



aarReha Schinznach
Fachklinik für Rehabilitation, Rheumatologie und Osteoporose
Badstrasse 55
5116 Schinznach Bad



Rehabilitation

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

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

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



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an **Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen** (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die **interessierte Öffentlichkeit**.

Bezeichnungen

Um die **Lesbarkeit des Qualitätsberichts** 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.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|----|
| A | Einleitung | 1 |
| B | Qualitätsstrategie | 2 |
| B1 | Qualitätsstrategie und -ziele | 2 |
| B2 | Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012 | 2 |
| B3 | Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012 | 3 |
| B4 | Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 4 |
| B5 | Organisation des Qualitätsmanagements..... | 4 |
| B6 | Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 4 |
| C | Betriebliche Kennzahlen und Angebot | 5 |
| C1 | Angebotsübersicht | 5 |
| C2 | Kennzahlen Akutsomatik 2012 | 7 |
| C3 | Kennzahlen Psychiatrie 2012 | 8 |
| C4 | Kennzahlen Rehabilitation 2012 | 9 |
| C4-1 | Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation | 9 |
| C4-2 | Zusammenarbeit im Versorgungsnetz | 10 |
| C4-3 | Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation) | 11 |
| C4-4 | Personelle Ressourcen | 11 |
| C5 | Kennzahlen Langzeitpflege 2012..... | 12 |
| D | Zufriedenheitsmessungen | 13 |
| D1 | Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit..... | 13 |
| D2 | Angehörigenzufriedenheit | 15 |
| D3 | Mitarbeiterzufriedenheit..... | 16 |
| D4 | Zuweiserzufriedenheit | 17 |
| E | ANQ-Indikatoren | 18 |
| E1 | ANQ-Indikatoren Akutsomatik..... | 18 |
| E1-1 | Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® | 19 |
| E1-2 | Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® | 20 |
| E1-3 | Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO..... | 21 |
| E1-4 | Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ..... | 23 |
| E1-5 | Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ | 25 |
| E2 | ANQ-Indikatoren Psychiatrie..... | 26 |
| E2-1 | Symptombelastung mittels HoNOS Adults | 27 |
| E2-2 | Symptombelastung mittels BSCL | 28 |
| E2-3 | Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM | 29 |
| F | Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012..... | 30 |
| F1 | Infektionen (andere als mit SwissNOSO) | 30 |
| F2 | Stürze (andere als mit der Methode LPZ)..... | 31 |
| F3 | Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) | 32 |
| F4 | Freiheitsbeschränkende Massnahmen..... | 33 |
| F5 | Dauerkatheter | 34 |
| F6 | Weiteres Messthema | 35 |
| G | Registerübersicht..... | 36 |
| H | Verbesserungsaktivitäten und -projekte | 40 |
| H1 | Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards | 40 |
| H2 | Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte | 40 |
| H3 | Ausgewählte Qualitätsprojekte | 41 |
| I | Schlusswort und Ausblick | 42 |
| J | Anhänge..... | 43 |

Die **aarReha Schinznach, Fachklinik für Rehabilitation, Rheumatologie und Osteoporose**, liegt in einer einzigartigen Auenlandschaft im Herzen des Kantons Aargau und zählt zu den führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz. Patientinnen und Patienten erhalten eine hochwertige und auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Rehabilitation, die sich an neusten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Erkenntnissen orientiert. Die **aarReha Schinznach** erfüllt die Leistungs- und Qualitätskriterien von SW!SS REHA.

Spezialisierung

Die **aarReha Schinznach** ist auf die interdisziplinäre Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Nervensystems spezialisiert. Die rehabilitative Behandlung nach Unfällen und Operationen ist ein weiterer wichtiger Bereich.

Die Nutzung der Thermalquelle hat in Bad Schinznach eine lange Tradition. Heute werden in der **aarReha Schinznach** die positiven Eigenschaften des Thermalwassers durch gezielte Therapieangebote auf wissenschaftlicher Basis ergänzt.

Seit 2012 bietet die **aarReha Schinznach** zudem spezifisch auf die Anforderungen und Bedürfnisse geriatrischer Patienten ausgerichtete Rehabilitationsdienstleistungen an.

Die **aarReha Schinznach** ist Partner zahlreicher Akutspitäler und arbeitet mit Fachspezialisten aus allen Disziplinen zusammen.

Unser medizinisch-therapeutisches Angebot

- Betreuung stationärer Patienten durch Fachärzte der Bereiche Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie, Innere Medizin und Geriatrie
- Ambulatorium mit Sprechstunden für Osteoporose, Rheumatologie, Innere Medizin und Geriatrie
- Konsiliarärztlicher Dienst (Orthopäden, Neurologen, Radiologen, Psychiater)
- Klinische Psychologie
- Infusionen
- BV-gestützte Infiltrationen
- Labor
- Konventionelles Röntgen
- DXA, EKG
- Spirometrie
- Sonographie
- Physiotherapie (stationär und ambulant)
- Ergotherapie (stationär und ambulant)
- Aktivierungs- und Schmerztherapie
- Eigenes Thermalbad
- Sozialdienst
- Ernährungsberatung
- Diätküche

Unser Hotellerie-Angebot

Die **aarReha Schinznach** bietet mit 96 Betten einen überschaubaren und persönlichen Rahmen. Unsere Räume sind rollstuhlgängig eingerichtet, in warmen Farben gehalten und bieten ein Ambiente zum Wohlfühlen. Die Mitarbeitenden der Gastronomie verwöhnen Patienten und Besucher im Restaurant mit einem vielfältigen Angebot an abwechslungsreicher und gesunder Ernährung.

Hohe Qualitätsansprüche

Die **aarReha Schinznach** misst der ständigen Qualitätsentwicklung grosse Bedeutung zu. Für alle Fachbereiche existieren wissenschaftlich begründete Instrumente für die Messung der Ergebnisqualität. Die entsprechenden Qualitätsindikatoren werden in der **aarReha Schinznach** kontinuierlich gemessen, kontrolliert und dokumentiert. Regelmässig führen wir Messungen der Patienten-, Zuweiser- und Mitarbeiterzufriedenheit durch. Hierbei weist die **aarReha Schinznach** immer wieder Spitzenresultate aus. Dies erfüllt uns mit Stolz. Gleichzeitig verstehen wir dies als Verpflichtung, uns stetig weiter zu verbessern.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Unser Qualitätsanspruch bemisst sich an der grösstmöglichen Zufriedenheit unserer Patienten, Zuweiser und Mitarbeiter.

Die **aarReha Schinznach** lässt durch ein externes Institut regelmässig Zufriedenheitsmessungen bei allen Anspruchsgruppen durchführen. Dies als wichtige Ergänzung zu den erhobenen wissenschaftlichen Indikatoren für die Indikations- und Behandlungsqualität und der systematischen Erfassung von allfälligen Komplikationen und Risiken. Die entsprechenden Resultate werden durch die Fachbereiche unter Leitung des Qualitätsausschusses ausgewertet und allfällige Massnahmen aufbereitet. Der in der **aarReha** standardisiert angewendete „Kontinuierliche Verbesserungsprozess“ hilft uns, Verbesserungspotentiale in allen Bereichen zu erkennen, entsprechende Massnahmen umzusetzen und unser Qualitäts- und Zufriedenheitsniveau nachhaltig zu erhöhen.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

2012 wurden in der **aarReha Schinznach** u.a. folgende Qualitätssicherungsmassnahmen umgesetzt:

Patientenzufriedenheit:

Monatlich wurden Patienten nach Austritt durch eine externe Firma telefonisch befragt. Mittels eines Benchmarks mit anderen Rehakliniken ergaben sich Vergleiche und konnten qualitätssteigernde Prozesse ausgelöst werden. Die telefonischen Befragungen wurden ergänzt durch Feedbacks unserer Patienten, welche direkt über unseren Patientenbriefkasten an uns gelangten. Auch hier wurden die Inputs geprüft und die erforderlichen Verbesserungsmassnahmen veranlasst.

Zuweiser-Zufriedenheitsmessung:

Die Resultate der durch eine externe Firma durchgeführten Befragung 2012 wurden im Qualitäts-Ausschuss vorgestellt und entsprechende Massnahmen umgesetzt.

Erfassung von Komplikationen:

Die aarReha Schinznach hat auch 2012 die Mitarbeitenden aufgefordert, allfällig kritische Ereignisse oder potentielle Gefahren, die sich bei der medizinischen, therapeutischen oder pflegerischen Behandlung unserer Patienten ergaben, in einem anonymisierten System zu erfassen. Diese Erkenntnisse gaben uns wertvolle Hinweise zu Gefahren und Problemen, um wirkungsvolle Gegenmassnahmen einzuleiten.

Behandlungsqualität:

Die von der aarReha bei jedem einzelnen Patienten durchgeführten Assessments im medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Prozess helfen, die aktuelle Patientensituation zu erkennen, ein standardisiertes und professionelles Vorgehen innerhalb der Behandlung sicher zu stellen und gemeinsam mit dem Patienten Behandlungsziele festzulegen. Mit einem Quervergleich der Assessments bei Ein- und Austritt können die Zielerreichung überprüft und Erkenntnisse zur Behandlungsqualität abgeleitet werden

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

1. Patienten-Zufriedenheit

Externe Durchführung von 370 strukturierten Telefoninterviews bei ausgetretenen Patienten, Auswertung und Ableitung entsprechender Massnahmen.

2. Zuweiser-Zufriedenheit

Externe schriftliche Befragung bei 195 Zuweisern, Auswertung und Ableitung entsprechender Massnahmen

3. CIRS (Zwischenfalls-Meldesystem)

Anonymisierte Erfassung von 73 Komplikationsmeldungen und –hinweisen, Analyse und Ableitung entsprechender Massnahmen.

4. Qualitätsmanagement

Durchführung eines „EFQM Excellence“ Selfassessments im Juli und September 2012, Ableitung und Umsetzung entsprechender Aktionspläne.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

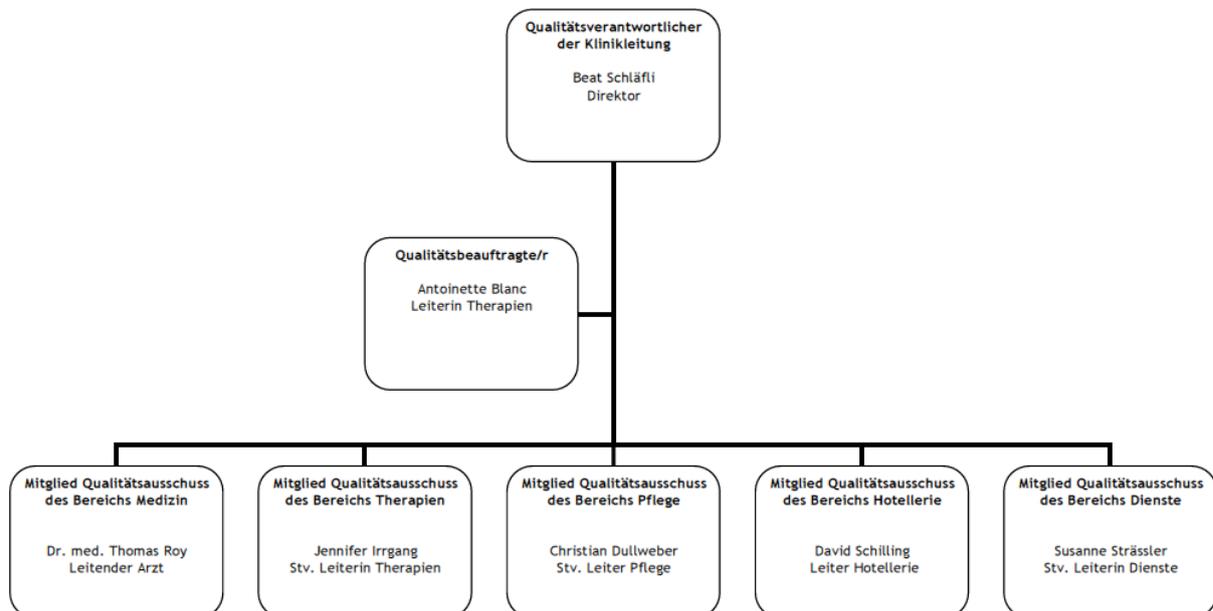
Unserem Qualitätsanspruch grösstmöglicher Zufriedenheit unserer Patienten, Zuweiser und Mitarbeiter werden wir auch in den kommenden Jahren nachleben. Mit dem übergeordneten Ziel, den individuellen Heilungserfolg unserer Patienten zu gewährleisten.

Die Qualitätssicherungsprozesse werden wir weiter verfeinern. So werden sämtliche zur Qualitätssicherung und zur Zertifizierung unseres Qualitätsmanagements benötigten Dokumente neu quartalsweise einem internen Review unterzogen und wo nötig laufend aktualisiert.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



Organigramm Qualitätsmanagement



| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. |
| <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. |
| <input type="checkbox"/> | Andere Organisationsform: |
| Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt | 20% Stellenprozent zur Verfügung. |

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

| Titel, Vorname, NAME | Telefon (direkt) | E-Mail | Stellung / Tätigkeitsgebiet |
|----------------------|------------------|-----------------------------|---|
| Beat Schläfli | 056 463 85 21 | beat.schlaefli@aarreha.ch | Direktor, Vorsitzender der Klinikleitung, Qualitätsverantwortlicher |
| Antoinette Blanc | 056 463 86 51 | antoinette.blanc@aarreha.ch | Leitung Therapien, Klinikleitungsmitglied, Qualitätsbeauftragte |

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → aarReha Schinznach → Kapitel „Leistungen“.

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

C1 Angebotsübersicht

| Angebotene medizinische Fachgebiete | An den Standorten | Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.) |
|---|---------------------|---|
| Allergologie und Immunologie | | |
| Allgemeine Chirurgie | | |
| Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie) | | |
| Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten) | | |
| Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde) | | |
| Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten) | | |
| Handchirurgie | | |
| Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und am Gefässen im Brustkorb und-raum) | | |
| Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal): | | |
| <input type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen) | | |
| <input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion) | | |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde) | 5116 Schinznach-Bad | |

| Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite) | An den Standorten | Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.) |
|---|---------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems) | | |
| <input type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber) | | |
| <input type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten) | | |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen) | | |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen) | | |
| <input type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen) | 5116 Schinznach-Bad | |
| <input type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane) | | |
| Intensivmedizin | | |
| Kiefer- und Gesichtschirurgie | | |
| Kinderchirurgie | | |
| Langzeitpflege | | |
| Neurochirurgie | | |
| Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems) | | |
| Ophthalmologie (Augenheilkunde) | | |
| Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie) | | |
| Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO) | | |
| Pädiatrie (Kinderheilkunde) | | |
| Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker) | | |
| Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie | | |
| Psychiatrie und Psychotherapie | | |
| Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren) | 5116 Schinznach-Bad | |
| Rheumatologie | 5116 Schinznach-Bad | |
| Tropen- und Reisemedizin | | |
| Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane) | | |

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 Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.) |
|---|---------------------|---|
| Diabetesberatung | 5116 Schinznach-Bad | |
| Ergotherapie | 5116 Schinznach-Bad | |
| Ernährungsberatung | 5116 Schinznach-Bad | |
| Logopädie | | |
| Neuropsychologie | | |
| Physiotherapie | 5116 Schinznach-Bad | |
| Psychologie | 5116 Schinznach-Bad | |
| Psychotherapie | 5116 Schinznach-Bad | |

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

| Kennzahlen | Werte 2012 | Werte 2011 | Bemerkungen |
|---|------------|------------|-------------|
| Anzahl ambulant behandelter Patienten, | | | |
| davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener | | | |
| Anzahl stationär behandelter Patienten, | | | |
| davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener | | | |
| Geleistete Pflegetage | | | |
| Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012 | | | |
| Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen | | | |
| Durchschnittliche Bettenbelegung | | | |

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2012

| Kennzahlen ambulant | | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|---|-----|
| | Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle) | Anzahl angebotene Betreuungsplätze | Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen | |
| Ambulant | | --- | --- | --- |
| Tagesklinik | | | | --- |

| Kennzahlen stationär | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------|---|-----------------------|
| | Durchschnittlich betriebene Betten | Anzahl behandelter Patienten | Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen | Geleistete Pflegetage |
| Stationär | | | | |
| Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt) | --- | | | |

| Hauptaustrittsdiagnose | | | |
|------------------------|--|------------------|-------------|
| ICD-Nr. | Diagnose | Anzahl Patienten | In Prozent |
| F0 | Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen | | |
| F1 | Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | | |
| F2 | Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen | | |
| F3 | Affektive Störungen | | |
| F4 | Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung | | |
| F5 | Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen | | |
| F6 | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | | |
| F7 | Intelligenzminderung | | |
| F8 | Entwicklungsstörungen | | |
| F9 | Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend | | |
| | | | |
| | | Total | 100% |

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2012

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

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

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflēgetage** im Jahr 2012 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 Pflēgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflēgetage geringere Austrittszahlen.

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

| Angebote stationäre Fachbereiche | An den Standorten | Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient | Anzahl Austritte | Geleistete Pflēgetage |
|---|--------------------|---|------------------|-----------------------|
| Geriatrische Rehabilitation | | | | |
| Internistische Rehabilitation | | | | |
| Kardiovaskuläre Rehabilitation | | | | |
| Muskuloskeletale Rehabilitation | 5116 Schinzach-Bad | 7 - 8 | 1'248 | 26'712 |
| Neurologische Rehabilitation | | | | |
| Onkologische Rehabilitation | | | | |
| Pädiatrische Rehabilitation | | | | |
| Paraplegiologische Rehabilitation | | | | |
| Psychosomatische Rehabilitation | | | | |
| Pulmonale Rehabilitation | | | | |
| Überwachsungsabteilung (Intensivrehabilitation) | | | | |
| Geriatrische Rehabilitation | 5116 Schinzach-Bad | 4 – 6 | 220 | 5'271 |

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- ① 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 unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- ① 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.
- ① Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialisten** zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit 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.

| Eigene externe Angebote in anderen Spitälern / Kliniken | 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) |
|--|---|--------------------|
| Kantonsspital Aarau Kantonsspital Baden | Intensivstation in akutsomatischem Spital | 15.4 km 14.6 km |
| Kantonsspital Aarau Kantonsspital Baden | Notfall in akutsomatischem Spital | 15.4 km 14.6 km |

| Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken | Fachgebiet |
|--|---|
| Kantonsspital Aarau | Labor, Weiterentwicklung Projekt Postakute Pflege „Optima“, Preferred Partner Konzept |
| Kantonsspital Baden | Weiterentwicklung Preferred Partner Konzept |
| Triemli Spital Zürich | Entwicklung Preferred Partner Konzept |
| Konsiliarärztin Dr. med. Elisabeta Kaufmann, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Brugg | Psychiatrie |
| Konsiliararzt Dr. med. Marc Zumstein, Chefarzt Orthopädische Klinik, Kantonsspital Aarau | Orthopädie |
| Konsiliararzt PD Dr. med. Karim Eid, Chefarzt Orthopädie und Traumatologie, Kantonsspital Baden | Orthopädie |
| Konsiliararzt Dr. med. Urs Neurauder, Leitender Arzt für Orthopädie und Traumatologie, Kantonsspital Baden | Orthopädie |
| Konsiliararzt Dr. med. Ralph Sheikh, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Dättwil Radiologie | Orthopädie |
| Konsiliararzt Dr. med. Unterweger, Leitender Arzt Radiologie, Kantonsspital Baden | Radiologie |
| Konsiliararzt Dr. med. Lucie Hasler, Fachärztin FMH für Neurologie, Dättwil | Neurologie |
| Konsiliararzt Dr. med. Matthias Bischof, Facharzt FMH für Neurologie, | Neurologie |

| | |
|--|--------------------|
| Dättwil | |
| Konsiliar Esther Moor, Riniken | Ernährungsberatung |

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.

| Angebote ambulante Fachbereiche | An den Standorten | Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient | Anzahl Austritte | Bemerkungen |
|---|---------------------|---|------------------|-------------|
| Geriatrische Rehabilitation | | | | |
| Internistische Rehabilitation | | | | |
| Kardiovaskuläre Rehabilitation | | | | |
| Muskuloskeletale Rehabilitation | 5116 Schinznach-Bad | 7-8 | 20 | |
| Neurologische Rehabilitation | 5116 Schinznach-Bad | 2-3 | | |
| Onkologische Rehabilitation | | | | |
| Pädiatrische Rehabilitation | | | | |
| Paraplegiologische Rehabilitation | | | | |
| Psychosomatische Rehabilitation | | | | |
| Pulmonale Rehabilitation | 5116 Schinznach-Bad | 2-3 | 3 | |
| Überwachsungsabteilung (Intensivrehabilitation) | | | | |
| Geriatrische Rehabilitation | | | | |

C4-4 Personelle Ressourcen

| Vorhandene Spezialisierungen | Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort) |
|---|---------------------------------------|
| Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation | 1.21 |
| Facharzt Neurologie | |
| Facharzt Pneumologie | |
| Facharzt Kardiologie | |
| Facharzt Geriatrie / Innere Medizin | 5.04 |
| Facharzt Psychiatrie | 0.06 |
| Rheumatologie | 3.04 |
| Klinische Psychologie | 1.45 |

- ⓘ Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

| Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte | Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort, ohne Praktikanten und Lehrling) |
|--|---|
| Pflege | 39.46 |
| Physiotherapie | 13.14 |
| Physiotherapie Hilfstherapeuten | 2.45 |
| Logopädie | |
| Ergotherapie | 4.77 |
| Ernährungsberatung | konsiliarisch |
| Medizinische MasseurIn | 2.90 |
| Sozialdienst | 0.56 |

- ⓘ Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den **diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften**.

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2012

| Kennzahlen | Werte 2012 | Werte 2011 | Bemerkungen |
|---|------------|------------|-------------|
| Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2012 | | | |
| Geleistete Pfl egetage | | | |
| Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012 | | | |
| Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen | | | |
| Durchschnittliche Auslastung | | | |

D

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 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

| Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht . | |
| | Begründung | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit. | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt. |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2012 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: laufend |
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| Messergebnisse der letzten Befragung | | |
| | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gesamter Betrieb | 5.8 | 0.3 besser als im Vorjahr und signifikant besser als Durchschnitt (+1.8 über bestem Wert) (je tiefer der Wert umso besser ist das Ergebnis) |
| Resultate pro Bereich | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gesamtzufriedenheit mit Resultat med./ther. Behandlung | 96% | Besser als der Benchmark (92%) |
| Gesamtzufriedenheit mit Aufenthalt in der Klinik | 98% | Im Durchschnitt der Benchmark-Kliniken (98%) |
| Würden wieder in die Klinik kommen | 94% | Leicht besser als der Benchmark (93%) |
| Klinikaufenthalt hat zur besseren gesundheitlichen Situation beigetragen | 83% | Besser als der Benchmark (78%) |
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | | | |
|---|------------------------------|--|--------------|------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Mecon | <input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument | | | |
| <input type="checkbox"/> | Picker | Name des Instruments | PZ-Benchmark | Name des Messinstituts | Qualitest AG Institut für Marketing- und Sozialforschung 6004 Luzern |
| <input type="checkbox"/> | PEQ | | | | |
| <input type="checkbox"/> | MüPF(-27) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | POC(-18) | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PZ Benchmark | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Eigenes, internes Instrument | | | | |
| Beschreibung des Instruments | | | | | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | | |
|--|---------------------|-----|-----------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | | | |
| | Ausschlusskriterien | | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 370 | | |
| Rücklauf in Prozent | | 84% | Erinnerungsschreiben? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

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

| Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle? | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . |
| Bezeichnung der Stelle | Patientenfeedback |
| Name der Ansprechperson | Herr Beat Schläfli |
| Funktion | Direktor und Vorsitzender der Klinikleitung |
| Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten) | Tel. direkt: +41 (0)56 463 85 21 Mai: beat.schlaefli@aarreha.ch zu Bürozeiten |
| Bemerkungen | |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--|---|-----------------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| Auswertungen aus den Patientenfeedbacks werden ausgewertet und der Q-Ausschuss definiert daraus Themen, Projektanträge | Stetige Verbesserung der Patientenzufriedenheit | Gesamte Klinik | laufend |
| Comfort-Projekt | Verbesserung der Patientenzufriedenheit | Patientenzimmer | Juni – Dezember 2012 |

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

| Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit. | | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: |

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

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

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|------------------------------|------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Externes Messinstrument | | |
| | Name des Instruments | Name des Messinstituts | |
| <input type="checkbox"/> | Eigenes, internes Instrument | | |
| | Beschreibung des Instruments | | |

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

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

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

| Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit. | | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2011 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013 |

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

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

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|------------------------------|------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Externes Messinstrument | | |
| | Name des Instruments | Name des Messinstituts | |
| <input type="checkbox"/> | Eigenes, internes Instrument | | |
| | Beschreibung des Instruments | | |

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

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

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

| Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit. | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014 |

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

| Messergebnisse der letzten Befragung | | |
|--------------------------------------|---|---|
| Messergebnisse | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gesamter Betrieb | 79.2 | Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (=minimale Zufriedenheit) bis 100 (=maximale Zufriedenheit). Die Gesamtzufriedenheit wird aus 37 Fragen zu allen für die Zuweisenden wichtigen Aspekten berechnet. |
| Resultate pro Bereich | Ergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Leistungsspektrum | 81.6 | 5 Fragen zum Messbereich „Leistungsspektrum“ |
| Organisation | 81.1 | 6 Fragen zum Messbereich „Organisation“ |
| Einweisungsprozess | 76.6 | 10 Fragen zum Messbereich „Einweisungsprozess“ |
| Zusammenarbeit | 79.7 | 7 Fragen zum Messbereich „Zusammenarbeit“ |
| Berichtswesen | 76.7 | 5 Fragen zum Messbereich „Berichtswesen“ |
| Patientenzufriedenheit | 79.2 | 4 Fragen zum Messbereich „Patientenzufriedenheit/Image“ |
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark). | |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|------------------------------|--|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Externes Messinstrument | | |
| | Name des Instruments | MECON-Zuweiserfragebogen | Name des Messinstituts |
| | | | MECON measure & consult GmbH |
| <input type="checkbox"/> | Eigenes, internes Instrument | | |
| | Beschreibung des Instruments | Standardisierte schriftliche Zuweiserbefragung; validiertes Instrument | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | | |
|--|---------------------|---|-----------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser | Einschlusskriterien | Alle Zuweisenden | | |
| | Ausschlusskriterien | Zuweisende mit weniger als 2 Zuweisungen pro Jahr werden nicht befragt. | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 195 Stk. | | |
| Rücklauf in Prozent | | 31.3% | Erinnerungsschreiben? | <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|---|---|---------------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| Rüebliorte an Zuweiser | Noch optimiertere Zusammenarbeit mit den engsten Partnern | Arzte | laufend |
| Früchtekörbe an die wichtigsten Sozialdienste | Kurze Information der aarReha gesund übermitteln | Sozialdienste | laufend |
| aarReha Info – Newsletter | Allen Partnern | Alle | 2x jährlich |

E 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 ANQs 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.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

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.

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

| Messbeteiligung | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik: | Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil: | | |
| | Ja | Nein | Dispens |
| Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIRIS Implantat-Register | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bemerkung | | | |

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ 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: www.anq.ch und www.sqlape.com

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht? | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| <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: | |
| Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: | | | | | |
| Beobachtete Rate | | Erwartete Rate | Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%) | Ergebnis A, B oder C | Interpretation ² |
| Intern | Extern | | | | |
| | | | | | A = gut B = normal C = muss analysiert werden |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | | |
| Begründung | | | | | |
| Informationen für das Fachpublikum | | | | | |
| Auswertungsinstanz | Bundesamt für Statistik BFS ³ | | | | |
| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder) | | | |
| | Ausschlusskriterien | Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland. | | | |
| Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation) | | | | | |
| Bemerkung | | | | | |
| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | | | |
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen.

³ 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 Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein 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. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht? | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <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: | |
| Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: | | | | |
| Beobachtete Rate | Erwartete Rate | Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%) | Ergebnis A, B oder C | Wertung der Ergebnisse ⁴ |
| | | | | A = gut B = normal C = muss analysiert werden |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | |
| Begründung | | | | |
| Informationen für das Fachpublikum | | | | |
| Auswertungsinstanz | Bundesamt für Statistik BFS ⁵ | | | |
| Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder) | | |
| | Ausschlusskriterien | Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.). | | |
| Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation) | | | | |
| Bemerkung | | | | |
| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | | |
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) | |
| | | | | |
| | | | | |

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen.

⁵ 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 Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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 ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende 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.anq.ch und www.swissnoso.ch

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde 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: | |

| Aktuelle Messergebnisse des Jahres: | | | | Vorjahreswerte | |
|--|---------------------------------------|---|--|---|---|
| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen: | Anzahl beurteilte Operationen (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N) | Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%) | Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%) | Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%) |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen | | | % () | | % () |
| <input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen | | | % () | | % () |
| <input type="checkbox"/> Hernieoperationen | | | % () | | % () |
| <input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon) | | | % () | | % () |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio) | | | % () | | % () |
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgie | | | % () | | % () |
| <input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen | | <i>Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional) | | | % () | | % () |
| <input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional) | | | % () | | % () |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | | |
| Begründung | | | | | |
| Informationen für das Fachpublikum | | | | | |
| Auswertungsinstanz | SwissNOSO | | | | |

⁶ 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.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | |
|---|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden. |
| | Ausschlusskriterien | Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern. |
| Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation) | | |
| Bemerkung | | |

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
|-------|------|---------|------------------------|
| | | | |
| | | | |

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

| Informationen für das Fachpublikum | | | |
|--|-----------------------|---|--|
| Messinstitution | Berner Fachhochschule | | |
| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. | |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. | |
| Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten | | Anteil in Prozent (Antwortrate) | |
| Bemerkung | | | |

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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: |
| Aktuelle Messergebnisse des Jahres: | | | |
| Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. | | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸ | |
| | In Prozent | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| | Begründung | | |

⁷ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
|---|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |
| | | | |

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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: |

| Aktuelle Messergebnisse des Jahres: | | Anzahl Patienten mit Dekubitus | In Prozent |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|------------|
| Dekubitusprävalenz | Total: Kategorie 1- 4 | | |
| | ohne Kategorie 1 | | |
| Prävalenz nach Entstehungsort | Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1 | | |
| | Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1 | | |
| | In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1 | | |
| | In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1 | | |

| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| Begründung | Dekubitus entsteht nicht in der Reha |

| Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
|---|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |
| | | | |

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 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.

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

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

| Aktuelle Messergebnisse des Jahres: | | |
|---|----------------------------------|--|
| Gesamter Betrieb | Zufriedenheits-Wert (Mittelwert) | Wertung der Ergebnisse |
| Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen? | | 0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben? | | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet |
| Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | | 0 = nie 10 = immer |
| Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | | 0 = nie 10 = immer |
| Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | | 0 = nie 10 = immer |

| Bemerkungen | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| | Begründung |

| Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung | |
|---|---|
| Zentrales Messinstitut | Dezentrales Messinstitut |
| <input type="checkbox"/> hcri AG | <input type="checkbox"/> hcri AG |
| <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH | <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH |
| | <input type="checkbox"/> ESOPE |
| | <input type="checkbox"/> NPO PLUS |
| | <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl |
| | <input type="checkbox"/> QM Riedo |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben. |
| | Ausschlusskriterien | - Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. |
| Anzahl angeschriebene Patienten | | |
| Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten | | Rücklauf in Prozent |
| Bemerkung | | |

E2 ANQ-Indikatoren Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Gerontopsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsmessungen empfohlen.

| Messbeteiligung | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie: | Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil: | | |
| | Ja | Nein | Dispens |
| Messung der Symptombelastung mittels HoNOS Adults | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Messung der Symptombelastung mittels BSCL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bemerkung | | | |
| | | | |

| Informationen für das Fachpublikum | |
|---|--|
| Auswertungsinstanz | Evaluation Research Institute der Universitären Psychiatrischen Klinik (UPK) Basel |

Erläuterung zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Symptombelastung mittels HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung (im ANQ als Delta zwischen Ein- und Austritt). Mit dem HoNOS wird das Gesamtbild der Situation eines Patienten mittels 12 Items erhoben. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

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

| Messergebnisse |
|---|
| Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie |
| Bemerkung |
| |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|---|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie | |
| | Ausschlusskriterien | Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie | |
| Anzahl der untersuchten Patienten vom 01.07.2012 bis 31.12.2012 | | In Prozent | |
| Bemerkung | | | |

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

E2-2 Symptombelastung mittels BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung (im ANQ als Delta zwischen Ein- und Austritt). Mit dem BSCL wird das Gesamtbild der Situation eines Patienten mittels 53 Items erhoben. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

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

Messergebnisse

Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zum gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | | | |
|---|---------------------|---|------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie | | |
| | Ausschlusskriterien | Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie | | |
| Anzahl der untersuchten Patienten vom 01.01.2012 bis 31.12.2012 | | | In Prozent | |
| Bemerkung | | | | |

Verbesserungsaktivitäten

| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
|-------|------|---------|------------------------|
| | | | |
| | | | |

E2-3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEVI-Decken.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen sollen in der Psychiatrie selten und nur in gut begründeten Ausnahmefällen eingesetzt werden, nämlich dann, wenn durch die psychische Krankheit vom Patienten eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen sind dabei **zwingend** zu berücksichtigen, insbesondere das neue Kinds- und Erwachsenenschutzgesetz sowie die diesbezüglichen kantonalen Einführungs- und Ausführungsbestimmungen. Überdies liegen der Erfassung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen die ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) sowie die klinikinternen Richtlinien und Bestimmungen zugrunde.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

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

Messergebnisse

Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | | |
|--|---------------------|---|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie | |
| | Ausschlusskriterien | Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie | |
| Anzahl der untersuchten Patienten Vom 01.07.2012 bis 31.12.2012 | | In Prozent | |
| Bemerkung | | | |

Verbesserungsaktivitäten

| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
|-------|------|---------|------------------------|
| | | | |
| | | | |

F

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

| | |
|---------------------------|---|
| Messthema | Infektionen (andere als mit SwissNOSO) |
| Was wird gemessen? | |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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 | |
|--------------------------|---|
| Infektionen | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012 | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinanz: |

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

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

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

| | |
|---------------------------|--|
| Messthema | Stürze (andere als mit der Methode LPZ) |
| Was wird gemessen? | Art, Umfang und Anzahl Stürze |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------|--------------------------------------|
| Anzahl Stürze total | Anzahl mit Behandlungsfolgen | Anzahl ohne Behandlungsfolge | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| 94 | | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| | Begründung | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | | |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012 | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: | Auswertungen und Massnahmen über CIRS |
| <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 tatsächlich untersuchter Patienten | | Anteil in Prozent | |
| Bemerkung | | | |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--------------------------|---|--------------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| Sturzbeurteilung | Erkennen der Ursachen und Verhindern von Folgestürzen | Ergotherapie | Ab 01.01.2012 |
| | | | |

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

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

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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 | | |
|--|---|--------------------------------------|
| Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung | Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| Begründung | Dekubitus ist keine Rehe relevante Problemstellung | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012 | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: |
| <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 tatsächlich untersuchter Patienten | | Anteil in Prozent |
| Bemerkung | | |

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

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> |

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

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012 | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: |
| <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 tatsächlich untersuchter Patienten | | Anteil in Prozent |
| Bemerkung | | |

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

F5 Dauerkatheter

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| Messthema | Dauerkatheter |
| Was wird gemessen? | Anzahl Fälle mit Dauerkatheter |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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 | |
|--|--------------------------------------|
| Dauerkatheter | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| <input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| Begründung | |
| <input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012 | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: |
| <input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinanz: |

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

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

F6 Weiteres Messthema

| | |
|---------------------------|---|
| Messthema | Zufriedenheit ambulanter Physiotherapie-Patienten |
| Was wird gemessen? | Zufriedenheit ambulanter Physiotherapie-Patienten |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt? | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

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

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012 | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt | Name des Instruments: | Validierte deutsche Version des PSQ |
| <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 tatsächlich untersuchter Patienten | 120 | Anteil in Prozent | Total ambulante Fälle 1500, ca. 10% |
| Bemerkung | | | |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| Kommunikation | Bessere Planungssicherheit | Therapie-Disposition | Sei 01.01.2013 |
| | | | |

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.

| Nimmt der Betrieb an Registern teil? | |
|--------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil. |
| | Begründung |
| <input type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil. |

| Registerübersicht | | | | |
|---|---|--|---------|-------------------|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab | An den Standorten |
| Absolute Minimal Data Set - AMDS | Anästhesie | Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS | | |
| Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin | AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch | | |
| Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC | Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie | Adjumed Services AG www.aqc.ch | | |
| Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF | Gynäkologie und Geburtshilfe | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch | | |
| European registry and network for intoxication type metabolic disorders - E-IMD | Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Intensivmedizin | Universitätsklinikum Heidelberg www.e-imd.org | | |
| Fécondation In Vitro National - FIVNAT-CH | Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie | FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/ | | |
| IDES Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenkprothesen -IDES Register | Orthopädische Chirurgie | MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch | | |
| Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie - KTRZ | Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie | Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/ | | |
| Mammaimplantatregister | Plastische Chirurgie | Institute for evaluative research in medicine | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | www.memcenter.unibe.ch | | |
| Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten | Infektiologie, Epidemiologie | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting | | |
| Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi | Intensivmedizin | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch | | |
| Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien - MIBB | Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie | MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch | | |
| Register für Linsenimplantate - OCULA | Ophthalmologie | Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/ief | | |
| Schweizer Dialyseregister | Nephrologie | Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch | | |
| Schweizer Patientenregister für Duchenne Muskeldystrophie und Spinale Muskelatrophie | Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Medizin und Rehabilitation, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie | CHUV und Kinderspital Zürich www.asrim.ch | | |
| Schweizer Wachstumsregister - SWR | Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie | Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.ispm.ch | | |
| Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank - SAfW DB | Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venereologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin | Adjumed Services AG www.safw.ch | | |
| Schweizerische HIV Kohortenstudie - SHCS | Infektiologie | Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch | | |
| Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister - SOL-DHR | Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie | Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/verein.php | | |
| Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister - SPNR | Pädiatrie, Nephrologie | Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry | | |
| SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases | Rheumatologie | SCQM Foundation www.scqm.ch | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| SMOB Swiss Morbid Obesity Register | Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie | SMOB Register www.smob.ch | | |
| Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases - SIOLD | Pneumologie | Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch | | |
| SIRIS – Schweizerisches Implantatregister | Orthopädische Chirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch | | |
| Swiss Breast Center Database - SBCDB | Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie | Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch | | |
| Swiss Neonatal Network & Follow-up Group | Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie | Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13 | | |
| Swiss Neuropaediatric Stroke Registry - SNPSR | Neurologie, Phys.Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin | Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern | | |
| Swiss Paediatric Surveillance Unit - SPSU | Pädiatrie | Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de | | |
| Swiss Pulmonary Hypertension Registry | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie | alabus AG www.sgph.ch | | |
| Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program - SRRQAP | Nephrologie | Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch | | |
| Swiss SLE Cohort Study - SSCS | Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie | Universität de Genève und andere Universitäten in der Schweiz www.slec.ch | | |
| Swiss Teratogen Information Service - STIS | Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie | Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch | | |
| Swissregard - Nationales Register zu plötzlichen Todesfällen von Athleten | Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, Pathologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin | Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern www.swissregard.ch | | |
| SWISS Spine Register | Orthopädische Chirurgie | Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch | | |
| SWISSVASC Registry | Gefässchirurgie | Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch | | |
| TraumaRegister DGU - TR-DGU | Orthopädische Chirurgie | AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin | | |

| | | | | |
|--|------|--|--|--|
| | | www.traumaregister.de | | |
| Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung - NICER | Alle | Nationales Institut für Krebsepidemiologie und - registrierung www.nicer.org | | |
| Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR | Alle | www.kinderkrebsregister.ch | | |
| Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB | Alle | - | | |
| Krebsregister der Kantone Zürich und Zug | Alle | www.krebsregister.usz.ch | | |
| Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG | Alle | www.ksg.ch/Das_Kantonsspital_Graubunden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.html | | |
| Krebsregister St. Gallen- Appenzell - KR SGA | Alle | krebsliga-sg.ch/de/index.cfm | | |
| Krebsregister Kanton Freiburg - RFT | Alle | www.liguecancer-fr.ch | | |
| Krebsregister Kanton Genf - RGT | Alle | www.unige.ch/medecine/rgt/index.html | | |
| Krebsregister Kanton Jura - RJT | Alle | - | | |
| Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT | Alle | - | | |
| Krebsregister Kanton Tessin | Alle | www.ti.ch/tumori | | |
| Krebsregister Kanton Waadt - RVT | Alle | - | | |
| | | | | |
| Bemerkung | | | | |
| | | | | |

H

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

| Angewendete Norm | Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet | Jahr der ersten Zertifizierung | Jahr der letzten Rezertifizierung | Bemerkungen |
|---------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| SWISS REHA Zertifizierung | Ganzer Betrieb | Selbstdeklaration | | Requalifizierung erfolgreich erfolgt 2013 |
| EFQM | Ganzer Betrieb | 2011 | 2012 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

| Aktivität oder Projekt (Titel) | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
|---------------------------------------|--|----------------------------|------------------------|
| Patientenzufriedenheit | Messung/ Patientenzufriedenheit | Ganzer Betrieb | laufend |
| Patienten Briefkasten | Messung Patientenzufriedenheit | Ganzer Betrieb | laufend |
| Befragung ambulante Therapiepatienten | Messung Patientenzufriedenheit | Therapien | laufend |
| Komplikationsliste | Erfassung von Komplikationen | Medizin | laufend |
| Sturzprotokoll | Erfassung und Bearbeitung von Stürzen | Ganzer Betrieb | laufend |
| ANQ | Messung der medizinischen Ergebnisqualität | Medizin | laufend |
| Assessment | Verschiedene Beurteilungssysteme | Therapien, Medizin, Pflege | laufend |
| CIRS | Erfassen von kritischen Ereignissen | Ganzer Betrieb | laufend |
| Vorschlagswesen | Mitarbeiterzufriedenheit | Ganzer Betrieb | laufend |
| KVP | Kontinuierliche Verbesserung | Ganzer Betrieb | laufend |

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Projekttitlel | | |
| Bereich | <input type="checkbox"/> internes Projekt | <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton) |
| Projektziel | | |
| Beschreibung | | |
| 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 type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? | |
| | | |
| Involvierte Berufsgruppen | | |
| Projektelevaluation / Konsequenzen | | |
| Weiterführende Unterlagen | | |

Im Spannungsfeld zwischen Kostendruck, und steigenden Qualitätsansprüchen sind Gesellschaft, Kostenträger und Leistungsanbieter gleichermaßen gefordert. Das Gleichgewicht zwischen optimaler Gesundheitsleistung und minimalen Kosten ist nicht immer leicht zu finden. Die aarReha Schinznach stellt sich gerne diesen Herausforderungen.

Der Stiftungsrat hat in Zusammenarbeit mit der Klinikleitung die Strategie überarbeitet und auf die aktuellen Herausforderungen ausgerichtet. Festgehalten wird am ausgewogenen Verhältnis zwischen Leistung, Qualität und Preis. Leistung und Qualität entsprechen den Vorgaben von H+, dem Verband der Schweizer Spitäler und SWISS REHA, der Vereinigung der führenden Schweizer Rehabilitationskliniken. Dazu gehören die stetige Weiterentwicklung der Prozesse und die regelmässige Überprüfung der Zufriedenheit der verschiedenen Anspruchsgruppen wie Patienten, Zuweiser und Mitarbeitende.

Eine grosse Bedeutung misst die **aarReha Schinznach** dem Thema Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Akteuren bei. Ziel ist die Vernetzung der verschiedenen Partner entlang der Behandlungskette mittels gegenseitig abgestimmter Prozesse und Datentransfers und die gleichzeitige Beseitigung von Prozess- und Medienbrüchen sowie Doppelspurigkeiten. Die aarReha Schinznach engagiert sich seit vielen Jahren in der Entwicklung von Projekten, die dazu dienen, die Übergänge zwischen den einzelnen Institutionen für die Patienten reibungsloser zu gestalten.

Im Bereich der **geriatrischen Rehabilitation** ergibt sich ein neues Feld mit grossem Abstimmungsbedarf: Welcher Patient ist in welcher Institution richtig aufgehoben, wer gehört in die Akutgeriatrie, wer in die Uebergangs-, wer in die Langzeitpflege, welcher Patient qualifiziert sich für die geriatrische und welcher für eine organspezifische Rehabilitation? Die **aarReha Schinznach** hat sich zum Ziel gesetzt, im Bereich Geriatrie zusammen mit den involvierten Partnern Richtlinien und Instrumente zu entwickeln, welche bei der effektiven Triagierung helfen. Zum Wohle der Patienten und zur Optimierung des Schnittstellenmanagements in einem stark wachsenden Markt.



Anhänge