

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+

Version 8.0



Akutsomatik

Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
4031 Basel
www.usb.ch

Freigabe am:
durch:

18.05.2015
Prof. Dr. med. Michael Heberer, Mitglied der Spitalleitung

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

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.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Herr
Prof. Dr. med. Michael Heberer
Leiter Ressort medizinische Prozesse & Qualität,
Mitglied der Spitalleitung
061 265 23 75
michael.heberer@usb.ch

Vorwort von 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 und gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungs-qualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilot-programm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“. Ziel ist es die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsbericht-erstattung zur Verfügung.

Die in diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	3
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	3
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	6
C1	Kennzahlen 2014	6
C2	Angebotsübersicht	6
D	Zufriedenheitsmessungen	9
D1	Patientenzufriedenheit	9
D2	Angehörigenzufriedenheit	11
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	13
D4	Zuweiserzufriedenheit	15
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	17
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	17
E1-1	Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	18
E1-2	Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	19
E1-3	Messung der Wundinfektionen nach Operationen	20
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	22
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik	25
E1-7	SIRIS Implantatregister	27
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	29
F1	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	29
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	30
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	31
G	Registerübersicht	32
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	37
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	37
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	42
I	Schlusswort und Ausblick	52
	Herausgeber	53

Das Universitätsspital Basel gehört zu den führenden medizinischen Zentren der Schweiz mit hohem international anerkanntem Standard. Alle Mitarbeitende sorgen rund um die Uhr auf der Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse und mit modernster medizintechnischer Ausstattung für das Wohlergehen, die Sicherheit und die Genesung der Patientinnen und Patienten.

Beste medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung ist Garant dafür, dass die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen und Berufsgruppen im gegenseitigen Austausch stehen und eine individuell abgestimmte Behandlungen ermöglicht.

Im Universitätsspital Basel stehen jederzeit alle Spezialistinnen und Spezialisten zur Verfügung, um für ein Problem die beste Lösung zu finden. Ausdruck dieser gelebten Arbeitsweise sind unter anderem die diversen Behandlungszentren, die wir in den vergangenen Jahren aufgebaut und weiterentwickelt haben. So kümmert sich beispielsweise in unserem Tumorzentrum ein hochspezialisiertes Behandlungsteam intensiv um Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen jeglicher Art. Auch Patientinnen und Patienten in unseren Zentren für Herz, Brust, Lunge, Notfall, Hirnschlag, Nierentransplantation, Stammzelltransplantation sowie Diabetes und Adipositas profitieren in hohem Masse davon, dass im Universitätsspital Basel alle Fachrichtungen und Berufsgruppen unter einem Dach vereint sind. Die enge Zusammenarbeit mit der ältesten Universität der Schweiz und den global führenden Life Science-Unternehmen in Basel garantiert interdisziplinäre Behandlungskonzepte und Innovationen in allen medizinischen Fachrichtungen auf höchstem Niveau. Dieser Wissenstransfer kommt in ausgeprägtem Masse auch der Lehre und Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung zu. Aus diesen Gründen ist das Universitätsspital Basel bei komplexen gesundheitlichen Problemen die erste und beste Adresse.

Mission

Das Universitätsspital Basel steht rund um die Uhr für beste medizinische Behandlung und patientenorientierte Betreuung. Das USB fördert Innovationen und zeichnet sich durch hervorragende Lehre und Forschung aus.

Vision

- Wir steigern die Patientenzufriedenheit kontinuierlich.
- Wir sind in definierten medizinischen Schwerpunkten als Behandlungs-, Forschungs- und Bildungsinstitutionen national führend und international angesehen.
- Wir entwickeln mit Partnern Kompetenzen und Angebote zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten.
- Wir sind der attraktivste Arbeitgeber im regionalen Gesundheitsmarkt.
- Wir arbeiten nachhaltig, wirtschaftlich und handeln nach ethischen Grundsätzen.

Werte

Wir zeichnen uns aus durch Wertschätzung, Verantwortungsbewusstsein und Professionalität. In unserem Verhalten orientieren wir uns an unseren Werten.

Professionalität im Umgang mit Patientinnen und Patienten: Einzig unsere Patientinnen / Patienten und unsere weitere Kundschaft begründen unsere Existenz als Spital. Wir richten daher unser grösstes Augenmerk auf die Zufriedenheit mit unseren Leistungen.

Verpflichtung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit: Um als Universitätsspital finanziell handlungsfähig zu bleiben, sind eine ausgezeichnete Qualität unserer Leistungen und eine hohe Wettbewerbsfähigkeit notwendig. Diesem scheinbaren Widerspruch stellen wir uns in den täglichen Handlungen und Entscheidungen.

Wertschätzung in Zusammenarbeit und Kommunikation: Interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und direkte Kommunikation sind entscheidende Voraussetzungen, um unser Wissen zu nutzen und rasch und zielgerichtet zu handeln – nur so werden wir in Zukunft bestehen.

Mitarbeitende und Führungsverantwortliche: Basis für den Erfolg unseres Universitätsspitals sind ein Klima der Wertschätzung sowie das Wissen, das Können, das Verhalten und die Motivation aller Mitarbeitenden und Führungsverantwortlichen.

Loyalität und Veränderungsbereitschaft: Loyalität des Universitätsspitals gegenüber seinen Mitarbeitenden und der Mitarbeitenden gegenüber dem Spital ist Voraussetzung, um gemeinsam Ziele zu erreichen und die Veränderungen erfolgreich zu gestalten.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die von der Spitalleitung beschlossenen Qualitätsziele resultieren aus den strategischen Zielen und fokussieren für 2014 folgende Themengebiete:

Hohe Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit gewährleisten

Die Patientenzufriedenheit liegt im Fokus jedes Mitarbeitenden am USB. Wir messen die Patientenzufriedenheit kontinuierlich und leiten Massnahmen zur Verbesserung ein.

Die Sicherstellung der Patientensicherheit ist oberstes Gebot für jeden Mitarbeitenden am USB. Dies bilden wir in unseren Prozessen ab, d.h. wir überprüfen die Prozesse regelmässig im Hinblick auf die Sicherstellung der Patientensicherheit und nehmen bei Bedarf Prozessanpassungen vor.

Ethisches Handeln in den Behandlungsprozessen fördern

Wir richten unser Handeln nach ethischen Grundsätzen aus. Medizinethische Fragestellungen werden durch unseren Ethik-Beirat kompetent beantwortet und fliessen als Standard in die Prozesse ein.

Unser Handeln orientiert sich zudem an den in der Broschüre „Unsere Werte“ dargelegten Grundsätzen.

Patientenprozesse durchgängig und transparent gestalten

Wir stellen sicher, dass der Patient rechtzeitig über alle zu erwartenden Schritte im Zusammenhang mit seinem Aufenthalt im USB informiert und aufgeklärt ist.

Der Patientenprozess orientiert sich an den Erfordernissen, die zur Heilung bzw. Linderung eines Leidens erfüllt sein müssen.

Erfolgskritische Prozesse und Ressourceneinsatz optimieren

Wir konzentrieren uns im Thema Prozessoptimierung auf die erfolgskritischen Prozesse. Bei der Prozessgestaltung berücksichtigen wir die Gewährleistung der Patientensicherheit. Wir optimieren die kritischen Ressourcen laufend.

USB weites Prozessmanagement und Qualitätsmanagement weiterentwickeln

Wir stellen durch ein USB-weites Prozessmanagement sicher, dass die Tätigkeiten im USB transparent, abgestimmt, durchgängig und effizient ausgeführt werden. Schnittstellen sind beschrieben und Rollen (Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten) klar zugeteilt, adressierbar und gelebt.

Unser Qualitätsmanagement garantiert, dass die Themen Qualität und Sicherheit innerhalb unserer Prozesse ausreichend berücksichtigt, die Qualitätskennzahlen erhoben und Massnahmen realisiert werden. Hinsichtlich der Qualitätskennzahlen orientieren wir uns an den Vorgaben der (nationalen) Qualitätsratings, um unser Ziel erreichen zu können, zu den führenden Spitälern der Schweiz zu gehören.



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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

Im Fokus der Bemühungen des Qualitätsmanagements standen die folgenden Themen:

1. *Permanente Befragung der ambulanten Patienten:* Systematisierung des Befragungsablaufs, erste Berichterstattungen halbjährlich und kontinuierliche Verbesserungen Systemseitig.
2. *KVP – Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:* Ableitung, Erstellung und Implementierung von Verbesserungsmassnahmen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit auf der Grundlage der Daten zur Patientenzufriedenheit.
3. *Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz in der Herzchirurgie:* Kontinuierliche Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität durch systematischen Einsatz von M&M Konferenzen, Transparenz durch offene Fehlerkultur, Förderung der Interdisziplinarität und Interprofessionalität und es dient als Fort- und Weiterbildung für Ärzte.
4. Weiterführung der permanenten Befragung der stationären Patienten. Best Practice – Abteilung eruieren und veröffentlichen.

