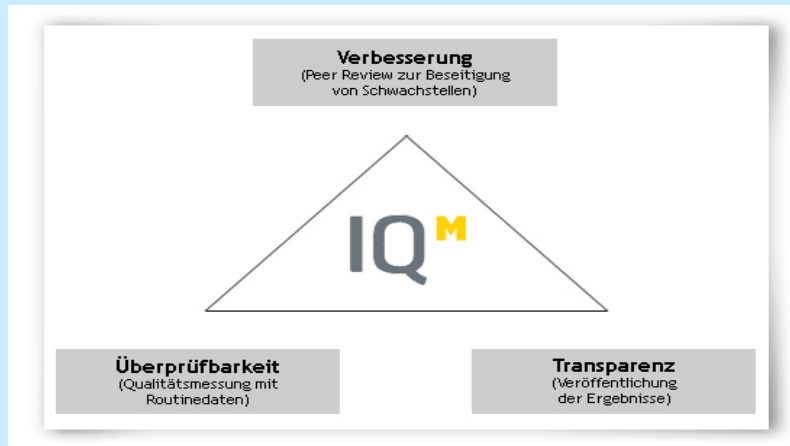
1. *Führendes Universitätsspital mit internationaler Ausstrahlung*
  - Durch gezielt geförderte Qualitätsentwicklung wird die Positionierung des Inselspitals gestärkt.
  - Wir arbeiten aktiv mit in nationalen und internationalen Gremien des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen.
  - Wir erarbeiten – in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Organisationen – Standards und Empfehlungen zur Erhöhung der Patientensicherheit und Betreuungsqualität.
2. *Hochspezialisierte medizinische Leistungen*
  - Qualitätsmanagement unterstützt bei Innovationen die Gewährleistung der Patientensicherheit und Betreuungsqualität sowie die Sicherung des medizinischen Erfolges.
  - Qualitätsmanagement trägt zur Wirtschaftlichkeit von hochspezialisierten medizinischen Leistungen bei.
3. *Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten steigern*
  - Interdisziplinär und interprofessionell entwickelte und umgesetzte klinische Behandlungs-Pfade und -Konzepte bilden den Kernpunkt des erhöhten Patientennutzens.
  - Patientenwünsche sind erkannt, die Patientenzufriedenheit wird regelmässig überprüft und Verbesserungsmassnahmen werden geplant und umgesetzt.

Ein Kennzahlensystem bildet die Basis zur Dokumentation, Analyse und Kommunikation der Wirksamkeit unserer Leistungen und zur kontinuierlichen Verbesserung

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

### 1. Schwerpunkt: Von der Datenanalyse zum Ableiten konkreter Massnahmen

Das Thema Qualität der Leistungserbringung ist ein Dauerbrenner und besteht im allgemeinen eine grosse Übereinstimmung, dass sie in irgendeiner Form „gemessen“ werden solle. Dies leuchtet ein, denn nur so ist es möglich, einen Fortschritt einzuleiten und das Erreichte zu festigen. Bei der Frage wie dies konkret geschehen soll, besteht jedoch schon deutlich weniger Einigkeit und entsprechende Unterfangen zur Qualitätsmessung gleichen nicht selten einer Quadratur des Kreises.



Ein vielversprechender Ansatz wurde im Jahr 2008 in Deutschland mit der Gründung der Initiative Qualitätsmedizin (IQ<sup>M</sup>) gestartet ([www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de)). Dabei handelt es sich um einen freiwilligen Zusammenschluss von Akutspitälern und Universitätskliniken, die sich zum Ziel gesetzt haben, nach einer einheitlichen Methode einen ständigen Prozess der Messung und Verbesserung zu begehen. Der Ausgangspunkt dazu sind Analysen von Qualitäts-Kennzahlen. Diese werden auf dem Internet publiziert ([www.insel.ch/qualitaet](http://www.insel.ch/qualitaet)) und unter den Mitgliederspitälern verglichen. Als konkretes Instrument zur Verbesserung dient die Fallbesprechung von Patientenakten, die nach genauen Vorgaben organisiert und durchgeführt wird (im Fachjargon: Peer Review). Seit 2010 ist das Insele Hospital Mitglied der IQ<sup>M</sup>. Weitere Mitglieder in der Schweiz sind die Universitätsspitäler Basel, Zürich und seit Kurzem auch die Hirslanden-Gruppe.

#### ... zur Analyse von Prozessen ...

Am 7. April 2011 wurde an der Universitätsklinik für Intensivmedizin (KIM) erstmals in der Schweiz eine Fallbesprechung nach IQ<sup>M</sup>-Methodik durchgeführt. Dabei ging es um die Analyse und Beurteilung von Behandlungsprozessen, welche durch unabhängige Gutachter (Peer Reviewer) erfolgte. Diese Reviewer sind speziell geschulte Fachleute aus anderen IQM Mitgliederspitälern. Im vorliegenden Fall waren es drei Chefärzte aus Deutschland. Sie analysierten 18 Krankengeschichten von Patientinnen und Patienten der KIM, welche eine Gemeinsamkeit hatten: Sie waren alle auf Grund einer Blutvergiftung (Sepsis) verstorben.

