

KLINIK



PALLAS

Klinik Pallas AG  
Louis Giroud-Strasse 20  
4600 Olten



Akutsomatik



Psychiatrie



Rehabilitation



Langzeitpflege

## Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

# Impressum

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

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

Siehe auch: [www.hplus.ch/de/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

## Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch: [www.hplus.ch/de/servicenav/h\\_verband/fachkommissionen](http://www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen)



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

## Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

# Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	Einleitung .....	1
<b>B</b>	Qualitätsstrategie .....	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011 .....	3
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011 .....	4
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	4
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements .....	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	5
<b>C</b>	Betriebliche Kennzahlen und Angebot .....	5
	C1 Angebotsübersicht.....	6
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011 .....	7
	D1 Zufriedenheitsmessungen .....	8
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit (siehe MECON-Formular) .....	8
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	10
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit (siehe MECON Formular) .....	11
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit .....	12
	D2 ANQ-Indikatoren.....	13
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® .....	14
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® .....	15
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	16
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	18
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ .....	20
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011 .....	22
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO).....	22
	<i>Hinweis: Aufgrund unseres Leistungsspektrums (keine grossen orthopädischen und Viszeralchirurgischen Eingriffe) wurde die Klinik von der Messung befreit (Dispensentscheid ANQ vom 27.09.2011).....</i>	22
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) .....	23
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	24
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....	25
	<i>Hinweis: Aufgrund unseres Leistungsspektrums (keine grossen orthopädischen und Viszeralchirurgischen Eingriffe) wurde die Klinik von der Messung befreit (Dispensentscheid ANQ vom 27.09.2011).....</i>	25
	D3-5 Dauerkatheter .....	26
	<i>Hinweis: Aufgrund unseres Leistungsspektrums (keine grossen orthopädischen und Viszeralchirurgischen Eingriffe) wurde die Klinik von der Messung befreit (Dispensentscheid ANQ vom 27.09.2011).....</i>	26
	D3-6 Weiteres Messthema:.....	27
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	28
<b>E</b>	Verbesserungsaktivitäten und -projekte .....	29
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards .....	29
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte .....	29
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	30
<b>F</b>	Schlusswort und Ausblick .....	32
<b>G</b>	Anhänge.....	33

**Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.**

# A

## Einleitung

Die Klinik Pallas AG ist ein renommierter, wichtiger Leistungsanbieter im regionalen und überregionalen Gesundheitswesen. Innerhalb der Schweiz aber auch über die Landesgrenzen hinaus ist die Klinik Pallas für das umfassende Leistungsangebot im Fachgebiet der Ophthalmologie bekannt. Zudem werden Leistungen in den Fachbereichen Viszeralchirurgie, Phlebologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Gynäkologie, Handchirurgie, Urologie, Dermatologie sowie Plastischer Chirurgie erbracht.

Die Gesundheit und das Wohl unserer Patientinnen und Patienten stehen im Zentrum unserer Arbeit. Breite medizinische Kompetenz, hochwertige ärztliche und pflegerische Dienstleistungen mit erfahrenen Belegärzten und Pflegekräften sowie ein diskretes und privates Umfeld bieten eine ganzheitliche und qualitativ hochwertige stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung. Dabei hat unser Qualitätsmanagement, welches auf Kunden-, Prozess-, Mitarbeiter- und Ergebnisorientierung basiert, einen sehr hohen Stellenwert.

Alle Mitarbeitenden sind gefordert, aktiv zur Qualitätskultur beizutragen, in der das gemeinsame Bestreben um ständige Verbesserung sichtbar wird.

Die finanzielle Unabhängigkeit der Familienaktiengesellschaft und der unternehmerische Erfolg, eine kompetente Führung, die auf offener Kommunikation und Motivation der Mitarbeitenden beruht sowie eine partnerschaftliche Kooperation mit anderen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen sind für uns Grundsätze, mit denen die Zufriedenheit unserer Kunden und die Wirtschaftlichkeit langfristig garantiert werden können.

### *Hinweis:*

*Der vorliegende Qualitätsbericht bezieht sich auf die Klinik Pallas AG, Olten. Da die Klinik in eine Unternehmensgruppe eingebettet ist, beziehen sich einige in diesem Bericht aufgeführten Aspekte (zum Beispiel QM-Prozesslandkarte, Organigramm, Befragungen) nicht ausschliesslich auf die Klinik allein, sondern auf die gesamte Unternehmensgruppe.*

*Die Pallas Gruppe hat sich entschlossen, ein bereichs-übergreifendes Management-System zu etablieren, um jedes Unternehmen von der Synergie der mitbeteiligten Firmen profitieren zu lassen. Zur Unternehmensgruppe gehören die folgenden medizinischen Institutionen:*

- *Klinik Pallas mit dem Standort Olten*
- *Augenzentren der Klinik Pallas mit den Standorten Olten, Solothurn, Grenchen, Bern*
- *Vedis Augenlaser Zentren der Klinik Pallas mit den Standorten Olten, Bern, Zürich, Zug, Winterthur*
- *KLK Vision, Kontaktlinsen mit dem Standort Olten*
- *Artemedic, Klinik für Plastische Chirurgie und Dermatologie mit den Standorten Olten, Grenchen*

# B

## Qualitätsstrategie

### **B1** *Qualitätsstrategie und -ziele*

#### **Leistungsangebot**

Wir versorgen Patientinnen und Patienten in angenehmer Atmosphäre mit qualitativ hoch stehenden, aktuellen und erprobten medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen, die dazu beitragen, die Lebensqualität zu verbessern.

Wir sind für unsere hohe ärztliche, pflegerische und therapeutische Fachkompetenz und unsere Schwerpunkte überregional bekannt.

Unser Angebot ist auf zwei Säulen aufgebaut: Ophthalmologie und Chirurgie. Die Infrastruktur entspricht modernsten technologischen Anforderungen. Wir ergänzen unser Dienstleistungsangebot gezielt und umfassend auf Basis der Marktentwicklung und der Kundenbedürfnisse.

Unsere angenehme Grösse, die überschaubare, ruhige, gepflegte Umgebung und ein familiäres und persönliches Klima bilden den Rahmen für eine freundliche, aufmerksame und einführende Betreuung der Patientinnen und Patienten.

Wir wollen ein Klinik-Image und eine Klinik-Atmosphäre anstreben, welche von Patientinnen und Patienten, Besuchern, Belegärzten sowie der breiten Öffentlichkeit als ausgezeichnet erlebt wird.

#### **Patientinnen und Patienten**

In unserem Denken und Handeln haben Patientinnen und Patienten oberste Priorität.

Sie werden von einem Belegarzt ihrer Wahl – einem erfahrenen Facharzt – persönlich behandelt und von uns in einem privaten, komfortablen und warmen Ambiente betreut. Sie können somit bei uns medizinische und pflegerische Leistungen sowie einen Hotelservice auf hohem Niveau erwarten. Das Handeln unserer Ärzte und Mitarbeitenden orientiert sich immer am eigentlichen Patientennutzen.

Wir verwöhnen unsere Patientinnen und Patienten und behandeln sie jederzeit wertschätzend, respektvoll und freundlich. Der Dialog mit ihnen ist uns wichtig. Wir nehmen unsere Patientinnen und Patienten mit ihren individuellen Anliegen ernst, überzeugen sie durch unsere Service- und Organisationsqualitäten und schaffen ihnen so eine Umgebung, in der sie sich wohl fühlen und ihre Bedürfnisse erfüllt sehen.

#### **Ärztinnen und Ärzte**

Eine kollegiale, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit unseren Belegärzten und zuweisenden Ärzten ist uns ein zentrales Anliegen, daher pflegen wir zu ihnen ein wertschätzendes, offenes Verhältnis.

Wir stellen als Belegarztklinik unseren Belegärzten eine zeitgemässe, qualitativ hoch stehende Infrastruktur zur Verfügung und beziehen sie in die Entwicklung der Klinik ein.

Wir streben regional und überregional das Image einer fortschrittlichen Klinik an, welche das Vertrauen der Belegärzte und zuweisenden Ärzte genießt.

#### **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Unsere Mitarbeitenden zeichnen sich durch Engagement, Selbständigkeit, Eigenverantwortung, Kritikfähigkeit und professionelles Verhalten aus. Sie verstehen die Wünsche unserer Patientinnen und Patienten und suchen nach Wegen, diese individuell zu erfüllen.

Veränderungen stehen unsere Mitarbeitenden positiv gegenüber.

Im Patientenkontakt, in der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen verhalten sich alle Mitarbeitenden respektvoll und wertschätzend.

Wir setzen ausschliesslich qualifiziertes Pflege- und medizintechnisches Personal ein, das einerseits Garantie für eine medizinisch hoch stehende Betreuung bietet, sich andererseits für wirtschaftliche Zusammenhänge interessiert und einen aktiven Beitrag dazu leistet.

Bei uns wird eine teamorientierte, unternehmerisch-flexible Arbeitshaltung und Führung praktiziert. Alle Führungspersonen sind sich der Vorbildwirkung ihres Handelns bewusst.

Wir möchten verantwortungsvolle, zufriedene und begeisterte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, da diese die Klinik in die Zukunft führen.

### **Qualität und Innovation**

Unser Anspruch an die Qualität unserer Leistungen ist sehr hoch.

Regional und in Spezialgebieten überregional führend zu sein, heisst sich stetig zu verbessern und Vorbild zu sein. Nur die beste Leistung ermöglicht uns, konkurrenzfähig und profitabel zu sein, um in die Zukunft investieren zu können.

Wir legen unsere Qualitätsziele aufgrund anerkannter Standards fest und stellen deren Erreichung sicher. Die hohe Qualität unserer Leistungen wird regelmässig in Bezug auf Struktur, Prozess und Ergebnis überprüft und weiterentwickelt.

### **Wirtschaftlichkeit**

Um im Gesundheitswesen als privatwirtschaftliches Unternehmen erfolgreich bestehen zu können, arbeiten wir effizient, flexibel und gewinnbringend.

Unsere Prozesse sind patientenorientiert, schlank und von guter Servicequalität. Durch kontinuierliche Prozessoptimierung wird unsere Produktivität gesteigert.

Wir pflegen eine intensive Zusammenarbeit mit anderen internen und externen Leistungserbringern, um Synergien zu nutzen und unsere Wirtschaftlichkeit zu stärken.

Wir sorgen mit Effizienz und flexibler Organisation für ein günstiges Preis-/Leistungs-Verhältnis und stellen uns dem Wettbewerb im Gesundheitswesen.

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

## **B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011**

- Definitive Aufnahme auf die kantonale Spitalliste mit allen angebotenen Fachgebieten
- Zertifizierung nach Norm ISO 9001:2008
- Erhöhung der Attraktivität der Arbeitsplätze (Mitarbeiterzufriedenheit)
- Wachstum durch Leistungs- und Angebotserweiterung, was gleichzeitig zur Stärkung der Marktposition und der medizinischen Qualität dient
- Ausbau von Marketing- und Öffentlichkeitsarbeit
- Verbesserung der subjektiv wahrgenommenen, erlebten Übereinstimmung zwischen Anspruch, Erwartung und erlebter Wirklichkeit unserer Patienten, Belegärzte, Zuweiser und weiterer Partner (Patientenzufriedenheit ambulant /stationär, Belegarztzufriedenheit, Zuweiserzufriedenheit)
- Definition und Umsetzung effizienter, strukturierter und aufeinander abgestimmter Prozesse in allen Leistungsfeldern

### B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

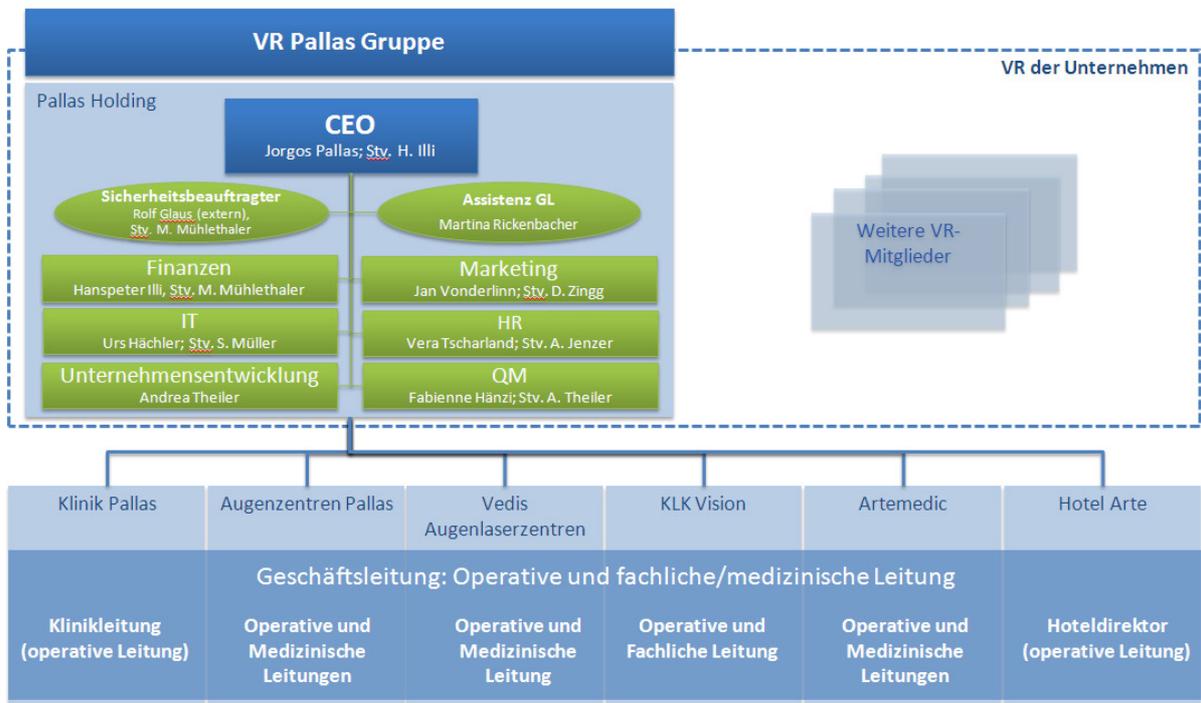
- Aufnahme auf die Spitalliste des Kantons Solothurn mit allen angebotenen Fachgebieten
- Zertifizierung nach Norm ISO 9001:2008
- Unternehmens-Wachstum
- Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit
- Prozessdefinitionen

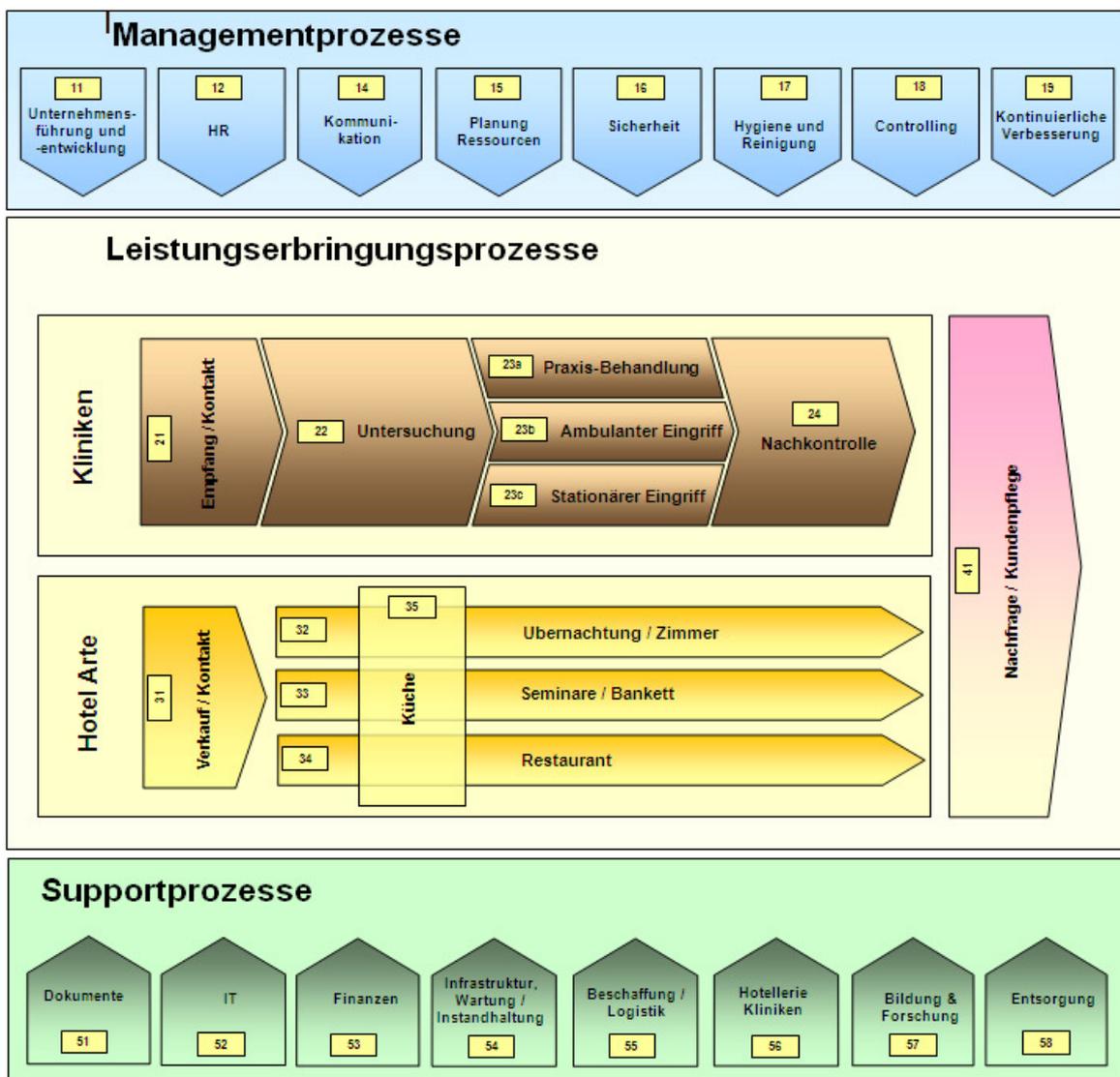
### B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Aufrechterhaltung des kantonalen Leistungsauftrages (Listenspital)
- Rezertifizierung nach ISO 9001:2008
- Langfristige Sicherstellung einer kontinuierlichen Auslastung
- Kontinuierliche Zufriedenheitsbefragung der ambulanten und stationären Patienten und schweizweites Benchmark
- Kontinuierliche Verbesserung der Zufriedenheit der Belegärzte und Zuweiser

### B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Organigramm der Gruppe Pallas





<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	40 % Stellenprozente zur Verfügung (Gruppe und Klinik)

**B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement**

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Fabienne HÄNZI	062 286 62 31	<a href="mailto:fabienne.haenzi@pallas-gruppe.ch">fabienne.haenzi@pallas-gruppe.ch</a>	Leiterin Qualitätsmanagement Pallas Gruppe
Robert BARTCZAK	062 286 61 77	<a href="mailto:robert.bartczak@klinik-pallas.ch">robert.bartczak@klinik-pallas.ch</a>	Klinikleiter

# C

## Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

[www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Klinik Pallas AG  
 → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

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

### C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie		
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>		
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>		
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>		Keine Geburtshilfe
Handchirurgie		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden <b>Spezialisierungen</b> (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		Konsiliardienst
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>		Konsiliardienst
Intensivmedizin		Notfall- und Intensivmedizin: Konsiliardienst
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>		
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>		

## C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl <b>ambulante</b> behandelter Patienten,	5525	4549	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	
Anzahl <b>stationär</b> behandelter Patienten,	967	767	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	0	0	
Geleistete Pflage tage	2258	1886	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	15	14	Betriebene Betten 2011 Jan. bis Aug. -> 14 Betten Sep. bis Dez. -> 17 Betten
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	2.34	2.46	
Durchschnittliche Bettenbelegung	67.2%	60.1%	

*Hinweis: Die Bereiche C3 bis C5 stehen nicht auf unserem Leistungskatalog. Deshalb sind die Kennzahlen hier nicht aufgeführt.*



### D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

#### D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit (siehe MECON-Formular)

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Patientenzufriedenheit.	Begründung:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Patientenzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>91.1</b>	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von <b>0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit)</b> . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	92.1	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	92.6	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	89.8	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	86.4	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	91.3	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	88.2	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
<b>Kommentar:</b> -		
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			

<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Rücklauf in Prozenten	54.9%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>hat kein</b> Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle</b> .
	Bezeichnung der Stelle
	Name der Ansprechperson
	Funktion
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)
	Bemerkungen

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Ärzte	Die Ärzte begrüßen ihre Patienten vor der OP noch einmal persönlich	Ophthalmologie	2011
Beschilderung	Die Beschilderung in den Liften und Korridoren sind ein zuverlässiges Leitsystem für Besucher und Patienten	Infrastruktur	2011

## D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

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

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

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

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

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

Verbesserungsaktivitäten			
<b>Titel</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit</b> (von ... bis)

### D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit (siehe MECON Formular)

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>59.6</b>	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von <b>0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit)</b> . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
<b>Resultat pro Berufsgruppe</b>	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Ärzte	67.9	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-technisches Personal	55.6	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	59.5	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
	Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		
	Einschlusskriterien	alle Mitarbeitenden wurden befragt		
	Ausschlusskriterien	-		
	Rücklauf in Prozenten	55.2%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Betriebliches Gesundheitswesen	Vergrößerung des Angebots zur Gesundheitsförderung	Gesamtunternehmen	ab 2012
Räumliche Ausgestaltung	Projekt Neubau (zwischenzeitlich Lösung in Form eines Ausbaus)	Gesamtunternehmen, Standorte Olten (und Zürich, nicht Klinik)	5-10 Jahre Zwischenlösung 1-2 Jahre

## D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

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

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes
	Name des Messinstitutes FHS St. Gallen
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes	

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

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

## D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

### Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

### Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

## D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung: Bisher wurde keine Messung durchgeführt, ab 2012 ist diese Ergebnismessung obligatorisch	
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht.</b>	<b>Die letzte Messung erfolgte im Jahr:</b>	<b>Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:</b>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS <sup>1</sup>		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

<sup>1</sup> Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

## D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		Begründung: Bisher wurde keine Messung durchgeführt, ab 2012 ist diese Ergebnismessung obligatorisch
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht</b> .	<b>Die letzte Messung</b> erfolgte im Jahr:	<b>Die nächste Messung ist</b> vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine <b>Auswertungen gemacht</b>		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS <sup>2</sup>		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

<sup>2</sup> Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

## D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung: Aufgrund unseres Leistungsspektrums (keine grossen orthopädischen und Viszeralchirurgischen Eingriffe) wurde die Klinik von der Messung befreit (Dispensentscheid ANQ vom 27.09.2011)	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings <b>keine Messungen</b> durchgeführt.	<b>Die letzte Messung erfolgte im Jahr:</b>	<b>Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:</b>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

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

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall <sup>3</sup> CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ( )	% ( )

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

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

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

## D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten<sup>4</sup>, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

### Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>führt nicht</b> die <b>Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>führt</b> die <b>Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch.

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

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher <b>gestürzt</b> sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
0	In Prozent:	0	
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	17	Anteil in Prozent	
Bemerkung			

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

<sup>4</sup> Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

## Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

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

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>führte nicht</b> die <b>Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>führte</b> die <b>Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch.

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

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>0</b> In Prozent <b>0</b>	<b>0</b> In Prozent: <b>0</b>	
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	<b>17</b>	Anteil in Prozent
Bemerkung		

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

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

## D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten ( $\geq 18$  Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>mass nicht</b> die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>mass</b> die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse	
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.63	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.49	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.62	0 = nie 10 = immer	
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.54	0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.69	0 = nie 10 = immer	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
Bemerkungen			

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

Zentrales Messinstitut

hcri AG

MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

hcri AG

ESOPE

MECON measure & consult GmbH

NPO PLUS

Stevemarco sagl

### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	156		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	107	Rücklauf in Prozent	68.59
Bemerkung			

### Verbesserungsaktivitäten: keine Massnahmen notwendig

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

### D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

#### D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Hinweis: Aufgrund unseres Leistungsspektrums (keine grossen orthopädischen und Viszeralchirurgischen Eingriffe) wurde die Klinik von der Messung befreit (Dispensentscheid ANQ vom 27.09.2011)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
2	0	2	

- Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Stiftung für Patientensicherheit „Sturzprotokoll“
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

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

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

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

<b>Messthema</b>	<b>Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	<b>Anzahl und Grad des Decubitus</b>

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

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
0	1	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	„Decubitusprotokoll“
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

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

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

### D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

*Hinweis: Aufgrund unseres Leistungsspektrums (keine grossen orthopädischen und Viszeralchirurgischen Eingriffe) wurde die Klinik von der Messung befreit (Dispensentscheid ANQ vom 27.09.2011)*

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

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

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

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

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

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

### D3-5 Dauerkatheter

Hinweis: Aufgrund unseres Leistungsspektrums (keine grossen orthopädischen und Viszeralchirurgischen Eingriffe) wurde die Klinik von der Messung befreit (Dispensentscheid ANQ vom 27.09.2011)

<b>Messthema</b>	<b>Dauerkatheter</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

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

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

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

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

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

D3-6 Weiteres Messthema:

<b>Messthema</b>	
<b>Was wird gemessen?</b>	

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

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

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

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

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

## D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	B	
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie <a href="http://www.agc.ch">www.agc.ch</a>	B	
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	B	
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	B	
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.sgar-ssar.ch">www.sgar-ssar.ch</a>	B	
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	B	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	B	
SIRIS <sup>5</sup> (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	B	
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program <a href="http://www.srrgap.ch">www.srrgap.ch</a>	B	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register <a href="http://www.swiss-spine.ch">www.swiss-spine.ch</a>	B	
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	B	
Überregionale Krebsregister			
<b>Bemerkung</b>			

<sup>5</sup> Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

# E

## Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) zu finden.

### E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
ISO 9001:2008	Gesamtunternehmen (Pallas Gruppe)	2011		

### E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Zertifizierung nach ISO 9001:2008	Bestehen	Gesamtunternehmen	2010-2011
Interne Audits	Bestehen und anschliessende Schulungsmassnahmen, abgeleitet aus den Schwachstellen	Gesamtunternehmen	jährlich
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Umsetzung der Branchenlösung H+	Gesamtunternehmen	laufend
Beschwerdemanagement	Kundenunzufriedenheit ermitteln – Mängel aufdecken – Verbesserungen einleiten	Klinik	laufend
Fehlermeldesystem CIRS	Analyse von Fehlern und Beinahe-Fehlern und Empfehlungen zur Patientensicherheit	Gesamtunternehmen	laufend
Decubitusserfassung	Systematische Erfassung und Auswertung der Daten als Grundlage für Verbesserungen	Bettenabteilung	Nächste Erhebung im Rahmen der ANQ-Prävalenzmessung 2012
Sturzerfassung	Systematische Erfassung und Auswertung der Daten als Grundlage für Verbesserungen	Bettenabteilung	Nächste Erhebung im Rahmen der ANQ-Prävalenzmessung 2012
Ergebnismessungen	Erfüllung nationaler Messvorgaben gemäss Verträgen, Benchmark mit anderen Schweizer Spitälern und Kliniken, Massnahmenplanung	Je nach Messthema ANQ-Messungen: -potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape - potentiell vermeidbare Rehospitalisationen mit SQLape	Im Rahmen der ANQ-Messvorgaben 2012
Zufriedenheitsmessungen	Periodische Befragungen und Benchmark mit strukturähnlichen Kliniken/Spitälern: -Patienten im stationären und ambulanten Bereich -Mitarbeiter Zuweiserbefragung	Klinik / Gesamtunternehmen	Gemäss Messplan Sept. 2012  Apr.-Juni.2012
Paten-Tipp	Fehler vermeiden – helfen Sie mit	Ärzte, Pflege, Hotellerie	2011

### E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

<b>Projekttitlel</b>	<b>Einführung Qualitätsmanagement nach ISO 9001:2008</b>	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Bestehen des Zertifizierung-Audits 2011	
Beschreibung	Die Pallas Gruppe beschloss, ein bereichsübergreifendes Qualitätsmanagement-Systems nach ISO 9001:2008 aufzubauen. Dabei galt es vor allem, Effizienz im Sinne von Gleichstellung der wichtigsten medizinischen Leistungen zu erreichen, ohne die Besonderheiten jedes einzelnen Fachgebiets und dessen unterschiedlichen Behandlungsmethoden ausser Acht zu lassen.	
Projekttablauf / Methodik	<p>Das Projekt wurde mit Hilfe eines externen Beraters zum Aufbau des eigentlichen Systems sowie eines weiteren externen Beraters für die Einbindung einer entsprechenden Software durchgeführt und 2011 mit der Zertifizierung durch die Swiss TS erfolgreich abgeschlossen.</p> <p>Intern wurde ein Team zusammengestellt, das sich aus zwei Projektleitungsmitgliedern und aus jedem Unternehmen einem Prozessverantwortlichen und dessen Stellvertreter zusammensetzte.</p> <p>Die Prozesse wurden in Flussdiagrammen und zugehörigen Dokumenten (wie Checklisten, Anweisungen und Formularen) erarbeitet und in das elektronische System eingebunden.</p>	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ..... <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ..... <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? .....	
Involvierte Berufsgruppen	alle	
Projektevaluation / Konsequenzen	<p>Die externen Berater wurden sorgfältig nach Erfahrung im Aufbau komplexer Qualitätsmanagement-Systemen und besonders bei der Software bezüglich der Erfahrung in der Ophthalmologie, dem Hauptleistungsträger der medizinischen Bereiche ausgesucht.</p> <p>Neben den eigentlichen Kosten für die externe Beratung mussten vor allem personelle Ressourcen frei gestellt werden.</p>	
Weiterführende Unterlagen	QM-System der Pallas Gruppe	

<b>Projekttitlel</b>	<b>Fehlermeldesystem CIRS</b>	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Aufbau CIRS im Rahmen der Anforderungen an Ausbildungskliniken (Status B)	
Beschreibung	Die Klinik Pallas musste in Anlehnung an die Vorgabe der FMH innerhalb des Ausbildungskonzepts den Nachweis erbringen, dass Fehler, respektive „Beinahe-Fehler“ systematisch erfasst und analysiert, sowie Massnahmen zur Behebung der Ursachen eingeleitet werden.	
Projekttablauf / Methodik	Das Projekt wurde intern von den Projektverantwortlichen (Chefarzt, adm. Leiterin des Augenzentrums und Qualitätsleiterin) in Zusammenarbeit mit der IT-Abteilung durchgeführt und abgeschlossen.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	.....	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	.....	
Involvierte Berufsgruppen	Medizinisches Personal	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Kosten haben sich ausschliesslich auf die Freistellung interner Ressourcen beschränkt.	
Weiterführende Unterlagen	Ausbildungskonzept der Klinik Pallas	

<b>Projekttitlel</b>	<b>Paten-Tipp</b>	
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton) „Stiftung Patientensicherheit“
Projektziel	Fehlervermeidung mit Hilfe von Tipps von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal	
Beschreibung	Abgabe der Broschüre mit der entsprechenden Erläuterung	
Projekttablauf / Methodik	Nach 6 Monaten erfolgte die Auswertung der Reaktionen	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	12 verschiedene Spitäler in der ganzen Schweiz	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	.....	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Hotellerie	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Rücklaufquote bei den Mitarbeitern betrug 72 % Die Rücklaufquote bei den Patienten lag bei unter 1 %. Deshalb wurde eine Weiterführung der Umfrage vorläufig gestoppt.	
Weiterführende Unterlagen		

# F

## Schlusswort und Ausblick

Mit der Annahme des KVG wurde der Auftrag gesetzlich verankert, dass Spitäler und Kliniken Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und zu fördern haben. Die Klinik Pallas kommt bereits seit Jahren den Bedürfnissen der Kunden nach Qualität und Sicherheit und somit den gesetzlichen Vorgaben nach.

Qualitätsförderung im Gesundheitswesen geschieht nicht durch externen Druck, sondern durch den positiven, persönlichen Ehrgeiz aller Mitarbeitenden, das Beste für den Kunden zu geben. Diskussionen um Qualität und Sicherheit in der Medizin sind integraler Bestandteil ärztlichen und pflegerischen Handelns. Qualität und Sicherheit hat mit medizinischem Fortschritt sowie mit personellen und technischen Ressourcen zu tun, ohne deren adäquate Bereitstellung heute keine effiziente und kundengerechte medizinische Versorgung mehr möglich ist. Medizinische Innovation sowie das Vorhandensein und die Pflege kompetenter personeller Ressourcen gehören zur Kernkompetenz der Klinik Pallas.

Die Klinik Pallas ist gegenüber seinen Kunden und Partnern verpflichtet, neben der finanziellen Effizienz, dem medizinischen Fortschritt entsprechende medizinische Dienstleistungen anzubieten, um auch zukünftig eine gleichbleibend hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können.

Die laufende Optimierung der Prozesse in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Belegärzten, Pflegenden, Medizintechnik und Administration, eine offene, ganzheitliche Informationspolitik aller Fachbereiche und Berufsgruppen und die Schulung des Personals sind für die Klinik Pallas wichtige Voraussetzungen für das Erreichen unserer Qualitätsziele.



## Anhänge

Anhang 1: Patientenzufriedenheit stationär Auswertung (mecon)

Anhang 2: Potenzialanalyse Klinik Pallas AG stationär (mecon)

Anhang 3: Patientenzufriedenheit ambulant Auswertung (mecon)

Anhang 4: Potenzialanalyse Klinik Pallas AG ambulant (mecon)

**Patientenzufriedenheit stationär  
Auswertung**

**Kapitel I**

# **EINFÜHRUNG INS MESSSYSTEM**

Dieses Kapitel wird Sie mit folgenden Abschnitten in das Messsystem und in die Auswertung einführen:

1. Logik des Messsystems: Fragen und Bereiche
2. Berechnung des Unzufriedenheits-Index
3. Benchmarking: Erläuterungen zur Darstellung
4. Potenzial-Analyse: Erläuterungen zur Darstellung

## I. Logik des Messsystems: Fragen und Bereiche

Die **32 Fragen** dieses Patientenfragebogens sind zu **15 Kriterien** gruppiert. Diese wiederum werden in die **5 Bereiche** Ärzte, Pflege, Organisation, Hotellerie und Öffentliche Infrastruktur zusammengefasst.

Die Berechnung der Zufriedenheitswerte auf der Ebene der Bereiche sowie der Gesamtzufriedenheit erfolgt unter Verwendung von **Gewichtungsfaktoren** (in der untenstehenden Darstellung als Prozentzahlen aufgezeichnet). Diese Gewichtungen wurden ebenfalls von den PatientInnen selbst ausgearbeitet.

Die folgende Darstellung aller Bereiche mit den dazugehörigen Fragen ist wichtig, da die Auswertung auf dieselbe Weise strukturiert ist.

<b>Ärzte</b> 34,8%	<b>Pflege</b> 28,0%	<b>Organisation</b> 14,6%	<b>Hotellerie</b> 12,9%	<b>Öffentliche Infrastruktur</b> 9,7%
<b>Kompetenz</b> 15,8% Fragen 18 und 19	<b>Kompetenz</b> 11,1% Fragen 20 und 21	<b>Information</b> 3,6% Frage 2	<b>Essen</b> 6,2% Fragen 22, 23 und 24	<b>Cafeteria</b> 2,9% Frage 28
<b>Information</b> 9,5% Fragen 6 und 7	<b>Information</b> 6,9% Fragen 8 und 9	<b>Koordination</b> 5,2% Fragen 3, 16 und 17	<b>Wohnen</b> 6,7% Fragen 25, 26 und 27	<b>Atmosphäre</b> 4,2% Fragen 29, 30 und 31
<b>Menschlichkeit</b> 9,5% Fragen 10, 11 und 12	<b>Menschlichkeit</b> 10,0% Fragen 13, 14 und 15	<b>Pat. / Besucher</b> 3,6% Fragen 4 und 5		<b>Erreichbarkeit</b> 2,6% Frage 32
		<b>Administration</b> 2,2% Frage 1		

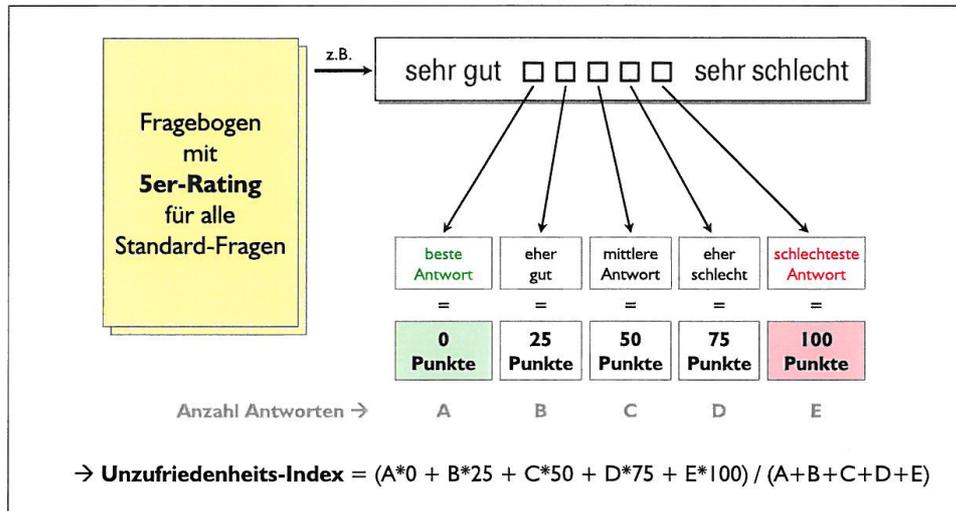
Darstellung I : Übersicht über die Bereiche und Kriterien sowie die zugehörigen Fragen.  
Die Prozentangaben zeigen die Wichtigkeit der Bereiche und Kriterien aus Sicht der Patienten.

## 2. Berechnung des Unzufriedenheits-Index

Der Hauptteil des Fragebogens besteht aus **Rating-Fragen**. Hier müssen die Befragten eine Bewertung ihrer Erfahrungen vornehmen. Dafür stehen Ihnen jeweils fünf Kästchen zwischen zwei Adjektiven zur Auswahl, welche die best- resp. schlechtestmögliche Einschätzung beschreiben.

Für den institutionsexternen und -internen Vergleich ist es sinnvoll, aus den einzelnen Antworten für jede Frage einen Index zu berechnen. Auch für Zeitreihen (Längsschnitt) ist die Darstellung eines Index viel übersichtlicher.

Wir berechnen für jede Frage einen Unzufriedenheits-Index. Dieser soll im besten Fall 0, im schlechtesten Fall 100 ergeben. Da auf dem Fragebogen die einzelnen Antwort-Kästchen nicht einzeln angeschrieben oder sonst irgendwie bewertet sind, kann für die Berechnung die folgende Formel verwendet werden:



Darstellung 2: Formel zur Berechnung des **Unzufriedenheits-Index** für jede Frage

Mathematisch ist der oben beschriebene Unzufriedenheits-Index mit einem analog dazu berechneten Zufriedenheits-Index identisch. Vor allem zwei Gründe sprechen aber für die Verwendung eines Unzufriedenheits-Index. Hohe Zufriedenheitswerte sind üblich. Deshalb ...

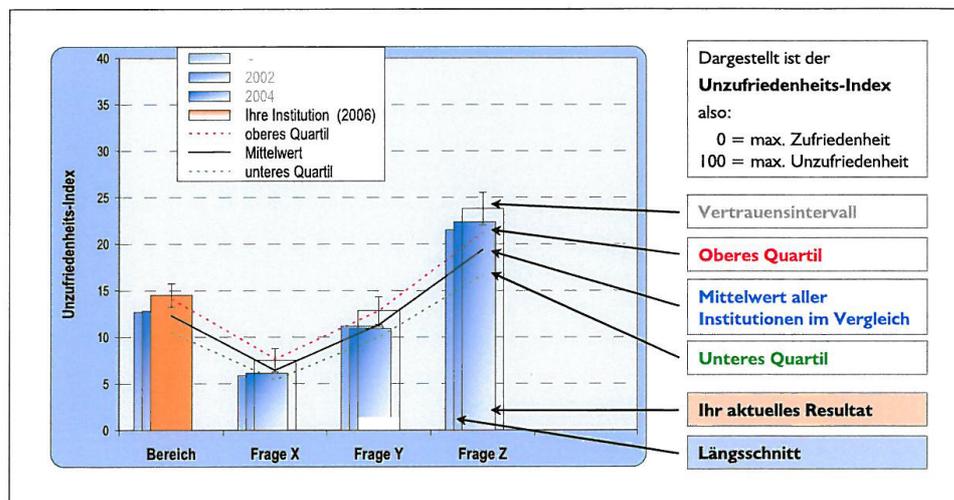
- ... ist eine Darstellung von Unzufriedenheits-Säulen übersichtlicher.
- ... könnte bei der Diskussion von Zufriedenheitswerten auch bei überdurchschnittlich schlechten Resultaten leicht irrtümlich der Eindruck entstehen, dass aus Antwortensicht wenig Verbesserungsbedarf besteht. Ein Unzufriedenheits-Index von 20 und ein Zufriedenheits-Index von 80 sind mathematisch zwar identisch, psychologisch aber überhaupt nicht!

### 3. Benchmarking: Erläuterungen zur Darstellung

Die nachfolgenden Grafiken und Tabellen verwenden folgende Kennwerte:

- Die Antworten werden auf einer **Skala** von 0 bis 100 dargestellt, wobei 0 maximale und 100 minimale Zufriedenheit bedeutet.
- Die einzelnen Fragen sind zu **Kriterien**, die Kriterien zu **Bereichen** und die Bereiche zu einer **Gesamtzufriedenheit** zusammengefasst.
- Der **Mittelwert** bezieht sich auf die für den jeweiligen Vergleich verwendeten Institutionen.
- Die Grenzwerte **oberes Quartil** und **unteres Quartil** geben den Mainstream an: Die Werte von 50% der teilnehmenden Institutionen bewegen sich dazwischen. Überschreiten die Werte Ihrer Institution das obere Quartil, gehören Sie zu jenem Viertel der Institutionen mit den höchsten Unzufriedenheitswerten im Vergleich. Unterschreiten Ihre Werte das untere Quartil, gehört Ihre Institution zu jenem Viertel mit den besten Werten im Vergleich.
- Das **Vertrauensintervall** charakterisiert die Verlässlichkeit der Stichprobe für den entsprechenden Wert Ihrer Institution. Das Vertrauensintervall wurde für diese Erhebung auf 90% festgelegt: Würde dieselbe Messung unter unveränderten Bedingungen, aber mit anderen Befragten in Ihrer Institution 100 mal durchgeführt, so lägen wahrscheinlichkeits-theoretisch 90% aller Resultate in jenem Bereich, der durch das Vertrauensintervall beschrieben wird. Das Vertrauensintervall zeigt also die Messunschärfe.

Die nächste Grafik erklärt an einem Beispiel die Benchmarking-Darstellung.



Darstellung 3 : Darstellung des Unzufriedenheits-Index

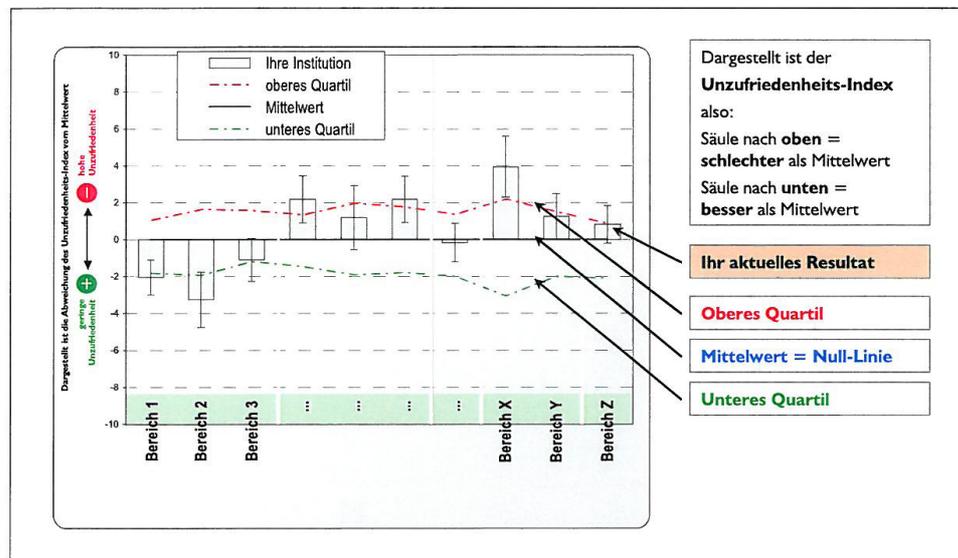
#### 4. Potenzial-Analyse: Erläuterungen zur Darstellung

Die Potenzial-Analyse zeigt die Abweichung der Unzufriedenheitswerte Ihrer Institution vom Mittelwert der Vergleichsinstitutionen auf. Die Potenzial-Analyse gibt somit einen sehr anschaulichen Überblick über die Stärken oder Verbesserungspotenziale in den einzelnen Themenbereichen.

In der Grafik bedeuten ...

- **Säulen nach unten**, dass die Antwortenden Ihrer Institution **zufriedener** sind als die Antwortenden der Vergleichsinstitutionen
- **Säulen nach oben**, dass die Antwortenden Ihrer Institution **unzufriedener** sind als die Antwortenden der Vergleichsinstitutionen

Die folgende Grafik erklärt an einem Beispiel die Potenzial-Analyse-Darstellung.



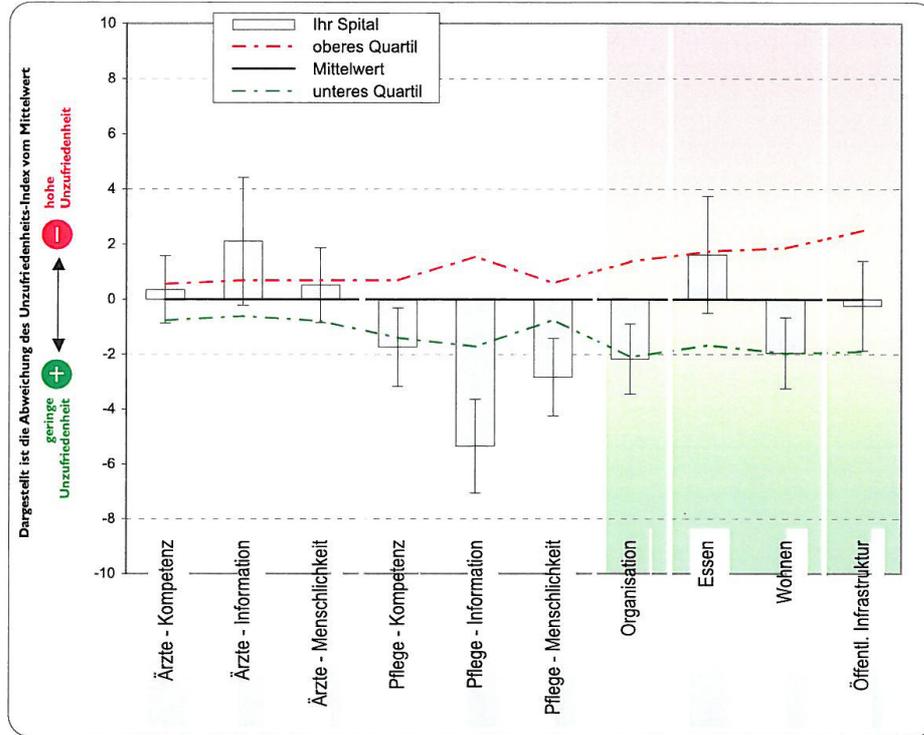
Darstellung 4 : Beispiel einer Potenzial-Analyse

# Klinik Pallas AG

191 Antworten

## Vergleichsebene : Ganzes Spital

Vergleich zwischen 13 Belegarzt-Spitälern ( vertrauliche Daten )



Bereich / Kriterium	Wert für Ihr Spital Unzufriedenheits-Index	Mittelwert aller Sp. in Auswertung	Differenz zum Mittelwert
<b>Bereich Ärzte</b>	<b>7.9</b>	<b>7.1</b>	<b>0.8</b>
Kriterium Kompetenz	4.3	4.0	0.4
Kriterium Information	15.5	13.4	2.1
Kriterium Menschlichkeit	6.2	5.7	0.5
<b>Bereich Pflege</b>	<b>7.4</b>	<b>10.5</b>	<b>-3.1</b>
Kriterium Kompetenz	6.7	8.5	-1.7
Kriterium Information	8.5	13.8	-5.3
Kriterium Menschlichkeit	7.7	10.5	-2.8
<b>Bereich Organisation</b>	<b>10.2</b>	<b>12.3</b>	<b>-2.2</b>
<b>Bereich Hotellerie</b>	<b>11.3</b>	<b>11.4</b>	<b>-0.1</b>
Kriterium Essen	13.6	12.0	1.6
Kriterium Wohnen	8.7	10.7	-2.0
<b>Bereich Öffentliche Infrastruktur</b>	<b>11.8</b>	<b>12.0</b>	<b>-0.2</b>
<i>gewichtetes Mittel über alle 5 Bereiche</i>	<i>8.9</i>	<i>9.9</i>	<i>-1.0</i>



**Patientenzufriedenheit ambulant  
Auswertung**

**Kapitel I**

# **EINFÜHRUNG INS MESSSYSTEM**

**(MESSYSTEM: TAGESKLINIK)**

Dieses Kapitel wird Sie mit folgenden Abschnitten in das Messsystem und in die Auswertung einführen:

1. Logik des Messsystems: Fragen und Bereiche
2. Berechnung des Unzufriedenheits-Index
3. Benchmarking: Erläuterungen zur Darstellung
4. Potenzial-Analyse: Erläuterungen zur Darstellung

## I. Logik des Messsystems: Fragen und Bereiche

Die **21 Fragen** dieses Fragebogens sind zu **5 Bereichen** (Organisation, Information, Infrastruktur, Ärzte und Pflege) zusammengefasst. Die folgende Darstellung aller Bereiche mit den dazugehörigen Fragen ist wichtig, da die Auswertung auf dieselbe Weise strukturiert ist.

<b>Bereich</b>	<b>Organisation</b>
Frage 2	Wie gut konnten Sie bei der Terminplanung für Ihre Behandlung mitbestimmen?
Frage 3	Wie lange mussten Sie - gemessen an der Dringlichkeit Ihrer Behandlung – auf Ihre Termine warten?
Frage 5	Wie gut hat man sich bei der Ankunft um Sie gekümmert?
Frage 10	Mussten Sie während Ihres ambulanten/teilstationären Aufenthaltes Wartezeiten in Kauf nehmen?
Frage 17	Wie empfanden Sie die Atmosphäre während der Behandlung?
Frage 19	Wie gut wurden für Sie die Massnahmen für zu Hause geregelt?
<b>Bereich</b>	<b>Information</b>
Frage 4	Wie gut wurden Sie vor der Behandlung über alles Wichtige informiert?
Frage 6	Wie gut wurden Sie über den Ablauf der Behandlung informiert?
Frage 7	Wenn Sie ein Problem hatten oder Hilfe brauchten, wussten Sie, an wen Sie sich wenden konnten?
Frage 18	Erhielten Sie vom Personal die nötigen Hinweise für den weiteren Heilungsverlauf?
<b>Bereich</b>	<b>Infrastruktur</b>
Frage 8	Wie haben Sie sich im Spitalgebäude/Ambulatorium zurechtgefunden?
Frage 9	Wurden Sie – gemessen an der Zeit, welche die Behandlung in Anspruch nahm – angemessen verpflegt?
<b>Bereich</b>	<b>Ärzte</b>
Frage 11	Konnten Sie bei Ihrer ambulanten/teilstationären Behandlung genügend mitbestimmen?
Frage 12a	Welchen Eindruck hatten Sie von den fachlichen Fähigkeiten des Arztes/der Ärztin?
Frage 13a	Wie ging der Arzt/die Ärztin auf Ihre Anliegen und Bedürfnisse ein?
Frage 14a	Wurden Sie vom Arzt/der Ärztin jederzeit höflich behandelt?
Frage 15	Wie wurden Sie über die Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente aufgeklärt?
Frage 16	Wie wurden Sie über die Ziele der Behandlung informiert?
<b>Bereich</b>	<b>Pflege</b>
Frage 12b	Welchen Eindruck hatten Sie von den fachlichen Fähigkeiten des Pflegepersonals?
Frage 13b	Wie ging das Pflegepersonal auf Ihre Anliegen und Bedürfnisse ein?
Frage 14b	Wurden Sie vom Pflegepersonal jederzeit höflich behandelt?

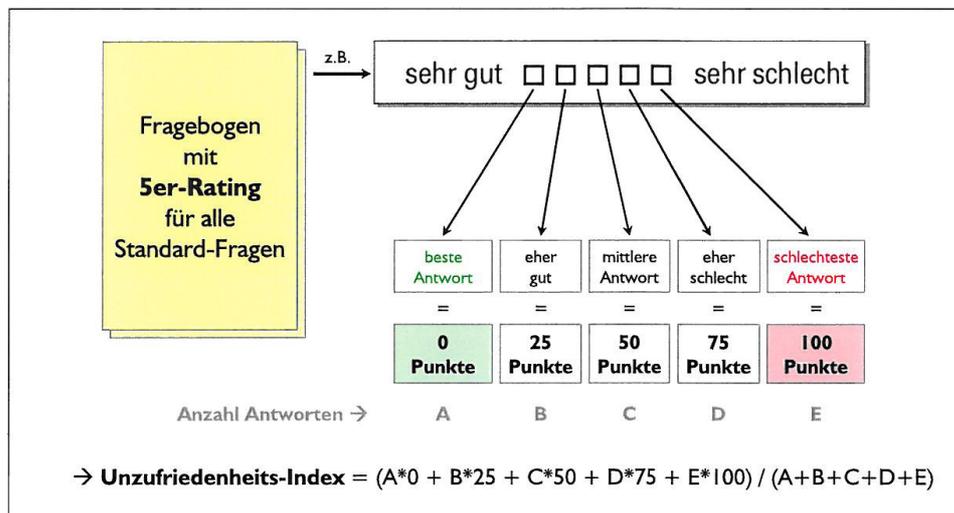
Darstellung 1: Übersicht über die Bereiche und die zugehörigen Fragen

## 2. Berechnung des Unzufriedenheits-Index

Der Hauptteil des Fragebogens besteht aus **Rating-Fragen**. Hier müssen die Befragten eine Bewertung ihrer Erfahrungen vornehmen. Dafür stehen Ihnen jeweils fünf Kästchen zwischen zwei Adjektiven zur Auswahl, welche die best- resp. schlechtestmögliche Einschätzung beschreiben.

Für den institutionsexternen und -internen Vergleich ist es sinnvoll, aus den einzelnen Antworten für jede Frage einen Index zu berechnen. Auch für Zeitreihen (Längsschnitt) ist die Darstellung eines Index viel übersichtlicher.

Wir berechnen für jede Frage einen Unzufriedenheits-Index. Dieser soll im besten Fall 0, im schlechtesten Fall 100 ergeben. Da auf dem Fragebogen die einzelnen Antwort-Kästchen nicht einzeln angeschrieben oder sonst irgendwie bewertet sind, kann für die Berechnung die folgende Formel verwendet werden:



Darstellung 2: Formel zur Berechnung des *Unzufriedenheits-Index* für jede Frage

Mathematisch ist der oben beschriebene Unzufriedenheits-Index mit einem analog dazu berechneten Zufriedenheits-Index identisch. Vor allem zwei Gründe sprechen aber für die Verwendung eines Unzufriedenheits-Index. Hohe Zufriedenheitswerte sind üblich. Deshalb ...

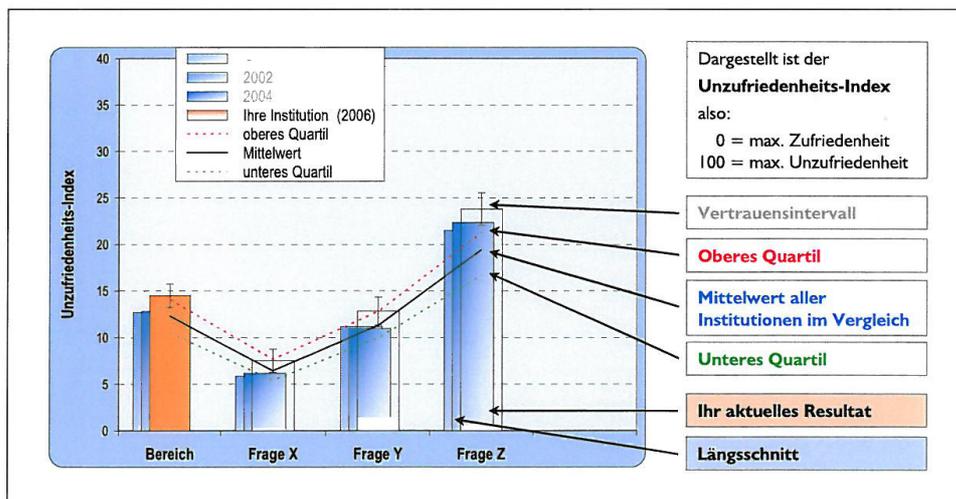
- ... ist eine Darstellung von Unzufriedenheits-Säulen übersichtlicher.
- ... könnte bei der Diskussion von Zufriedenheitswerten auch bei überdurchschnittlich schlechten Resultaten leicht irrtümlich der Eindruck entstehen, dass aus Antwortendensicht wenig Verbesserungsbedarf besteht. Ein Unzufriedenheits-Index von 20 und ein Zufriedenheits-Index von 80 sind mathematisch zwar identisch, psychologisch aber überhaupt nicht!

### 3. Benchmarking: Erläuterungen zur Darstellung

Die nachfolgenden Grafiken und Tabellen verwenden folgende Kennwerte:

- Die Antworten werden auf einer **Skala** von 0 bis 100 dargestellt, wobei 0 maximale und 100 minimale Zufriedenheit bedeutet.
- Die einzelnen Fragen sind zu **Kriterien**, die Kriterien zu **Bereichen** und die Bereiche zu einer **Gesamtzufriedenheit** zusammengefasst.
- Der **Mittelwert** bezieht sich auf die für den jeweiligen Vergleich verwendeten Institutionen.
- Die Grenzwerte **oberes Quartil** und **unteres Quartil** geben den Mainstream an: Die Werte von 50% der teilnehmenden Institutionen bewegen sich dazwischen. Überschreiten die Werte Ihrer Institution das obere Quartil, gehören Sie zu jenem Viertel der Institutionen mit den höchsten Unzufriedenheitswerten im Vergleich. Unterschreiten Ihre Werte das untere Quartil, gehört Ihre Institution zu jenem Viertel mit den besten Werten im Vergleich.
- Das **Vertrauensintervall** charakterisiert die Verlässlichkeit der Stichprobe für den entsprechenden Wert Ihrer Institution. Das Vertrauensintervall wurde für diese Erhebung auf 90% festgelegt: Würde dieselbe Messung unter unveränderten Bedingungen, aber mit anderen Befragten in Ihrer Institution 100 mal durchgeführt, so lägen wahrscheinlichkeits-theoretisch 90% aller Resultate in jenem Bereich, der durch das Vertrauensintervall beschrieben wird. Das Vertrauensintervall zeigt also die Messunschärfe.

Die nächste Grafik erklärt an einem Beispiel die Benchmarking-Darstellung.



Darstellung 3: Darstellung des Unzufriedenheits-Index

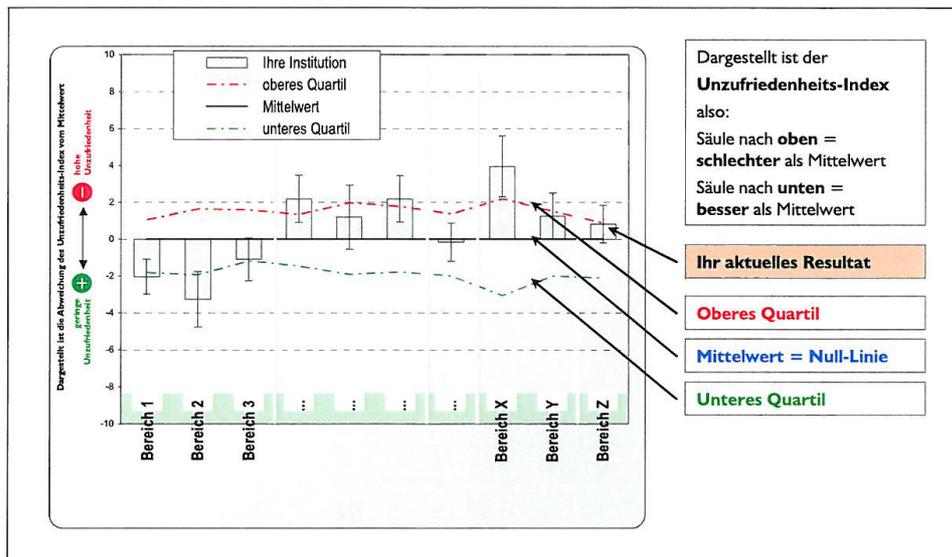
#### 4. Potenzial-Analyse: Erläuterungen zur Darstellung

Die Potenzial-Analyse zeigt die Abweichung der Unzufriedenheitswerte Ihrer Institution vom Mittelwert der Vergleichsinstitutionen auf. Die Potenzial-Analyse gibt somit einen sehr anschaulichen Überblick über die Stärken oder Verbesserungspotenziale in den einzelnen Themenbereichen.

In der Grafik bedeuten ...

- **Säulen nach unten**, dass die Antwortenden Ihrer Institution **zufriedener** sind als die Antwortenden der Vergleichsinstitutionen
- **Säulen nach oben**, dass die Antwortenden Ihrer Institution **unzufriedener** sind als die Antwortenden der Vergleichsinstitutionen

Die folgende Grafik erklärt an einem Beispiel die Potenzial-Analyse-Darstellung.



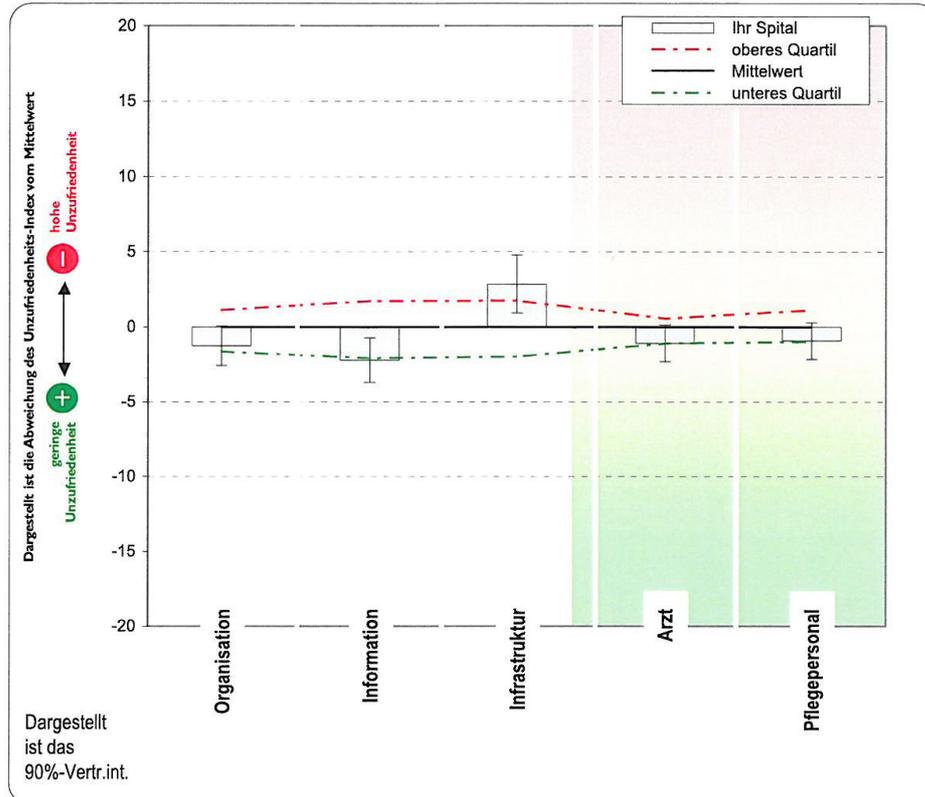
Darstellung 4 : Beispiel einer Potenzial-Analyse

## Klinik Pallas AG

291 Antworten

### Vergleichsebene : Tagesklinik, alle Patienten

Externer Vergleich zwischen 12 Spitälern



Unzufriedenheits-Index	Wert für Ihr Spital	Mittelwert aller Spitäler in der Auswertung	Differenz zum Mittelwert
<b>Organisation</b>	12.0	13.3	-1.3
<b>Information</b>	10.5	12.7	-2.2
<b>Infrastruktur</b>	13.5	10.7	2.9
<b>Arzt</b>	8.6	9.7	-1.1
<b>Pflegepersonal</b>	5.6	6.6	-0.9
<i>ungewichtetes Mittel über alle Bereiche</i>	10.1	10.6	-0.5