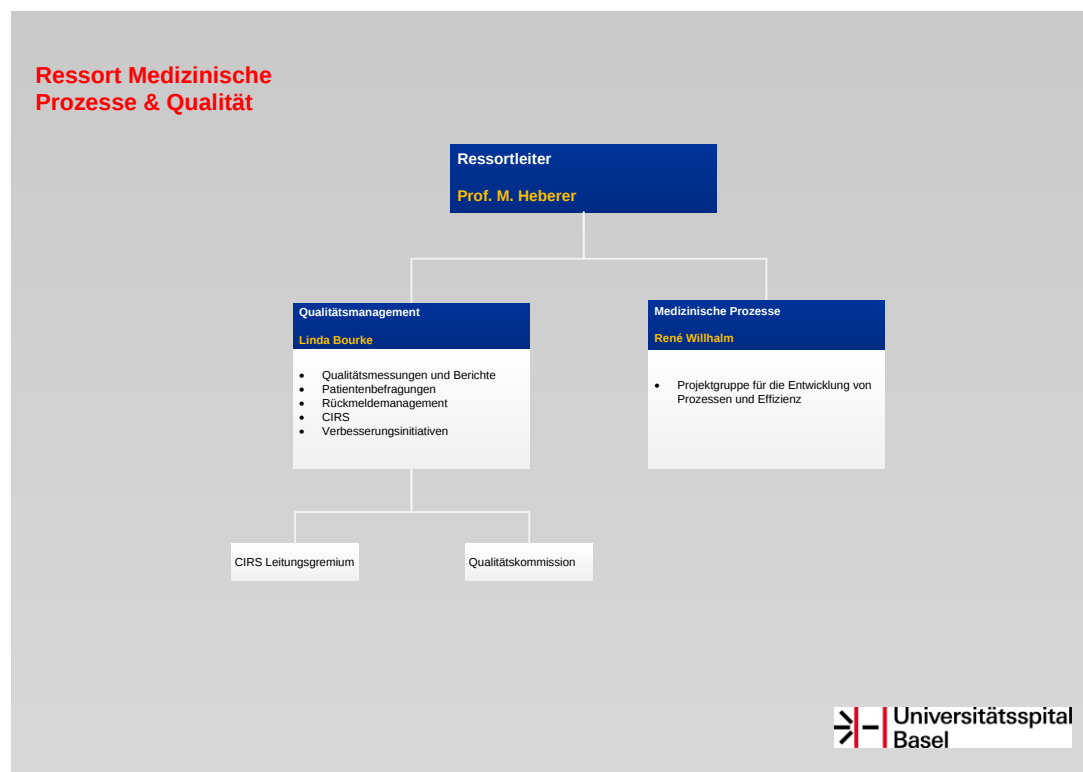
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

1. Erste permanente Befragung der ambulanten Patienten.
2. Pilotprojekt KVP – kontinuierliche Verbesserungsprozess anhand der Datenlage der permanenten Befragung der stationären Patienten.
3. Pilotprojekt PIZ – Patient im Zentrum (Lean Management).
4. Implementierung der WHO Checkliste im Rahmen des Projektes „Progress! Sichere Chirurgie“.
5. Start des Projektes zu Medikationssicherheit „drugsafety@usb“.
6. Start Patientenarmband am USB.
7. Konzeptionierung des Projektes „Austrittsmanagement“.
8. Spitalweite Mitarbeiterbefragung.
9. CIRS@usb Implementierung und Weiterentwicklung Berichtsformulars. Kennzahlen für Berichterstattung definieren.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

1. Neupositionierung Qualitätsmanagement am USB.
2. Lean Management@USB weiterentwickeln.
3. drugsafety@usb und MEONA einführen.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☒	Andere Organisationsform:	Das Qualitätsmanagement untersteht dem Ressortleiter und ist Mitglied der Spitalleitung.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		600 % Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Vera BASLER	061 265 92 84	vera.basler@usb.ch	Qualitätsbeauftragte, Leiterin CIRS und Rückmeldemanagement
Linda BOURKE SZIRT	061 556 58 76	linda.bourke@usb.ch	Leitung Qualitätsmanagement
Susana SANCHEZ	061 556 57 19	susana.sanchez@usb.ch	Qualitätsbeauftragte
Janita SCHEELE	061 328 50 15	janita.scheele@usb.ch	Projektmanagement
Dr. med. Atanas TODOROV	061 328 70 39	atanas.todorov@usb.ch	Medizinische Kodierung, RPQM – Datenmanagement
Dr. phil. Heidemarie WEBER	061 328 72 43	heidemarie.weber@usb.ch	Qualitätsbeauftragte

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:

www.unispital-basel.ch/medien/publikationen

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie unter diesem Link oder im aktuellen Jahresbericht:

www.unispital-basel.ch/medien/publikationen

Bemerkungen

C2 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Allergologie und Immunologie	4031 Basel	
Allgemeine Chirurgie	4031 Basel	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	4031 Basel	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	4031 Basel	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	4031 Basel	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	4031 Basel	
Handchirurgie	4031 Basel	
Herzgefässchirurgie	4031 Basel	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	4031 Basel	
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	4031 Basel	

☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	4031 Basel	
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	4031 Basel	
☒ Geriatrie (Altersheilkunde)	4031 Basel	
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)	4031 Basel	
☒ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	4031 Basel	
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	4031 Basel	
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)	4031 Basel	
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	4031 Basel	
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	4031 Basel	
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	4031 Basel	
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)	4031 Basel	
Intensivmedizin	4031 Basel	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	4031 Basel	
Kinderchirurgie	4031 Basel	
Langzeitpflege	4031 Basel	
Neurochirurgie	4031 Basel	
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)	4031 Basel	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	4031 Basel	
Angebote medizinische Fachgebiete (3. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	4031 Basel	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	4031 Basel	

Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	4031 Basel	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	4031 Basel	
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	4031 Basel	
Thoraxchirurgie (Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)	4031 Basel	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	4031 Basel	
Brustzentrum	4031 Basel	
Hirnschlagzentrum / Stroke Center	4031 Basel	
Lungenzentrum	4031 Basel	
Stammzelltransplantation	4031 Basel	
Gynäkologisches Tumorzentrum	4031 Basel	
Hirntumorzentrum	4031 Basel	
Knochen- und Weichteiltumoren	4031 Basel	
Kopf-Hals & Augentumorzentrum	4031 Basel	
Nieren-Blase-Prostata Tumorzentrum	4031 Basel	
Zentrum für Abdominaltumoren	4031 Basel	
Zentrum für Hauttumoren	4031 Basel	

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	4031 Basel	
Ergotherapie	4031 Basel	
Ernährungsberatung	4031 Basel	
Logopädie	4031 Basel	
Neuropsychologie	4031 Basel	
Physiotherapie	4031 Basel	



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.



Zufriedenheitsmessungen

D1 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) ein Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
☐	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .
	Begründung
☒	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.
☒	Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.
☐	Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2014 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →
☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →
☐	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	52,7%	52,7% der antwortenden Patienten bezeichnen die Qualität der Behandlung als „ausgezeichnet“ (95.2 % als ausgezeichnet oder gut) (andere Antwortmöglichkeiten: „gut“, „weniger gut“ und „schlecht“)
	68,8%	68,8% der antwortenden Patienten würden „eindeutig ja“ für dieselbe Erkrankung/eine Geburt wieder in unser Spital kommen (95.0% eindeutig ja oder ich glaube ja) (andere Antwortmöglichkeiten: „ich glaube ja“, „ich glaube nicht“ und „eindeutig nicht“)
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Chirurgie	51,5% (Qualität) 65,4% (Wiederkommen)	
Medizin	49,7% (Qualität) 67,8% (Wiederkommen)	
Spezialkliniken	58,4% (Qualität) 74,1% (Wiederkommen)	
☒	Die Ergebnisse wurden bereits im Qualitätsbericht 2014 publiziert: Interne Publikation	
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	☐ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instruments		Name des Messinstituts	
☒ Eigenes, internes Instrument		PPB & APB		
Beschreibung des Instruments		Permanente Befragung der stationären & ambulanten Patienten & ANQ		

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<i>Ambulant:</i> definierte Kriterien im Bereich der Leistungserfassung, direkten Patientenkontakt, Patienten im Alter >17 <i>Stationär:</i> Alle stationär behandelte Patienten im Alter >17		
	Ausschlusskriterien	Stat. & amb.: Neugeborene, Im Spital verstorbene, jünger als 17 Jahre		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		Stat. 11'200 & amb. 32'803		
Rücklauf in Prozent		Stat. 36,6% Amb. 40,2%	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patientenbefragungen – 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?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Rückmeldemanagement
Name der Ansprechperson	Vera Basler
Funktion	Qualitätsbeauftragte
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	+41 (0)61 265 29 00, qmfeedback@usb.ch
Bemerkungen	An das USB eingegangene Rückmeldungen und Beschwerden (Brief, E-Mail, Beschwerdetelefon, Patientenfeedbackflyer) werden zentral, standardisiert und systematisch durch ein interdisziplinäres Team von Bereichs- und Ressortverantwortlichen in direkter Zusammenarbeit mit dem Rückmeldemanagement bearbeitet. Der Prozess beinhaltet Fallannahme und -recherche, Kontaktaufnahme mit Beschwerdeinitiant und mit verantwortlichen Personen des Bereichs, sowie mit dem Rechtsdienst gemäss den Triagekriterien des Bearbeitungsprozesses. Die Auswertung dient zur Initiierung von Verbesserungsmaßnahmen, zur Definition der QM-Strategie mit dem Ziel, interne Prozesse an die veränderten Bedürfnisse des Leistungsempfängers anzupassen.

