



(Bad Zurzach, Baden, Glarus, Braunwald, Zollikerberg)
Quellenstrasse 34
5330 Bad Zurzach



Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

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

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



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

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen



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

Partner



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

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	2
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	2
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	3
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	3
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	3
	C4-4 Personelle Ressourcen	7
D	Qualitätsmessungen	8
	D1 Zufriedenheitsmessungen	8
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	10
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	11
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	13
	D2 ANQ-Indikatoren	14
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	15
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	16
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	17
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	19
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	21
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	23
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	23
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	24
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	25
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	26
	D3-5 Dauerkatheter	27
	D3-6 Weiteres Messthema	28
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	30
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	31
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	31
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	32
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	33
F	Schlusswort und Ausblick	35
G	Anhänge	36

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

A

Einleitung

RehaClinic betreibt und fördert mit der seit Jahren betriebenen Vernetzung in horizontaler wie vertikaler Hinsicht das Konzept der Integrierten Versorgung. Eine bestens funktionierende Behandlungskette ist prädestiniert, die Qualität der Behandlung und Betreuung der Patienten zu steigern.

Um diese Qualität auf ein dauerhaft hohes Niveau zu bringen und sie dort auch zu halten, bedarf es einer konsequenten Spiegelung. RehaClinic nutzt auf der Stufe des Gesamtunternehmens das EFQM-Modell. Das EFQM-Modell für Excellence (European Foundation of Quality Management) unterstützt den Prozess, mit den richtigen Fragestellungen und den konsequenten Antworten das eigene Wirken in seiner Qualität zu optimieren und damit den Erfolg - hier: den Behandlungserfolg - bei den Patienten noch zu steigern. Nach der Lagebeurteilung im Jahr 2010 steht der Nachweis an, die benannten Verbesserungsprojekte erfolgreich ein- und umgesetzt zu haben. Die Vorbereitungen stimmen zuversichtlich, das Audit der ersten Stufe "Verpflichtung zu Excellence" durch einen Validator wird zu Beginn des Jahres 2012 erfolgt sein.

RehaClinic ist mit seinen Standorten auf den Spitalisten der betreffenden angestrebten und relevanten Kantone vertreten. Das ist ein Beleg dafür, dass innerhalb des Unternehmens jedem Standort die gleiche kompromisslose Qualität zugrunde liegt.

Die in den letzten Jahren installierten Messmethoden, Benchmarks, Fragebögen, Sicherheits-, Hygiene- und Qualitätskriterien zeigen die erhoffte Wirkung. Qualität ist aber nicht nur in messbaren Kriterien zu verstehen, sondern bedeutet auch: aktive Forschung, langfristig angesetzte Mitarbeiterqualifikation und Austausch mit unseren Gesundheitspartnern.

Die Gesamtheit unserer Aktivitäten hat im Laufe der Jahre immer weiter zugenommen - das ist nicht nur eine Reaktion auf veränderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, sondern bezeugt ein gewachsenes Verständnis für Abläufe, Zusammenhänge und Notwendigkeiten.

Im Zentrum steht das Bedürfnis unserer Kunden nach dem bestmöglichen Gesundheitszustand - unabhängig davon, ob sie uns zur Prävention oder Rehabilitation, ambulant oder stationär besuchen. Ihre Behandlung und Betreuung ist unser Ziel.

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

<input checked="" type="checkbox"/>	Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.
-------------------------------------	---

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung zu "EFQM Certificate of Excellence" als Führungs- und Qualitätsinstrument • Einführung und Integration der Landschaftsmedizin an RehaClinic und in der Forschung • Projekt 'Fitmacher' (IT-gestütztes Prozessmanagement, KIS, e-health), elektronisches Archiv • Erfolgreiche Audits in den Bereichen SWISS- Reha an den Standorten Braunwald und Glarus
--

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

vergl. Punkt B2

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

<ul style="list-style-type: none"> • Fortsetzung der interdisziplinären Entwicklung von ICF, Fortsetzung der Behandlungs- /Betreuungs-Guidelines an RehaClinic • Forschung, Fortsetzung der Studien auf dem Gebiet der Ergebnismessung in der Rehabilitation (Publikationen ersichtlich auf der Homepage) • IT / e-Health vorantreiben, Einführung von KIS • Umsetzung Personalstrategie (Bildung, Entwicklung, Rekrutierung)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	120 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Judith Meier	056 269 51 61	j.meier@rehaclinic.ch	CEO
Prof. Dr. André Aeschlimann, Leiter Lehre und Forschung	056 269 5312	a.aeschlimann@rehaclinic.ch	CMO
Andrea Kedzia	056 269 53 29	a.kedzia@rehaclinic.ch	Leitung Qualitätsmanagement
Thomas Rösli	056 269 54 15	t.roesli@rehaclinic.ch	Leitung Betriebswirtschaftliches Controlling

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → RehaClinic → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5300 Bad Zurzach, Quellenstrasse 34 • 5401 Baden, Bäderstrasse 16 • 5404 Baden Abteilung «Akutnahe Neurorehabilitation» RehaClinic, c/o Kantonsspital Baden, 6. Etage • 8750 Glarus, Burgstrasse 99 • 8784 Braunwald, Niederschlachtstrasse 12 • 8125 Zollikerberg, Trichtenhauserstrasse 20

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

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 2011 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.

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	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation	Bad Zurzach / Baden	3.5	560	14'795
Internistische Rehabilitation	-	-	-	-
Kardiale Rehabilitation (Angiologie)	Bad Zurzach, Baden,	3.7	89	2'215
Muskuloskelettale Rehabilitation	Bad Zurzach, Baden, Glarus, Zollikerberg	3.8	2'014	41'551
Neurologische Rehabilitation	Bad Zurzach, Baden, Akutnahe Neurorehabilitation Glarus	3.7 (physiotherapeutische Behandlungen)	846	24'884
Onkologische Rehabilitation	Braunwald	3	35	625
Pädiatrische Rehabilitation	-	-	-	-
Psychosomatische Rehabilitation	Bad Zurzach, Braunwald	4	238	6'172
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- i Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- i Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- i Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote	stationär	ambulant
Akutnahe Neurorehabilitation (ANNR) im 8. Stock des Kantonsspitals Baden (KSB)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Bad Zurzach, Ambulatorium RehaClinic	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Baden, Assessment Center Baden, Ambulatorium; Neurologisches Interdisziplinäres Ambulatorium Baden (NIAB), Assessment-Center Baden (ACB)	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Glarus, Neurologische Praxis im Kantonsspital Glarus	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zollikerberg, ambulante Therapie- und Trainingszentrum	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Lenzburg, Reha A	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Wil, Reha A	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zug, Reha A	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Winterthur, Reha A	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Reha City Basel	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zürich Airport, Reha A	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Ambulatorium Neurologie, Medizinisches Zentrum Brugg	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Bad Zurzach/ Baden → Kantonsspital Baden (KSB)	Intensivstation in akutsomatischem Spital	30 /3,5. km
Bad Zurzach/ Baden → ASANA-Spital Leuggern	Notfall in akutsomatischem Spital	10,5/18,4 km
Braunwald/ Glarus → Kantonsspital Glarus, KSGL	Notfall in akutsomatischem Spital	18km/i.Haus
Zollikerberg	Notfall in akutsomatischem Spital	Im Haus