Insgesamt befanden die externen Reviewer, dass die intensivmedizinische Patientenversorgung in der KIM ein überdurchschnittlich hohes Niveau aufweist. Die pflegerische Dokumentation wurde als vorbildlich bezeichnet. Bei der ärztlichen Dokumentation wurde eine deutliche Verbesserung im Verlauf der Jahre 2007 bis 2010 gesehen, sie wurde ebenfalls als sehr gut bezeichnet. Die täglichen diagnostischen und therapeutischen Überlegungen wurden als gut nachvollziehbar und die Entscheidungen zum Therapieabbruch als vorbildlich dokumentiert erachtet.

#### ... und zum Festlegen von Verbesserungsmassnahmen

Bei den verbesserungswürdigen Punkten ging es um Themen wie der adäquaten Kombination von Vasoaktiva (Medikamente zur Beeinflussung der Gefässspannung), der Volumentherapie (Steuerung des Flüssigkeitshaushalts), der primären Antibiotikatherapie, Fokussuche bei Infektionen, dem Timing beim Hinzuziehen eines Intensivmediziners auf der Normalstation und den Einsatz der Echokardiographie (Ultraschalluntersuchungen des Herzens). Erfreulicherweise gab es in den analysierten Fällen keine Hinweise auf Schnittstellenprobleme zwischen Intensivmedizin und anderen involvierten Kliniken im Hause.

Aufgrund der positiven Gesamteinschätzung und da nur „kleinere“ Auffälligkeiten ein Verbesserungspotential aufwiesen, wurde als konkreter Verbesserungsvorschlag einzig die vermehrte Integration der Echokardiographie in die Routine der Klinik festgelegt. Inzwischen wird dies auch umgesetzt.

Die Klinikleitung und auch die ärztliche Direktion haben diese Kommentare mit Befriedigung zur Kenntnis genommen. Alle Beteiligten haben die Besprechung als ausgesprochen aufschlussreich und gewinnbringend empfunden.

#### Wie geht es weiter?

Das Insele Hospital hat im Rahmen von IQ<sup>M</sup> in den letzten zwei Jahren die ersten Peer Reviewer der Schweiz benannt und ausbilden lassen. Damit kann die Expertise unseres Spitals auch anderen Beteiligten zur Verfügung gestellt werden. Am Insele Hospital selbst werden Peer Reviews bei Bedarf auch in Zukunft dazu beitragen, dass Behandlungsabläufe nachhaltig verbessert werden.

## 2. Schwerpunkt: Ableitung von konkreten Verbesserungen aus dem anonymen Fehlermeldesystem

Am Inselspital wird seit 2004 ein Fehlermeldesystem unter der Bezeichnung „CIRS-EBKE“ (Critical Incident Reporting System – Erfassen **und Bearbeiten** Kritischer Ereignisse) sehr intensiv betrieben. Alleine im Jahr 2011 meldeten die Mitarbeitenden des Inselspitals über 1'600 Fälle, insgesamt sind nahezu 11'000 Meldungen in der Datenbank vorhanden. Diese Zahl ist jedoch nicht mit einer entsprechend hohen Zahl an Risiken oder Problemen gleichzusetzen, sondern zeigt vielmehr die Bereitschaft der Mitarbeitenden, sich für die Patientensicherheit zu engagieren. Die hohe Qualität der Meldeinhalte spiegelt sich u. a. in der Tatsache wider, dass 72% der Fälle auch zu Konsequenzen führen (s. Tab.).<sup>1</sup>

Grundsätzlich gilt dabei das Prinzip, dass die Kliniken ihre Fälle weitgehend eigenverantwortlich bearbeiten. Durch diese dezentrale Organisationsform ist eine schnelle und fachkundige Reaktion sicher gestellt. Darüber hinaus werden jedoch auch Fälle von übergeordneter Bedeutung spitalweit bearbeitet. Ein Beispiel aus dem Jahr 2011 zeigt sehr eindrucksvoll, wie dabei auch einzelne Meldungen Verbesserungen der Patientensicherheit nach sich ziehen können.

Konkret war es ein Fall aus der Universitätsklinik für Intensivmedizin, bei dem zwar kein Patient geschädigt, allerdings ein Risiko offenbar wurde. An den heute verwendeten elektrisch betriebenen Patientenbetten befindet sich an der Unterseite ein Hebel, der im Notfall dazu dient, das Kopfteil schnell abzulassen, um ohne Zeitverzögerung mit den Notfallmassnahmen beginnen zu können. Diese Funktion ist sehr wichtig und muss in einem Akutspital unbedingt ausführbar sein. In einer CIRS-EBKE-Meldung wurde jedoch auf die Möglichkeit einer versehentlichen Auslösung dieses Hebels hingewiesen. Gerade bei Patienten der Intensivmedizin droht dabei die Gefahr von Schädigungen durch plötzliche Zugbelastungen an den Beatmungs- oder Infusionsschläuchen. Die Klinik leitete diese wichtige Information weiter und regte dringend eine Lösung des Problems an. Bei einer daraufhin durchgeführten informellen Umfrage in anderen Spitälern wurde bestätigt, dass sich ähnliche Fälle bereits anderenorts ereignet haben. In diesem Rahmen fand dabei zugleich ein Informationsaustausch über dieses Risiko statt, von dem auch andere Spitäler profitieren konnten.