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
☒ Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .		
Begründung		
☐ Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.		
☐ Im Berichtsjahr 2014 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?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
☐ Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:		
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten		

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐ Externes Messinstrument			
Name des Instruments		Name des Messinstituts	
☐ Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments			
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ 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?		
☐ Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
Begründung		
☒ Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
☒ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.		
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2017
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse
☐ Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:		
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten		

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒ Externes Messinstrument				
Name des Instruments			Name des Messinstituts	Mecon
☐ Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments				
Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent		46.2%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (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?			
☒	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☐	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.		
	☐ Im Berichtsjahr 2014 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?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse	
☐	Die Ergebnisse wurden bereits im folgenden Qualitätsbericht publiziert.		
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Externes Messinstrument				
Name des Instruments			Name des Messinstituts	
☐ Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments				
Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ 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 Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereiche 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 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfektionen	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus	☒	☐	☐
Nationale Patientenbefragung	☒	☐	☐
SIRIS Implantatregister	☒	☐	☐
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der Wundinfektionen nach Blinddarm-Entfernungen	☐	☒	☐
Prävalenzmessung Dekubitus	☐	☒	☐
Nationale Elternbefragung	☐	☒	☐
Bemerkungen			

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

E1-1 Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ¹ A, B oder C
Intern	Extern			
☒ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .				
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten				
Angaben zur Messung				
Auswertungsinstitut		SQLape GmbH		
Methode / Instrument		SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.		
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 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.

E1-2 Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden Routedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
☒ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .			
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Angaben zur Messung			
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH		
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechenden Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.		
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			
Bemerkungen			

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 Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperativer Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken 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. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Eingriffe mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen) erfolgen zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ³ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	171		0.6%	0-3.2	2.8% (0.8-7.1)
☐ Blinddarm-Entfernungen					
☐ Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen					
☐ Hernienoperationen					
☒ Dickdarmoperationen (Colon)	65		30.8%	19.9-43.4	21.6% (13.5-31.6)
☐ Kaiserschnitt (Sectio)					
☐ Gebärmutter-entfernungen					
☐ Wirbelsäulenchirurgie					
☐ Magenbypass-operationen					
☐ Rektumoperationen					
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

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

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2014 (1. Oktober 2013 – 31. September 2014) noch keine Resultate vor.

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 fest-gestellter Wund-infektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁴ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☒ Herzchirurgie	706		3.1%	2-4.7	5.5% (3.9-7.4)
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	108		3.7%	1-9.2	5.0% (2-10)
☒ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	96		1.0%	0-5.7	6.3% (2.5-12.5)
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Swissnoso	
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 Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blindarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkungen		

⁴ 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.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Stürze

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten im Spital vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014			
Anzahl hospitalisierte Patienten , die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. ⁵	15	In Prozent	3.3%
☒ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Seit 2013 wird das Thema Sturzprävention am USB systematisch und kontinuierlich aufgearbeitet. In einer Pilotierungsphase wurden auf sechs Bettenstationen dezentral alle Sturzereignisse erfasst und protokolliert. Schwere Sturzereignisse werden im Rahmen von systematischen Fallbesprechungen mit den Pflegeteams analysiert, um Lern- und Verbesserungspotenziale aufzudecken. Durch die systematische Erfassung wurden die Pflegeteams sensibilisiert, das Sturzrisiko bei Eintritt aller Patienten zu erfassen und entsprechende Massnahmen zur Sturzprävention abzuleiten. Die spitalweite Ausdehnung des Sturzpräventionsprojekts ist für 2015 geplant.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- 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	- 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		460	Anteil in Prozent (Antwortrate) 79.6%

⁵ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

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.

Ein Wundliegen (sog. 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 Schwerkraften.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus 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

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	40	8.9%
	ohne Kategorie 1	21	4.7%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	23	5.1%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	10	2.2%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	17	3.8%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	11	2.4%

☒	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Das Thema Dekubitusprophylaxe wird im USB systematisch verfolgt. Verbesserungspotenzial wird v.a. in der Vermeidung von Dekubitus Grad 1 bei chirurgischen Patienten gesehen. Daher wurde 2014 verstärkt im operativen Bereich auf der Weitergabe des Dekubitusrisikos bei internen Verlegungen und in der Lagerungspflege gearbeitet. Für 2015 ist die Überarbeitung der spitalinternen Leitlinie Dekubitusprophylaxe gemäss der neuen internationalen Richtlinie geplant.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate 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	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung		
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		650	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	79.6%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche			Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	%
Bemerkungen				

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2014 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.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ⁶ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.0	8.8-9.1	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.9	8.8-9.0	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.0	8.9-9.1	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.8	8.7-8.9	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.3	9.2-9.2	0 = nie 10 = immer
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

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.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	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 September 2014 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		2450	
Anzahl eingetroffener Fragebogen		888	Rücklauf in Prozent 36.2%
Bemerkungen			

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.

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		
Bemerkungen		
Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkungen		

Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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 Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse	
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.	
Bemerkungen	
☐ Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.	
Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	EFM

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014

F1 Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze und Sturzfolgen

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Neurochirurgie, Innere Medizin

Messergebnisse

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		
Bemerkungen		

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☒ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		
Bemerkungen		

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 2014 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☒ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Die Messung erfolgte im Rahmen der ANQ-Erhebung. Werden intern kommuniziert.
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☐ Das Instrument wurde im Rahmen einer ANQ Messung eingesetzt.	Name des Instruments:	☐ EFM ☐ Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Bemerkungen		

Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitäts-sicherung 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 Unser Betrieb an Registern teil?

☐ **Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.

Begründung

☒ **Ja**, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Registerübersicht

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AMIS plus	Kardiologie	Akuter Myokardinfarkt und ACS in der Schweiz, MIS Plus Data Center (www.amis-plus.ch)	03.04.2012 (von uns in die Ethik eingegeben)	
AO Foundation (MKG ist AO Klinik - Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen)	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	AO Foundation (MKG ist AO Klinik - Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) (www.aofoundation.org/Structure/Pages/default.aspx)	k. A.	
AQC Daten für Qualitätssicherung	Chirurgie	Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (www.aqc.ch)	2009	
DeSSciper Registry	Rheumatologie	Sklerodermie-Register (www.eustar.org)	2004	
Datenbank des Brustzentrums	Alles Disziplinen des Brustzentrums	Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für Personal, Apparate, Prozesse, Know-How, Outcome, Ausbildung und Forschung (Datenbank: ODSEasy)	2012	

Deutsche Herniengesellschaft (DHG)	Viszeralchirurgie	Gütesiegel „qualitätsgesicherte Hernienchirurgie“ (www.herniamed.de)	2014	
DÖSAK	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Das Tumorregister des DÖSAK ist ein zentrales Krebsregister für Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz zur Dokumentation von Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich. (www.doesak.com)	Seit Gründung der DÖSAK vor ca. 40 Jahren	
EUSTAR registry	Rheumatologie	Sklerodermie-Register (www.eustar.org)	2013	
EVITA-Register	Kardiologie	Gesundheitsregister (www.evita.ch)	29.11.2011	
Fracture Liaison Service Basel	Traumatologie	auf der Homepage der IOF gelistet (www.endonet.ch/fractureliaison)	seit Dezember 2013	
Implantatregister SGPRAC	Plastische Chirurgie und Handchirurgie	Implantatregister SGPRAC (Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie) (www.plastic-surgery.ch)	Seit > 20 Jahren	
International Geriatric Fracture Society, IGFS	Traumatologie	QM bei hüftnahen Frakturen, interne Survey mit 10 Parametern (www.geriatricfracture.org)	k. A.	
IVHSM Register	Neurochirurgie	Überblick zu Vorkommen von Subarachnoidalblutung, Behandlung und Outcome (www.zrk.ch/Aktuelles-Detail.41.0.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=23&cHash=0b3591b553)	k. A.	
IVHSM Register	Neurochirurgie	Erfassung von praeoperativer nicht invasiver und invasiver Diagnostik, Operation und Outcome der Patienten über 3 Jahre postop (www.zrk.ch/Aktuelles-Detail.41.0.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=23&cHash=0b3591b554)	k. A.	

IVHSM Register	Neurochirurgie	Erfassung der Operationsdaten, des Stimulators und des FU 6 mt. Postop (www.zrk.ch/Aktuelles-Detail.41.0.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=23&cHash=0b3591b555)	k. A.	
IVHSM Register	Neurochirurgie	Erfassung der OP-Daten (www.zrk.ch/Aktuelles-Detail.41.0.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=23&cHash=0b3591b556)	k. A.	
Leben-Spender-Register	Gefässchirurgie	Lebenspender (www.sol-dhr.ch)	k. A.	
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin (www.sgi-ssmi.ch)	k. A.	
Minimal Dataset SGAR	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (www.sgar-ssar.ch)	2007	
MITRA-Clip Register	Kardiologie	Register für Mitralklappenersatz (www.theheart.org/article/1439129.do)	09.12.2012	
NICER	Onkologie	Die Onkologie ist nicht Mitglied von NICER, der Kanton partizipiert an diesem nationalen Register. Wir liefern Daten an den Basler Vertreter dieser Register, im Moment Prof. Jundt von unserer Pathologie. (www.nicer.org)	k. A.	
Referenzzentrum für Neurodegeneration und Demenzen (RND)	Pathologie	Das Referenzzentrum für Neurodegeneration und Demenzen (RND) wurde am 1.1.2005 gegründet und steht unter der Schirmherrschaft der Schweizer Gesellschaft für Neuropathologie. Der Sitz des Referenzzentrums ist das Institut für Pathologie des Universitätsspitals Basel. Die Gründung des RND erfolgte auf dem Hintergrund der zunehmend häufiger werdenden dementiellen Erkrankungen als Folge der demographischen Entwicklung und der diesen Demenzen zugrundeliegenden vielfältigen neuropathologischen Entitäten. (www.unispital-basel.ch/das-	2005	

		universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/referenzzentrum-fuer-neurodegeneration-und-demenz/)		
Schweizerische Lebendspender-Gesundheitsregister SOL-DHR	Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspenderverein (www.lebendspende.ch)	04/1993	
SCQM	Rheumatologie	Swiss Clinical Quality Management (www.scqm.ch)	Nicht bekannt	
SGI MDSi	Intensivmedizin	Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch (obligatorisch für alle anerkannten Stationen) (www.sgi-ssmi.ch)	2007	
SGPRAC	Plasti. Chirurgie + Handchirurgie	Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (www.plastic-surgery.ch)	k. A.	
SIRIS	Orthopädie, Traumatologie	Schweizer Implantat Register Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin (www.siris-implant.ch)	2011	
SRRQAP	Nephrologie	Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program (www.srrqap.ch)	Seit > 18 Jahren	
STCS, Swiss Transplant Cohort Study	Nephrologie	Nationalfondsprojekt über die 6 Schweizer Transplantationszentren, in denen die Daten aller in der Schweiz transplantierten Patienten registriert werden (Auftrag des BAG). (www.stcs.ch)	07/2007	
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Qualitätssicherung der Fachgesellschaft (www.swissvasc.ch)	Datensammlung seit 2006	
SOAS = Swiss organ allocation system	Gefässchirurgie	Swisstransplant (Nierenempfänger) (www.swisstransplant.org)	k. A.	
Takotsubo-Register	Kardiologie	Takotsubo Kardiomyopathie (www.kardiologie.usz.ch/LEHREUNDFORSCHUNG/Seiten/Takotsubo_Registry.aspx)	01.01.2012	

TAVI-Register	Kardiologie	Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) (www.clinicaltrials.gov)	06.09.2011	
Transplantregister	Gefässchirurgie	Nierentransplantate (www.stcs.ch)	k. A.	
SWIVTER	Angiologie	Swiss Venous Thromboembolism Registry (www.swivter.ch)	2013	
Outcome Messung ambulante PAVK Rehabilitation	Angiologie	Präventive Kardiologie und Sportmedizin, Inselspital, Bern (www.preventive-cardio.insel.ch)	2012	
SWISS TECT Registry	Angiologie	USGG/SGP (www.uvs.ch)	2006	
Swissnoso	Infektiologie & Spitalhygiene	Swissnoso widmet sich der Reduktion von nosokomialen Infektionen und multiresistenten Keimen im Schweizer Gesundheitswesen. (www.swissnoso.ch)	Verein seit 1994 (Gründungsmitglied) Präsident seit 2011	
Swiss HIV Cohort Study	Infektiologie	Swiss HIV Cohort Study (SHCS) (www.shcs.ch)	1988	
EBMT Registry	Haematologie	European Society for Blood and Marrow transplantation (www.ebmt.org)	>20 years	
CIBMTR	Haematologie	Center for international blood&marrow transplantation (www.cibmtr.org)	>10 years	
SBST Registry	Haematologie	Center for international blood&marrow transplantation (www.blutspende.ch/de/blutstammzellspende)	>20 years	
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB	Alle	www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/	k. A.	

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 Re-zertifizierung	Bemerkungen
ISO 9001:2008	CHIR: Lungenzentrum	2010		Als erstes universitäres, interdisziplinäres Lungenzentrum der Schweiz für Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Lunge und des Thorax erhält das Behandlungszentrum Lunge des Universitätsspitals Basel das international anerkannte ISO 9001:2008 Qualitätsmanagementsystem-Zertifikat
Qualitätslabel der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) für Brustzentrum	CHIR: Brustzentrum	2015		
Qualitätslabel Brustzentrum der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie	CHIR: Brustzentrum	2011	2012	Gültig bis 2016
SWISSMEDIC-BAG	CHIR: Gefässchirurgie (Nierentransplantation)		2013	
Qualitouch: Patientenbefragung mit validiertem Fragebogen	CHIR: Wirbelsäulenchirurgie			seit mehreren Jahren
Gütesiegel "qualitätsgesicherte Hernienchirurgie"	CHIR: Viszeralchirurgie	2014		"Registrierung aller Hernienpatienten in internationaler Datenbank, Nachkontrollen nach 1, 5 und 10 Jahren um die problematischen Spätrezidive zu erkennen, Mittelfristig ggf. Erlangung des Titels "Zertifiziertes Kompetenzzentrum Hernienchirurgie" (Wird von der Deutschen Herniengesellschaft nach Zertifizierung vergeben) Gütesiegel seit 10/2014, erstes Controlling durch

				Deutsche Herniengesellschaft 11/2015"
International Geriatric Fracture Society (IGFS)	CHIR: Traumatologie	2015		Das in die Klinik für Traumatologie eingebettete Kompetenznetzwerk Altersfrakturen hat sich als erstes in Europa erfolgreich dem Prüfverfahren gestellt. Damit gehört das Universitätsspital Basel zum exklusiven Kreis von weltweit lediglich acht Spitälern, die dieses Qualitätssiegel bisher erhalten haben.
Nationales Rauchstopp-Programm/ Hospital Quit Support: Auszeichnung als HQS-Kompetenz-Zentrum	MED: Medizinische Poliklinik	2013		Akkreditierung der Medizinischen Poliklinik als HQS-Kompetenz-Zentrum
Institutsermächtigung - Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung zum Fachimmunologen DGfI	MED: Innere Medizin sowie DBM	2013		Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.
Die WBSK bestätigt die Einteilung der Weiterbildungsstätte in Allgemeiner Innerer Medizin, Kategorie I (2 1/2 Jahre)	MED: Medizinische Poliklinik	2010	2011	Akkreditierung der Medizinischen Poliklinik als Weiterbildungsstätte in Allgemeiner Innerer Medizin (Art. 43 WBO) durch die Weiterbildungsstättenkommission (WBSK)
Die WBSK bestätigt die Einteilung als Weiterbildungsstätte in Allergologie und klinischer Immunologie, Kategorie Aa (2 Jahre)	MED: - Allergologische Poliklinik/Dermatologische Klinik - Klinische Immunologie/Immundefizienz/Medizinische Poliklinik - Rheumatologische Poliklinik	2012	2012	Akkreditierung der Allergologie und klinischer Immunologie als Weiterbildungsstätte (Art. 43 WBO) durch die Weiterbildungsstättenkommission (WBSK)
JACIE Akkreditierung	MED: Hämatologie	2005	2011 / 2014	Hämatopoetische Zellen Transplantation (HZTx)
Akkreditierung nach DIN ISO/IEC 17025 und 15189	Med.Q: Labormedizin,	2012		SAS
Akkreditierung nach DIN ISO/IEC 17025 und 15189	Med.Q: Pathologie	2014		SAS

Anerkennung als mikrobiolog. und serolog. Labor	Med.Q: Labormedizin, Infektionsserologie, Klinische Chemie, Klinische Mikrobiologie	2005		Swissmedic
Ausbildungslabor für Liquordiagnostik und Klin. Neurochemie	Med.Q: Klinische Chemie, Proteinlabor	2010		Dt. Ges. für Liquordiagnostik und klin. Neurochemie e.V.
Bewilligung z. Durchf. mikrobiol. od. Serol. Untersuchungen an Blut, Blutprodukten, (...) z. Erkennung übertragbarer Krankheiten im Hinblick auf eine Transfusion, Transplantation oder	Med.Q: Labormedizin	2005	2010	Swissmedic
Bewilligung zur Herstellung von Transplantat-Produkten	Med.Q: Labormedizin, Diagn. Hämatologie, GMP-Labor	2011	2016	Swissmedic
EFI Akkreditierung	Med.Q: Labormedizin, Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2005	2011	EFI Accreditation Office, Leiden, NL
Good Laboratory Practice GLP	Med.Q: Labormedizin,	1997	2010	Swissmedic
GUMG, Betriebsbewilligung	Med.Q: Labormedizin, Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2009		Swissmedic
JACIE Akkreditierung	Med.Q: Labormedizin, Diagn. Hämatologie, Stammzellen ZEA (Klinik)	2005	2011	JACIE Accreditation NL
Stammzellen Lagerung Betriebsbewilligung	Med.Q: Labormedizin, Diagn. Hämatologie Stammzellen ZEA (Klinik)	2008	2015	Swissmedic
SWISSMEDIC - Bewilligung	Med.Q: Spitalpharmazie	2007	2007	zur Herstellung von Arzneimitteln
Berufsbildner/innen Kurs	P & B: Bildung und Entwicklung	2010		Anerkannt vom Baselstädtischen Amt für Bildung
Bildungsgang Anästhesiepflege NDS HF	P & B: Bildung und Entwicklung	2012		Anerkennung durch Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT)
Bildungsgang Intensivpflege NDS HF	P & B: Bildung und Entwicklung	2012		Anerkennung durch Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT)
Bildungsgang Notfallpflege NDS HF	P & B: Bildung und Entwicklung	2012		Anerkennung durch Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT)

CSV	P & B: Betrieb-Medizinsystemen	2002		IH-Tool - Verwaltung Medizinsystemen und Anlagen
Eduqua	P & B: Bildung und Entwicklung	2011	2014	Qualitätslabel, Anerkennung durch Schweiz. Vereinigung für Qualitäts- und Management Systeme (SQS)
ISO 9001:2008 und ISO 13485:2003	P & B: Zentralsterilisation	2008	2014	jährliche externe Audits durch Swiss TS, Reg.# 08-279-065 und 08-279-036, Periodisch durch SWISSMEDIC
NNPN-zertifizierte Ausbildungsorganisation (Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe)	P & B: Bildung und Entwicklung	2008	2014	Anerkennung durch NNPN
SVEB-Zertifikat (Stufe 1)	P & B: Bildung und Entwicklung	2011		Gültig bis 2017; Zertifikat von Ausbildung der Ausbildenden AdA --> zertifiziert vom schweizerischen Verein für Erwachsenenbildung
CAS Führung im Gesundheitswesen	P & B: Bildung und Entwicklung		2013	Anerkannt von der Universität Basel (Advanced Studies)
European board and College of Obstetrics and Gynaecology & European Society of Human Reproduction and Embryology	SK: Frauenklinik	2011		Akkreditierung der Abteilung Reproduktionsmedizin als European Centre in Reproductive Medicine, gültig bis 2016
LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft: Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000 für Reproduktionsmedizin	SK: Frauenklinik	2004	2007	DIN EN ISO 9001:2000, gültig bis 2014
Schweizerische Akkreditierungsstelle: nach Norm ISO/IEC 17025 und ISO 15189	SK: Frauenklinik	2005		Akk. Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, gültig bis 2015
METAS / SAS - Prüfstelle	SK: Frauenklinik, Gynäkologische Endokrinologie / Reproduktionsmedizin	2005	2010	ISO/IEC 17025
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin	SK: Frauenklinik	2008	2014	

World Health Organization UNICEF: Auszeichnung als stillfreundliches Hospital	SK: Frauenklinik	2004	2011	Gültig bis 2014
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle, Norm ISO IEC 17020, ISO IEC 34-1 ILAC G-13	SK: Dermatologie	2009		Forderungen der QUALAB: Zertifikat für das Labor
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle: Norm ISO CEI 17043 und QUALAB-Vorgaben	SK: Dermatologie	2009	2012	Zertifikat 2012 für die externe Qualitätskontrolle für das Labor

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)
Bereich Chirurgie			
Projekt „Progress! sichere Chirurgie“	Peri operative Patientensicherheit aktuell Einführung Prä-OP-Checkliste für die Pflege	Alle chirurgischen Abteilungen	2013 – 2015
CIRS u. Vigilanz USB	Erkennen von systemischem Verbesserungspotenzial und wo möglich, Einleitung von Massnahmen.	Alle chirurgischen Abteilungen	Ab 2009 laufend
Prospektive Multicenterstudie Antibiotikaphylaxe und Wundinfektionen	Evaluieren des optimalen Zeitpunktes zur Verabreichung der Antibiotikaphylaxe als Schutz gegen Wundinfektionen	Viszeralchirurgie, Gefässchirurgie, Traumatologie	2014 - 2016
Prospektive SAKK Multizenterstudie: TachoSil bei Axilladissektionen	Einfluss auf Lebensqualität und Gesundheitskosten	Viszeralchirurgie und Gynäkologie	2014 – 2016
Einführung elektronische Wunddokumentation inkl. elektronische Bildarchivierung	Bessere Datenverfügbarkeit und -Sicherheit sowie Fehlervermeidung durch EDV Dokumentation.	Wundsprechstunde Chirurgie	2014 - 2015
Durchführung von klinikinternen Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen		mehrere Kliniken Bereich Chirurgie	Laufend
Sturzerfassung	Erkennen von systemischen Zusammenhängen zur Reduktion Sturzrisiko.	Chirurgie 3.1	Permanent
Praxisentwicklungsprojekt "patientenorientierte Pflege", Teilprojekt "Festlegen von Pflegezielen"	Das Pflegeteam Chir.7.2 bietet seinen Pat. eine patientenorientierte, individualisierte Pflege an, angestrebt werden die Steigerung der Patientenzufriedenheit sowie bessere Outcomes.	Chirurgie 7.2	Laufend
Einführung ERAS (enhanced recovery after surgery) in der Viszeralchirurgie	Etablierung ERAS Patientenpfad in der Viszeralchirurgie --> definierter Patientenpfad vor, während und nach der Hospitalisation	Chirurgie / Vizeralchirurgie inkl. Bettenstationen	2014 - permanent, Start klinische Anwendung Sommer 2015
Gastronomie 2015+ / Teilaspekt Patientenverpflegung auf den Stationen	Umbau Stationsoffice zur Sicherstellung der hygienischen Rahmenbedingungen. Einführung Frühstückswagen und Hölleliedendienst inkl. Verbesserung Flexibilität im Bereich der Patientenverpflegung.	Chirurgie 6.2	Ab 2014

Gütesiegel "qualitätsgesicherte Hernienchirurgie"	Registrierung aller Hernienpatienten in internationaler Datenbank, Nachkontrollen nach 1, 5 und 10 Jahren um die problematischen Spätrezidive zu erkennen, Mittelfristig ggf. Erlangung des Titels "Zertifiziertes Kompetenzzentrum Hernienchirurgie" (Wird von der Deutschen Herniengesellschaft nach Zertifizierung vergeben)	Viszeralchirurgie	Gütesiegel seit 10/2014, erstes Controlling durch Deutsche Herniengesellschaft 11/2015
SOS-Studie	SOS-Studie: Überblick zu Vorkommen von Subarachnoidalblutung, Behandlung und Outcome	Neurochirurgie	Ab 2014
Bereich Medizin			
Delirmanagement Isolierstation	Delirprävention und -Management	Hämatologie	seit Frühjahr 2013 - Frühjahr 2014
METAP	Ethische Konsensfindung im behandelnden Team	Hämatologie	seit Sommer 2013 - Sommer 2014
Zusammenarbeit Haem. + Klein. Pharmazeuten Isolierstation	Medi.- Sicherheit + Patientenberatung	Hämatologie	Frühjahr 2014 bis Herbst 2014
Zusammenarbeit Haem. + Klin. Pharmazeuten Haem- Patienten Med.7.1	Medi.- Sicherheit + Patientenberatung	Hämatologie	Seit Herbst 2014
Inspektion Reakkreditierung JACIE	Inspektion mit geringen Defiziten abgeschlossen	Hämatologie	Mai 14
Optimierung von Haem. Patientenbroschüren	Patienten haben aktuelle+CD-konforme Infos in D / F / I	Hämatologie	Sommer bis Winter 2014
Systematischere Erfassung/Assessment von Schmerz, Angst /Anspannung, Übelkeit,	Befinden der Pat. verbessern	Hämatologie	September 2014
Systematischere Erfassung orale Mukositis	Symptommanagement	Hämatologie	September 2014
Verbesserung des abteilungsübergreifenden Infolusses	Infoluss im Behandlungsteam verbessern	Hämatologie	Frühjahr 2014
Konzept zur Medikamentenschulung von nierentransplantierten Patienten Neu ab 2014: Verknüpfung Medikamentenplan mit ISMED	Patientensicherheit erhöhen	Med 7.1 und 7.2 Nephrol. Ambi, med. Prozesse+Qualität	Ende 2014
gezieltes Schmerzmanagement bei bewusstseins eingeschränkten Patienten	Personenzentrierte Pflege: Patienten leiden nicht unnötig an Schmerzen	MedIntn/OIB	bis 2014
Zertifizierung Stroke Center	Definieren aller Behandlungsprozesse	MedInt/Nurologie	2014
Patientenedukation von Pat. mit ACS	Patienten sind über Krankheitsbild, Therapie und zu ergreifende Massnahmen informiert	Medizin	Start 2014
Erfassung nosokomialer Katheterinfekte	Erfassung Inzidenz und Ergreifen entsprechender Hygienemassnahmen b.Bedarf	MedInt	laufend

Überprüfung Delirmanagement	Das gemeinsame Delirkonzept wird frühzeitig und konsequent angewendet	Medizin	seit 2007
Zertifizierung als Transplantationszentrum	Bewilligung der Nierentransplantation durch das BAG	Nephrologie	Seit 2008
Swiss renal registry and quality assesment program	Vergleich Mortaliäts und Morbiditätsdaten der Dialysepopulation schweizweit	Nephrologie	Seit 2006
Komplikationserfassung Nierenbiopsie	Interne Qualitätskontrolle	Nephrologie	Seit 2005
Swiss transplant cohort study	Schweiz weiter Vergleich der Transplantationsresultate gemäss Forderung BAG	Nephrologie	Seit 2008
Ethikleitfaden	Ethisch geleitete patientenzentrierte Therapieentscheide	Innere Medizin	10/2013 bis 10/2014
Behandlungskonzept Anorexie	Frühe Platzierung anorektischer Patientinnen in geeignete Einrichtungen	Innere Medizin	04/2013 bis 12/2014
Einführung Termdispo	Effizienzsteigerung	Kardiologie	August 2013 - März 2014
Realisation Überwachungseinheit Angiographie/Kardiologie	Qualitätssicherheit Patientenzufriedenheit Verbesserung Patientenpfad	Kardiologie	Seit April 2013
Reklamationsmanagement	Steigerung Kundenzufriedenheit	Kardiologie	Seit Januar 2012
QM (Outcome-Erfassung mit in-hospital und procedure-related mortality (M&M-Konferenz), Komplikationen-Erfassung, Risk adjustment bei Infarkt)	Steigerung Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung	Kardiologie	Seit Januar 2011
SOPs zu allen Entitäten der Onkologie	Qualitätssteigerung durch Guideline-konforme Diagnostik, Therapie und Nachsorge	Onkologie	
DRG Umsetzung Onkologie	Mitarbeit an den Antragsverfahrens zur Optimierung der SwissDRG Version 3.0 mittels Berücksichtigung der Anträge in der Entwicklung der SwissDRG Version 4.0 / 2015. Verbesserung bzw. Beschleunigung des Antragsverfahrens für innovative Therapien. Mitarbeit an der Einführung weiterer Zusatzentgelte zum Ausgleich des Erlösnachteils einzelner Krankenhäuser bei der Leistungserbringung	Onkologie	
AA Einführungskonzept	Strukturerläuterung und Übermittlung von Abteilungs-internen Anforderungszielen und Entwicklungsspielräumen für Weiterbildungs- und Rotationsassistenten	Alle Abteilungen	
Projekt Patientensicherheit	Beteiligung an einer Studie zur Erfassung der Kommunikationskultur in der Abteilung Onkologie	Onkologie	

Studienangebot und -durchführung durch GCP-zertifiziertes und Swissmedic-inspiziertes Studienteam		Alle Abteilungen	
Phase I Studien Angebot für Patienten, für die es keine Standardtherapien mehr gibt; im Zertifizierungs-prozess befindliche Phase I-Unit	SAKK-, Novartis- und Roche Phase I Label sind nahes Ziel	Medizin	
Tumorzentrum Label der DGHO	Durch den Zertifizierungsprozess Steigerung der Behandlungsqualität und der med. Prozesse; Verbesserung der Reputation des Zentrums durch international anerkanntes und hoch angesehenes Zertifikat	Tumorzentrum	
Bereich Medizinische Querschnittsfunktionen			
Optimierung im Prozess der Rücknahme von angebrochenen Medikamentenpackungen	Sicherstellung der Arzneimittelqualität und Versorgungssicherheit	Spital-Pharmazie	2014
Einführung der elektron. Verordnung in CATO durch die Hämatologie	Sicherstellen der korrekten Verordnung auf Basis genehmigter Therapieschemata	Spital-Pharmazie	2014
Bewirtschaftung von Stationslagern durch Apothekenmitarbeiter	Optimierung der Logistik von Arzneimitteln	Spital-Pharmazie	2014-2016
Qualifizierung von Medikamentenkühlschränken in den Stationslagern	Sicherstellung der Arzneimittelqualität	Spital-Pharmazie	2014
Reinigungsvalidierung des Prozesses der Herstellung von flüssigen Arzneimitteln	Sicherstellung der Arzneimittelqualität	Spital-Pharmazie	2014
Umbau MRI-Zone	Optimierung der Patientenströme und der Arbeitsabläufe. Patientenfreundlichere Gestaltung der Räume, auch zur Wahrung der Diskretion.	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 - 2013
Anbindung bildgebender Geräte von Abteilungen ausserhalb der Radiologie an PACS	Speicherung der Bilddaten aller bildgebenden Geräte des USB im PACS. Dadurch Optimierung der medizinischen Dokumentation.	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2014
Einführung der Kollaborationsplattform Sharepoint	Optimierung der einheitsinternen Kommunikation und Dokumentation	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2013
Elektronischer Versand von Befundbriefen	Befunde sollen zukünftig als PDF per E-Mail über eine gesicherte Verbindung an alle Zuweiser übermittelt werden.	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2013
Report Bildqualität auf Basis Online-Formular	Verbesserung der Bildqualität	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2013
Strahlendosis-Management; Einführung und Umsetzung einer Software zur strukturierten Erhebung der Strahlenexposition	Nachhaltige Minimierung der Strahlenexposition durch transparente Darstellung, Dokumentation und Analyse	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2013

von Patienten	der Dosisdaten.		
Digitalisierung konventionelles Röntgen	Vollständige Digitalisierung der konventionellen Bild. Dadurch Effizienzgewinne, durch schnellere Bildgebung und geringere Strahlenbelastung der Patienten.	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2013
Einführung eines Dokumentenmanagementsystems inkl. Changemanagement in der radiopharmazeutischen Chemie	Optimierung der Prozesse als Voraussetzung der Erfüllung der Anforderungen der cGRPP-Richtlinien	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2014
Einbau eines neuen Modules für die Herstellung von Ga-68 PET-Tracern	Reduzierung der Ausfälle und Probleme bei der Radiomarkierung	Radiologie und Nuklearmedizin	2012
Einführung eines Radioonkologie-Informationssystems	Optimierung der Arbeitsabläufe durch Digitalisierung der Terminplanung, medizinischen Dokumentation und Leistungsabrechnung.	Radioonkologie	2012 - 2013
Einführung der dynamischen intensitätsmodulierten Strahlentherapie (dIMRT)	Zügigere Strahlentherapie bei gleichzeitiger Dosisreduzierung im Patienten.	Radioonkologie	bis Ende 2014
Qualitätssicherung Strahlensicherheit diagnostischer radiologischer Geräte für externe Spitäler und Institute	Effiziente Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung durch Dienstleistungsangebot an andere Spitäler und Institute.	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 - 2013
Verkürzung der Befunddurchlaufzeiten	Die Befunddurchlaufzeiten sollen signifikant verkürzt werden. Ziel: 95% aller Befunde sind innerhalb von 24 Stunden verfügbar.	Radiologie und Nuklearmedizin	2013 - 2014
Termin-Schnittstelle RIS zu Termdispo	Alle im RIS terminierten Untersuchungen sollen zukünftig auch im Termdispo einsehbar sein.	Radiologie und Nuklearmedizin	2013 - 2014
Wartezeiten-Monitoring	Mit einem Echtzeit-Monitoring werden die Wartezeiten von MRI-Patienten überwacht, um lange Wartezeiten besser zu vermeiden	Radiologie und Nuklearmedizin	2013 - 2015
Beteiligung am eKonsil	Das gesamte Departement Radiologie nimmt am eKonsil im ISMED teil. Dadurch sollen die Abläufe für Konsilaufträge verbessert werden.	Departement Radiologie	2013 - 2014
Beteiligung am schweizweiten Fehlermanagement-System "ROSIS"	Optimierung des Fehlermanagements	Radioonkologie	2015
Beteiligung an der Prüfungs- und Weiterbildungskommission Radioonkologie Schweiz	Qualität der Facharztausbildung steigern	Radioonkologie	2015
Monitoring MR Angebot für die Notfallstation	100% aller Notfallpatienten mit MR Bedarf sollen am USB zeitgerecht bedient werden können	Radiologie und Nuklearmedizin	2013 - 2014
Umbau CT-Zone	Optimierung der räumlichen Situation im CT-Bereich zur Verbesserung der	Radiologie und Nuklearmedizin	2014

