



solothurner spitäler ag

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+



Akutsomatik



Psychiatrie



Rehabilitation



Langzeitpflege

Solothurner Spitäler AG
Schöngrünstrasse 36 a
4500 Solothurn

www.so-H.ch

Freigabe am: 27.05.2014
durch: Martin Häusermann, CEO

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und 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	3
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	3
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	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 2013	7
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2013	8
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2013	9
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	9
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	9
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation).....	9
C4-4	Personelle Ressourcen	9
C5	Kennzahlen Langzeitpflege 2013.....	10
D	Zufriedenheitsmessungen	11
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	11
D2	Angehörigenzufriedenheit.....	15
D3	Mitarbeiterzufriedenheit	16
4	Zuweiserzufriedenheit	17
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	18
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	18
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	19
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	20
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit Swisnoso	21
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	25
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik.....	28
E1-7	SIRIS Implantatregister	30
E2	Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	31
E2-1	Erwachsenenpsychiatrie	32
E2-2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	34
E3	Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation	36
E3-1	Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation	37
E3-2	Bereichsspezifische Messungen.....	38
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013	39
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	39
G	Registerübersicht	40
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	42
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards.....	42
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	42
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	43
I	Schlusswort und Ausblick	44

A

Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 der Solothurner Spitäler AG wertvolle Informationen liefern zu können.



solothurner spitäler ag

Die Solothurner Spitäler AG (soH) ist eine gemeinnützige Aktiengesellschaft im Eigentum des Kantons Solothurn. Wir führen die somatischen Standorte Kantonsspital Olten, Bürgerspital Solothurn und Spital Dornach, die Psychiatrischen Dienste mit der Psychiatrischen Klinik Solothurn und das Gesundheitszentrum Grenchen (Angebot von Sprechstunden) sowie die Gruppenpraxis Herrenmatt in Däniken. Die Erwachsenenpsychiatrie führt in Grenchen, Olten und Solothurn Ambulatorien, die Kinder- und Jugendpsychiatrie zusätzlich in Balsthal.

Rund um die Uhr im Einsatz – zum Wohle der Bevölkerung

Unsere Aufgabe ist es, die medizinische Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung im Kanton Solothurn sicherzustellen, und zwar 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr.

Im Jahr 2013 wurden in der soH 26'525 Patienten stationär und 142'532 Patienten ambulant behandelt. In den Frauenkliniken sind 1'118 Kinder geboren. Als Reaktion auf die steigenden Patientenzahlen in den Notfallstationen betreibt die soH, gemeinsam mit den Hausärzten der jeweiligen Region, je eine ambulante Notfallstation am Standort Solothurn und Olten. Für die psychiatrische Notfallversorgung führen die Psychiatrischen Dienste eine eigene Notfall- und Krisenambulanz auf dem Areal der psychiatrischen Klinik in Solothurn und dem Areal des Kantonsspitals Olten.

Die soH als Arbeitgeberin

An den verschiedenen Standorten und in den zentralen Diensten arbeiten rund 3'500 Mitarbeitende aus den verschiedensten Berufsgruppen. Davon waren im Jahr 2013 377 Mitarbeitende in Ausbildung. Die Mitarbeitenden der soH sind dem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) des Kantons Solothurn unterstellt. An den Standorten Solothurn und Olten betreiben die soH Kinderkrippen, welche die professionelle Betreuung der Kinder berufstätiger Mitarbeitenden der soH übernehmen.

Die Standorte der soH

Bürgerspital Solothurn Schöngrünstrasse 42 4500 Solothurn	Kantonsspital Olten Baslerstrasse 102 4600 Olten	Spital Dornach Spitalweg 11 4143 Dornach	Psychiatrische Dienste Weissensteinstrasse 102 4503 Solothurn
---	--	--	---

Weitere Informationen über die Solothurner Spitäler AG finden Sie auch auf unserer Website:

www.so-H.ch



B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Wir garantieren unseren Patientinnen und Patienten hochstehende Qualität unserer Dienstleistungen und Sicherheit.

Wir erbringen in allen angebotenen Bereichen qualitativ hochstehende Leistungen und streben mit kontinuierlichen Verbesserungsprozessen eine führende Position unter vergleichbaren Spitälern an. Wir machen unsere Anstrengungen transparent. Konkret setzen wir dies um durch:

- Den Aufbau und Betrieb eines integrierten prozessorientierten Managementsystems, welches alle Aspekte der Unternehmensführung zusammenfasst und die kontinuierliche Optimierung dieser Prozesse und Strukturen.
- Laufende Weiterentwicklung standardisierter Behandlungspfade zur Qualitäts- und Prozessoptimierung und Abstimmung mit der DRG-Abrechnung.
- Die aktive Teilnahme an den Messungen des Vereins für Qualitätsentwicklung in Kliniken und Spitälern (ANQ).
- Die zusätzlich zweijährliche Durchführung von vertieften Patientenzufriedenheitsmessungen inklusive Benchmark mit vergleichbaren Spitälern.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

Integriertes Managementsystem

Schwerpunkt bildete auch weiterhin der Auf- und Ausbau eines soH-weiten, prozessbasierten Managementsystems. Die Arbeiten konzentrierten sich auf Bürgerspital Solothurn und die Psychiatrischen Dienste. Im Kantonsspital Olten haben die Arbeiten im Bereich des Dokumentenmanagements bereits einen hohen Level erreicht. Im Spital Dornach konnte das Projekt gestartet werden.

Ein externes Audit im Bereich der zentralisierten Führungs- und Supportprozesse sowie am Standort Kantonsspital Olten soll eine Beurteilung des bisher erreichten Entwicklungsstandes ermöglichen und Entwicklungspotenzial aufzeigen.

Patientensicherheit

Ein massgeblicher Beitrag zur Patientensicherheit wird konstant mit dem Fehlermeldesystem CIRS geleistet. Darin werden kritische Zwischenfälle erfasst, um Systemschwächen zu erkennen, Ursachen abzuklären und Massnahmen zur Fehlerverhinderung zu definieren und umzusetzen.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

Auf- und Ausbau des integrierten Managementsystems:

- Aufbau Dokumentenmanagement im Bürgerspitals Solothurn und den Psychiatrischen Diensten
- Durchführung eines externen Audits im Bereich der zentralisierten Führungs- und Supportprozesse der Solothurner Spitäler AG sowie am Standort Kantonsspital Olten

Durchführung von Ergebnis- und Patientenzufriedenheitsmessungen:

- ANQ-Indikatoren Akutsomatik:
 - Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape
 - Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape
 - Postoperative Wundinfekte mit Swisnoso
 - Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit LPZ
 - Nationale Patientenbefragung mit Kurzfragebogen ANQ
 - SIRIS Implantat-Register
- MECON Ausführliche Patientenzufriedenheitsbefragung Akutsomatik ambulant
- ANQ-Indikatoren Erwachsenen- / Kinder und Jugendpsychiatrie:
 - Symptombelastung mittels HoNOS Adults / HoNOSCA
 - Symptombelastung mittels BSCL / HoNOSCA-SR
 - Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM
- PoC-18 Ausführliche Patientenzufriedenheitsbefragung Erwachsenenpsychiatrie stationär
- PoC-18 Ausführliche Patientenzufriedenheitsbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Auf- und Ausbau des integrierten Managementsystem an den Standorten inkl. Behandlungspfade:

- Abschluss, bzw. Weiterführung der Arbeiten im Bereich der zentralisierten Prozesse sowie an allen Standorten Patientensicherheit / CIRS:
- Konsolidierung der bestehenden CIRS-Landschaft (verschiedene Meldesysteme) / Konzeptionelle Weiterentwicklung / Upgrade CIRS-Tool
- Prüfung der Einführung von Patientenidentifikationsambändern

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	340 % Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Gudrun Hochberger	032 627 44 04	gudrun.hochberger@spital.so.ch	Direktorin Pflege, Delegierte der GL für das Qualitätsmanagement
Nathalie Hiemer	032 627 41 20	nathalie.hiemer@spital.so.ch	Qualitätsmanagerin soH, Koordination QM PD
Barbara Sigrist	062 311 41 22	barbara.sigrist@spital.so.ch	Qualitätsbeauftragte KSO / Koordination DO
Annette von Ballmoos	032 627 30 54	annette.vonballmoos@spital.so.ch	Qualitätsbeauftragte BSS

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

<https://www.so-h.ch/solothurner-spitaeler-ag/unternehmen/zahlen-und-fakten.html>

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Solothurner Spitäler AG bzw. Standortname → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe					
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	und folgendem Angebot:			
		Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege
	Bürgerspital Solothurn (BSS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Kantonsspital Olten (KSO)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Spital Dornach (DO)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Psychiatrische Dienste (PD)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	BSS**, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten; ** in Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten und Inselspital
Allgemeine Chirurgie	BSS, KSO, DO	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	BSS, KSO, DO	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>	BSS*, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	BSS, KSO	In Zusammenarbeit mit Belegärzten, nur Gynäkologie
Handchirurgie	BSS, KSO, DO ⁺	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	BSS, KSO, DO	
Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)</i>	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Geriatric <i>(Altersheilkunde)</i>	KSO	

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	BSS, KSO, DO	
Hepatology (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Bruderholzspital
Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	BSS*, KSO*, DO	*In Zusammenarbeit mit Inselspital und Kantonsspital Aarau
Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	BSS, KSO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Intensivmedizin	BSS, KSO	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	BSS, KSO	
Kinderchirurgie (Basisangebot)	BSS, KSO, DO	
Langzeitpflege	BSS, KSO, DO, PD	
Neurochirurgie	BSS, KSO, SD ⁺ Spinale Neurochirurgie	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	BSS*, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	BSS, KSO, DO ⁺	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	BSS, KSO, DO ⁺	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	KSO	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Psychiatrie und Psychotherapie	PD	
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	BSS, KSO, DO	
Tropen- und Reisemedizin	BSS, KSO	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	BSS, KSO, DO	

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	BSS, KSO, DO	
Ergotherapie	BSS, KSO, DO	
Ernährungsberatung	BSS, KSO, DO	
Logopädie	BSS, KSO, DO	
Neuropsychologie	BSS, KSO, PD	
Physiotherapie	BSS, KSO, DO	
Psychologie	BSS, KSO, PD	
Psychotherapie	PD	

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

<https://www.so-h.ch/solothurner-spitaeler-ag/unternehmen/zahlen-und-fakten.html>

Bemerkung

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013

Kennzahlen ambulant			
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen
Ambulant	6092	---	---
Tagesklinik	420	56	29.6

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflegetage
Stationär	156	1870	27.1	51751
Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt*(unfreiwilliger Eintritt)	--	349	22.2	7752

* Patienten mit Eintritt 2013 (welche ausgetreten sind, ohne Langzeitpatienten)

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	150	8.5%
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	474	27%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	351	20%
F3	Affektive Störungen	424	24.1%
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	221	12.6%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	11	0.6%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	72	4.1%
F7	Intelligenzminderung	20	1.1%
F8	Entwicklungsstörungen	4	0.2%
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	15	0.9%
	Weitere	17	0.9%
	Total *	1759	100.0%

* Patienten mit Eintritt 2013 (welche ausgetreten sind, ohne Langzeitpatienten)

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2013

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 2013 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
Muskuloskeletale Rehabilitation	BSS		179	5265
Neurologische Rehabilitation	BSS		144	4539

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten? NEIN

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
Kardiovaskuläre Rehabilitation	BSS/KSO	3x pro Woche 3 Sitzungen	341	
Muskuloskeletale Rehabilitation	BSS		3'746	
Neurologische Rehabilitation	BSS		1'521	
Pulmonale Rehabilitation	BSS/KSO	3x 2 Sitzungen pro Woche	53	

C4-4 Personelle Ressourcen

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	BSS 1
Facharzt Neurologie	BSS 2.5, KSO 2
Facharzt Pneumologie	BSS 2, KSO 2
Facharzt Kardiologie	BSS 5 KSO 2
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	KSO 1
Facharzt Psychiatrie	KSO 1

- ❶ 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)
Pflege	Kann nicht ermittelt werden
Physiotherapie	
Logopädie	
Ergotherapie	
Ernährungsberatung	
Neuropsychologie	

- ❶ 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 2013

Kennzahlen	Werte 2013	Werte 2012	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2013	67	68	
Geleistete Pflage tage	25'751	24'716	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2013	78	78	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	44.8	47.3	
Durchschnittliche Auslastung	91.5%	100%	

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.

Ambulante Patientenzufriedenheit Akutsomatik

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 checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt. <input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2013 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 checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse zur Zufriedenheit der ambulanten Patienten mit der Tagesklinik		
	Zufriedenheitswert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Resultat für die soH AG Total (Sprechstunden)	87.9	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Standort	Zufriedenheitswert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Olten	88.0	Gesamtzufriedenheit für diesen Standort
Solothurn	87.8	Gesamtzufriedenheit für diesen Standort

Messergebnisse zur Zufriedenheit der ambulanten Patienten mit der Untersuchung in der Radiologie		
	Zufriedenheitswert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Resultat für die soH AG Total (Untersuchungen)	82.7	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Standort	Zufriedenheitswert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Dornach	83.9	Gesamtzufriedenheit für diesen Standort
Olten	83.4	Gesamtzufriedenheit für diesen Standort
Solothurn	81.1	Gesamtzufriedenheit für diesen Standort

Messergebnisse zur Zufriedenheit der ambulanten Patienten der Physiotherapie		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Resultat für die soH AG Total (Physiotherapien)	89.2	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Standort	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Olten	90.0	Gesamtzufriedenheit für diesen Standort
Solothurn	88.4	Gesamtzufriedenheit für diesen Standort

Messergebnisse zur Zufriedenheit der ambulanten Patienten mit der Dauerbehandlung Onkologie		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Resultat für die soH AG Total (Dauerbehandlungen)	88.8	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Standort	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Olten	89.9	Gesamtzufriedenheit für diesen Standort
Solothurn	87.6	Gesamtzufriedenheit für diesen Standort

Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	MECON-Patientenzufriedenheit nach einer ambulanten Behandlung	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Patientenbefragung		
Einschlusskriterien		alle Patienten nach einem ambulanten Aufenthalt		
Ausschlusskriterien		Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre		
Rücklauf: Tagesklinik	42.0%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rücklauf: Untersuchungen	39.8%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rücklauf: Physiotherapien	58.3%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rücklauf: Dauerbehandlungen	54.8%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Stationäre Patientenzufriedenheit Erwachsenenpsychiatrie

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	Kein Gesamtwert	Die Auswertung im Benchmark erfolgt nur pro Bereich
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Allgemeinpsychiatrie	72 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
Abhängigkeitserkrankungen	75 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
Krisenintervention	74 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
Psychosomatik	72 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon <input type="checkbox"/> Picker <input type="checkbox"/> PEQ <input type="checkbox"/> MüPF(-27) <input checked="" type="checkbox"/> POC(-18) <input type="checkbox"/> PZ Benchmark	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle im Erhebungszeitraum austretenden Patienten der Erwachsenenpsychiatrie		
	Ausschlusskriterien	--		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	92 Allgemeinpsychiatrie 68 Abhängigkeitserkrankungen 64 Krisenintervention 20 Psychosomatik			
Rücklauf Allgemeinpsychiatrie	40 %	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rücklauf Abhängigkeitserkrankungen	75 %	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rücklauf Krisenintervention	63 %	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rücklauf Psychosomatik	50 %	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle. Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Name der Ansprechperson	Annette von Ballmoos
Funktion	Qualitätsbeauftragte BSS
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	032 627 30 54, annette.vonballmoos@spital.so.ch Montag – Donnerstag
Name der Ansprechperson	Barbara Sigrist
Funktion	Qualitätsbeauftragte KSO
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	062 311 41 22, barbara.sigrist@spital.so.ch
Name der Ansprechperson	Brigitte Gehrig
Funktion	Stv. Direktorin Dornach
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	061 704 42 19, brigitte.gehrig@spital.so.ch
Name der Ansprechperson	Peter Marti
Funktion	Fachexperte für Abhängigkeitserkrankungen und Projektleiter Psychiatrische Dienste
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	032 627 14 57, peter.marti.pd@spital.so.ch

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 Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Psychiatrische Dienste
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	Kein Gesamtwert	Die Auswertung erfolgt nur pro Bereich	
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Zufriedenheit Kind Eltern	100.0 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit	
Zufriedenheit Jugend Eltern	88.0 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit	
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:		
<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 checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	PoC-18	Name des Messinstituts CareMetrics
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	Alle Eltern von Patienten nach einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik	
	Ausschlusskriterien	--	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		12	
Rücklauf in Prozent		33 %	Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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 checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 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 checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
<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).		

4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Nein, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht.</p> <p>Begründung</p>
	<p>Die Zuweiserzufriedenheit wurde im Berichtsjahr nicht systematisch gemessen, sondern nun in regelmässig stattfindenden Zuweiserzirkeln erhoben. Wünsche und Anregungen wurden aufgenommen, die Umsetzungsmöglichkeiten geprüft und, wenn immer möglich, umgesetzt.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.</p>
	<p><input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.</p>
	<p><input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.</p>
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	<p>2008</p>
Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	<p>2014/15</p>

E

Nationale Qualitätsmessungen ANQ

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 der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swissnoso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Elternbefragung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			
Da die soH an keinem Standort über eine kinderspezifische Abteilung verfügt untersteht sie beim kinderspezifischen Messplan lediglich einer Erhebungspflicht für die postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien.			

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 checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				Ergebnis ² A, B oder C
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	
Intern	Extern			
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen .				
<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 auswertbare Austritte		
Bemerkung		

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. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

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 checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ⁴ A, B oder C
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen .		
<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 auswertbare Operationen			
Bemerkung			

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. Diese Fälle sollten analysiert werden

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 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

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. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitäler und Kliniken im März 2015.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Swissnoso

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

Bürgerspital Solothurn

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen	163	6	3.7%	1.4-7.8	5.5% (2.5-10.2)
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			%		% ()
<input type="checkbox"/> Hernienoperationen			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	78	13	16.7%	9.2-26.8	12.2% (6.8-19.6)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			%		% ()
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)	18	2	11.1%	1.4-34.7	6.3% (0.2-30.2)
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

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.

Kantonsspital Olten

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen	160	8	5.0%	2.2-9.6	3.1% (0.9-7.8)
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			%		% ()
<input type="checkbox"/> Hernienoperationen			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	74	15	20.3%	11.8-31.2	10.6% (5.0-19.2)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			%		% ()
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)	8	2	25%	3.2-65.1	13% (2.8-33.6)
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Spital Dornach

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen	31	0	0%	0-11.2	5.9% (0.7-19.7)
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			%		% ()
<input type="checkbox"/> Hernienoperationen			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	8	1	12.5%	0.3-52.7	10% (1.2-31.7)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			%		% ()
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)	2	0	0%	0-84.2	25% (0.6-80.6)
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

Bürgerspital Solothurn

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁷ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	138	9	6.5%	3.0-12.0	keine Werte
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen			%		% ()
Wertung der Ergebnisse					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Kantonsspital Olten

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁷ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	168	0	0%	0-2.2	keine Werte
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen			%		% ()
Wertung der Ergebnisse					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

⁷ 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.

Spital Dornach

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	30	0	0%	0-11.6	keine Werte
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen			%		% ()
Wertung der Ergebnisse					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten ganze soH			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Präsentation und Diskussion der Ergebnisse	Sensibilisierung für das Thema, Aufmerksamkeit aufrecht halten	Ärztliche Gremien	03/2014 - 04/2014
Safe Surgery Checklist einführen und konsequent umsetzen	Fehlervermeidung, korrekte Antibiotikaverabreichung	Anästhesie, Chirurgie	05/2014 - 12/2014

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁸ 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

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 2013 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:

Deskriptive Messergebnisse 2013		
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁹
13	In Prozent	4.7 %

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), 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, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		276	Anteil in Prozent (Antwortrate) 74.8 %
Bemerkung			

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Aktionswoche Sturz- und Dekubitusmanagement	Sensibilisierung und Vertiefung ausgewählter Themen	Alle akutsomatischen Stationen	12/12 – 08/13
Stationspezifische Massnahmen	Gemeinsame Leitsätze gegenüber Sturzereignissen	Alle Stationen und Standorte mit erhöhter nosokomialer Sturzrate	12/12-12/13

⁸ 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.

⁹ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 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:

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	22	8.0%
	ohne Kategorie 1	14	5.1%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	11	4.0%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	6	2.2%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	11	4.0%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	8	2.9%

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), 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. 	
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene	276	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	74.2 %
Bemerkung			

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Aktionswoche Sturz- und Dekubitusmanagement	Sensibilisierung und Vertiefung ausgewählter Themen	Alle akutsomatischen Stationen	12/12 – 08/13
Stationsspezifische Massnahmen	Gemeinsame Leitsätze gegenüber Sturzereignisse	Alle Stationen mit erhöhter nosokomialer Dekubitusrate	12/12-12/13

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 2013 in der Akutsomatik

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.

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

Aktuelle Messergebnisse			
Bürgerspital Solothurn	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ¹⁰ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.84	8.60 – 9.09	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.83	8.64 – 9.03	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.85	8.64 – 9.06	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.07	8.89 – 9.24	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.22	9.04 – 9.40	0 = nie 10 = immer

Aktuelle Messergebnisse			
Kantonsspital Olten	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.21	9.03 – 9.40	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.01	8.82 – 9.20	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.16	8.97 – 9.34	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.08	8.89 – 9.27	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.33	9.16 – 9.50	0 = nie 10 = immer

¹⁰ 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.

Aktuelle Messergebnisse			
Spital Dornach	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall¹¹ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.98	8.57 – 9.40	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.86	8.51 – 9.21	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.18	8.83 – 9.53	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.03	8.70 – 9.35	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.38	9.08 – 9.68	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

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 2013 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten BSS	744		
Anzahl eingetreffener Fragenbogen BSS	311	Rücklauf in Prozent	41.8 %
Anzahl angeschriebene Patienten KSO	601		
Anzahl eingetreffener Fragenbogen KSO	279	Rücklauf in Prozent	46.4 %
Anzahl angeschriebene Patienten DO	186		
Anzahl eingetreffener Fragenbogen DO	108	Rücklauf in Prozent	58.1 %
Bemerkung			

¹¹ 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.

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch		
Bemerkung		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkung		
Informationen für das Fachpublikum		
Auswertungsinstanz	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)	

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der 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 Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOS Adults (Fremdbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels BSCL (Selbstbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOSCA (Fremdbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels HoNOSCA-SR (Selbstbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Da die Psychiatriekliniken sehr unterschiedliche Patientengruppen haben, lassen sich die klinikindividuellen Messergebnisse nur punktuell vergleichen. Nationale Vergleichswerte von Kliniken finden sich im Nationalen Vergleichsbericht Outcome des ANQ.

National vergleichende Messergebnisse
Der nationale Vergleichsbericht Outcome (Messungen 2013) wird im Herbst 2014 auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

Die nationalen Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie erfolgen seit dem 1. Juli 2012.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Bemerkung		

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

Symptombelastung mittels HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹²	Maximal mögliche Verbesserung
		- 48 Punkte	+ 48 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Ergebnisse liegen zum Zeitpunkt der Publikation des Berichts noch nicht vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

¹² Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Symptombelastung mittels BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹³	Maximal mögliche Verbesserung
		- 212 Punkte	+ 212 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Ergebnisse liegen zum Zeitpunkt der Publikation des Berichts noch nicht vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

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. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheits-massnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie
Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.

Verbesserungsaktivitäten in der Erwachsenenpsychiatrie

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

¹³ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austritts-erhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. „+ 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

E2-2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden spezifische Qualitätsmessungen erarbeitet. Diese Messungen haben am 1. Juli 2013 begonnen.

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

Symptombelastung mittels HoNOSCA

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Sicht der Behandelnden, Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOSCA Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximale mögliche Verschlechterung ¹⁴	Maximal mögliche Verbesserung
		- 52 Punkte	+ 52 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Ergebnisse liegen zum Zeitpunkt der Publikation des Berichts noch nicht vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie
Bemerkung		

¹⁴ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOSCA auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 13 symptombezogenen HoNOSCA- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Symptombelastung mittels HoNOSCA-SR

HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Items. Die Erhebung basiert auf der Einsicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹⁵	Maximal mögliche Verbesserung
		- 52 Punkte	+ 52 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Ergebnisse liegen zum Zeitpunkt der Publikation des Berichts noch nicht vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 14 Jahren (Vollerhebung)	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie, Patienten unter 14 Jahren	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

¹⁵ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOSCA-SR auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 13 symptombezogenen HoNOSCA-SR Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

E3 Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

Am 1. Januar 2013 starteten die nationalen Datenerhebungen in den Rehabilitationskliniken und in den Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler.

Messbeteiligung		Unser Betrieb nahm an folgenden Messungen teil:		
Der Messplan 2013 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Rehabilitation:		Ja	Nein	Dispens
Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereichsspezifische Messungen für				
a) muskuloskeletale Rehabilitation		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) neurologische Rehabilitation		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) kardiale Rehabilitation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) pulmonale Rehabilitation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) andere Rehabilitationstypen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung				
Die vollständige Erhebung sämtlicher Daten ist erst ab dem Jahr 2014 möglich.				

Erläuterung zu den einzelnen Messungen und Methoden finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Webseite des ANQs: www.anq.ch/rehabilitation

E3-1 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

Die nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation erfolgte in Anlehnung an die Befragung in der Akut-somatik (siehe Modul E1). Die fünf Fragen sind jedoch an die Besonderheiten der Rehabilitation angepasst. Zudem wird die Befragung bei den Patienten aus Rehabilitationskliniken jeweils im April und Mai durchgeführt.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen kann im Modul D1 dokumentiert werden.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse 2013			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Vertrauens-intervall ¹⁶ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?	8.90	8.69 – 8.81	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitationsbehandlung, die Sie erhalten haben?	9.14	8.23 – 10.00	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.38	8.69 – 8.82	0 = nie 10 = immer
Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?	9.05	8.82 – 8.94	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.75	9.28 – 9.35	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Von der Klinik ausgewählte Messinstitution	<input type="checkbox"/> hcri AG <input checked="" type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH <input type="checkbox"/> Qualitest AG (PZ-Benchmark) <input type="checkbox"/> ESOPÉ <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl <input type="checkbox"/> QM Riedo <input type="checkbox"/>
Vom ANQ beauftragte Auswertungsinstanzen	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im April und Mai 2013 aus einer Rehabilitationsklinik bzw. -abteilung ausgetreten sind.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - In der Klinik verstorbene Patienten - Mehrfach hospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten		52	
Anzahl eingetroffener Fragebogen		21	Rücklauf in Prozent 40.4

¹⁶ 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.

E3-2 Bereichsspezifische Messungen

Für die Qualitätsmessungen in der muskuloskelettalen, neurologischen, kardialen und pulmonalen Rehabilitation sowie in anderen Rehabilitationsarten stehen insgesamt 9 Instrumente zur Verfügung. Die Messungen sind in die klinische Routine eingebettet. Sie erfolgen bei grundsätzlich allen stationär behandelten Rehabilitations-Patienten. Je nach Indikation werden jedoch andere Messinstrumente eingesetzt. Bei jedem Patienten kommen insgesamt zwei bis drei Instrumente jeweils bei Ein- und Austritt zur Anwendung.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter www.anq.ch.

Informationen für das Fachpublikum		
Auswertungsinstanz	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurden die Daten erhoben?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		
Erste Auswertungen und Messergebnisse stehen für das Berichtsjahr 2013 noch nicht zur Verfügung. Sie werden zu einem späteren Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/rehabilitation		
Bemerkung		
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationär behandelten erwachsenen Patienten
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendrehabilitation
Bemerkung		

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Psychiatrische Dienste
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde im Rahmen einer ANQ Messung eingesetzt.	Name des Instruments:
		<input checked="" type="checkbox"/> EFM
		<input type="checkbox"/> Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:



Registerübersicht

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

Registerübersicht ¹⁷				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2005	BSS/KSO/DO
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2007	BSS/KSO/DO
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2001	BSS/KSO/DO
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1983	BSS/KSO
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008	BSS/KSO
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Seit Verordnung in Kraft	BSS/KSO/DO
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch		BSS/KSO
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2002	BSS/KSO
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	2010	BSS/KSO/DO

¹⁷ Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/service/forum_medicinische_register.cfm
Qualitätsbericht 2013
Solothurner Spitäler AG

SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2003	BSS/KSO
Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch	1998	BSS/KSO
Bemerkung				



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
EN ISO/IEC 17025 / ISO 15189	Labor BSS / KSO	2009 / 2010	2011 BSS	KSO ISO 9001 zertifiziert 2003 - 2009
ISO 9001:2000 RQS GSASA	Spitalapotheke an allen Standorten	2010	--	KSO/AHB bereits seit 2003 ISO-zertifiziert
IVR (Interverband für Rettungswesen)	Rettungsdienst soH	2014 geplant	--	Rettungsdienste BSS / KSO zertifiziert seit 2008/2007
ISO 13485:2003	Zentralsterilisation BSS	2006	2009 / 2011	
QuaTheDA	Substitutionsgestützte Behandlungszentren PD	2009	2012	
Babyfriendly Geburtsklinik UNICEF	Frauenklinik BSS	2001	2006 / 2012	

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (EKAS)	Verbesserung der Arbeitssicherheit / Umsetzung Branchenlösung H+	Ganzer Betrieb	laufend
CIRS / CIRNET	Erfassen Beinahe-Fehler und Massnahmenableitung zur Erhöhung der Patientensicherheit	Ganzer Betrieb	laufend
Patientenrückmeldungen „Sagen Sie uns Ihre Meinung“	Niederschwellige Patientenrückmeldungen zur Optimierung der Zufriedenheit	Ganzer Betrieb	laufend
Auf- und Ausbau Managementsystem	Auf- und Ausbau eines integrierten prozessorientierten Managementsystems	Ganzer Betrieb	laufend
Elektronischer Berichtversand	Schnittstelle zu Zuweisern verbessern	Alle somatischen Standorte	07/2012 – 12/2013

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?

Nein, unser Betrieb hat kein CIRS?

Begründung

Ja, unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Bemerkung

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitlel													
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)												
Projektziel	Evaluation des neu aufgebauten Angebots der spezialisierten stationären Palliative Care im Akut-Setting.												
Projekttablauf / Methodik	Es wurde nach einem geeigneten Instrument gesucht. Es wurden zwei holländische Instrumente gefunden, welche die Betreuungsqualität aus Sicht des Patienten und der Angehörigen bewerten. Die Instrumente wurden übersetzt, adaptiert und mit abgeleiteten Selbsteinschätzungsinstrument für das interprofessionelle Betreuungsteam erweitert.												
Beschreibung	Mit den Instrumenten wird nicht einfach die Zufriedenheit abgefragt, sondern es werden subjektive Qualitätsindikatoren von Patienten und Angehörigen gemessen, welche deren Erfahrungen mit der erlebten Betreuung reflektieren. Die Instrumente decken folgende Dimensionen ab: Psychosoziale und physische Betreuung, Kommunikation, Fachkenntnisse, Autonomie, Spiritualität, Privatsphäre und umfassen 36 (Patienten) resp. 40 Fragen (Angehörige). Dank der Bewertung der Wichtigkeit der einzelnen Fragen durch die Befragten lässt sich ergänzend ein „Verbesserungs-Score“ berechnen, welcher zeigt, wo der grösste Handlungsbedarf besteht. Der selbst entwickelte Fragebogen zur Team-Selbsteinschätzung bestand aus einem 70 Fragen umfassenden online-Fragebogen.												
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? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Kantonsspital Olten, Palliativstation												
Involvierte Berufsgruppen	Projektdurchführung: Abteilung Pflegeentwicklung mit Hilfe des Qualitätsmanagements. Befragte: Sämtliche an der Betreuung der Palliativpatienten involvierten Berufsgruppen. Neben Ärzten / Pflege auch sämtliche therapeutisch und psychosozial tätigen Berufe.												
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Rücklaufquote der nach Austritt nach Hause versendeten Fragebogen betrug 18% bei den Patienten, 50% bei den Angehörigen und 66% beim Mitarbeiterteam. Trotz der durch die kurze Messperiode eher geringe Anzahl Fragebogen die zur Auswertung zur Verfügung standen, waren die Resultate aussagekräftig und zeigten viele Stärken und wenige Schwächen, wobei das Betreuungsteam dieselben Schwächen feststellte wie die Angehörigen. Das Verbesserungspotenzial liegt insbesondere in der Nachbetreuung der Angehörigen nach einem allfälligen Tod des Patienten. Die Resultate wurden interprofessionell besprochen und Massnahmen sind teilweise schon umgesetzt resp. werden in Angriff genommen. Resultate der globalen Benotung: <table border="1" data-bbox="517 1509 1452 1789"> <thead> <tr> <th></th> <th>Resultat MW</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meinung der Patienten, zu ihrer eigenen Betreuung</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>Meinung der Angehörigen, zur Betreuung der Patienten</td> <td>9.2</td> </tr> <tr> <td>Meinung der Angehörigen, zu ihrer eigenen Betreuung</td> <td>8.6</td> </tr> <tr> <td>Meinung des Betreuungsteams, zur Betreuung der Patienten</td> <td>8.3</td> </tr> <tr> <td>Meinung des Betreuungsteams, zur Betreuung der Angehörigen</td> <td>7.3</td> </tr> </tbody> </table> 0 = absolut schlechte Unterstützung bedeutet, 10 = hervorragende Unterstützung Die Instrumente als solche erwiesen sich als praxistauglich und hilfreich, wenn auch von der Länge her an der oberen Grenze, insbesondere für die Patienten. Für eine erneute Anwendung muss diskutiert werden, ob die Datenerfassung bei den Patienten noch während des Aufenthaltes mittels Interviews durch eine unabhängige Person erfolgen könnte.		Resultat MW	Meinung der Patienten, zu ihrer eigenen Betreuung	9.0	Meinung der Angehörigen, zur Betreuung der Patienten	9.2	Meinung der Angehörigen, zu ihrer eigenen Betreuung	8.6	Meinung des Betreuungsteams, zur Betreuung der Patienten	8.3	Meinung des Betreuungsteams, zur Betreuung der Angehörigen	7.3
	Resultat MW												
Meinung der Patienten, zu ihrer eigenen Betreuung	9.0												
Meinung der Angehörigen, zur Betreuung der Patienten	9.2												
Meinung der Angehörigen, zu ihrer eigenen Betreuung	8.6												
Meinung des Betreuungsteams, zur Betreuung der Patienten	8.3												
Meinung des Betreuungsteams, zur Betreuung der Angehörigen	7.3												
Weiterführende Unterlagen													

Der Auf- und Ausbau des integrierten Managementsystems einschliesslich der Implementierung interdisziplinärer Behandlungspfade schreitet weiter voran und umfasst inzwischen die ganze Solothurner Spitäler AG.

Das Audit eines ersten Teils des Managementsystems hat Hinweise zur Konsolidierung des Systems und mögliche Verbesserungen aufgezeigt. Die nächsten Schritte zur Weiterentwicklung sind in Planung.

Daneben wird das Fehlermeldesystem CIRS auch in Zukunft als wichtiges Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit dienen und ein wesentlichen Pfeiler auf dem Weg hin zu einer lernenden Organisation bleiben. Ein entsprechender Systemausbau wird sowohl die einfache Erfassung und damit auch eine Steigerung der Meldungen unterstützen wie auch die Bearbeitung und Ableitung von Massnahmen.

Die Solothurner Spitäler AG unterstützt die Entwicklung von fundierten Qualitätsvergleichen. Die Ausschöpfung des vorhandenen Optimierungspotenzials geht damit einher.

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/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 Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitalern 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/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.



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

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen, Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität der Schweizischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Die (SAMW) Qualitätsmessung ist Teil der SAMW- und SAMW-qualitätsberichte und wird für die Weiterentwicklung der Vorlage verwendet.