Vertreter der Klinik, der Ärztlichen Direktion, der Direktion Pflege/MTT und der Direktion Betrieb entwickelten gemeinsam mit dem Hersteller einen Schutzbügel. Einerseits konnte so die Funktion des Schnellablasses weiterhin sichergestellt werden, andererseits aber ist dank der neuen Anordnung ein versehentliches Auslösen des Hebels ausgeschlossen (s. Abb.). Der neue Bügel bietet darüber hinaus auch noch einen praktischen Mehrwert: An ihm können z. B. Drainagebeutel sicher und ergonomisch günstig angebracht werden. Im Inselspital wurde die Nachrüstung der über 1'000 Betten auf Entscheidung der Spitalleitung durch eigene Mittel finanziert.

Dieses Beispiel zeigt, dass einzelne Meldungen im CIRS-EBKE-Meldesystem zu entscheidenden Verbesserungen führen können. CIRS-EBKE ist ein wichtiges Instrument der kontinuierlichen Verbesserung unserer Betreuungsqualität.

### B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- Die Safe-Surgery-Checklist ist für das Intensiv- und Notfallzentrum (INO) adaptiert und implementiert
- CIRS kann klinikübergreifend und spitalweit ausgewertet werden
- Richtlinien zur Verarbeitung von CIRS-Fällen sind erarbeitet und das Fallanalysekonzept für schwerwiegende Ereignisse ist zu 80% umgesetzt
- Die CH-IQI Qualitätsindikatoren nach Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Initiative Qualitätsmedizin (IQ<sup>M</sup>) sind intern / extern publiziert
- Das Konzept zur systematischen Erfassung der Patientenzufriedenheit ist zu 80% umgesetzt
- Im Rahmen von MpM (Multiprojektmanagement) wird eine angepasste Projekt-Methodik angewandt

### B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Umsetzung des Leitbildes 2015 zum Qualitätsmanagement Inselspital. Dabei gelten folgende Grundprinzipien:

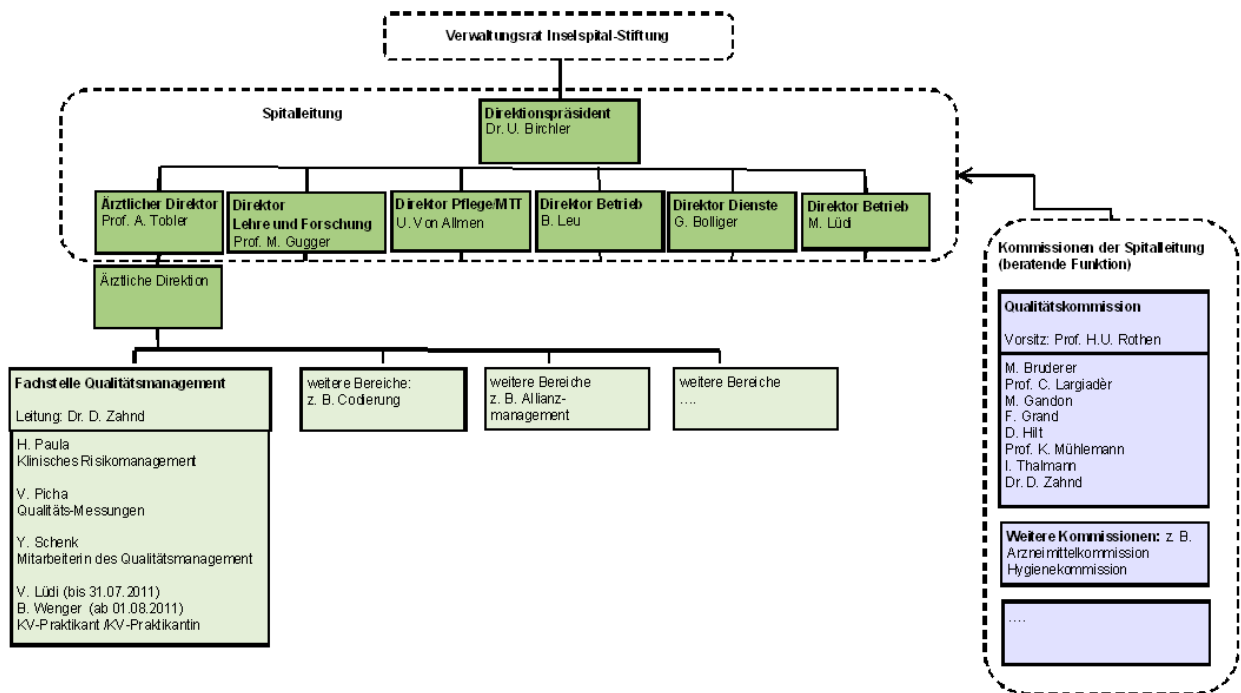
- **Im Zentrum steht der Patienten-Nutzen.**

Das QM fokussiert auf den Patientenprozess als Kernaufgabe des Spitals. Sicherstellen der Patientensicherheit und Optimierung von Behandlungs- und Ergebnisqualität stehen im Vordergrund.

<sup>1</sup> Interne Datenbankauswertung  
Qualitätsbericht 2011  
Inselspital, Universitätsspital

- **Qualitätsmanagement ist Bestandteil des Führungsauftrages.**  
QM ist Führungsaufgabe. Die Spitalleitung legt die übergeordnete Strategie fest. Sie delegiert die direkte, unmittelbare Verantwortung für das QM aber soweit möglich und sinnvoll auf Stufe Klinik und Institut.
- **Qualitätsentwicklung ist integraler Teil der Unternehmensentwicklung.**  
Das QM unterstützt das Erreichen und Halten der Erfolgsposition. Qualitätsentwicklung (QE) ist deshalb Teil der Unternehmensentwicklung.

## B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input 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 (Fachstelle Qualitätsmanagement) ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Organisationsform: Die beratende Qualitätskommission ist beratendes Organ der Spitalleitung. Daneben hat sie Entscheidungsbefugnisse im Bereich Projektmanagement.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	300 Stellenprozent zur Verfügung.

## B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Prof. Dr. med. Andreas TOBLER	031 632 82 32	andreas.tobler@insel.ch	Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. Hans- Ulrich ROTHEN	031 632 1176	hansulrich.rothen@insel.ch	Vorsitzender Qualitätskommission
Dr. phil. Daniel ZAHND	031 632 95 77	daniel.zahnd@insel.ch	Leiter Fachstelle Qualitätsmanagement



Yvonne SCHENK	031 632 90 51	yvonne.schenk@insel.ch	Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
Helmut PAULA	031 632 0379	helmut.paula@insel.ch	Klinisches Risikomanagement
Veronika PICHA	031 632 13 08	veronika.picha@insel.ch	Fachspezialistin Qualitätsmanagement
Valentin LÜDI (bis Juli 2011)	031 632 03 79	valentin.luedi@insel.ch	Praktikant
Bettina WENGER (ab August 2011)		bettina.wenger@insel.ch	Praktikantin

# 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](http://www.spitalinformation.ch) → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Inselehospital, Universitätsspital

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

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

### C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitalern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie Universitätsinstitut für Immunologie	
Allgemeine Chirurgie	Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>	Universitätsklinik für Dermatologie	
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	Universitätsklinik für Frauenheilkunde	
Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>	Universitätsklinik für Kinderheilkunde	
Handchirurgie	Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>	Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie Universitätsklinik für Thoraxchirurgie	
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden <b>Spezialisierungen</b> (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input checked="" type="checkbox"/> Universitätsklinik für Angiologie	Universitätsklinik für Angiologie	

<input checked="" type="checkbox"/>	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin	Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Geriatric</b> <i>(Altersheilkunde)</i>	Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)</i>	Universitätsklinik für Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor Universitätsklinik für Medizinische Onkologie	
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>	Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>	Universitätsklinik für Infektiologie	
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>	Universitätsklinik für Kardiologie	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	Universitätsklinik für Medizinische Onkologie	
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie	
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	Institut für Physiotherapie	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	Universitätsklinik für Pneumologie	
Intensivmedizin	Universitätsklinik für Intensivmedizin	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	
Kinderchirurgie	Universitätsklinik für Kinderchirurgie	
Langzeitpflege		
Neurochirurgie	Universitätsklinik für Neurochirurgie	
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	Universitätsklinik für Neurologie	
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	Universitätsklinik für Augenheilkunde	
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie	

Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	Universitätsklinik für Kinderheilkunde Universitätsklinik für Kinderchirurgie		
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>	Angebot in verschiedenen Kliniken		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie			
Radiologie <i>(Röntgen &amp; andere bildgebende Verfahren)</i>	Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie Universitätsklinik für Nuklearmedizin		
Tropen- und Reisemedizin	Universitätsklinik für Infektiologie		
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Universitätsklinik für Urologie		

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	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung	
Ergotherapie	Angebot in verschiedenen Kliniken	
Ernährungsberatung	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung	
Logopädie	Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie	
Neuropsychologie	Universitätsklinik für Neurologie	
Physiotherapie	Institut für Physiotherapie	
Psychologie	Angebot in verschiedenen Kliniken	
Psychotherapie		

## C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl <b>ambulante</b> behandelter Patienten,	279'848	276'034	Ambulante Erstbesuche fakturiert, Folgebesuche sind nicht berücksichtigt
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	---	---	Angaben werden nicht erhoben
Anzahl <b>stationär</b> behandelter Patienten,	38'386	38'083	stationären Austritte (Gesamt, inkl. Neuropsychologische Rehabilitation)
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	877	916	APDRGs 620, 629
Geleistete Pflegetage	296'785	294'115	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	918	917	durchschnittlich stationär betriebene Betten
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7.6	7.6	nur codierte Fälle, ohne Neuropsychologische Rehabilitation
Durchschnittliche Bettenbelegung	88.6%	87.87%	

### C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

<b>Kennzahlen ambulant</b>				
	<b>Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)</b>	<b>Anzahl angebotene Betreuungsplätze</b>	<b>durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden</b>	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
<b>Kennzahlen stationär</b>				
	<b>Durchschnittlich betriebene Betten</b>	<b>Anzahl behandelter Patienten</b>	<b>durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen</b>	<b>geleistete Pflegetage</b>
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 stationär 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	Universitätsklinik für Neurologie Abteilung für kognitive und restorative Neurologie (Neuropsychologische Rehabilitation)		137	
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	Universitätsklinik und Poliklinik für Kardiologie		507	Breites Leistungsangebot (z. B. Physiotherapie, Ernährungsberatung, Herzultraschall, Belastungs-EKG, 24 h Blutdruckprofil)
Muskuloskeletale Rehabilitation				
Kognitive und restorative Neurologie	Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik		792	Breites Leistungsangebot (z. B. Neuropsychologie, Neurovaskuläre Abklärung, Neuromorphologisches Labor, Schlafmedizin)
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 Pfl egetätigkeit 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 type="checkbox"/> ja	
Facharzt Neurologie	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja	

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation		

## C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl <b>Bewohner</b> 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 <b>misst nicht</b> die Patientenzufriedenheit.			Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Patientenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> 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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: <b>Nur im stationären Bereich</b>	
Messergebnisse der letzten Befragung				
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>9.1 (Frage nach der Weiterempfehlung des Spitals)</b>	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall		
<b>Resultate pro Bereich</b>	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	Die fünf vorgegebenen Fragen des ANQ, kombiniert mit einem eigenen Fragebogen	Name des Messinstitutes	Auswertung durch hcri
<input type="checkbox"/> PEQ				
<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		Die fünf vorgegebenen Fragen des ANQ, kombiniert mit einem eigenen Fragebogen		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle PatientInnen > 18 Jahre, die länger als 24 Stunden hospitalisiert waren und im November 2011 ausgetreten sind		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		930		
Rücklauf in Prozenten		43.4	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>hat kein</b> Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.</b>
Bezeichnung der Stelle	Patienten-Ombudsstelle
Name der Ansprechperson	Ursula RAUSSER
Funktion	Leiterin Patienten-Ombudsstelle
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	031 632 85 65; ursula.rausser@insel.ch
Bemerkungen	

## 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 type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Angehörigenzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <b>2013</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> 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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Universitätsklinik a für Kinderchirurgie Universitätsklinik für Kinderheilkunde (inkl. Neonatologie) und Kinderchirurgie

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>		
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Kinderheilkunde	87%	Gesamteindruck
Kinderchirurgie	85%	Gesamteindruck
Neonatologie	91%	Gesamteindruck
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Picker-Fragebogen für Pädiatrie	Name des Messinstitutes Picker-Institut
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Eltern-Zufriedenheitsbefragung nach Spitalaustritt des Kindes	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	Versand des Fragebogen nach Austritt des Kindes an die Eltern. Alle Eltern, deren Kind in der Messperiode ausgetreten ist und mindestens einen Tag hospitalisiert war		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		632		
Rücklauf in Prozenten		64%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

### 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 <b>misst nicht</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.		Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> 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
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>69%</b>	<b>CH-Benchmark: 66%</b>
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Thema: Führung	65%	Gemäss EFQM Kriterium 1, CH-Benchmark: 64%
Thema: Mitarbeiter	68%	Gemäss EFQM Kriterium 3, CH-Benchmark: 65%
Thema: Partnerschaften & Ressourcen	68%	Gemäss EFQM Kriterium 4, CH-Benchmark: 63%
Thema: Prozesse	62%	Gemäss EFQM Kriterium 5, CH-Benchmark: 62%
Thema: Mitarbeiterbezogene Ergebnisse	70%	Gemäss EFQM Kriterium 7, CH-Benchmark: 69%
Thema: Gesellschafts-bezogene Ergebnisse	66%	Gemäss EFQM Kriterium 8, CH-Benchmark: 70%
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mitarbeiterbefragung im Spital	Name des Messinstitutes
			QM RIEDO & QUALIS evaluation
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Quelle des Benchmarks: QM RIEDO & QUALIS evaluation	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle festgestellten MA; keine Praktikanten		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		3684		
Rücklauf in Prozenten		52.3	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

## D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Zuweiserzufriedenheit.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> 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
<b>Gesamter Betrieb</b>		
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (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



## **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](http://www.anq.ch)

### Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape<sup>®</sup>
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape<sup>®</sup>
- 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](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht</b> .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <b>2012</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> 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:	Im stationären Bereich
<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 <sup>2</sup>		

<sup>2</sup> 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](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> 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"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht</b> .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <b>2012</b>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine <b>Auswertungen gemacht</b>		
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: <b>Im stationären Bereich</b>
<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 <sup>3</sup>		

<sup>3</sup> 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](http://www.ang.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> 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"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings <b>keine Messungen</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> (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:
			Siehe unten

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 <sup>4</sup> CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ( )	% ( )
<input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ( )	% ( )
<input checked="" type="checkbox"/> Hernieoperation			% ( )	% ( )
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ( )	% ( )
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ( )	% ( )
<input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ( )	% ( )

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.

<sup>4</sup> 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.

## 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 Patienten<sup>5</sup>, 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://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"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>führt nicht</b> die <b>Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011</b> durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>führt</b> die <b>Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011</b> 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 checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Stationärer Bereich (ohne Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie)

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
36	In Prozent: 12%		
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, die am 07. November 2011 hospitalisiert waren und ihre Einwilligung zur Teilnahme gegeben haben Patienten > 18 Jahre	
	Ausschlusskriterien	Patienten, der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie Patienten < 18 Jahre	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	298	Anteil in Prozent	55.3%
Bemerkung			

<sup>5</sup> Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

## 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](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus)

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?						
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>führte nicht</b> die <b>Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch.				Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>führte</b> die <b>Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> 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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:		
				Stationärer Bereich (ohne Universitätsklinik für Kinderheilkund und Kinderchirurgie)		
Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<b>2</b>	In Prozent	<b>0.7%</b>	<b>4</b>	In Prozent:	<b>1.3%</b>	<b>Ohne Grad 1<sup>6</sup></b>
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.						

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, die am 07.November 2011 hospitalisiert waren und ihre Einwilligung zur Teilnahme gegeben haben Patienten > 18 Jahre		
	Ausschlusskriterien	Patienten, der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie Patienten < 18 Jahre		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		298	Anteil in Prozent	55.3%
Bemerkung				

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.

### <sup>6</sup> Legende

Grad 1: Lokale Rötung ohne Hautläsionen

Grad 2: Oberflächenschädigung der Haut

Grad 3: Schädigung aller Hautschichten

Grad 4: Tiefe Hautschädigung, die bis in den Knochen reicht

## 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 ( $\geq 18$  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](http://www.anq.ch)

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>mass nicht</b> die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>mass</b> 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 checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: <b>Stationärer Bereich</b>
Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.2	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.0	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.9	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.0	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.4	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
Bemerkungen		

### Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut <input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut <input checked="" 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		2142	
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten		930	Rücklauf in Prozent 43.4
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)

<b>Messthema</b>	<b>Infektionen (andere als mit SwissNOSO)</b>		
<b>Was wird gemessen?</b>	<b>Bakterämie und Pilzinfektionen</b>		
<b>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?</b>			
<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: <b>Medizinische Onkologie</b>
<b>Messergebnisse</b>		<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>	
<input type="checkbox"/>		Die Messung ist noch <b>nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>		Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>		Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	
<b>Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011</b>			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde <b>betriebsintern</b> entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer <b>betriebsexternen</b> Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	
<b>Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv</b>			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten mit akuter Leukämie	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Ca. 40 pro Jahr	Anteil in Prozent	
Bemerkung	Analyse ca. alle 6 Monate. Besprechung der Daten mit den verantwortlichen Teams. Verbesserungsmassnahmen nach Bedarf.		

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

<b>Messthema</b>	<b>Stürze (andere als mit der Methode LPZ)</b>		
<b>Was wird gemessen?</b>			
<b>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?</b>			
<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:	In 26 Universitätskliniken	
<b>Anzahl Stürze total</b>	<b>Anzahl mit Behandlungsfolgen</b>	<b>Anzahl ohne Behandlungsfolge</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
451	253	199	Bei 324'618
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.			
<input checked="" type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).			
<b>Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Elektronische Sturzerfassung Inselspital	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		
<b>Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv</b>			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären PatientInnen	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

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

<b>Messthema</b>	<b>Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	

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:	Universitätsklinik Intensivmedizin

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Gradeinteilung nach EPUAP (Bienstein)
<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		

### D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

<b>Messthema</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	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"/> ...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 <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde <b>betriebsintern</b> entwickelt.	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer <b>betriebsexternen</b> 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		

### D3-5 Dauerkatheter

<b>Messthema</b>	<b>Dauerkatheter</b>		
<b>Was wird gemessen?</b>	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
<b>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?</b>			
<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:
<b>Messergebnisse</b>		<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>	
<input type="checkbox"/>		Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>		Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>		Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	
<b>Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011</b>			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde <b>betriebsintern</b> entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer <b>betriebsexternen</b> Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	
<b>Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv</b>			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

D3-6 Weiteres Messthema

<b>Messthema</b>	<b>CH-IQI Indikatoren gemäss Initiative Qualitätsmedizin IQ<sup>M</sup> und Bundesamt für Gesundheit BAG</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	<b>Krankheitsspezifische Mortalitätsraten, sonstige Raten und Fallzahlen</b>

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	<b>CH-IQI</b>
<input checked="" 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	Stationäre Fälle	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	38'386	Anteil in Prozent	100%
Bemerkung	<b>Analyse basierend auf den Routedaten der Kodierabteilung (ProCod) gemäss der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser BFS</b>		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Durchführung einer IQ <sup>M</sup> Peer-Review (siehe Kapitel B2)	Analyse der Behandlungsprozesse im Thema Sepsis	Universitätsklinik für Intensivmedizin	2011

<b>Messthema</b>	<b>Emerge auf dem Notfall der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	<b>Sicherheit, Geschwindigkeit und Zufriedenheit</b>

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:
	<b>Notfall der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie</b>

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: Verein Outcome (neuer Name hcri AG)

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Notfalleintritte innerhalb der Messperiode. Abgabe eines Fragebogens an alle Eltern, deren Kind in der Messperiode eingetreten ist. Abgabe eines Fragebogens an alle eingetretenen Kinder, die alter als 9 Jahre waren.
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	1129	Anteil in Prozent
Bemerkung	Rücklaufquote der Fragebögen Eltern: 27% Rücklaufquote der Fragebögen Kinder: 12%	

## 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 A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-Infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	A	Universitätsklinik für Kardiologie
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	B	
ASF (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	A	Universitätsklinik für Frauenheilkunde
MDSi (Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin)	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	A seit 2007	Universitätsklinik für Intensivmedizin
MDSi (Minimal Dataset der CH-Gesellschaft für Intensivmedizin)	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	A seit 2008	Abteilung für pädiatrische Intensivbehandlung
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.sgar-ssar.ch">www.sgar-ssar.ch</a>	A	Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	A	Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	A	Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie
SIRIS <sup>7</sup> (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	C Geplant ab 2012	Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	B	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register <a href="http://www.swiss-spine.ch">www.swiss-spine.ch</a>	B	

<sup>7</sup> 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.



SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	A seit 2005	Universitätsklinik für Herz-und Gefässchirurgie
TARN (Trauma and research network)	The Trauma Audit & Research Network <a href="http://eurotarn.man.ac.uk/">http://eurotarn.man.ac.uk/</a>	A	Universitäres Notfallzentrum
EACTS (European Association for Cardio-Thoracic Surgery)	European Adult Cardiac Surgical Database <a href="http://www.eacts.org/">http://www.eacts.org/</a>	A seit 2005	Universitätsklinik für Herz-und Gefässchirurgie
Überwachung der Antibiotikaresistenzen und Isolationen am Inselspital	Inselspitalspezifisches Register	A	Universitätsklinik für Infektiologie
Erfassung postoperativer Wundinfektionen SwissNOSO	SwissNoso <a href="http://www.swiss-noso.ch/">http://www.swiss-noso.ch/</a>	A seit 2009	Universitätsklinik für Infektiologie
<b>Bemerkung</b>			

# E

## Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter [www.spitalinformation.ch](http://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
Bereich Medizintechnik	ISO 9001:2000	2000	2008	
Bereich Logistik	ISO 9001:2008	2007	2010	
Bereich Hauswirtschaft	ISO 9001:2000	2006	2009	
Bereich Technik & Sicherheit	ISO 9001:2008	2003	2011	
Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation am Schweizer Herz-und Gefässzentrum	ISO 9001:2008	2008		
Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)	ISO 9001:2000 ISO13485:2003	2000 2003	2006	
Universitätsklinik für Kinderchirurgie und Poliklinik: Operationsbereich und Druckmessungslabor	ISO 9001:2000	2000	2009	
Bereich Pflege: ambulante und stationäre Pflegeeinheiten (ca. 80 Bereiche)	Methode Q			Rezertifizierungen erfolgen kontinuierlich
Hämatologisches Labor Kinderklinik	ISO/IEC 17025:2005	2005	2008	
Universitätsinstitut für Immunologie	ISO/IEC 17025:2005	2005	2008	
Universitätsinstitut für Klinische Chemie	ISO/IEC 17025:2005	2005	2008	
Abteilung Humangenetik, Kinderklinik	ISO/IEC 17025:2000	2005	2008	
Molekulare Diagnostik	ISO/IEC 17025:2005	2005	2008	
Stammzelllabor (SZL)	FACT-JACIE		2008	
Hämatologisches Zentrallabor	ISO/IEC 17025:2005	2005	2008	
Klinik für Kinderchirurgie: Bettenstation	UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)	2006	2008	
Klinik für Kinderchirurgie: Notfall, Poliklinik und Tagesklinik	UEMS	2006	2009	
Bereich Gastronomie	EFQM: Anerkennung für Excellence, Stufe 2	2008		
Klinische Ernährung	EFQM: Verpflichtung für Excellence, Stufe 1	2009		
Universitätsklinik für Intensiv Medizin	Anerkennungsverfahren gemäss SGI		2001	Anerkennung besteht seit ca. 30 Jahren
Abteilung für pädiatrische	Anerkennungsverfahren		2006	Anerkennung

Intensivbehandlung	gemäss SGI			besteht seit ca. 30 Jahren
Direktion Betrieb - Planen und Bauen	EFQM: Verpflichtung für Excellence, Stufe 1	2009		
Medizinische Codierung (Procod)	ISO 9001:2008	2009		
Gynäkologisches Krebszentrum Inselspital Bern	OnkoZert kombiniert mit ISO 9001	2011		
Universitätsklinik Dermatologie: Histopatologie	ISO/IEC 17025:2005	2011		

## E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte (Stand 20.01.2012)

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 in der DPMTT	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung Organisationsentwicklung	Direktion Pflege MTT	
QM ProCod	Qualitätssteigerung	Ärztliche Direktion	
Optimierung Penezillintestungen	Qualitätssteigerung	Departement Dermatologie, Urologie, Rheumatologie, Nephrologie	
Akkreditierung Histopathologie	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung Organisationsentwicklung	Departement Dermatologie, Urologie, Rheumatologie, Nephrologie	Abgeschlossen 2011
Patientenarmbänder	Qualitätssteigerung	Ärztliche Direktion	
Plausibilisierung Codierung	Qualitätssteigerung	Ärztliche Direktion	
Pflegequalitätserhebung	Qualitätssteigerung	Departement Allgemeine Innere Medizin	Abgeschlossen 31.12.2011
Dekubitusprophylaxe pädiatrische IB	Qualitätssteigerung	Departement Frau, Kind und Endokrinologie	
Zertifizierung Brustzentrum Frauenklinik	Qualitätssteigerung	Departement Frau, Kind und Endokrinologie	
Prozesse Neonatologie	Prozessoptimierung	Departement Frau, Kind und Endokrinologie	
ECMO Kinderintensivstation	Qualitätssteigerung	Departement Frau, Kind und Endokrinologie	
Förderung der Sekundärprävention bei Patienten mit einer Koronaren Herzkrankheit (KHK) durch Motivierende Gesprächsführung	Qualitätssteigerung	Departement Herz-und Gefässe	
klinischer Pfad Hüft-TEP	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung	Departement Intensivmedizin, Notfallmedizin und Anästhesiologie	
Ist-Analyse der amb. Patientenprozesse	Prozessoptimierung	Departement Intensivmedizin, Notfallmedizin und Anästhesiologie	