	Patientenbetreuung (Diskretion) und der Arbeitsabläufe (Patientenvorbereitung).		
Strahlendosis-Management; Aufbau eines spitalübergreifenden Dosisregisters	Nachhaltige Minimierung der Strahlenexposition durch transparente Darstellung, Dokumentation und Analyse der Dosisdaten (spitalübergreifend).	Radiologie und Nuklearmedizin	2014 bis 2016
Modernisierung Skelettröntgen	Umfängliche Modernisierung des Geräteparks im Bereich Skelettröntgen. Dadurch Reduzierung der Strahlenexposition und Optimierung der Abläufe.	Radiologie und Nuklearmedizin	2015 bis 2016
Verkürzung der Durchlaufzeiten durch Prozessmonitoring	Anforderungen der Notfallstation werden innerhalb von 30 Minuten bearbeitet, der Untersuchungs-termin rückgemeldet. Dadurch Optimierung der Abläufe in der Notfallstation.	Radiologie und Nuklearmedizin	2015
Wartezeiten Anzeige für Patienten	In den Wartezonen zeigen Monitore die individuelle Wartezeit der Patienten an; dadurch Steigerung der Patientenzufriedenheit	Radiologie und Nuklearmedizin	2015 - 2016
Installation eines Meldesystems für kritische Befunde	Durch ein elektronisches Meldesystem soll die Mitteilung von kritischen Befunde (und deren Empfangsbestätigung) an die Kliniker optimiert und dokumentiert werden.	Radiologie und Nuklearmedizin	2015 - 2016
Erweiterung MRI-Kapazitäten durch Kauf eines ambulanten Diagnostikzentrums	Erweiterung der ambulanten MRI-Kapazitäten; dadurch Erhöhung der Flexibilität für dringende Notfalluntersuchungen und stationäre Fälle innerhalb des USB.	Radiologie und Nuklearmedizin	2014 - 2015
CIRS	Reduktion der Fehlerquote, Erhöhung der Patientensicherheit	Pathologie	laufend
Kundenbefragung	Steigerung der Kunden- resp. Zuweiserzufriedenheit	Pathologie	Befragung durchgeführt bis 31.12.2014
EFQM-Excellence Modell	Ganzheitliche Unternehmensführung nach EFQM-Excellence Modell, Anstreben R4E	Pathologie	R4E 31.12.2017
Akkreditierung	Akkreditierung als Prüfstelle nach ISO 17025 und 15189	Pathologie	Label 29.10.2014
Implementierung EFQM	Umsetzung der Excellence Philosophie	Anästhesiologie	laufend
Ausbau OP-und OIB-Kapazität / Vergrößerung OP / OIB / AWR + Leistungssteigerungen Pain / weisse Zone	Rekrutierung / Weiterbildung aller betroffenen Berufsgruppen Aufbau entsprechender FTE	Anästhesiologie	laufend + ab 2016 für Ende 2017
2. Phase Sanierung OP-Ost / OIB	Sanierung Immobilien	Anästhesiologie	2015 - 2017
CIRS	Fehlerkultur /	Anästhesiologie	

	Patientensicherheit		
Praxisentwicklung Pflege	Portfolioziele Intensiv- / Anästhesie- / OP-Pflege Aufbau ANP-Rolle Pain	Anästhesiologie	laufend ab 8/2015
Patientenbefragung ANA / OIB	Qualitäts-Controlling	Anästhesiologie	
PAS	Optimierung Prozesse	Anästhesiologie	2015-2018
Reduktion Wartezeiten der Notfallpatienten	Erhöhung Patientenzufriedenheit	Anästhesiologie	2015-2018
Vollständige Erfassung der Taxpunkte in der Schmerzsprechstunde	Verbesserung Departementsresultat	Anästhesiologie	2015-2018
Vollständige Leistungserfassung im OP	Verbesserung Departementsresultat	Anästhesiologie	2015-2018
Wissenschaftliche Studien und aktuelle Fachliteratur	internationaler Standard bei Patienten in der Handrehabilitation zu halten.	Therapie Dienste Ergotherapie	2014
Behandlungskonzept	evidenzbasierte Behandlungsrichtlinien der häufigsten Diagnose werden erstellt, um Abläufe auf allen Stationen zu erleichtern	Therapie Dienste Physiotherapie	2014
Schulung vom IPS-Personal, Rücken gerechtes arbeiten	Personal kennt die Problematiken bei der Arbeit und kann die Korrekturen in den Alltag umsetzen	Therapie Dienste Physiotherapie	2014
Schulung von Pflegenden auf der stroke unit in der Anwendung von ASSIST Schluck-screening	sachgemässe Durchführung des Screenings durch die Pflegenden	Therapie Dienste Logopädie	2014
Überarbeiten der Schemata Nachbehandlung der Sehnenverletzungen, Evidenz basiert hinterlegt	zeitgemässe evidenzbasierte Behandlungen von Sehnenverletzungen an der Hand	Therapie Dienste Ergotherapie	2014
Leitfaden für Armmobilisation von Hemiplegikern	standardisierte Prozesse	Therapie Dienste Ergotherapie	2014
Bereich Spezialkliniken			
Patient im Zentrum - einheitlicher Pflegeboy Tagesklinik	Verbesserung pfleg. Versorgung und Standardisierung von Abläufen	Augenklinik	Sep. 14 bis Mär. 15
Patient im Zentrum - Einführung Visitenkonzept Bettenstation	Verbesserung Behandlungsqualität, Patienteninformation	Augenklinik	Okt. 14 bis Jun. 15
Patient im Zentrum - Umsetzung Visualisierung Eingang Poli	Verbesserte Patientenführung/-orientierung	Augenklinik	Sep. 14 bis Dez. 14
Patient im Zentrum - Standardisierung und Optimierung Patientenzimmer Tagesklinik (5S)	Verbesserung pfleg. Versorgung, Patienteninformation und -komfort	Augenklinik	Sep. 14 bis Mär. 15
Patient im Zentrum - neues Konzept Patientenfluss präoperative Sprechstunde einführen	Reduktion Wartezeiten, Standardisierung von Abläufen	Augenklinik	Mai14 bis Mär. 15
Patient im Zentrum - Einführung präoperatives Telefonassessment	Reduktion Wartezeiten durch verbesserte Vorträge, Verbesserung ärztliche und pflegerische Versorgung	Augenklinik	Mai 14 bis Feb. 15
Patient im Zentrum - Konzepterstellung medizinische Qualitätsdaten als Cockpit-Ergänzung	Verbesserung Behandlungsqualität,	Augenklinik	Nov. 14 bis Dez. 14
Patient im Zentrum -	Verbesserung	Augenklinik	Okt. 14 bis Jun. 15

Standardisierung und Optimierung "Spritzenzimmer" Bettenstation (5S)	Behandlungsqualität, Standardisierung von Abläufen, Verbesserung von Patientensicherheit (Medikamente)		
Analyse Wartezeiten Walk-In Patienten	Reduktion Wartezeit	Augenklinik	Aug.14 - Dez 14
Einführung neues Sprechstundenkonzept allgemeine Poliklinik	Reduktion Wartezeiten, Standardisierung von Abläufen	Augenklinik	Apr. 14 - Dez 14
Patient im Zentrum - Einführung Huddle und KVP-Tafeln (Poli, Tagesklinik, Bettenstation)	Verbesserung Behandlungsqualität und Mitarbeiterinformation	Augenklinik	Mai 14 - Jul. 14
Differenzierung der Patienten nach DRG-Gruppen und Etablierung von Behandlungsstandards	Verbesserung Behandlungsqualität und Standardisierung von Prozessen.	Dermatologie	Apr. 14 bis Dez. 14
Einführung KVP-Sitzungen Bettenstation	Optimierung Arbeitsabläufe und interprofessionelle Zusammenarbeit	Dermatologie	Mär. 14 wird weitergeführt
Einführung Visitenstandard	Verbesserung Patienteninformation und Standardisierung des Vorgehens, Optimierung Kommunikation im interprofessionellen Team	Dermatologie	Feb. 14 bis Jun. 15
Konzept Erweiterung Kompetenz Wundexperten	Verbesserung Behandlungsqualität	Dermatologie	Feb. 14 bis Dez. 14
Umsetzung Umbau ambulant	Optimierung Arbeitsabläufe und räumliche Ressourcen im ambulanten Bereich	Frauenklinik	Feb. 14 bis Dez. 14
Vorprojekt: Notfall-Triagierung	Verbesserung Behandlungsqualität, Verkürzung Patientenwartezeiten, Kompetenzerweiterung Pflege	Frauenklinik	Jun. 14 bis Dez. 14
zusätzlicher Raum für Austrittsgespräch Mutter Kind Abteilung	Verbesserung Patienten- und Angehörigeninformation, Verbesserung Austrittsmanagement	Geburtshilfe	Jan. 14 bis Mai 14
Neue Version CTG-System	Verbesserung Behandlungsqualität und Patienten- und Mitarbeiterinformation	Geburtshilfe	Feb. 13 bis Dez. 15
Weisung zu SID-Prophylaxe eingeführt	Verbesserung Behandlungsqualität und Patientensicherheit	Geburtshilfe	Jan. 14 bis Okt. 14
Einführung Schichtverantwortung Geburtsabteilung	Verbesserung der Arbeitsabläufe und der interprofessionellen Zusammenarbeit, optimierte Lenkung der Patientenflüsse	Geburtshilfe	Jan. 14 bis Jun. 15
Vorprojekt Direkteintritte Schwangerenabteilung	Optimierung Lenkung der Patientenflüsse und der internen Ressourcenplanung von Hebammen	Geburtshilfe	Aug. 14 bis Mär. 15
Einführung des Pflegeprozesses Schwangerenabteilung	Verbesserung der Patientensicherheit und der pfleg. Behandlungsqualität	Geburtshilfe	Jan. 14 bis Dez. 14
Einführung Fallbesprechungen (Pflege und Hebammen) Geburts- und Schwangerenabteilung	Verbesserung der Patientensicherheit und der pflegerischen	Geburtshilfe	Jun. 14 bis Dez. 14

	Behandlungsqualität		
Erstellung SOP perioperativ Gyn	Erstellung SOP perioperativ Gyn	Gynäkologie	Okt. 13 bis Dez. 14
Optimierung der schriftlichen präoperativen Patienteninformation	Optimierung der schriftlichen präoperativen Patienteninformation	Gynäkologie	Apr. 14 - Nov. 14
Evaluation Case Management	Evaluation Case Management	Gynäkologie	Aug. 14 bis Feb. 15
Broschüre gynäkologisches Tumorzentrum	Broschüre gynäkologisches Tumorzentrum	Gynäkologie	Okt. 13 bis Apr. 14
Erstellung SOP gynäkologische Onkologie	Erstellung SOP gynäkologische Onkologie	Gynäkologie	Mai 14 bis Sept. 14
Umsetzung Konzept Case Management	Umsetzung Konzept Case Management	Gynäkologie	Jan. 14 bis Jun. 14
Aufbau APN Kontinenz	Aufbau APN Kontinenz	Gynäkologie	Jan 14 bis Jul. 15
Pilot ambulante Pflegedokumentation Gynäkologie	Pilot ambulante Pflegedokumentation Gynäkologie	Gynäkologie	Apr. 14 bis Dez. 14
Konzept und Umsetzung Breast Care Nurse	Konzept und Umsetzung Breast Care Nurse	Gynäkologie	Jan. 14 bis Jun. 15
Einführung Supervision für pflegerische Auszubildende	Einführung Supervision für pflegerische Auszubildende	Gynäkologie	Jun. 14 bis Dez. 14
Patientenbroschüre mit Dienstleistungs-Portfolio (Internist, Psychosomatik)	Verbesserung Zuweiserinformation	HNO	Okt. 14 bis Mär. 15
HNO/Frauenklinik: Evaluation Stationsinternist	Verbesserung Behandlungsqualität und Patienteninformation	HNO	Dez. 15
Konzepterstellung und Schulung Kieferchirurgische Patienten auf HNO-Bettenstation	Verbesserung der Behandlungsqualität und der interprofessionellen Zusammenarbeit, Standardisierung von Arbeitsabläufen	HNO	Okt. 14 bis Jun. 15
Erstellung Mikro-Schulung für Sondenernährung	Verbesserung der Patientensicherheit und der Patienteninformation, Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit, Standardisierung von Arbeitsabläufen	HNO	Jun. 14 bis Jun. 15
Vorprojekt: Notfall-Triagierung	Verbesserung Behandlungsqualität, Verkürzung Patientenwartezeiten, Kompetenzerweiterung Pflege	HNO	Jan. 14 bis Mär. 15
Vorprojekt Optimierung ambulante Abläufe HNO-Poliklinik	Verbesserung Patienten- und Mitarbeiterwege, Optimierung interner Ressourcen, Verbesserung Patientensicherheit	HNO	Jan. 14 bis Jun. 14
USB: Vorprojekt inkl. Pilot Fieberkurve	Verbesserung von Patientensicherheit und von Arbeitsprozessen inkl. Standardisierung der Arbeitsabläufe	Spezialkliniken	Apr. 14 bis Aug. 15
Spezialkliniken: Umsetzung Kundenorientierungs-Programm Patientenaufnahme	Optimierung Patienteninformation und Patientenzufriedenheit	Spezialkliniken	Sept. 13 bis Jun.15

Qualitätsmanagement			
Erste Befragung ambulanter Patienten und Bericht Erstellung	Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen in der ambulanten Patientenversorgung	Befragungen	2014
Verlinkung von ISMED zu Siris	Pat. Daten ins Siris System übermitteln, so dass der Operateur nur noch die Implantate und Zubehör erfassen muss	Siris (Traumatologie & Orthopädie)	2013 - 2014
Progress! Sichere Chirurgie	Implentierung der WHO Checkliste in den OP Prozess	Chirurgie und Med Q	2013 - 2015
Optimierung Austrittsprozess	Optimierung des Austrittsmanagement am USB sowie klare Rollenverteilung zwischen Austrittsmanagement und Case Management	alle	2013 - 2015
KVP – Kontinuierlicher Verbesserungsprozess Patientenzufriedenheit	Verbesserung Patientenzufriedenheit	5 Pilotabteilungen USB	2014
Permanente Schulung für Mitarbeitende und für Interessierte im Angebot der Abt. Bildung & Entwicklung.	Kennenlernen des Tools cirs@usb. Verständnisförderung von Sinn & Zweck von CIRS. Patientensicherheit erhöhen, aus Fehlern lernen	CIRS	Laufend
CIRS Monitoring	Erkennen von Fehlerhäufigkeiten, Ursachenanalyse, Fehlervermeidung, Erhöhung der Patientensicherheit	CIRS	Laufend
Rückmeldemanagement Monitoring	Erkennung von Auffälligkeiten, Ursachenanalyse, Intervention, Erhöhung Patientenzufriedenheit	RÜM	Laufend
Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	Interdisziplinäre Fallbesprechungen zur Behandlungsprozess Optimierung	Herzchirurgie	Laufend
Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?			
☐ Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?			
Begründung			
☒ Ja , unser Betrieb hat 1995 (Anästhesiologie) und seit 2009 im ganzen USB ein CIRS eingeführt.			
☒ Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.			
Bemerkungen			

Der Weg zum Erfolg eines Systems ist eng verknüpft mit Strategien, die auf ständige Leistungsverbesserung ausgerichtet sind, indem sie die Erfordernisse aller interessierten Parteien berücksichtigen. Seit dem Aufbau des Qualitätsmanagements im USB steht die Darstellung der Messergebnisse von Qualitätsindikatoren sowie Daten zu Patientenzufriedenheit im Mittelpunkt. An ihnen können sich zum einen die Leistungserbringer selbst orientieren, also die Ärzteschaft, Pflegende und alle anderen Berufsgruppen, die direkt oder indirekt am Behandlungsprozess beteiligt sind. Zum anderen sind die Messergebnisse für die Öffentlichkeit gedacht, also für Laien, potenzielle Patienten oder für ein interessiertes Fachpublikum, um Transparenz als wichtigen Bestandteil einer kritischen Auseinandersetzung des Spitalmanagements mit den eigenen Erfolgsfaktoren darzustellen.

Die Herausforderungen der nahen Zukunft liegen darin, eine Qualitätskultur zu schaffen, in dem man zum Beispiel das KVP initiiert, und die Entwicklung der Ergebnisse zum Anlass nimmt, die dezentralen Qualitätsmanagementstrukturen und die Eigenverantwortung für die spezifischen fachlichen Ansprüche zu stärken. Mit der Weiterentwicklung des Case Managements ist das USB im Sinne eines optimalen Austrittsmanagements auf einem guten Weg. Zur Überwindung von Schnittstellen gehört auch die Erstellung, Implementierung und Evaluation prozessübergreifender Qualitätsstandards innerhalb des Spitals. Das bedeutet, über die berufsgruppenspezifischen Besonderheiten hinaus das Zusammenspiel aller am Behandlungsprozessablauf Beteiligten einzubeziehen. Dies könnte mit standardisierten Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen gestärkt werden. Eine permanente Herausforderung bleibt nicht zuletzt die Gewährleistung von Sicherheit für den gesamten Behandlungsprozess und die Wahrnehmung der individuellen Bedürfnisse, Sorgen und Befürchtungen unserer Patienten. Sie am Behandlungsprozess zu beteiligen, bedeutet neben aller Expertise, die das USB zur Verfügung stellt, ein fortwährendes Anstreben die Kommunikation zu verbessern.

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/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 ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW).