

Qualitätsbericht 2013

Version 7.0

Inselspital, Universitätsspital Bern
Freiburgstrasse
3010 Bern
www.insel.ch



Akutsomatik

Freigabe am: 31.05.2014
durch: Daniel Zahnd, Leiter Fachstelle Qualitätsmanagement

Impressum

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

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

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

Zielpublikum

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

Bezeichnungen

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

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und –ziele.....	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Angebotsübersicht	5
C2	Kennzahlen 2013	7
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2013	7
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	7
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	7
D	Zufriedenheitsmessungen	8
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	8
D2	Angehörigenzufriedenheit	10
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	11
D4	Zuweiserzufriedenheit	12
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	13
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	13
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	14
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	15
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit Swisssoso	16
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	18
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik	20
E1-6	Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik	21
E1-7	SIRIS Implantatregister	22
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013	23
F1	Infektionen (andere als mit Swisssoso)	23
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	24
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	25
F6	Weiteres Messthema: CH-IQI Indikatoren	26
F7	Weiteres Messthema: Händehygiene compliance.....	27
G	Registerübersicht	28
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	29
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	29
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	31
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	32
I	Schlusswort und Ausblick	34

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

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

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen. Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 des Inselspitals wertvolle Informationen liefern zu können.

Das Inselspital ist an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr für seine Patienten da. Es stellt dabei eine breit abgestützte, exzellente universitäre Zentrumsversorgung sicher – in der Hauptstadtregion der Schweiz und darüber hinaus. Es ist Kompetenz-, Hochtechnologie- und Wissenszentrum mit internationaler Ausstrahlung sowie ein Ort der Begegnung für Lehre und Forschung.

Der Verwaltungsrat und der Verwaltungsratspräsident des Inselspitals sind von der Regierung des Kantons Bern gewählt. Er legt die strategische Ausrichtung fest. Für die operative Führung ist die Geschäftsleitung unter dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung zuständig (vgl. unten). Die erweiterte Geschäftsleitung berät die Geschäftsleitung und besteht aus den Vorsitzenden der Departementsdirektorien sowie den Mitgliedern der Geschäftsleitung.

Die Geschäftsleitung besteht aus folgenden zehn Mitgliedern (Stand 31.12.2013):

- Dr. oec. publ. Urs Birchler, Vorsitzender der Geschäftsleitung
- Prof. Dr. med. Andreas Tobler, Ärztlicher Direktor und Stellvertreter des Vorsitzenden der Geschäftsleitung
- Prof. Dr. med. Matthias Gugger, Direktor Lehre + Forschung
- Ulrich von Allmen, Direktor Pflege / MTT
- Franz Bieri, Direktor Betrieb
- Gerold Bolinger, Direktor Dienste
- Bernhard Leu, Direktor Infrastruktur
- Markus Lüdi, Direktor Personal
- Bruno Haudenschild, Leiter Portalspitäler, Rehabilitation, Langzeitpflege, *mit beratender Stimme*
- Prof. Dr. med. Peter Egli, Dekan Medizinische Fakultät, *mit beratender Stimme*

Das Inselspital Bern hat im Jahr 2013 insgesamt rund 7'700 Mitarbeitende auf rund 6'000 Vollzeitstellen beschäftigt. Im selben Jahr wurden in den 38 Kliniken und Instituten insgesamt 39'602 Patientinnen und Patienten stationär und 566'062 ambulant (inkl. Folgekonsultationen) behandelt. Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.insel.ch>

Um seine Position zu halten, weiter zu stärken und auszubauen, setzt das Inselspital auf eine gezielte Qualitätssicherung und -entwicklung. Oberste Priorität hat dabei die Gewährleistung der optimalen Patientensicherheit. Die Qualitätsentwicklung orientiert sich an den Grundsätzen der „kontinuierlichen Verbesserung“, also der ständigen Prüfung, Bewertung und Optimierung aller Systeme und Systemkomponenten. Eine herausragende Rolle in diesem Prozess spielen die zahlreichen Besprechungen und Meetings zwischen Vertretern verschiedener medizinischer Disziplinen, zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und die Teilnahme an fachspezifischen Registern und Benchmarking-Projekten (vgl. Kapitel G). Neben einer erstklassigen medizinischen Versorgung will das Inselspital eine hohe zwischenmenschliche Betreuungsqualität gewährleisten und diese stetig verbessern. Die Patientenzufriedenheit wird dabei u.a. durch regelmässige, standardisierte Patientenbefragungen evaluiert (vgl. Kapitel D).

In den letzten Jahren haben Zertifizierungen im Spitalwesen deutlich an Bedeutung gewonnen. Zertifikate sollen dazu beitragen, die Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern in Bezug auf die Qualität von Leistungen abzubauen. Für die Leistungsanbieter ergibt sich die Chance, anlässlich von Zertifizierungen die internen Abläufe zu optimieren, die Dokumentation besser zu strukturieren und Verantwortlichkeiten sowie Kompetenzen zu klären. Dies unterstützt letztendlich auch die ständige Verbesserung der Betreuungsqualität (vgl. Kapitel H1).

B1 Qualitätsstrategie und –ziele

Wie in den Jahresberichten 2013 des Inselspitals und des Spital Netz Bern dargelegt (vgl. auch Kapitel I, unten) wurde im Berichtsjahr das Projekt des Regierungsrates zur Stärkung des Medizinalstandorts Bern (SMSB) weiter vorangetrieben. Der vorliegende Qualitätsbericht bezieht sich ausschließlich auf das Inselspital, die Belange des Spital Netz Bern werden im „Qualitätsbericht 2013 Spital Netz Bern“ dargelegt.

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

Das „time out“ (safe surgery checklist) und ein Fehlermeldesystem (CIRS-EBKE: Erfassung und Bearbeitung kritischer Ereignisse) stellen zwei typische Beispiele aus dem Bereich Patientensicherheit und medizinisches Risikomanagement dar. Im Wesentlichen geht es darum, durch gezielte Analyse von Prozessen und deren Ergebnissen das «Qualitätsniveau» sicherzustellen und laufend weiterzuentwickeln.

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

Das Leitbild ist unverändert zum Qualitätsbericht 2012 (vgl. dort).

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Einführung respektive Konsolidierung der „Safe Surgery Checkliste“ in den operativen Bereichen und in mehreren nicht-operativen Bereichen (Interventionelle Radiologie / Neuroradiologie, Angiologie, Kardiologie)
- Systematische, kontinuierliche Erfassung der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich
- Förderung einer Zentrumsbildung in verschiedenen onkologischen Fachbereichen (z. B. Lunge, Urologie, Gynäkologie)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

- CIRS-EBKE kann klinikübergreifend und spitalweit ausgewertet werden
- Verschiedene Erstzertifizierungen (Z. B. Medizincontrolling, Lungenkrebszentrum), vgl. auch Kapitel H1.
- Das Inselspital hat eine führende Rolle bei der Weiterentwicklung der BAG-Kennzahlen

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

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

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

- **Qualitätsmanagement ist Bestandteil des Führungsauftrages.**

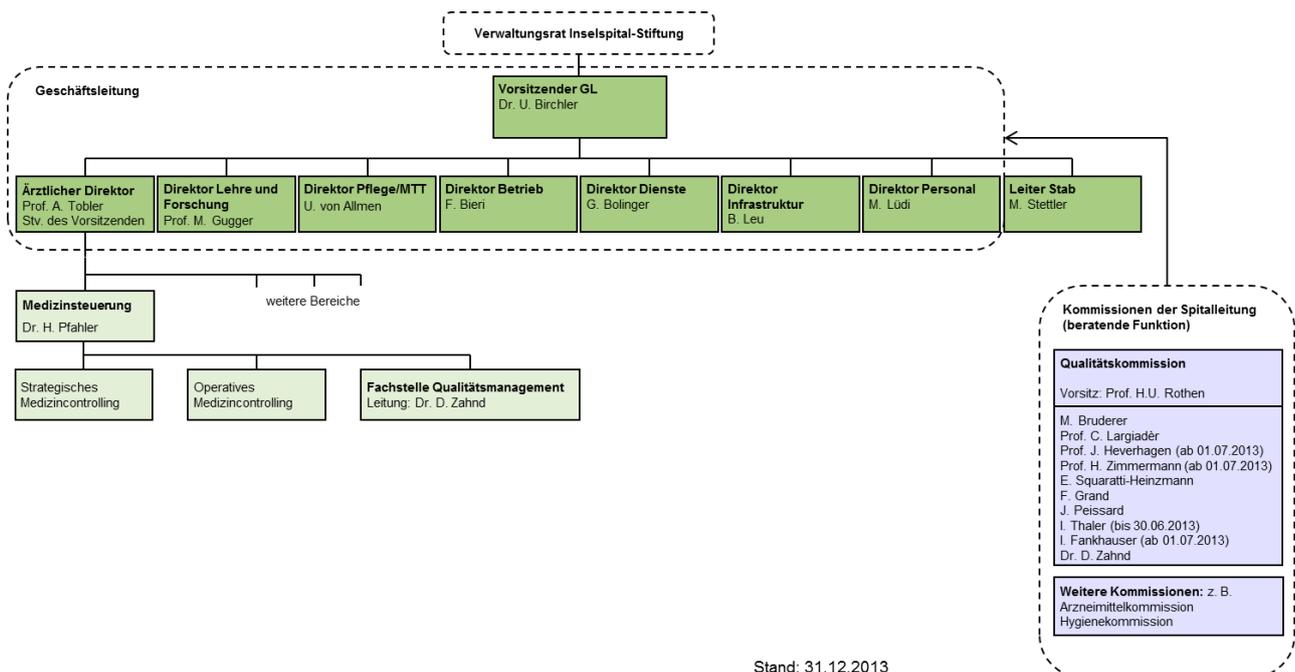
QM ist Führungsaufgabe. Die Spitalleitung legt die übergeordnete Strategie fest. Sie delegiert die direkte, unmittelbare Verantwortung für das QM aber soweit möglich und sinnvoll auf Stufe Klinik und Institut.

- **Qualitätsentwicklung ist integraler Teil der Unternehmensentwicklung.**

Das QM unterstützt das Erreichen und Halten der Erfolgsposition. Qualitätsentwicklung (QE) ist deshalb Teil der Unternehmensentwicklung.

Die Zusammenführung von Spital Netz Bern und Inselspital setzt voraus, dass neue Modelle und innovative Konzepte entwickelt werden. So beinhaltet beispielsweise das Modell der abgestuften Gesundheitsversorgung innerhalb eines Gesamtunternehmens, dass einzelne Kliniken jeweils als eine organisatorische Einheit am Inselspital und an einem oder an beiden Stadtspitälern betrieben werden. Das erfordert neue Formen der Organisation, der Patientenfunde, der personellen Zusammenarbeit, der Support- und Führungsprozesse. Bezüglich Patientensicherheit und medizinischem Risikomanagement gilt es, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zu koordinieren ggf. neu zu definieren und dabei auch Synergien zu nutzen. Gleiches gilt für das Qualitätsmanagement mit seinen Teilbereichen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Organisationsform: Die Fachstelle Qualitätsmanagement ist eine Organisationseinheit der ärztlichen Direktion. Die Qualitätskommission ist beratendes Organ der Spitalleitung. Daneben hat sie Entscheidungsbefugnisse im Bereich Projektmanagement.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	270% Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefonnr.	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Prof. Dr. med. Andreas TOBLER	031 632 82 32	andreas.tobler@insel.ch	Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. Hans- Ulrich ROTHEN	031 632 11 76	hansulrich.rothen@insel.ch	Vorsitzender Qualitätskommission
Dr. med. Henrik PFAHLER	031 632 12 39	henrik.pfahler@insel.ch	Leiter Medizinsteuerung
Dr. phil. Daniel ZAHND	031 632 95 77	daniel.zahnd@insel.ch	Leiter Fachstelle Qualitätsmanagement
Helmut PAULA	031 632 05 71	helmut.paula@insel.ch	Klinisches Risikomanagement
Veronika PICHA	031 632 13 08	veronika.picha@insel.ch	Fachspezialistin Qualitätsmanagement

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

[Jahresbericht 2013](#)

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

C1 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	Klinik / Institut
Allergologie und Immunologie	Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie, Universitätsinstitut für Immunologie
Allgemeine Chirurgie	Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensiv-medicin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechts-krankheiten)	Universitätsklinik für Dermatologie
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	Universitätsklinik für Kinderheilkunde
Handchirurgie	Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie
Herzgefässchirurgie	Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie, Universitätsklinik für Thoraxchirurgie
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	Universitätsklinik für Angiologie
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatric (Altersheilkunde)	Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin → Seit Mitte 2012 Konzentration des geriatricen Angebots am Spital Ziegler
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Universitätsklinik für Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor Universitätsklinik für Medizinische Onkologie
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Universitätsklinik für Infektiologie
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)	Universitätsklinik für Kardiologie

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	Klinik / Institut
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Universitätsklinik für Medizinische Onkologie
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Institut für Physiotherapie
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs-organe)	Universitätsklinik für Pneumologie
Intensivmedizin	Universitätsklinik für Intensivmedizin
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Kinderchirurgie	Universitätsklinik für Kinderchirurgie
Neurochirurgie	Universitätsklinik für Neurochirurgie
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven-systems)	Universitätsklinik für Neurologie
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Universitätsklinik für Augenheilkunde
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Universitätsklinik für Kinderheilkunde Universitätsklinik für Kinderchirurgie
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	Angebot in verschiedenen Kliniken
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie Universitätsklinik für Nuklearmedizin
Thoraxchirurgie (Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)	Universitätsklinik für Infektiologie
Tropen- und Reisemedizin	Universitätsklinik für Infektiologie
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Universitätsklinik für Urologie

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	Klinik / Institut
Diabetesberatung	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung
Ergotherapie	Angebot in verschiedenen Kliniken
Ernährungsberatung	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung
Logopädie	Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie
Neuropsychologie	Universitätsklinik für Neurologie
Physiotherapie	Institut für Physiotherapie
Psychologie	Angebot in verschiedenen Kliniken

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden Sie unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

[Jahresbericht 2013](#)

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2013

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

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

- i Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2013 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.
- i Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene stationäre Fachbereiche	Klinik / Institut	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Neurologische Rehabilitation	Universitätsklinik für Neurologie Abteilung für kognitive und restorative Neurologie (Neuropsychologische Rehabilitation)	5 Stunden / Tag	173	6'375

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

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

Angebotene ambulante Fachbereiche	Klinik / Institut	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Kardiovaskuläre Rehabilitation	Universitätsklinik und Poliklinik für Kardiologie		560	Breites Leistungsangebot (z. B. Physiotherapie, Ernährungsberatung, Herzultraschall, Belastungs-EKG, 24 h Blutdruckprofil)
Neurologische Rehabilitation	Neurorehabilitation		872	Breites Leistungsangebot (z. B. Neuropsychologie, Neurovaskuläre Abklärung, Neuromorphologisches Labor, Schlafmedizin)



Zufriedenheitsmessungen

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

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht . Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →
<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →
<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: (Stand Dez. 13: 22 von 30 Kliniken)

Messergebnisse der letzten Befragung		
Fragen	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.3	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.2	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.1	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.2	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.5	0 = nie 10 = immer

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input type="checkbox"/>	Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	Die fünf vorgegebenen Fragen des ANQ, ergänzt durch weitere fünf Fragen.	Name des Messinstituts	Auswertung durch hcri
<input type="checkbox"/>	PEQ				
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/>	POC(-18)				
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark				
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments		Die fünf vorgegebenen Fragen des ANQ, ergänzt durch weitere fünf Fragen. Letztere werden nur klinikintern ausgewertet und hier deshalb nicht dargestellt.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle PatientInnen > 18 Jahre, die länger als 24 Stunden hospitalisiert waren und im Jahr 2013 ausgetreten sind	
	Ausschlusskriterien	PatientInnen der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie PatientInnen < 18 Jahre	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		4'910	
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

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

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Universitätsklinik für Kinderchirurgie Universitätsklinik für Kinderheilkunde (inkl. Neonatologie) und Kinderchirurgie
Messergebnisse der letzten Befragung (2011)			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Kinderheilkunde	87%	Gesamteindruck	
Kinderchirurgie	85%	Gesamteindruck	
Neonatologie	91%	Gesamteindruck	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:		2011; 2012
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Picker-Fragebogen für Pädiatrie	Name des Messinstituts Picker-Institut
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments	Eltern-Zufriedenheitsbefragung nach Spitalaustritt des Kindes	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	Versand des Fragebogen nach Austritt des Kindes an die Eltern. Alle Eltern, deren Kind in der Messperiode ausgetreten ist und mindestens einen Tag hospitalisiert war	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		632	
Rücklauf in Prozent		64%	Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung (2011)		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	69%	Benchmark: 66% Benchmarking-Teilnehmer: <ul style="list-style-type: none"> • Inselsspital Bern • Epilepsie-Zentrum • Spital Männedorf • Spital Uster • St. Claraspital AG • Regionalspital Surselva
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Thema: Führung	65%	Benchmark: 64%
Thema: Mitarbeiter	68%	Benchmark: 65%
Thema: Partnerschaften & Ressourcen	68%	Benchmark: 63%
Thema: Prozesse	62%	Benchmark: 62%
Thema: Mitarbeiterbezogene Ergebnisse	70%	Benchmark: 69%
Thema: Gesellschaftsbezogene Ergebnisse	66%	Benchmark: 70%
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert: 2012	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Mitarbeiterbefragung im Spital	Name des Messinstituts
			QM RIEDO & QUALIS evaluation

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

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			In verschiedenen Kliniken punktuelle Befragungen, in der Frauenklinik Fragebogenversand
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 Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert.		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung	Bisher erschien die Publikation nicht sinnvoll, da die Evaluation auf ganz spezifische Fragestellungen für das Inselspital fokussierte.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments	Fragebogen mit 3er und 4er Skala	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent	16 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja



Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

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

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

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:			
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swissnoso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Elternbefragung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

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

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

Mit der Methode SQLape®¹ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				Ergebnis ² A, B oder C
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	
Intern	Extern			
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen .				
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung		Die ANQ-Messung 2013 (Datengrundlage 2012) wird pseudonymisiert im September 2014 veröffentlicht. (Vgl auch: www.anq.ch)		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ³

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		
Bemerkung		

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

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

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ⁴ A, B oder C
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen .			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Die ANQ-Messung 2013 (Datengrundlage 2012) wird pseudonymisiert im September 2014 veröffentlicht. (Vgl auch: www.anq.ch)		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵

Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahl auswertbare Operationen		
Bemerkung		

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

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

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

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

Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinanz	Swissnoso				
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?					
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:				
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:				Herz- und Gefässchirurgie; Viszeralchirurgie
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 Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen	99	12	12.1%		
<input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen	74	4	5.4%		
<input checked="" type="checkbox"/> Hernienoperationen	84	4	4.8%		
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	94	21	22.3%		
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)					
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)					
<input checked="" type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)	30	5	16.7%		
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
<p>Infektraten (d.h. die Rate der postoperativen Wundinfekte) in Colonchirurgie und Rektumchirurgie sind tiefer als in der Vorperiode und nun nicht unterscheidbar von Vergleichsspitalern. Bei den Infektionen nach Cholezystektomie stellen wir eine Zunahme gegenüber den Vorjahren fest. Im Frühling 2014 wird deshalb zusammen mit den beteiligten Fachkliniken eine differenzierte Analyse durchgeführt und es werden ggf. Verbesserungsmassnahmen festgelegt und umgesetzt.</p> <p>Im Verlauf des Jahres 2014 wird ein vom ANQ angeordnetes, sogenanntes „Public Reporting“ beginnen. Das heisst, dass alle Spitäler und assoziierte Infektraten öffentlich zugänglich werden. Die dafür benutzte Plattform wird die Website des ANQ sein (Vgl. auch: www.anq.ch). Ein genauer Zeitpunkt steht noch nicht fest.</p>					

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.

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁷ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie	972	30	3.1%		
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen					
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen					
Wertung der Ergebnisse					
In der Herzchirurgie finden wir unverändert eine der tiefsten Infektraten in der Schweiz.					
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.			
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.			
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.			
Bemerkung	Eine Intervention zur Verbesserung einiger Parameter während Operationen wird Ende 2014 in einigen Swissnoso-Spitälern anlaufen. An diesem Projekt wird auch das Inselspital teilnehmen. Derzeit ist deshalb keine zusätzliche, interne Intervention geplant.				

⁷ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁸ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

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

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

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

Deskriptive Messergebnisse 2013	
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁹
In Prozent	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	Die Ergebnisse der ANQ-Messung vom Stichtag 5. Nov. 2013 werden voraussichtlich im Dezember 2014 veröffentlicht. (Vgl auch: www.anq.ch)

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

⁸ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

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

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

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	Die Ergebnisse der ANQ-Messung vom Stichtag 5. Nov. 2013 werden voraussichtlich im Dezember 2014 veröffentlicht. (Vgl auch: www.anq.ch)

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

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

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

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

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

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ¹⁰ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.16	9.06 – 9.27	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.06	8.97 – 9.15	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.84	8.74 – 8.95	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.91	8.81 – 9.01	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.44	9.37 – 9.52	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.
Anzahl angeschriebene Patienten	2'151	
Anzahl eingetroffener Fragebogen	954	Rücklauf in Prozent 44.4 %
Bemerkung	Achtung: Die Werte stellen interne, provisorische Resultate dar. Die definitiven Ergebnisse der ANQ-Messung (September 2013) werden voraussichtlich im Oktober 2014 veröffentlicht. (Vgl auch: www.anq.ch)	

¹⁰ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-6 Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

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:	Siehe Einschluss bzw. Ausschlusskriterien
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse 2013			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ¹¹ CI = 95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.63	8.30 – 8.96	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.64	8.36 – 8.92	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.52	8.20 – 8.84	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.97	8.70 – 9.23	0 = nie 10 = immer
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.13	8.85 – 9.40	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Eltern	320		
Anzahl eingetreffener Fragenbogen	161	Rücklauf in Prozent	50.3 %
Bemerkung	Achtung: Die Werte stellen interne, provisorische Resultate dar. Die definitiven Ergebnisse der ANQ-Messung (September 2013) werden voraussichtlich im Oktober 2014 veröffentlicht. (Vgl auch: www.anq.ch)		

¹¹ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-7 SIRIS Implantatregister

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

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

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 gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch

Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkung		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)

Messthema	Infektionen (andere als mit Swissnoso)
Was wird gemessen?	Infekte mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus MRSA

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

Messergebnisse					
Jahr	Total MRSA-Fälle	(davon community-akquirierte Fälle)	(übrige Fälle)	Total stationäre Spitalaufnahmen	Total MRSA-Fälle pro 1'000 stationäre Aufnahmen (spitalerworbene in Klammern)
2011	59	36	23	38'437	1.5 (0.6)
2012	60	40	20	37'826	1.6 (0.5)
2013	52	36	16	39'602	1.3 (0.4)

<input type="checkbox"/> Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	
Bemerkungen	Der Anteil spitalerworbener MRSA-Fälle ist kleiner als derjenige der außerhalb erworbenen Fälle. Für weitere Auskünfte zu dieser Messung kontaktieren sie bitte jonas.marschall@insel.ch	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten		

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		22 von 30 Kliniken

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
499	unbekannt, es werden nur Sturzfolgen erfasst, unabhängig davon, ob sie zu einer Behandlung führen oder nicht (z.B. Schmerzen, Prellungen etc.)	Stürze ohne Folgen: 273	Die Resultate werden innerhalb der Spitäler des Kantons Bern diskutiert und verglichen. Ein offizielles Benchmarking hat bisher nicht stattgefunden.
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Elektronische Sturzerfassung Inselspital
<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	Alle stationären Patienten
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		
Bemerkung		

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

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

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

Messergebnisse			
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Gradeinteilung nach EPUAP
<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	Alle eintretenden Patienten
	Ausschlusskriterien	Keine
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		5'833
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Hilfsmittelentwicklung (Spezifische Kissen/Rutschmatten)	Reduktion von Dekubitus sowie Scherkräftereduktion	Universitätsklinik Intensivmedizin	Ab Mai 2013
Mitarbeiterschulung	Wissenszuwachs der Mitarbeitenden	Universitätsklinik Intensivmedizin	Ab Mai 2013
Standardisierte Mobilisation (Frühmobilisation)	Frühe Mobilisation und Druckentlastung	Universitätsklinik Intensivmedizin	Einführung ab Oktober 2013

F6 Weiteres Messthema: CH-IQI Indikatoren

Messthema	CH-IQI Indikatoren gemäss Initiative Qualitätsmedizin IQM und Bundesamt für Gesundheit BAG
Was wird gemessen?	Krankheitsspezifische Mortalitätsraten, sonstige Raten und Fallzahlen

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

Messergebnisse	
Messthema	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Zu den wichtigsten akutmedizinischen Krankheitsgruppen werden Analysen der Routinedaten (DRG Datensatz, Medizinische Statistik BFS) durchgeführt. Grundlage sind die Qualitätsindikatoren des BAG (CH-IQI). Dasselbe Indikatoren-Set wird auch von der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) verwendet.	Im Falle von sogenannten statistisch auffälligen Ergebnissen werden Fallbesprechungen auf Ebene Chefarzt durchgeführt (sogenannte Peer Reviews). Dabei handelt es sich um strukturierte Fallbesprechungen. Weitere Details und sämtliche Ergebnisse sind auf der Webseite des Inselspitals verfügbar unter http://www.aerztlicheDirektion.insel.ch/de/qualitaet0/themenaufgaben/iqm-qualitaetsindikatoren/
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

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

F7 Weiteres Messthema: Händehygiene compliance

Messthema	Händehygiene compliance
Was wird gemessen?	Einhaltung von Standards betreffend Händehygiene compliance

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	OP Bereiche, Stationäre Bereiche (ausser Bewachungsstation), Ausgewählte ambulante Bereiche
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Händehygiene compliance	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
OP Bereiche: 60% Stationäre Bereiche: 80% Ambulante Bereiche: 74%	Die OP-Bereiche blieben konstant gegenüber dem Vorjahr (2012: 59%). Ebenso blieben die stationären Bereiche konstant (2012: 81%). In den ambulanten Bereichen fand eine Verbesserung gegenüber dem Vorjahr statt (2012: 62%).
<input type="checkbox"/> Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Das Erfassungsinstrument wurde 2005 von Swissnoso entwickelt und anschließend intern angepasst.
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten		
Bemerkung Anzahl der beobachteten Händehygienehandlungen		OP Bereiche: 1'855 Handlungen Stationäre Bereiche: 2'530 Handlungen Ambulante Bereiche: 702 Handlungen
Bemerkung		Für weitere Auskünfte zu dieser Messung kontaktieren sie bitte jonas.marschall@insel.ch

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Händehygiene compliance	Verbesserung der Händehygiene compliance	Verschiedene Kliniken haben dieses Ziel gewählt	

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

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

Registerübersicht ¹²				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit	Klinik
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/archives/web/ADS/	2007	Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		Universitätsklinik für Kardiologie
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch		Universitätsklinik für Frauenheilkunde
European Adult Cardiac Surgical Database	Herzchirurgie	EACTS (European Association for Cardio-Thoracic Surgery) www.eacts.org/	2005	Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008	Universitätsklinik für Intensivmedizin Abteilung für pädiatrische Intensivbehandlung
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch		Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie
SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch		Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2005	Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie
TARN (Trauma and research network)	Notfallmedizin	The Trauma Audit & Research Network http://eurotam.man.ac.uk/		Universitäres Notfallzentrum
Überwachung der Antibiotikaresistenzen und Isolationen am Inselspital	Infektiologie, Epidemiologie			Alle Kliniken Inselspitalspezifisches Register
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit	An den Standorten
Krebsregister Bern	Alle	www.krebsregister.unibe.ch	2013	Diverse Kliniken

¹² Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/service/forum_medizinische_register.cfm
 Qualitätsbericht 2013
 Inselspital, Universitätsspital Bern

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
ISO 9001:2000	Bereich Medizintechnik	2004	2010	
ISO 9001:2008	Bereich Beschaffung + Logistik	2004	2010	
ISO 9001:2000	Bereich Hauswirtschaft	2006	2012	
ISO 9001:2008	Bereich Technik & Sicherheit	2003	2011	
ISO 9001:2008	Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation am Schweizer Herz- und Gefässzentrum	2008		
ISO 9001:2000 ISO13485:2003	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)	2000 2003	2006	
Concret ©	Bereich Pflege: ambulante und stationäre Pflegeeinheiten (ca. 80 Bereiche)			Laufend werden Überwachungsaudits und Rezertifizierungen durchgeführt
ISO/IEC 17025:2005	Hämatologisches Labor Kinderklinik	2005	2008	
ISO/IEC 17025:2005	Universitätsinstitut für Immunologie	2000	2011	
ISO/IEC 17025:2005	Universitätsinstitut für Klinische Chemie	2000	2010	Nächste Rezertifizierung geplant für 2015
ISO/IEC 17025:2000	Abteilung Humangenetik, Kinderklinik	2005	2008	
ISO/IEC 17025:2005	Molekulare Diagnostik	2005	2008	Wurde ab 2012 integriert in Akkreditierung Universitätsklinik Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor
ISO/IEC 17025:2005	Hämatologie (Erwachsene) Hämatologisches Zentrallabor	2001	2010	
UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)	Klinik für Kinderchirurgie: Bettenstation	2006	2008	
UEMS	Klinik für Kinderchirurgie: Notfall, Poliklinik und Tagesklinik	2006	2009	
EFQM: Anerkennung für Excellence, Stufe 2	Bereich Gastronomie	2008	2011	
EFQM: Verpflichtung für Excellence, Stufe 1	Klinische Ernährung	2009 Verpflichtung zu EFQM		

Angewendete Norm (2. Seite)	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Anerkennungsverfahren gemäss SGI	Universitätsklinik für Intensiv Medizin		2001	
Anerkennungsverfahren gemäss SGI	Abteilung für pädiatrische Intensivbehandlung		2006	
EFQM: Verpflichtung zu Excellence, Stufe 1	Direktion Betrieb - Planen und Bauen	2009 Verpflichtung zu EFQM	keine aktuellen Aktivitäten	
ISO 9001: 2008	Medizinische Codierung (Procod)	2009	2012	
Anforderungskatalog der Deutschen Krebsgesellschaft kombiniert mit ISO 9001	Gynäkologisches Krebszentrum Inselspital Bern	2011		2014 erste Rezertifizierung geplant
ISO/IEC 17025 STS 570	Universitätsklinik Dermatologie: Dermatopathologie	2012		
Normen der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP)	Universitätsklinik für Pneumologie (Ambulante pulmonale Rehabilitation)	2012		
ISO 9001: 2008	Universitätsklinik für Kinderchirurgie (Klinikleitung, Operationsbereich und Druckmessungslabor)	2003	2012	
Anforderungskatalog der Deutschen Krebsgesellschaft kombiniert mit ISO 9001	Universitätsklinik für Frauenheilkunde Brustzentrum	2012		2015 erste Rezertifizierung geplant
Normen der AO Foundation	Universitätsklinik für Kinderchirurgie Anerkennung als AO Clinical Study Center	2012		
ISO 9001	Universitätsklinik für Frauenheilkunde IVF	2006		
Sanacert	Universitätsklinik für Neurologie: Stroke Center Inselspital	2013		2016 erste Rezertifizierung geplant
Anforderungskatalog der Deutschen Krebsgesellschaft kombiniert mit ISO 9001	Universitätsklinik für Thoraxchirurgie Lungenkrebszentrum	2013		2016 erste Rezertifizierung geplant
ISO 9001:2008	Universitätsklinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie	2013		2016 erste Rezertifizierung geplant
ISO 9001:2008	Ärztliche Direktion Medizincontrolling	2013		2016 erste Rezertifizierung geplant
EFQM Committed to Excellence	Universitätsklinik für Frauenheilkunde Gynäkologischen Endokrinologie	2013		2016 erste Rezertifizierung geplant

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)
Optimierung Penezillintestungen	Qualitätssteigerung	Departement Dermatologie, Urologie, Rheumatologie, Nephrologie	
e-RAMIS	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung	Institut für Spitalpharmazie	Abschluss voraussichtlich Juni 2014
Der betagte Mensch als Notfallpatient	Qualitätssteigerung	Departement Intensivmedizin, Notfallmedizin und Anästhesiologie	Abschluss voraussichtlich April 2014
Zertifizierung zum viszeralem Krebszentrum	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung	Departement Magen-Darm, Leber und Lungenkrankheiten	Abschluss voraussichtlich Mai 2014
Zertifizierung zum viszeralem Krebszentrum	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung	Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie	Abschluss voraussichtlich Juni 2014
Zertifizierung im Zusammenhang mit Schwerpunkt Onkologie	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung	Departement Magen-Darm, Leber und Lungenkrankheiten	Abschluss voraussichtlich Juni 2015
EFQM Betriebe	Qualitätssteigerung	Direktion Betriebe	Abschluss voraussichtlich Dezember 2015
Blasenkathetermanagement	Qualitätssteigerung	Direktion Pflege/MTT	Abschluss voraussichtlich Dezember 2015
ISO 9001 Zertifizierung einer Teileinheit des Instituts für DIPR	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung	Departement Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin	Abschluss voraussichtlich Januar 2014
Aufbau Care Team Kataplan – Umsetzung Konzept	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung	Direktionspräsidium	
Pflegesprechstunde CKD/ANP	Qualitätssteigerung	Departement Dermatologie, Urologie, Rheumatologie, Nephrologie	Abschluss voraussichtlich Januar 2014

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.
Bemerkung	Das anonyme Fehlermeldesystem existiert am Inselspital bereits seit 2004 und wurde kontinuierlich ausgebaut. Aus den 34 Meldekreisen werden jährlich ca. 1'800 Berichte eingegeben, die eine wichtige Grundlage zur Ausarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen darstellen.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	ISO-Zertifizierung Fachbereich Medizincontrolling	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	ISO-Erstzertifizierung des Berreiches Medizincontrolling	
Beschreibung	Der Bereich wurde nach der Norm ISO 9001:2008 überprüft	
Projekttablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Ärztliche Direktion/Fachbereich Medizincontrolling	
Involvierte Berufsgruppen	MedizincontrollerInnen	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Erfolgreiche ISO Zertifizierung (ISO 9001:2008)	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitlel	Tumordokumentation am Lungenkrebszentrum	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Standardisierte Tumordokumentation, damit innerhalb des Gesamtprojektes „Zertifizierung im Zusammenhang Schwerpunkt Onkologie“ eine Zertifizierung erreicht werden kann	
Beschreibung	Erstellung von Kriterien, um eine einheitliche Tumordokumentation zu erreichen	
Projekttablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	<ul style="list-style-type: none"> • Universitätsklinik für Thoraxchirurgie • Universitätsklinik für Pneumologie • Universitätsklinik für Medizinische Onkologie • Universitätsklinik für Radio-Onkologie • Universitätsklinik für Nuklearmedizin • Institut für Pathologie • Institut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie 	
Involvierte Berufsgruppen	Ärztliches- und Pflegepersonal	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Erfolgreiche Gesamtzertifizierung	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitlel	ECMO Kinderintensivstation	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Die Behandlung dieser Patienten mit Bedienung der ECMO Geräte obliegt primär der Kinderintensivstation. Weder die Pflege noch ein Grossteil der involvierten Ärzte hatten eine dafür notwendige Spezialisierung und Zertifizierung. Da am Inselspital die Kardiotechnik keinen 24h Betrieb sondern in Randzeiten einen Pikettdienst unterhält, wurde eine Schulung und Zertifizierung der diensthabenden Pflegenden und Ärzte notwendig, um eine hochstehende Qualität und Sicherheit zu gewährleisten.	
Beschreibung	Seit rund 10 Jahren wird bei der Unterstützung von Patienten mit akuter Herzinsuffizienz und/oder respiratorischer Insuffizienz in der Kinderklinik am Inselspital Bern ein kleiner extrakorporeller Kreislauf im Patienten installiert (ECMO = extracorporeal membrane oxygenation, Herzlungenmaschine). ECMO dient meist zur Überbrückung ("bridging") der Akutphase der kardialen oder respiratorischen Insuffizienz bis zur Erholung des Patienten oder einer allfällig nötigen Organtransplantation.	
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Intensivstation der Universitätsklinik für Kinderheilkunde (APIB)	
Involvierte Berufsgruppen		
Projektelevaluation / Konsequenzen	<p>Im Januar 2012 erfuhr die erste Gruppe von Ärzten und Pflegenden am Great Ormond Street Hospital in London eine qualifizierte ECMO Schulung. Zwischenzeitlich hat das gesamte Kardiofachteam der Pflege sowie beinahe der gesamte Ärztee pool der Kinderintensivstation den einwöchigen Kurs in London absolviert. Die interne Schulung ist seit Herbst 2013 fester Bestandteil in der kontinuierlichen Weiterbildung. Voraussichtlich Mitte 2014 werden sämtliche Pflegenden der Kinderintensivstation eine interne oder externe Schulung in ECMO Management erfahren haben.</p> <p>Schon jetzt zeigt sich ein deutlich verbessertes ECMO Management sowohl auf pflegerischer als auch auf ärztlicher Seite. Die Unsicherheiten und Berührungsängste in der Behandlung von ECMO Patienten konnten deutlich vermindert werden, was sich zuletzt auch in den reibungslosen Abläufen und den deutlich geringeren Komplikationen dokumentieren lässt. Dies reflektiert sich zum Teil auch in besserer Akzeptanz und Zufriedenheit in der Behandlung einer sehr komplexen, hochspezialisierten medizinischen Patientengruppe.</p>	
Weiterführende Unterlagen		

Mit der Einführung von SwissDRG im Jahre 2012 ist die Transparenz der erbrachten Leistungen und vor allem die ökonomische Vergleichbarkeit der Spitäler grösser geworden. In Zukunft wird nun auch die Qualität der Leistungserbringung zunehmend an Bedeutung gewinnen und sicher ebenso in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung kommen. Das Qualitätsmanagement und insbesondere die Qualitätsentwicklung werden deshalb die Stellung und das Gewicht des Inselspitals als medizinisches Zentrum und als Stätte der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Gesundheitsmarkt wesentlich mit prägen.

Eine besondere Herausforderung wird in diesem Zusammenhang die Entwicklung des Gesamtunternehmens (Inselspital + Spital Netz Bern) in Zusammenhang mit dem Projekt SMSB (Stärkung des Medizinalstandorts Bern) stellen. SMSB beruht auf einem Beschluss des Regierungsrates des Kantons Bern. Ziel ist die Zusammenführung des Inselspitals mit den Spitälern der Spital Netz Bern AG.

Für die Bereiche Patientensicherheit, klinisches Risikomanagement und Qualitätsmanagement gilt es, im Projekt SMSB durch Koordination und Ausnutzen von Synergien eine stetige Optimierung und Verbesserung in den Kernaufgaben zu erreichen (vgl. auch Kapitel B4, oben). Die effiziente, zweckmässige und patientenzentrierte Betreuung soll in Zukunft noch viel mehr im Vordergrund stehen. Ergänzt durch Kooperation mit führenden Kliniken im In- und Ausland, und unter gleichzeitiger Pflege der lokalen und regionalen Verankerung kann die führende Stellung des Inselspitals und des Spital Netz Bern gefestigt und weiter entwickelt werden. Dank gleichzeitiger Förderung innovativer Methoden in Diagnostik und Therapie kann so letztendlich das Ziel einer kontinuierlichen Sicherstellung und Weiterentwicklung der Patientenbetreuung erreicht werden. Ehrgeizige Ziele die, falls rücksichtsvoll umgesetzt, in der langen, traditionsreichen Geschichte des Inselspitals erlauben, ein weiteres Kapitel des Erfolgs anzufügen.

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 Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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



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

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW). Die Begleitkommission Qualitätsempfehlung der SAMW prüft publizierte Qualitätsberichte und befürwortet die einheitliche Verwendung der strukturierten H+ Vorlage.