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
RehaClinic pflegt die Zusammenarbeit mit externen Spezialisten und Kliniken über ein Ärztenetzwerk und Spezialisten in der unmittelbaren Nähe des jeweiligen Klinikstandortes.	
Kantonsspital Baden	<ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin unter der Leitung von Prof. Dr. med. Jürg H. Beer und seinem Team • Chirurgie unter der Leitung von Prof. Dr. med. Thomas Kocher und seinem Team • PD Dr. Karim Eid und sein Team • wissenschaftliche und fachtechnische Laborberatung
Kantonsspital Aarau	<ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin unter der Leitung von Prof. Prof. Dr. med. Beat Müller und seinem Team • Neurologie unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ulrich Buettner und seinem Team • Neurochirurgie unter der Leitung von Prof. Dr. med. Javier Fandino und seinem Team
ASANA Spital Leuggern	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Ehrensperger Karl, Spitalfacharzt und Belegarzt-Team
Kantonsspital Glarus	<ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin unter der Leitung von PD Dr. med. Thomas Brack und seinem Team • Chirurgie unter der Leitung von Dr. med. André Rotzer und seinem Team • Kardiologie unter der Leitung von Dr. med. Antonio Bonetti und seinem Team • Im Rahmen der neurologischen Praxis, Zusammenarbeit mit Dr. med. Ralph Benedetti, Facharzt für Handchirurgie und dem Spital Linth, Zusammenarbeit mit Neurologe, Dr. R. Meier und seinem Team
Spital Zollikerberg	<ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin unter der Leitung von PD Dr. med. Ludwig Theodor Heuss und seinem Team • Chirurgie unter der Leitung von Dr. med. Stephan Müller MHA und seinem Team • Kardiologie unter der Leitung von Dr. med. Renata Fatio und ihrem Team
Zusammenarbeit mit Vertragspartnern	
Externe Spezialisten Baden	<ul style="list-style-type: none"> • Röntgeninstitut Baden, in Zusammenarbeit mit Dr. med. Robert Züllig, Facharzt FMH f. med. Radiologie
Spital Bethesda, Basel	<ul style="list-style-type: none"> • Konsiliarische, ärztliche Beratung (Interventionelle Schmerztherapie) laufend durch Dr. Michael Gengenbacher FA Rheumatologie und Prof. Keel von Bethesda Base
KSM Klinik für Schlafmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • PD Dr. med. Jürg Schwander, Facharzt FMH für Innere Medizin
Schulthess Klinik	<ul style="list-style-type: none"> • Forschung (Prof. Dr. med. B. Simmen, Prof. J. Goldhahn und Team)

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)
Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

- ① 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	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation	Alle Standorte mit Ambulatorien / RehaA	1-3	32	
Kardiale Rehabilitation (Angiologische Rehabilitation)	Alle Standorte mit Ambulatorien / RehaA	1-4	646	
Muskuloskelettale Rehabilitation	Alle Standorte mit Ambulatorien / RehaA	1-4	3866	
Neurologische Rehabilitation	Alle Standorte mit Ambulatorien / RehaA	1-5	1957	
Onkologische Rehabilitation	Alle Standorte mit Ambulatorien / RehaA	1-4	40	
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation	Alle Standorte mit Ambulatorien / RehaA	1-5	69	
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- ❶ Spezifische Facharzttitle sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- ❷ Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pflege Tätigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Rheumatologie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Bad Zurzach Baden Zollikerberg
Vorhandene Spezialisierungen (Fortsetzung)	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Bad Zurzach Baden Glarus Braunwald Zollikerberg
Facharzt Neurologie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Bad Zurzach Baden Glarus Baden (ANNR)
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<u>Innere Medizin:</u> Bad Zurzach Baden Baden (ANNR) Zollikerberg
Facharzt Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Braunwald

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	131	98.94

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung				
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Gesamter Betrieb	96%	RehaClinic Glarus hat den best-practise Wert im Gesamtbenchmark aller teilnehmenden Rehabilitationskliniken der Schweiz erreicht		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<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"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	PZ-Benchmark	Name des Messinstitutes	Marty Marktforschung in Zusammenarbeit mit DEMOSCOPE
<input type="checkbox"/> PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input checked="" type="checkbox"/> PZ Benchmark				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		Monatliche Telefonische, randomisierte Befragung mit validiertem Fragebogen durch Demoscope Inhalte: 6 Sektoren: • Eintritt		

	<ul style="list-style-type: none"> • Therapie/Medizin/Pflege • Verschiedene Therapien • Atmosphäre • Infrastruktur/Komfort • Austritt
--	--

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien	Wunsch der Patientinnen und Patienten , dass sie nicht befragt werden	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten	100%	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	Ombudsstelle/Beschwerdemanagement
Name der Ansprechperson	A.Kedzia
Funktion	Leitung Qualitätsmanagement
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	056 269 53 29
Bemerkungen	

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

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<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 Instrumentes <input type="text"/> Name des Messinstitutes <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes <input type="text"/>	

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

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

D1-3 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 nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.		Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mitarbeiterzufriedenheitsmessung	Name des Messinstitutes
			MECON
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Anonymisierte Gesamterhebung mittels validiertem Fragebogen Themen / Inhalte:		
	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsinhalte - Lohnfragen - Arbeitszeit - Weiterbildung - Team - Führung - Arbeitsplatz - Interdisziplinäre Zusammenarbeit - Weitere Leistungen 		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Mitarbeitenden von RehaClinic
	Ausschlusskriterien	Beschäftigungsverhältnis <5 Monate, im Lernverhältnis beshcäftigt
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	498 Fragebögen	

Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
-----------------------	--	-----------------------	-------------------------------	--

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

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

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

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes <input type="text"/> Name des Messinstitutes <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes	Regelmässige semistrukturierte Interviews mit Zuweiser n Telefonische Interviews (CATI-Interviews)

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Zuweiser, d.h. Haus- und Fachärzte (und Spitalärzte), Sozialdienste und Patientenberatung	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

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

Psychiatrie und Rehabilitation:

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

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

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

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

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		Begründung: →Die Erfassung von Wiedereintritten mit SQLape ist lediglich auf Akutspitäler ausgerichtet.
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ⁴		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

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

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

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

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

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen.

Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung: → Die Infekterfassung von Swiss NOSO ist lediglich auf Akutspitäler ausgerichtet. RehaClinic erfasst sämtliche Wundinfekte im Rahmen des Wundmanagements.	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

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

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

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

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.**Verbesserungsaktivitäten**

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

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

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁴, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

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

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

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

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

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

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

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

Dekubitus (Wundliegen)

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

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

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

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

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

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

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

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

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

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

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut <input type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut <input type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> ESOPE <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl
---	--

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	RehaClinic erfasst sämtliche Wundinfekte im Rahmen des Wundmanagements.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

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

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

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

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Risikomanagement / Stürze Definition: Ein Sturz ist jedes plötzliche unbeabsichtigte und unkontrollierte Herunterfallen/(-) gleiten des Körpers aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen auf eine tiefere Ebene

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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:

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
382	79	303	RehaClinic betreut Patienten mit deutlich erhöhtem Sturzrisiko aufgrund multimorbider Erkrankungen.

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

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

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

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

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Dekubiti werden im Rahmen des Wundmanagements erfasst		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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:
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

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

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

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

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

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

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

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

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

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

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

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

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	CIRS
Was wird gemessen?	Alle kritischen Zwischenfälle und "Beinahe-Zwischenfälle"

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamt bearbeitete Fälle: 58* (0.6%) Bereich Medizin/Pflege: 40 Bereich Therapie: 7 Bereich Sicherheit: 8 Bereich Hotellerie/Küche: 3 * verteilt auf 10210 betreute Patienten im Jahre 2011	Bearbeitung aller gemeldeter Fälle, Umsetzung von insgesamt 26 Verbesserungsmaßnahmen.

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

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

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

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

Messthema		ZIHKo (Zurzacher interdisziplinäres HWS-Konzept)	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Bad Zurzach	
Gemessene Abteilungen:	Spezialprogramm	Ergebnis:	siehe Anhang 1 oder Homepage RehaClinic: http://www.reha-clinic.ch/cms/infobereich/ausforschung-und-praxis/veroeffentlichungen.html
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter:		SF 36, HADS, NASS, CSQ, Soziale Demographie
	Auswertungsinstanz:		Auswertung RehaClinic, Abt. Forschung u. Entwicklung

Messthema		ZISP (Zurzacher interdisziplinäres Schmerzprogramm)	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Bad Zurzach, Braunwald	
Gemessene Abteilungen:	Spezialprogramm	Ergebnis:	Neueste Studie s. Anhang oder Homepage RehaClinic: http://www.reha-clinic.ch/cms/infobereich/ausforschung-und-praxis/veroeffentlichungen.html
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter:		SF 36, HADS, MPI, CSQ, Soziale Demographie
	Auswertungsinstanz:		Auswertung RehaClinic, Abt. Forschung u. Entwicklung

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A =Ja, seit 2000 B =nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch		
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch		
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sqi-ssmi.ch		
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch		
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch		
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	A (seit 2000)	B
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch		
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch		
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch		
Überregionale Krebs-register	B:Name der Fachgesellschaft		
Bemerkung			

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

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Anerkennung Swiss Leading Hospitals	Standort Bad Zurzach und Standort Baden	2006 und 2007		Requalifikation beider Standorte im Jahre 2011
Anerkennung Swiss Reha	Standort Bad Zurzach und Standort Baden Standort Glarus Braunwald	2007 2011		Requalifikation beider Standorte im Jahre 2011
Anerkennung als Weiterbildungsstätte FMH für: Physikalische Medizin & Rehabilitation Innere Medizin Rheumatologie Neurologie Neurorehabilitation	Medizin		laufend	
Labor: 4x jährlich Überprüfung, CSCQ-Zertifikat, jährliche Überprüfung QUALAB/H+ Röntgen: laufende Überprüfung und Validierung nach Strahlenschutzverordnung BAG (StSV) durch externe Firma Sterilisation: fortlaufende Validierung Autoklav durch externe Firma Laufende Wartung, Instandhaltung aller medizinisch technischen Apparaturen nach Medizinprodukteverordnung (MepV): durch externe Firma Laufende (wöchentliche) Kontrolle des Thermalwassers nach (Bäderverordnung, Bäv) durch internes Labor und das Kantonallabor	Medizin, Diagnostik und Therapie	laufend		

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Ausbau Qualitätsmanagementsystems	Strukturierte Umsetzung der Qualitätsstrategie, Optimierung der Qualitätsleistung	Gesamtes Unternehmen	2010-2013
Projekt Fitmacher: Implementierung IT-gestütztes Prozessmanagement, sowie Evaluation und Einführung Klinikinformationssystem (KIS) und elektronisches Archiv	Optimierung der Prozessabläufe, Kontinuierliche Prozessverbesserung Definierte Q-Kriterien, regelmäßige, interne Audits Einheitliche Gestaltung der Dokumentation	Gesamtes Unternehmen	Laufende Weiterentwicklung Evaluation und Einführungsphase 1 2010-2012
Projekt 'We are family' Projekt und Gesundheit für Mitarbeiter von RehaClinic	Erhöhung der MA-Zufriedenheit der Unternehmensverbundenheit Interdisziplinäre Teamförderung Aktive Gestaltung einer gemeinsamen Kultur Steigerung des körperlichen u. seelischen Wohlbefinden der Mitarbeitenden	Gesamtes Unternehmen	2009
ICF(international classification of function der WHO)	Kontinuierliche Weiterentwicklung bzgl. Dokumentation und Kommunikation in allen Fachbereichen .	Interdisziplinär	Erweiterung auf alle Bereiche 2011/2012
Projekt Präsenzmanagement	Projekt zu zur Gesundheitsförderung für Mitarbeitende von RehaClinic	Gesamtes Unternehmen	

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	7 Tage Rehabilitation	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	7 Tage Therapieangebot / 7 Tagen Ein- und Austritte	
Beschreibung	Das definierte Therapieprogramm/Leitlinien (Physiotherapie, Ergotherapie, klinische- und Neuropsychologie, Logopädie und Physikalischen Therapie) werden von 5 Tagen auf 7 Tage verteilt	
Projektablauf / Methodik	Verteilung der Therapien auf 6-7 Tage. Ziele: grössere Ruhephasen/Pausen zwischen den einzelnen Therapien, die individuelle Therapieplanung u.a. Patienten-Bedürfnisse/Gewohnheiten können besser berücksichtigt werden z.B. keine Therapien am frühen Morgen, Patienten können ihre Ruhephasen mitbestimmen usw.), weniger Terminkollisionen/Schnittstellen zwischen Visite und den verschiedenen Therapiearten.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Involvierte Berufsgruppen	Therapeuten / Mediziner	
Projektelevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitlel	GeriatRIekonzept	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Aufbau/Sicherstellen der Geriatrischen Fachkompetenz (auf Geriatrie qualifizierte Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal / Fachforum Geriatrie) Ziele: <ul style="list-style-type: none"> - ganzheitliche Betrachtungsweise – medizinische, psychische und soziale Aspekte werden gleichwertig mit einbezogen - enge interdisziplinäre Zusammenarbeit - individuelle Rehabilitation, die auf die persönliche Fähigkeiten jedes Menschen eingeht und ihn nicht überfordert 	
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung von strukturierten geriatrischen Assessments bei Eintritt und Austritt - Diagnostik im Hinblick auf die Erfordernis geriatrischer Behandlung - Erkennen von Risikopatienten - Standardisierte Erfassung von Fähigkeiten und Beeinträchtigungen, die dem geriatrischen Team eine zielgerichtete Behandlung und Verlaufskontrolle zur Überprüfung des Behandlungserfolges ermöglichen 	
Projekttablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassung der Patienten - Geriatrische Assessments - Sturzkonzept: Abklärung / Prophylaxe / Erfassung - Weglaufkonzept - Aktivierend-therapeutische Pflege <p>➤ Anerkennung Swiss Reha</p>	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? RC Region Aargau <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte / Psychologen / Therapeuten / Pflege	
Projektelevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

F

Schlusswort und Ausblick

Ein einmal erreichtes Qualitätsniveau ist kein Freifahrtschein: Nur zu *wissen*, wie es geht, sichert nicht den Erfolg. Mit den gewonnenen oder besser: erarbeiteten Erkenntnissen werden die Bemühungen in RehaClinic zu- und nicht wieder abnehmen. Eine kontinuierliche, unterbrochene Weiterentwicklung hilft bei der Implementierung der einzelnen Qualitätsparameter in unseren neuen Einheiten wie RehaClinic Kilchberg.

Das ist eines der Hauptziele: Dem Patienten überzeugend darzulegen, dass er, egal, an welchem Standort von RehaClinic/RehaA er sich befindet, auf die gleiche gesicherte Qualität in Medizin, Therapie, Pflege, Hotellerie oder Administration zählen kann, - weil im Hintergrund das Feld bereitet ist.

Qualität als eines der Hauptunterscheidungsmerkmale der Kliniken wird auch in Zukunft im Spannungsfeld zwischen wirtschaftlicher Notwendigkeit, gesundheitspolitischer Forderung, aber letztlich auch dem notwendigen Idealismus, der jedes Unternehmen antreibt, stehen.

Qualität war seit jeher ein hervorstechendes Kriterium, nicht erst in der heutigen Zeit. Mit den uns heute zur Verfügung stehenden multimedialen Mitteln, die etwa Messungen erleichtern oder auch erst ermöglichen und die dem Aussenstehenden Vergleiche erlauben, müssen die Ergebnisse nicht nur einmal Prüfungen standhalten. Die "Beweislast" liegt stets beim Anbieter.

Was eine lästige Pflicht sein kann, ist gleichermassen eine grosse Chance. Qualität kann als Sisyphusarbeit betrachtet werden, weil das Ergebnis nie ein objektiv erreichter Endpunkt ist. RehaClinic arbeitet für das Heute und für die Zukunft: das Mögliche zu ermöglichen, ist unser Antrieb.

Forschungsabteilung, RehaClinic, Bad Zurzach

T. Benz, F. Angst, A. Aeschlimann

Behandlung chronischer Schmerzen in der Schweiz: wissenschaftliche Evidenz

Treatment of Chronic Pain in Switzerland: Scientific Evidence

Zusammenfassung

Chronische Schmerzen treten am häufigsten in der unteren Rückenpartie (lumbale Wirbelsäule) auf und beeinträchtigen in der Regel alle Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens. Sie werden oft unzureichend behandelt und verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten. Verschiedene bio-psycho-soziale Faktoren beeinflussen die Schmerzen ebenso wie den Behandlungserfolg und haben zur Entwicklung von multidisziplinären Behandlungsansätzen geführt. Die wissenschaftliche Evaluation von interdisziplinären Behandlungen in stationären Schmerzprogrammen in der Schweiz konnte mittlere bis grosse Verbesserungen in verschiedenen Gesundheitsdimensionen bei Schmerzpatienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen, weichteilrheumatisch bedingten Schmerzen, generalisierten Schmerzsyndromen und Schmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma nachweisen. Diese kurz- und mittelfristigen Resultate bestätigen die internationalen Forschungsergebnisse und sind denjenigen von Standardrehabilitationsprogrammen überlegen. Die Behandlungsergebnisse könnten durch ergänzende, Untergruppen-spezifische Behandlungsansätze optimiert werden.

Schlüsselwörter: Schmerzen, chronische – Behandlung, interdisziplinäre – Evidenz, wissenschaftliche – Schweiz

Einleitung

Schmerzen gehören zu den häufigsten körperlichen Beschwerden in der Bevölkerung. In der Schweiz leiden ungefähr 16% der Gesamtbevölkerung unter chronischen Schmerzen [1]. Die Häufigkeit von chronischen Schmerzen von mittlerer bis starker Intensität liegt in Europa zwischen 12 und 30%, im Mittel bei 19% [1]. Chronische Schmerzen treten am häufigsten in der unteren Rückenpartie (lumbale Wirbelsäule) oder in unspezifischer Form am Rücken auf. Von unspezifischen Rückenschmerzen spricht man, wenn sich kein Entstehungsmechanismus (z.B. Entzündung, Verletzung u.a.) finden, keine gereizte Struktur (z.B. Muskulatur, Diskus, Nervenwurzel u.a.) identifizieren und keine begründete Diagnose stellen lassen. Das heisst, die Ursache der Schmerzen lässt sich nicht eindeutig feststellen. Chronische Schmerzen beeinträchtigen in der Regel alle Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens. Auch das soziale Umfeld von Menschen, die unter Schmerzzuständen leiden, ist oft davon betroffen. Chronische Schmerzen sind eines der am meisten unterschätzten und oft unzureichend behandelten medizi-

nischen Probleme. Die jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten von chronischen Schmerzen in der Schweiz wurden per 1. Januar 2007 auf 2.9 bis 5.8 Milliarden Franken geschätzt [2].

Chronische Schmerzen sind nicht nur durch eine somatische Komponente verursacht, sondern auch durch psychologische, soziale und kulturelle Faktoren [3]. Die Wechselwirkung dieser Prozesse und Faktoren resultiert in unterschiedlichen Schmerzzuständen und unterschiedlicher Wahrnehmung der Beschwerden. Zu diesen so genannt bio-psycho-sozialen Faktoren gehören z.B. Geschlecht, Bildung, soziale Unterstützung, Stress, psychologische Faktoren wie z.B. Depression, Krankheitsumgang (speziell Schmerzbewältigung) und Kontrollüberzeugungen über die Schmerzen. Dieser komplexe Sachverhalt wird unter dem Namen «bio-psycho-soziales Modell» zusammengefasst [4]. Die verschiedenen bio-psycho-sozialen Faktoren beeinflussen den Behandlungserfolg und haben zur Entwicklung von multidisziplinären Behandlungsansätzen geführt [5]. Dabei werden körperliche und psychische Symptome wie auch soziale Funktionsfähigkeit in die Behandlung integriert und verschiedene Disziplinen wie Ärzte, Pflege, Psychologie, Physio-

Im Artikel verwendete Abkürzungen:
ES Effektstärken (engl. effect size)

therapie, Ergotherapie u.a. arbeiten an gemeinsam mit den Patienten festgelegten Zielen. Zur Gewährleistung des gemeinsamen zielgerichteten Arbeitens finden an interdisziplinären Rapporten regelmässig ein Informationsaustausch sowie eine Strategiebesprechung statt.

Die Evidenz der internationalen wissenschaftlichen Literatur zeigt, dass eine intensive (>100 Stunden Therapie pro Programm), multidisziplinäre körperliche, psychologische und soziale (bio-psycho-soziale) Rehabilitation mit dem Ziel einer funktionellen Verbesserung einer ambulanten oder stationären nicht-multidisziplinären Therapie überlegen ist [6]. Bei chronischen Rückenschmerzen kann auch allein durch aktive Übungstherapie eine Verbesserung erzielt werden. Der Vergleich der verschiedenen Arten der Übungstherapien zeigt, dass keine spezielle Form der anderen überlegen ist [7]. Bezogen auf die Schmerzintensität ist die Wirksamkeit von multidisziplinären Programmen jedoch besser als andere aktive Behandlungsmethoden [8]. Verschiedene Studien weisen zudem darauf hin, dass umfassende Schmerzmanagement-Programme die wirksamste und evidenzbasierte Behandlung für Personen mit chronischen Schmerzen ist [9].

In der Schweiz gibt es verschiedene interdisziplinäre Angebote für die stationäre und ambulante Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen, z.B. an der RehaClinic Zuzach und Braunwald, am Spital Interlaken, an der Zürcher Höhenklinik Davos, am Kantonsspital St. Gallen und am Universitätsspital Zürich. Die wissenschaftlichen Evaluationen von Schmerzbehandlungen beschränken sich auf wenige Programme, welche an der RehaClinic Zuzach und Braunwald sowie in der Klinik Valens durchgeführt werden. Ziel dieses Artikels ist es, einen Überblick über die wissenschaftliche Evidenz von interdisziplinären Programmen zur Behandlung von chronischen Schmerzen in der Schweiz

Tab. 1: Vergleich der Behandlungen des interdisziplinären Schmerzprogramms mit der eines individuellen Standardrehabilitationsprogramms in Stunden/Woche [10].

	Interdisziplinäres Schmerzprogramm	Individuelle Standardrehabilitation
Hospitalisation	4 Wochen	3 Wochen
Betreuung durch Pflege, h/Tag	24 h/Tag	24 h/Tag
Untersuchungen durch den Arzt	1.5 h	1 h
Visite durch den Arzt	0.75	0.75
Interdisziplinäre Rapporte	2 (für 6 Patienten)	0.5 (für ca. 20 Patienten)
Information über Schmerz	0.75	0.75
Physiotherapie	2.5	2.0
Herz-Kreislauftraining	2	2
Entspannungstherapie	2	2
Ergotherapie	1	–
Tai Chi/Qi Gong	3	3
Schmerzbewältigungsgruppe	3	–
Bewegungsanalyse nach Cary Rick	3	–
Humorthherapie	1.5	–
Kognitive Verhaltenstherapie	freiwillig, maximal 3	freiwillig, maximal 3
Wassertherapie	freiwillig	2
selbständiges Kraft- und Ausdauertraining	freiwillig	freiwillig

zu geben und die Resultate dieser Studien zusammenzufassen.

Wissenschaftliche Untersuchungen

Interdisziplinäres Behandlungsprogramm versus Standardrehabilitation

Die wissenschaftlichen Untersuchungen in der Schweiz beziehen sich auf interdisziplinäre Behandlungsprogramme auf der Basis des bio-psycho-sozialen Schmerzmodells. Eines dieser Programme [10] richtet sich an Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen (z.B. Kreuzschmerzen, Nackenschmerzen oder Schmerzen, welche die ganze Wirbelsäule betreffen), weichteilrheumatisch bedingten Schmerzen (z.B. Fibromyalgie-Syndrom) oder generalisierten Schmerzsyndromen. Es handelt sich dabei um ein intensives, stationäres,

vierwöchiges interdisziplinäres Therapieprogramm (Tab. 1).

Mit standardisierten, gut getesteten Selbstbeurteilungsfragebogen und Daten aus der Krankengeschichte vor und bis sechs Monate nach der Behandlung wurden die Patienten erfasst und mit Normdaten aus der Bevölkerung verglichen. Die Selbstbeurteilungsfragebogen erfragen verschiedene Gesundheitsdimensionen wie z.B. Schmerz, Funktion und Depression und erfassen diese in Scores (z.B. 0 = kein Schmerz, 10 = maximaler Schmerz). Die Veränderungen der Scores, d.h. die Effekte dieses Programms wurden mittels Effektstärken (*effect size*, ES) dargestellt, wobei ES von mindestens 0.80 grosse Effekte, ES von mindestens 0.50 mittlere Effekte und ES von weniger als 0.50 kleine Effekte bedeuten [11]. Positive ES weisen auf eine Verbesserung, negative ES auf eine Verschlechterung hin.

Die untersuchten 65 Fibromyalgie- und die 60 Rückenschmerzpatienten wiesen zum Eintrittszeitpunkt in die Klinik in allen Dimensionen der Gesundheit, Funktion und Lebensqualität weitaus tiefere Werte, d.h. schlechtere Gesundheit auf als eine vergleichbare Normbevölkerung [12]. In der wissenschaftlichen Analyse dieses Programms konnten gute Reaktionen dieser chronischen Schmerzpatienten nachgewiesen werden. Die bei Austritt aus dem Behandlungsprogramm gemessenen ES erreichten grosse Werte bis 1.09 im Schmerz, körperlicher Rollenerfüllung sowie in psychischen Dimensionen wie Depression und Angst. Mittlere ES bis 0.50 konnten im Umgang mit Schmerz gemessen werden. Drei wie auch sechs Monate nach der Behandlung konnten die Effekte beim Schmerz und den meisten der körperlichen und affektiven Gesundheitsdimensionen, gemeinsam mit Lebensqualität und Umgang mit Schmerzen nachgewiesen werden [12]. Alle Effekte waren sechs Monate nach der Behandlung kleiner, erreichten aber noch ES bis 0.75. Die Verbesserungen für die Fibromyalgie- wie auch die Rückenschmerzpatienten waren bei Austritt ungefähr gleich gross. Diese zwei Kategorien von Schmerzpatienten unterscheiden sich insbesondere in der akuten Phase. Mit zunehmender Dauer der Krankheiten nehmen diese Unterschiede ab. Der den Krankheiten gemeinsame Chronifizierungsprozess erlaubt vergleichbare Behandlungsstrategien innerhalb des gleichen Programms. Die Daten dieser Studie unterstützen dieses Phänomen, da diese zwei Diagnosen in den Resultaten nicht wesentlich voneinander abweichen [12].

Im Vergleich des intensiven, stationären, vierwöchigen, interdisziplinären Therapieprogramms mit einer individuellen Standardrehabilitation (Tab. 1) wurden insbesondere die Effekte der Rehabilitation auf Schmerz, Funktion, psychische Gesundheit, soziale Funktionsfähigkeit und Umgang mit Schmerz mittels eines

Tab. 2: Vergleich von interdisziplinärer Schmerzbehandlung mit Standardrehabilitation bei Austritt und bei der Nachbefragung nach sechs Monaten [10].

	Veränderung von Eintritt bis Austritt		Veränderung von Eintritt bis Nachbefragung nach sechs Monaten	
	Interdisziplinäres Programm	Standardrehabilitation	Interdisziplinäres Programm	Standardrehabilitation
Schmerzempfindung	ES 0.76	ES 0.61	ES 0.44	ES 0.36
Soziale Funktionsfähigkeit	ES 0.52	ES 0.20	ES 0.12	ES 0.33
Katastrophisierende Gedanken	ES 0.32	ES 0.23	ES 0.26	ES 0.24
Schmerzverarbeitung	ES 0.38	ES 0.25	ES 0.18	ES 0.12
Angst	ES 0.26	ES 0.28	ES 0.16	ES 0.26
Lebenskontrolle	ES 0.52	ES 0.39	ES 0.15	ES 0.22

beobachtenden Studiendesigns untersucht [10]. Die Verbesserungen in Schmerzempfindung, sozialer Funktionsfähigkeit und Schmerzverarbeitung waren höher bei der Gruppe im interdisziplinären Schmerzprogramm im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche an einem individuell zusammengestellten Standardrehabilitationsprogramm teilnahm (Tab. 2).

Dies war der Fall, obwohl der Gesundheitszustand der Patienten im interdisziplinären Programm signifikant schlechter war als der der Standardrehabilitationspatienten. Sie waren im Schnitt jünger, litten häufiger an Fibromyalgie und zeigten in allen gemessenen Gesundheitsdimensionen signifikant mehr Symptome oder schlechtere Funktion. Die Patienten im interdisziplinären Programm waren seltener im Arbeitsalltag integriert und empfanden stärkere Schmerzen, geringere körperliche Rollenerfüllung und soziale Funktionsfähigkeit, vermehrt Depression und Angst, geringeres Gefühl der Kontrolle über ihr Leben und mehr katastrophisierende Gedanken [10]. Unter katastrophisierenden Gedanken versteht man die Tendenz, negative Konsequenzen zu erwarten und die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten von negativen Ereignissen zu überschätzen.

Bei der Nachbefragung sechs Monate nach der Rehabilitation waren die Verbesserungen beider Gruppen annähernd gleich mit trendmässig grösseren positiven Effekten der Standardrehabilitationsgruppe in sozialer Funktionsfähigkeit, Angst und Lebenskontrolle (Tab. 2). Hypothetisch kann man deshalb annehmen, dass geeignete ambulante Therapien nach einem stationären, interdisziplinären Schmerzprogramm für die Teilnehmer bedeutende Vorteile bringen würden.

Obenerwähnte Daten unterstützen die Resultate einer Schweizer Multicenter-Studie aus dem Jahre 1998 [13]. Diese Studie vergleicht ein ganzheitlich orientiertes Gruppenbehandlungsprogramm, welches Psychologie, Edukation sowie aktives Training beinhaltet, mit dem traditionellen individuellen physiotherapeutischen Ansatz in der Behandlung von subchronischen und chronischen Rückenschmerzen im Bereich des unteren Rückens. Drei Monate nach Abschluss der vierwöchigen Behandlungsprogramme zeigten beide Gruppen Verbesserungen in funktionellen und psychologischen Parametern. Der ganzheitliche Ansatz, der Selbstkontrolle wie auch Verhaltensänderungen durch Edukation beinhaltet, zeigte nach einem Jahr bessere Langzeitwirkungen bezogen auf die Arbeitsfähigkeit.

Die Bedeutung der Einteilung in Untergruppen

Die für Prognose und Therapie bedeutende Einteilung von chronischen Schmerzpatienten in drei spezifische Untergruppen, die durch unterschiedliche Art und Schwere der Symptomatik und sozialer Unterstützung definiert sind, ist weltweit bekannt [14]. Der sog. «dysfunktionale» Schmerzpatient (DYS) erlebt relativ hohe Schmerzintensität, eine schlechte Funktion und eine starke Depression. Die zweite Untergruppe ID («interpersonally distressed») umfasst Schmerzpatienten mit schlechter sozialer Unterstützung vom Partner oder vom Umfeld. Die dritte Untergruppe AC («adaptive copers») wird durch niedrige Schmerzintensität, geringe Einschränkungen in der Funktion im Alltag und wenig Depression charakterisiert. Diese Untergruppeneinteilung konnte auch bei den Teilnehmern des interdisziplinären Schmerzprogramms in der Schweiz bestätigt werden [15]. Behandlungsergebnisse von standardisierten, interdisziplinären Schmerzprogrammen könnten durch ergänzende individuelle Untergruppen-spezifische Behandlungen optimiert werden [4]. Es könnte sinnvoll sein, Personen des sozialen Umfeldes, z.B. den Partner, in die Therapie eines ID-Patienten mit einzubeziehen, um die soziale Unterstützung zu verbessern.

Zusammenhang von Schmerz und Depression

Angst et al untersuchten den Zusammenhang von Schmerz und Depression bei chronischen Schmerzpatienten [16]. Dieser Zusammenhang lässt sich mit einem Korrelationskoeffizienten (r) ausdrücken, der ein Mass für die Stärke des Zusammenhangs von zwei Variablen ist. Ein Wert von 0 ist ein Hinweis auf das Fehlen eines Zusammenhangs, ein Wert von 1 spricht für einen grossen Zusammenhang. In dieser Studie konnte für die Untergruppe ID ein mittelgrosser Zusammenhang ($r = 0.57$) von Schmerz und Depression aufgezeigt werden, was

vermuten lässt, dass chronische Schmerzen in dieser Untergruppe durch eine Behandlung der Depression beeinflusst werden können und umgekehrt [16]. In der Untergruppe AC besteht kein Zusammenhang ($r = 0.01$) und in der Untergruppe DYS ein schwacher Zusammenhang ($r = 0.26$). Wenn man alle Schmerzpatienten betrachtet, ist der Schmerz mit der Depression entgegen der Erwartungen aus dem Alltag, überraschend schwach korreliert ($r = 0.30$). Dies bedeutet, dass schwer depressive Patienten nicht zwangsläufig viel Schmerzen (und umgekehrt) haben. Weitere Untergruppen-spezifische Behandlungsansätze werden in laufenden Studien untersucht.

Funktions- versus schmerzorientierte Behandlung

Zwei verschiedene Behandlungsansätze bei chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen in der unteren Rückenpartie (lumbale Wirbelsäule) wurden in einer weiteren Studie verglichen [17]. Dabei wurden 176 Patienten mit einer Arbeitsabwesenheit von mindestens sechs Wochen während drei Wochen durch zwei unabhängige multidisziplinäre Behandlungsteams funktions- oder schmerzorientiert behandelt. Neben verschiedenen Therapien (Tab. 3) bestand ein wichtiger Unterschied zwischen diesen zwei Behandlungsansätzen im Umgang mit dem Schmerz. In der funktionsorientierten Behandlung wurde eine Schmerzzunahme durch zunehmende Aktivität erklärt, und die Patienten wurden angewiesen trotz vermehrten Schmerzen die therapeutischen Aktivitäten weiterzuführen.

Bei der schmerzorientierten Behandlung wurde versucht, schmerzverstärkende Aktivitäten zu vermeiden und bei vermehrt auftretenden Schmerzen die Intensität und Ausführungsart der Übungen anzupassen bzw. mit Entspannung die Schmerzen zu reduzieren.

Die Resultate weisen auf bessere Effekte durch den funktionsorientierten Behandlungsansatz hin. Selbstwirksamkeit, Hebekapazität und Schmerzintensität haben sich durch die funktionsorientierte Behandlung signifikant verbessert. Drei Monate nach diesen stationären Rehabilitationen wurde die Arbeitsfähigkeit überprüft. Nach der funktionsorientierten Behandlung konnten 26 Arbeitstage in drei Monaten, nach der schmerzorientierten Behandlung 16 Arbeitstage nachgewiesen werden [17].

Interdisziplinäre Programme bei Schleudertrauma

Ein weiteres standardisiertes, stationäres, interdisziplinäres Programm mit wissenschaftlicher Evaluation behandelt Patienten mit chronischen Nackenschmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma («Schleudertrauma») [18]. Jährlich gibt es in der Schweiz 10'000 Schleudertrauma-Verletzungen aufgrund von Autounfällen [19], wobei ungefähr 10% der Fälle einen chronischen Verlauf haben [20]. Die wissenschaftliche Evidenz über die Wirksamkeit von interdisziplinären Programmen bei Nacken- und Schulterbeschwerden ist im Vergleich zu andern Rehabilitationmethoden sehr gering [21].

Tab. 3: Behandlungsunterschiede der funktions- und schmerzorientierten Behandlung [17].

Funktionsorientierte Behandlung	Schmerzorientierte Behandlung
Arbeitssimulationen	Massage
Krafttraining	Entspannung
Ausdauertraining	Wärmepackung
Herz-Kreislauftraining	Elektrotherapie
	Aktive und passive Mobilisationen

In obenerwähnter Studie wurden 103 Patienten nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma untersucht [18]. Es wurden Veränderungen der biopsychosozialen Gesundheit wie auch der Lebensqualität mit standardisierten, gut getesteten Selbstbeurteilungsfragebogen und Daten aus der Krankengeschichte untersucht. Die Patienten wurden vor, unmittelbar nach sowie drei und sechs Monate nach der Behandlung erfasst. Die Daten wurden mit Normdaten aus der Bevölkerung verglichen und nicht in Relation zu einer Kontrollgruppe gestellt (Tab. 4).

Im Vergleich zu einer Bevölkerungsnorm waren die physische und die psychosoziale Gesundheit ebenso wie Depression und Angst bei den Patienten zu allen Messzeitpunkten viel schlechter. Die Patienten litten insbesondere unter dem Schmerz. Während dem Aufenthalt in der Klinik konnten Verbesserungen in allen wichtigen Gesundheitsdimensionen erzielt werden. Negative Reaktionen bzw. Verschlechterungen konnten nicht festgestellt werden. Bei Austritt aus dem Programm konnten Verbesserungen des Schmerzes, der körperlichen Rollenerfüllung/Funktion, der Vitalität, des Schmerzkopings sowie der Depression nachgewiesen werden (Tab. 5). Sechs Monate nach Eintritt bleiben diese Effekte stabil mit ES von 0.45 bis 0.87. Die Einnahme von Schmerzmedikamenten wie auch von entzündungshemmenden Medikamenten konnte bis zu 80% reduziert werden und insbesondere die Einnahme von Schmerzmitteln blieb auch zu Hause unter der Eintrittsdosis.

Die mittlere und die mediane Arbeitsfähigkeit betragen 12.5 respektive 8 Stunden bei Eintritt in die Klinik und 21.8 bzw. 21 Stunden bei Austritt. Sechs Monate nach Eintritt betragen die mittlere und die mediane Arbeitsfähigkeit 22.7 und 20 Stunden (Tab. 6).

Die Resultate bestätigen eine Studie von Pato et al. [22], in der vier verschie-

Tab. 4: Übersicht über Behandlungen im interdisziplinären Programm nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma in Stunden/Woche [18].

Hospitalisation	4 Wochen
Betreuung durch Pflege	24 h/Tag
Arztkonsultationen	1.5 h
Visite durch den Arzt	0.75
Interdisziplinäre Rapporte (für 5-6 Patienten)	1.5
Information über Schmerz	0.75
Physiotherapie	2.5
Herz-Kreislauftraining	3
Entspannungstherapie	3
Ergotherapie	5
Tai Chi/Qi Gong	3
Schmerzbewältigungsgruppe	2-3
Kognitive Verhaltenstherapie	2-4
Musik-, Maltherapie	2-3
Individuelles Kraft- und Ausdauertraining	freiwillig

Tab. 5: Vergleich der Behandlungseffekte bei Austritt mit der Nachbefragung nach drei bzw. sechs Monaten von Patienten mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma [18].

	Veränderung von Eintritt bis Austritt	Veränderung von Eintritt bis Nachbefragung nach drei Monaten	Veränderung von Eintritt bis Nachbefragung nach sechs Monaten
Schmerzempfindung	ES 0.65	ES 0.59	ES 0.63
Körperliche Rollenerfüllung/Funktion	bis ES 0.87	ES 0.63	ES 0.87
Vitalität	ES 0.67	ES 0.46	ES 0.53
Schmerzkoping	ES 0.41	ES 0.34	ES 0.33
Depression	ES 0.45	ES 0.32	ES 0.26

Tab. 6: Übersicht über mittlere und mediane Arbeitsfähigkeit bei Patienten mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma in Stunden [18].

	Mittlere Arbeitsfähigkeit	Mediane Arbeitsfähigkeit
Vor dem Unfall	41.2	42
Nach dem Unfall	16.5	15
Bei Eintritt in die Klinik	12.5	8
Bei Austritt aus der Klinik	21.8	21
Drei Monate nach Eintritt in die Klinik	20.2	20
Sechs Monate nach Eintritt in die Klinik	22.7	20

dene ambulante Behandlungsstrategien bei Patienten nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma verglichen wurden. Verbesserungen wurden insbesondere bei Behandlungen in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie erzielt. Die Arbeitsfähigkeit konnte bei

zwei Drittel der Patienten verbessert werden.

Fazit

Die wissenschaftliche Evidenz zur Behandlung von chronischen Schmerzen

in der Schweiz bestätigt die internationalen Forschungsergebnisse: durch eine interdisziplinäre Behandlung in einem Schmerzprogramm kann bei Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen, weichteilrheumatisch bedingten Schmerzen, generalisierten Schmerzsyndromen und Schmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma in wichtigen Gesundheitsdimensionen mittlere bis grosse Verbesserungen erzielt werden. Nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma kann die mittlere und die mediane Arbeitsfähigkeit deutlich gesteigert werden. Dabei ist zu erwähnen, dass diese Resultate nicht auf einem einheitlichen Behandlungsansatz basieren. Die besprochenen Studien und Behandlungsprogramme unterscheiden sich in der Behandlungsdauer (drei bis acht Wochen), in der Behandlungsform (ambulant oder stationär) sowie in den Therapiemethoden und Gesamtdauer der Therapie. Zudem wurden die Studien mit verhältnismässig kleinen Patientengruppen durchgeführt. Der untersuchte Zeitraum beschränkt sich auf sechs bis maximal zwölf Monate nach Behandlung, mit tendenziell abnehmenden positiven Behandlungsergebnissen. Daten über langfristige Effekte dieser Programme liegen zum aktuellen Zeitpunkt keine vor.

Die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen sollte in der Schweiz in spezialisierten Institutionen mit interdisziplinären Schmerzprogrammen stattfinden. Aufgrund der vorliegenden Evidenz können intensive interdisziplinäre, bio-psycho-soziale Behandlungsprogramme, welche Bewegungstherapie (Physiotherapie, Ergotherapie u.a.), Verhaltenstherapie (psychologische Einzelgespräche, Schmerzbewältigungsgruppe, Entspannungstherapie u.a.) mit medizinischer Betreuung (Ärzte, Pflege) kombinieren, empfohlen werden. Diese Therapien können durch weitere, an den Patienten angepasste Therapieformen ergänzt werden. Dadurch können Verbesserungen in verschiedenen Gesund-

Key messages

- Die Evidenz aus der Schweizer sowie der internationalen wissenschaftlichen Literatur zeigt, dass eine intensive multidisziplinäre körperliche, psychologische und soziale Rehabilitation mit dem Ziel einer funktionellen Verbesserung einer ambulanten oder stationären nicht-multidisziplinären Therapie bei der Behandlung von chronischen Schmerzen überlegen ist.
- Die für Prognose und Therapie bedeutsame Einteilung von chronischen Schmerzpatienten in drei spezifische Untergruppen ist weltweit bekannt und konnte auch in der Schweiz bestätigt werden. Durch ergänzende individuelle Untergruppenspezifische Behandlungen könnten in Zukunft die Behandlungsergebnisse optimiert werden.
- Bei Betrachtung aller Schmerzpatienten korreliert der Schmerz nur schwach mit der Depression. Dies bedeutet dass schwer depressive Patienten nicht zwangsläufig viel Schmerzen (und umgekehrt) haben.
- Bei chronischen Nackenschmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma können durch eine intensive multidisziplinäre stationäre Rehabilitation Verbesserungen in wichtigen Gesundheitsdimensionen erzielt, die Medikamenteneinnahme reduziert und die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden.

Lernfragen

1. Welche der folgenden Aussagen bezogen auf die wissenschaftliche Evidenz der Behandlung von chronischen Schmerzen in der Schweiz ist nicht korrekt:
 - a) Chronische Schmerzpatienten profitieren kurzfristig in gleichem Ausmass von einem intensiven, stationären und interdisziplinären Therapieprogramm wie von einer individuellen Standardrehabilitation.
 - b) In der Untergruppe ID («interpersonally distressed») besteht ein Hinweis auf eine mögliche Beeinflussung von chronischen Schmerzen durch eine Behandlung der Depression wie auch umgekehrt.
 - c) Durch die Behandlung in einem stationären interdisziplinären Schmerzprogramm können Patienten mit chronischen Nackenschmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma die Einnahme von Schmerzmedikamenten und entzündungshemmenden Medikamenten bis zu 80% reduzieren.
2. Welche der folgenden Aussagen trifft für die Einteilung von chronischen Schmerzpatienten in drei spezifische Subgruppen nicht zu:
 - a) Der «dysfunktionale» Schmerzpatient erlebt eine relativ hohe Schmerzintensität, eine schlechte Funktion und eine geringe Depression.
 - b) Der Schmerzpatient in der Untergruppe ID («interpersonally distressed») erlebt geringe soziale Unterstützung vom Partner oder vom Umfeld.
 - c) Die Untergruppe AC («adaptive copier») ist durch niedrige Schmerzintensität, geringe Einschränkungen in der Funktion im Alltag und wenig Depression charakterisiert.

heitsdimensionen erzielt werden, und den Betroffenen kann ein Stück Lebensqualität zurückgegeben werden.

Abstract

Chronic pain is often seen in the lower back region (lumbar spine). It usually influences different aspects of health and wellbeing, is often treated inadequately and causes important economic costs. Various biopsychosocial factors influence chronic pain and the outcome of medical treatment. This has led to multidisciplinary treatment strategies. The scientific evaluation of interdisciplinary inpatient pain management programs in Switzerland shows moderate to large changes in various health dimensions in subjects with chronic non-specific back pain, fibromyalgia, chronic widespread pain, and after whiplash injury. These short- to mid-term results are confirmed by international scientific evidence. The effects of an interdisciplinary pain management program are higher than those of the standard rehabilitation. Complementary, subgroup-specific pain treatment could optimize these results.

Key words: Chronic pain – interdisciplinary treatment – scientific evidence – Switzerland

Résumé

Les douleurs chroniques apparaissent le plus souvent dans la partie inférieure du dos (colonne vertébrale lombaire). Elles influencent en général tous les aspects de la santé et du bien-être, sont souvent insuffisamment traitées et entraînent des coûts économiques élevés. Différents facteurs biologiques, psychologiques et sociaux influencent les douleurs ainsi que le succès du traitement, et sont à la base de programmes multidisciplinaires. L'évaluation scientifique des traitements interdisciplinaires des programmes suisses contre la douleur a pu montrer des améliorations moyennes à grandes dans différents domaines de la santé, chez des patients hospitalisés avec des douleurs chroniques. Ces résultats confirment les résultats de la recherche internationale, sont supérieurs aux programmes de réhabilitation «standard» et pourraient être optimisés par des approches thérapeutiques spécifiques par sous-groupe.

Mots-clés: Douleur chronique – traitement interdisciplinaire – évidence scientifique – Suisse

Korrespondenzadresse

Thomas Benz, MSc
Forschungsabteilung
RehaClinic
Quellenstrasse 34
5330 Bad Zurzach

t.benz@rehaclinic.ch

Bibliographie

- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
- Oggler W. Volkswirtschaftliche Kosten chronischer Schmerzen in der Schweiz – eine erste Annäherung. *Schweiz. Ärzte Zeitung* 2007;88:1265-1269.
- Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology* 2008;47:670-678.
- Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back-pain. *Spine* 1987;12:632-644.
- Waddell G. The back pain revolution. Vol 1. New York, Churchill Livingstone, 1998:223-240.
- Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001;322:1511-1516.
- Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24:193-204.
- Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J.* 2011;20:19-39.
- Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *J Pain* 2006;11:779-793.
- Angst F, Verra ML, Lehmann S, Brioschi R, Aeschlimann A. Clinical effectiveness of an interdisciplinary pain management program as compared with standard inpatient rehabilitation in chronic pain. A naturalistic prospective outcome study. *J Rehabil Med* 2009;41:569-575.
- Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 1989;27(3 Suppl):178-189.
- Angst F, Brioschi R, Main CJ, Lehmann S, Aeschlimann A. Interdisciplinary rehabilitation in fibromyalgia and chronic back pain: A prospective outcome study with standardized assessments. *J Pain* 2006;7:807-815.

13. Keel PJ, Wittig R, Deutschmann R, et al. Effectiveness of In-patient rehabilitation for sub-chronic and chronic low back pain by an integrative group treatment program (Swiss multicenter study). *Scand J Rehab Med* 1998;30:211-219.
14. Turk DC, Rudy TE. Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:233-238.
15. Verra ML, Angst F, Brioschi R, et al. Does classification of persons with fibromyalgia into Multidimensional Pain Inventory (MPI) subgroups detect differences in outcome from a standard chronic pain management program? *Pain Res Manage* 2009;14:445-453.
16. Angst F, Verra ML, Lehmann S, Aeschlimann A, Angst J. Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients. *Clin J Pain* 2008;24:808-816.
17. Kool JP, Oesch PR, Bachmann S, et al. Increasing days at work using function-centered rehabilitation in nonacute nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:857-864.
18. Angst F, Gysi F, Verra ML, Lehmann S, Jenni W, Aeschlimann A. Interdisciplinary rehabilitation after whiplash injury: An observational prospective outcome study. *J Rehabil Med* 2010;42:350-356.
19. Schweizerischer Versicherungsverband (SVV). Schadenleiterkommission HWS/Task Force HWS. Schlussbericht über die HWS Studien des Schweizerischen Versicherungsverbandes. Swiss Association of Insurances. [cited 2004 March 24]. Available from: http://www.svv.ch/cms/mediaserver/api/getMediadata.cfm?media_id=2465&mandator=w40_mandator_0200.
20. Chappuis G, Soltermann B. Schadenshäufigkeit und Schadenaufwand bei leichten Verletzungen der Halswirbelsäule. Eine schweizerische Besonderheit? *Schweiz Med Forum* 2006;6:398-406.
21. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD002194.
22. Pato U, Di Stefano G, Fravi N, et al. Comparison of randomized treatments for late whiplash. *Neurology* 2010;74:1223-1230.

1. Richtige Antwort a)
 2. Richtige Antwort a)
Antworten zu den Lernfragen