Total Quality Management (TQM) nach ISO 9001:2008	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung Organisationsentwicklung	Departement Kopfgorgane und Nervensystem	
Nichtinvasive Beatmung auf der Pneumologie	Qualitätssteigerung	Departement Magen-Darm, Leber und Lungenkrankheiten	
Prozessoptimierung Pneumologie	Prozessoptimierung	Departement Magen-Darm, Leber und Lungenkrankheiten	Abgeschlossen am 10.12.2011
Prozessoptimierung molekularebiologische Verlaufsanalysen für Tumorpatienten	Prozessoptimierung	Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie	
EFI Akkreditierung Transplantationslabor	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung Organisationsentwicklung	Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie	
Telefonberatung Onkologie-Patienten	Qualitätssteigerung	Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie	
Q-Projekt ZLM	Qualitätssteigerung	Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie	
Aufbau Care Team Kataplan – Umsetzung Konzept	Qualitätssteigerung	Direktionspräsidium	
Umsetzung Rahmenkonzept Patienten-/ Angehörigenedukation	Qualitätssteigerung	Direktion Pflege MTT	
Teilnahme an Projekt PATEM-TIP von der Stiftung für Patientensicherheit	Qualitätssteigerung	Departement Herz-und Gefäss	Abgeschlossen 2011
Modulschrankversorgung für "Nicht-Bettenstationen"	Prozessoptimierung	Direktion Betriebe	Abgeschlossen 2011

### E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Teilnahme an Projekt PATEM-TIP von der Stiftung für Patientensicherheit	
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Weiterentwicklung einer Fehlervermeidungskultur	
Beschreibung	Abgabe der Patientenbroschüre "Fehler vermeiden – Helfen Sie mit!" an alle Patienten des Departement Herz-und Gefäss von Januar bis August 2011	
Projekttablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	.....	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Departement Herz-und Gefäss	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege- und ärztliches Personal	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Ergebnisbericht von der Stiftung von Patientensicherheit: <a href="http://www.patientensicherheit.ch/.../PATEM...PATEM-TIP.../Zusammenfassung%20PATEM-TIP.pdf">www.patientensicherheit.ch/.../PATEM...PATEM-TIP.../Zusammenfassung%20PATEM-TIP.pdf</a>	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitlel	Lärmreduktion auf der NICU (Neonatology Intensiv Care Unit)	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Lärmreduktion auf der NICU für Mitarbeitende	
Beschreibung	Mitarbeiterbefragungen ergaben, dass MA Nicu als zu laut, konzentrationsgefährdend erleben. Messungen des (dB) Lärmpegels auf Nicu B2 zeigt Werte über dem empfohlenen dB Wert für neonatlogische Intensivstationen. Handlungsbedarf, um Lärmpegel auf Nicu zu senken, ist nachgewiesen.	
Projekttablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	.....	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Neonatologische Intensivstation	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege- und ärztliches Personal	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Ergebnisbericht zuhanden der Qualitätskommission	
Weiterführende Unterlagen		

**Was verstehen wir unter Qualität?**

Wer bestimmt, was Qualität ist? Im Gesundheitswesen sind dies äusserst viele Beteiligte! Neben den Gesundheitsfachpersonen, den Politikern (respektive den Regulierern), den Versicherern und Kantonen (respektive den Finanzierern) und den Medien (respektive der „breiten“ Öffentlichkeit), sind dies natürlich in erster Linie die Patientinnen und Patienten selbst. Deshalb ist die Erfassung der „Patientenzufriedenheit“ ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements. Sie wird uns helfen, allfällige Differenzen zwischen Erwartetem und effektiv Erfahrenem zu erfassen. Im November 2011 wurde dies zum ersten Mal in *allen* Spitälern der Schweiz durch einen *einheitlichen* Fragebogen erfasst. Erste Auswertungen werden 2012 vorliegen.

**Kann Qualität direkt gemessen und bewertet werden?**

Messen heisst, einer „Qualität“ eine „Quantität“ zuzuordnen. Die Qualität selbst kann dabei aber nicht direkt bestimmt werden. Damit bleibt aber auch eine Vergleichbarkeit von Qualitäten problematisch. Heute wird die „Qualität“ in erster Linie mittels Kennzahlen der Prozess- und Ergebnisqualität erfasst. Trotz vieler Probleme ist kaum bestritten, dass die Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen – neben dem unerwünschten Risiko von Vermeidungsstrategien – auch die erwünschte Qualitätsverbesserung stimuliert. Zudem erlaubt die dabei notwendige Transparenz allen Beteiligten, sich ein Bild über die erbrachten Leistungen zu machen.

**Patientensicherheit und Patientenprozess – zwei sich ergänzende Bereiche im Qualitätsmanagement**

Das Qualitätsmanagement des Inselspitals fokussiert auf den Patientenprozess. Unverzichtbare Basis ist dabei das Sicherstellen einer optimalen Patientensicherheit. Angesichts des breiten Spektrums an hochspezialisierten medizinischen Leistungen mit ausgeprägter Interdisziplinarität ist dies täglich eine neue Herausforderung. Ein wichtiges Instrument bleibt dabei ein gut funktionierendes Fehlermeldesystem. Das Erfassen und Bearbeiten kritischer Ereignisse ist aber nur dann effizient, wenn es gelingt, eine entsprechende Betriebskultur zu entwickeln. „Nicht nach Schuldigen suchen“ ist das Grundprinzip, dazu gehört aber auch dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Stufen Verantwortung wahrnehmen. Defizite zu erkennen ist der erste Schritt. Qualitätsmanagement beinhaltet aber auch kritische Wertung der gewonnenen Erkenntnisse und, wo sinnvoll und notwendig, Planung sowie Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen.