



St. Claraspital AG
Kleinriedenstrasse 30
Postfach
4016 Basel



Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern
und Basel-Stadt

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	4
	B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	4
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010	4
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	5
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	6
	C1 Angebotsübersicht	6
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010	7
D	Qualitätsmessungen	8
	D1 Zufriedenheitsmessungen	8
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	9
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	10
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	11
	D2 ANQ-Indikatoren	12
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape	12
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	13
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	13
	D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	15
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	16
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	16
	D3-2 Stürze	16
	D3-3 Dekubitus (Wundliegen)	17
	D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen	17
	D3-5 Dauerkatheter	18
	D3-6 Weiteres Messthema	18
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	20
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	26
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	26
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	26
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	28
F	Schlusswort und Ausblick	30
G	Impressum	31

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

Das Claraspital, gegründet im Jahr 1928 durch die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz, Ingenbohl, ist heute ein Privatspital mit Schwerpunkten für Magen-Darmleiden, Onkologie und Stoffwechselerkrankungen sowie den Spezialitäten Pneumologie, Urologie, Kardiologie und Orthopädie/Traumatologie. Mit seiner Funktion als Stadtspital gewährleistet das Claraspital eine allgemeine Grundversorgung, ambulante Leistungen und Notfall-Leistungen.

Das Claraspital bietet seinen Patienten eine qualitativ hochstehende und ganzheitliche Medizin sowie Pflege und Betreuung. Diese Grundhaltung wird durch das Leitbild im Haus gefördert und ist in unserer Qualitätspolitik verankert. Zu unseren Qualitätsgrundsätzen gehören die Patientenorientierung, die Vorbildfunktion des Kaders, die Mitarbeiter- und Prozessorientierung sowie der kontinuierliche Verbesserungsprozess. Durch unsere Orientierung an den Qualitätsvorgaben auf allen Ebenen versuchen wir unser übergeordnetes Ziel, das in der Region führende Schwerpunktspital für Magen-Darmleiden, Onkologie und Stoffwechselerkrankungen, zu erreichen.

Im Jahr 2010 wurden die Organisationsprozesse weitergeführt und neue Projekte umgesetzt. Dies betrifft beispielsweise die Kulturförderung im Haus, den Ausbau des Klinikinformationssystems, den Datenschutz, die Arbeit mit Behandlungspfaden, die Errichtung eines psychoonkologischen Dienstes im Haus oder die Einführung der ambulanten Anästhesiesprechstunde.

Die aus der Unternehmensplanung jährlich festgelegten quantitativen Ziele besitzen einen hohen Stellenwert. Die monatliche Kennzahlenerhebung und das Reporting haben sich als fester Bestandteil etabliert. Beispiel dafür ist die Patientenzufriedenheit, deren vorgegebenen Zielwert von 85% in der Betreuungsqualität sowie in der Hotellerie übertroffen wurde. Die festgelegten quantitativen Ziele werden auf Bereichs-, Abteilungs- und Mitarbeiterebene heruntergebrochen. Regelmässige Überprüfungen der Ziele und daraus definierte und umgesetzte Massnahmen tragen zur kontinuierlichen Verbesserung bei.

Das Claraspital hat sich zu einer externen Überprüfung seiner Qualität durch die Stiftung sanaCERT entschieden. 2010 wurden interne Audits zu den einzelnen Standards im Haus durchgeführt sowie die Vorbereitungen zur 2. Re-Zertifizierung 2011 getroffen. Die Küche, das Personalrestaurant und die Cafeteria durchlaufen eine stete Überprüfung und Zertifizierung durch ISO 9001:2008 und absolvierten 2010 das 1. Zwischenaudit erfolgreich.

Mit der Inbetriebnahme des neuen Herzkatheterlabors im Januar 2010 konnte das Claraspital seine Spezialität Kardiologie weiter ausbauen. Ende Jahr wurden die neuen Laborräume ihrer Bestimmung übergeben. Die mit viel Tageslicht durchfluteten Räumlichkeiten zeichnen sich durch ihre funktionelle Einrichtung aus, die effiziente Arbeitsabläufe erlauben. Dazu gehört auch ein neuinstalliertes Rohrpostsystem. Vom Umbau des Untergeschosses profitierte zudem die Bettenzentrale, die sich nun vergrössert und neu gestaltet präsentiert.

Der Jahresbericht 2010 ist auf unserer Website www.claraspital.ch einsehbar.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und –ziele

Die Qualitätsstrategie und –ziele werden vom Verwaltungsrat in der rollenden Unternehmensplanung festgelegt.

Bezüglich seiner Schwerpunkte und Spezialitäten strebt das Claraspital so viel Spezialisierung wie möglich an.

Wichtige Steuerungsgrössen und Qualitätsindikatoren werden in der Unternehmensplanung festgelegt sowie die übergeordneten Zielsetzungen zur Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit, zu Prozessen und Finanzen definiert.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

- Prozesse unter DRG – Optimierung der Prozesse im Spital
- Ausbau des Klinikinformationssystems (KIS)
- Einführung des CIRS-Systems im ganzen Haus
- Durchführung einer Mitarbeiterbefragung

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

- Aktualisierung der 18 bestehenden Behandlungspfade
- Umsetzung des CIRS im ganzen Spital
- Die „Einführung der Medikation und Verordnung“ im KIS wurde auf allen Bettenstationen eingeführt
- Selbstbewertungen für das Re-Zertifizierungs-Audit durch sanaCERT wurden durchgeführt und ein Bericht erstellt
- Die Hotellerie absolvierte erfolgreich das 1. Zwischenaudit ISO 9001:2008
- Das Labor erfüllt die Vorgaben nach QUALAB (Laboratorium Typ B) weiterhin
- In der Pflege wurden die Standards auf die elektronische Pflegedokumentation angepasst, ebenso wie die neue Bildungssystematik und Reorganisation. Die überarbeiteten Behandlungspfade wurden in den Handlungsanweisungen und Weisungen Ärzte/Pflege angepasst
- Eine Mitarbeiterzufriedenheitsmessung wurde durchgeführt
- Eine vom BAG geforderte Stabstelle Strahlenschutz wurde eingerichtet
- Ein Datenschutzleitfaden zur Regelung mit dem Umgang von Patientendaten wurde erarbeitet
- Die Intranet-Plattform „Claranet“ wurde überarbeitet und mit den Prozessen, die nach dem Reorganisationsprozess definiert wurden, übereingestimmt

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Weitere Optimierung der Prozessabläufe im Hinblick auf die Einführung der DRGs
- Nachweis der vom Bund, Kanton und H+ geforderten Qualitätsindikatoren
- Förderung der Unternehmenskultur, Personalentwicklung

- Weiterentwicklung des KIS
- Re-Zertifizierung durch die Stiftung sanaCERT 2011
- Der Aufbau eines neuen sanaCERT Standards

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 160 Stellenprozent zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Peter EICHENBERGER	061 685 86 75	Peter.eichenberger@claraspital.ch	Direktor und Qualitätsbeauftragter
Dr. Gabriele HLAVACEK	061 685 86 81	Gabriele.hlavacek@claraspital.ch	Leiterin Qualitätsmanagement

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 → St. Claraspital
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>	Niedergelassene Konsiliarärzte
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	Niedergelassene Konsiliarärzte
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	
Intensivmedizin	
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	Niedergelassene Konsiliarärzte
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Niedergelassene Konsiliarärzte
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>	
Psychiatrie und Psychotherapie	Niedergelassene Konsiliarärzte

Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	
Ernährungsberatung	
Physiotherapie	
Psychologie	Psychoonkologische Betreuung

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,	22862	19304	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	
Anzahl stationär behandelte Patienten,	9399	8707	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	0	0	
Geleistete Pfl egetage	71266	72183	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	229	229	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7.6	8.3	
Durchschnittliche Bettenbelegung	85.2	86.3	

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 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. Die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 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 2010 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:

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 . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Qualitätsmanagement
Name der Ansprechperson	Dr. Gabriele Hlavacek
Funktion	Leiterin QM
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	061 685 86 81
Bemerkungen	Das Beschwerdemanagement ist integrierter Bestandteil des Qualitätsmanagements.

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.		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2006
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	86.2%	Mittel bis sehr zufrieden
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
	83.3%	Würden das Spital Freunden als Arbeitgeber empfehlen
	92.6%	Würden das Spital Freunden zur Behandlung empfehlen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mitarbeiterzufriedenheit	Name des Messinstitutes
			QM Riedo
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Es wird der Erfüllungsanteil gemessen	
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien	Keine Auswertung von Personengruppen unter 10	
	Rücklauf in Prozenten	54%	Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

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.				
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2003	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2011
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.				

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 Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 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

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 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 Spital-Austritts. 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 wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. Im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

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

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. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung 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:

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.
Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.
SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 . Die Messung umfasst den Zeitraum Januar-Mai und September–Dezember.		

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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Chirurgische Klinik

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung	254	11	4.3%	3.9%	Laparoskopisch und offen (Erfassung ohne Juni-August); 1. Piloterhebung 2. Keine Berücksichtigung des Eingriffsschweregrads sowie des Schweregrads der Infektion
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung				4.5%	
<input type="checkbox"/> Hernieoperation				1.1%	
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	178	8	4.5%	12.7%	Laparoskopisch und offen (Erfassung ohne Juni-August); 1. Piloterhebung 2. Keine Berücksichtigung des Eingriffsschweregrades sowie des Schweregrads der Infektion
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<i>Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.</i>				
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
<input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .					

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

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 Medizinische Abteilungen	Wert	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	5.6	5.3	Keine Berücksichtigung der Fallschwere (onkologisches und palliatives Patientengut)
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	5.4	5.3	
Beurteilung der Organisation	5.4	5.3	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	5.6	5.4	Keine Berücksichtigung der Fallschwere (onkologisches und palliatives Patientengut)
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	5.5	5.4	
Beurteilung der Organisation	5.4	5.3	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

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

² Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)		
Was wird gemessen?	Nosokomiale Infekte		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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:
			Prävalenzstudie der nosokomialen Infekte alle zwei Jahre nächste Messung 2011
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).		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Prävalenzstudie
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze		
Was wird gemessen?	Sturzrate, div. Variablen wie Risikofaktoren, Verletzungen, ...		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Auf neun Bettenstationen und der Tages- und Wochenstation mit unterschiedlichen Fachausrichtungen
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
342	---	---	Ein neues Auswertungsinstrument ist in Bearbeitung. Daher können die Behandlungsfolgen nicht ausgewiesen werden.
<input checked="" 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).		
<input checked="" type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt (in Zusammenarbeit mit dem Waidspital ZH).	Name des Instrumentes: Sturzprotokoll
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)
Was wird gemessen?	Aktuell liegt keine Messung vor.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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 vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Keine Daten	Keine Daten	1. Messung erfolgt im November 2011 (ANQ)

<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).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitseinschränkende 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 2010 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).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<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:

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter	
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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).	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<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:

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Mortalität	
Was wird gemessen?		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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
Mortalitätsrate 2010: 2.2% ohne Palliativpatienten 2.8% mit Palliativpatienten		Keine Veränderung zur Mortalitätsrate 2009
<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).	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<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 Auswertungsinanz:

Messthema	Rehospitalisation
Was wird gemessen?	Wiedereintritt innert 7 Tagen in die gleiche Fachabteilung, unter Ausschluss der onkologischen Patienten

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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
Rehospitalisationsrate 2010 (ohne onkologische Patienten): 1.5%	Keine Veränderung zur Rehospitalisationsrate 2009 (1.5% ohne onkologische Patienten)

<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).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010	
<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:

Messthema	Patientenzufriedenheit
Was wird gemessen?	Erfassung und Auswertung aller eingehenden Patientenrückmeldungen über das Formular „Ihre Meinung interessiert uns“

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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
Zufriedenheit mit Betreuungsqualität: 89.9%	Interne Kennzahl
Zufriedenheit mit Hotel- und Verpflegungsqualität: 85.6%	Interne Kennzahl / Zusätzlich führt die Hotellerie eine zeitlich begrenzte Fokusbefragung durch. Auswertung 2011

<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).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: Ihre Meinung interessiert uns
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
sanaCERT Standard 7	B Bereich Chirurgie	B, C Umsetzung der Vorgaben gemäss sanaCERT-Standard Chirurgie. Wissenschaftliche Tätigkeit, u. a. im Gebiet bariatrische Chirurgie	A laufend Interdisziplinäre kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der Chirurgischen Klinik
AQC	B Bereich Chirurgie	A AQC-Daten für Qualitätssicherung Chirurgie an Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie	C laufend
Komplikationenkonferenz	B Bereich Chirurgie	C Regelmässige Fallbesprechungen und Beteiligung an der Komplikationenkonferenz der Chirurgischen Klinik.	A laufend
Adipositas-Datenbank In Zukunft: AQC	A Bereich Chirurgie und Medizin Adipositaschirurgie	B Führen eines Registers der Behandlung und Nachsorge morbid adipöser Patienten, inkl. Komplikationen. Publikation der Ergebnisse. Nationalfondsstudie zum Vergleich verschiedener OP-Techniken.	A laufend
SGAR ASA	B Bereich Chirurgie Anästhesie	A, B Umsetzung der Richtlinien und Standards der SGAR und der ASA; umfassende postoperative Schmerzbekämpfung (Vorlage gemäss sanaCERT-Standard)	A laufend standardisiertes Arbeiten
Sepsisbehandlung	B Bereich Chirurgie IPS	A, B, C Vorgehen bei Sepsis (gemäss Guidelines der «Surviving Sepsis Campaign» der ESICM, der SCCM und dem Sepsisforum)	A laufend
Kompatibilität bei kontinuierlicher intravenöser Medikamentengabe	B Bereich Chirurgie IPS	B, C Anwendung von Inkompatibilitätsdatenbank zur Vermeidung von Medikamenteninkompatibilitäten; Gebrauch von KIK (Kompatibilität im Katheter) = Software zur Vermeidung von Inkompatibilitäten bei gleichzeitiger Medikamentengabe	A laufend
EKV	B Bereich Chirurgie IPS	C Anwendung eines Standards bei der Durchführung von Kardioversionen	A, laufend Sicherung durch Standards, die im Intranet zur Verfügung stehen
Verordnungsstandard	B Bereich Chirurgie IPS	C Verordnungswesen (Guidelines für die Verordnung von Medikamenten, Infusionen etc.)	A, laufend Sicherung durch Standards, die im Intranet zur Verfügung stehen

MDSI (Minimaler Datensatz Intensivstation)	B Bereich Chirurgie IPS	A Anerkannt durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin; Erfassung von SGI-Patientenkategorien basierend auf NEMS (nine equivalents of nursing manpower use score) und SAS (Sedation-agitation scale); Erfassung des Schweregrades der Erkrankung durch SAPS-2 Score (Simplified Acute Physiology Score); Erfassung von Strukturdaten der Intensivstation (Eintritte, Belegung, Beatmungsdauer etc.)	A, laufend
Komplikationenkonferenz	B Bereich Chirurgie Orthopädie	C Regelmässige Fallbesprechungen und Beteiligung an der Komplikationenkonferenz der Chirurgischen Klinik.	A laufend
MEM	B Bereich Chirurgie Orthopädie	B Übermittlung der Daten und Ergebnisse von Hüftprothese- Operationen an das MEM-Institut	A, mittelfristiges Ziel, Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie verfolgt das Projekt weiter
Schweiz. Gesellschaft für Urologie SGU	B Bereich Chirurgie Urologie	B, C Erfassung und Auswertung der Resultate nach radikaler Prostatektomie und Zystektomie. Wissenschaftliche Tätigkeit: 34 Publikationen 2006-2011	A laufend
Leitlinien der European Association of Urology EAU	B Bereich Chirurgie Urologie	B, C Arbeiten nach abteilungsinternen Leitlinien und Standards, die sich an den jährlich aktualisierten Leitlinien der European Association of Urology orientieren. Beteiligung an der Komplikationenkonferenz der Chirurgischen Klinik.	A laufend
MPG	C Bereich Chirurgie/OP Zentralsterilisation	B Wöchentliche Kontrollen der RDGs mit chemischen Indikatoren, halbjährlich mit Bio- Indikatoren. Jährliche Re-Validierung der Sterilisatoren, Durchführung und Dokumentation von Kontrollprogrammen nach MPG. Externes Audit 2008. Einführung einer Routinekontrolle für Optiken und Fieberglas-Lichtkabel Regelmässige Teilnahme aller Mitarbeiterinnen an Schulungen.	A laufend
Mortalitäts- und Morbidityskonferenz	B Bereich Medizin	C Regelmässige Fallbesprechungen	A Laufend, 1x monatlich
SVGO Leitlinien	B Bereich Medizin Ernährungszentrum	A Diagnostik und Therapie des Diabetes Mellitus nach den	A laufend

		Leitlinien der Diabetesgesellschaften D und CH. Diagnostik und Therapie der Osteoporose nach den Leitlinien der SVGO	
ESPEN Leitlinien	B Bereich Medizin Ernährung/ Stoffwechsel	C Leitlinien zur klinischen Mangelernährung 2002 (European Society of pariental and enteral nutrien), Erfassung auf den medizinischen Stationen	A laufend
SGG	B Bereich Medizin Gastroenterologie	B, C Orientierung über die Richtlinien bzw. Behandlungsstandards der Fachgesellschaft (SGG); Erhalt des ERCP-Fähigkeitsausweises; Erfüllung der Standards der Schweiz. Fachgruppe für sakrale Neuromodulation für Vorabklärung und Therapie; Hygienekontrollen durch Labor Bactlab (Bern) gemäss Richtlinien der Fachgesellschaft SGG.	A laufend
Gastroenterologische-chirurgische Kolloquium	B Bereich Medizin Gastroenterologie	B, C Beteiligung am Interdisziplin. Gastro-Forum, an Interdisziplin. Tumorfallbesprechungen, an Fortbildungen gemeinsam mit Hausärzten, u.a.m. Wissenschaftliche Tätigkeit (34 Publikationen 2007-2011)	A laufend
Strukturierte Programme	B Bereich Medizin Kardiologie	C Strukturierte Programme (Behandlungspfade: Angabe zu Labor, EKG, Aufklärung / Einwilligung am Eintrittstag) zur Vorbereitung und Erfolgskontrolle der Patienten für eine Koronarangiographie, PTCA, Schrittmacher-OP, ICD-Implantation oder Elektrokonversion	A laufend
Kardiologisch-kardiochirurgisches Kolloquium	B Bereich Medizin Kardiologie	C Kardiologisch-kardiochirurgisches Kolloquium, gemeinsam mit der Abt. Herzchirurgie des Unispitals Basel, wobei die Indikation für Herzoperationen (Bypass-OP, Klappen-OP, Diskussion PTCA/-Stent versus Bypass-OP) diskutiert und festgelegt werden; interne Teamsitzungen, um alle Parameter, die der Behandlungsqualität dienen, zu optimieren.	A laufend wöchentlich
Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie	B Bereich Medizin Kardiologie	B, C Prospektive Erfassung aller In-Hospital-Komplikationen bei jedem Patienten, der eine Koronarangiographie, PTCA, Schrittmacher-OP oder ICD-Implantation erhält; systematische Erfassung des Outcome (Morbidität und Mortalität) bei allen Patienten, die zur Herz-OP der Herzchirurgie zugewiesen werden;	A laufend

		Meldung aller Daten (Indikation, Materialeinsatz ff) von Patienten, die Koronarangiographie, PTCA oder PFO-Verschluss erhalten der AG «Interventionelle Kardiologie» der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie; Meldung aller Daten von Patienten, die Herzschrittmacher oder ICD-Implantation erhalten, an die AG «Herzschrittmacher».	
BASKET-PROVE-Studie	B Bereich Medizin Kardiologie	C Teilnahme an der BASKET-PROVE-Studie (2007/2008 Einschluss von 240 Patienten) zur Evaluation des Risikos für spätere Stentthrombosen (vergleichbare metal stent vs. Drug eluting sten; Prospektive, Europäische Multicenter Studie)	A Studienabschluss Dezember 2009, Follow-up läuft weiter
Schweizerischen Krebsliga - Richtlinien	B Bereich Medizin Onkologie	B Umsetzung der Richtlinien der Schweiz. Krebsliga bei der Tumorschmerzbehandlung, u.a. mittels Schulungen, Fallbesprechungen, Richtlinien zur medikamentösen Schmerzbehandlung, Dokumentation und Evaluation.	A laufend Tumorschmerzbehandlung in der Onkologie
Pneumologen Nordwestschweiz	B Bereich Medizin Pneumologie	C Regelmässige Kolloquien mit praktizierenden Pneumologen der Nordwestschweiz (6x / Jahr), ergänzt durch tägliche interne Besprechungen von aktuellen Fällen, die der QS dienen.	A Laufende Sichtung von Resultaten und Problemen bei invasiven Untersuchungen und bei Lungenfunktionstests in der Pneumologie
Schlaf-Kolloquien	B Bereich Medizin Pneumologie	C Regelmässiges Schlaf-Kolloquium des gemeinsamen Zentrums für Schlafmedizin am Bethesda-Spital	A laufend
SGSMP und BAG Richtlinien	B Bereich Medizin Radioonkologie Medizinische Physik	B Umsetzung der Strahlenschutz-Gesetzgebung, der Vorschriften und Richtlinien des BAG und der entsprechenden assoziierten Empfehlungen der SGSMP (Schweizerische Gesellschaft für Strahlenbiologie und Medizinische Physik), sowie Anwendung von Richtlinien internationaler Fachgesellschaften. Erfolgreiche Teilnahme am nationalen Dosimetrievergleich der SGSMP für Photonen und Elektronen (neutrale Überprüfung Dosisreferenzwerte). Jährliche interne Strahlenschutzanweisungen und regelmässige Fortbildungsmassnahmen	A, laufend
Leitlinien, SOP	B Bereich Medizin Radioonkologie	B, C Online-Verifikation und Validierung der Lagerung und Immobilisierung des Patienten am Bestrahlungsgerät durch eine 2D oder 3D Bildgebung (Cone beam	A, laufend

		CT) vor der Bestrahlung. Für alle Tumorentitäten und Abläufe in der Radioonkologie bestehen SOPs; Einsatz von interdisz. Therapiestandards, erarbeitet auf Basis nationaler und internationaler Leitlinien	
Komplikationenkonferenz	B Bereich Medizin Radioonkologie	C Interne Besprechung von Komplikationen bei Therapien von Patienten mit onkologischen Erkrankungen	A, wöchentlich
Apotheke	C Bereich Querschnitt Apotheke	B Onkologie inkl. Zytostatika- Herstellung: CATO Arbeiten gemäss den GMP-Regeln, den PIC-Leitfaden und der SUVA-Richtlinien a) Cato/Phoenix: Verordnungskontrolle auf Plausibilität Standardisierung von onkologischen Protokollen für Arzt/Pflege/Apotheke gemäss aktueller Literatur und Guidelines, standardisierte Herstellungsprotokolle. Sicherheit in der Zytostatikaherstellung in Bezug auf verwendetes Material, Kontrollen durch Personen sowie Computerunterstützte Herstellung. Luftkeim- und Partikelmessungen durch externe Firma (je 1x Jahr und nach jeder Unterbrechung der Lüftung, baulichen Veränderungen/Revisionen); interne Überprüfung 3x/Jahr (Umgebungs- und Reinigungskontrolle); tägl. (Luftkeimmessungen/ Abklatschteste Personal); Mitarbeiterüberprüfung alle 6 Monate (aseptische Herstellung) Erfassung/Analyse Medikationsfehler von onkologischen Verordnungen b) Pharmafair: regelmässiger Austausch zwischen den Leitenden Spitalapotheker/innen der Spitäler Claraspital/Bruderholz/Liestal/Baden/Aarau/ Limmattal c) Interdisziplinarität: Onkorapport, Stationsvisiten, Fallbesprechungen „Interaktionen“ mit Klinik Königsfelden Angebot AFOP-Weiterbildungen „Sicherer Umgang mit Zytostatika“ d) Kompatibilitätsdatenbank KIK: Überprüfung auf Kompatibilitäten e) Mediq: konsiliarische Interaktionsabklärungen	A laufend

QUALAB	C Bereich Querschnitt Labor	B Tägliche interne Kontrollen mit offiziellen Standards, ergänzt durch externe Kontrollmessungen gemäss Qualab (4-8x / Jahr)	A, laufend
SGNM/SSNM	B Bereich Querschnitt Nuklearmedizin	A Sämtliche PET-Untersuchungen werden in einem Minimal Data Set mit Diagnosecode, Indikation und Kostenträgerschaft erfasst und jährlich der Fachgesellschaft SGNM/SSNM gemeldet. Das während einer PET/CT durch den Patienten aufgenommene Dosis-Längenprodukt (DLP) wird dokumentiert und anonymisiert dem BAG gemeldet.	A laufend
EANM u. SNM	B Bereich Querschnitt Nuklearmedizin	A Arbeiten nach Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin und Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (EANM) resp. Amerikanischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SNM)	A laufend
Strahlenschutzrichtlinien BAG	B Bereich Querschnitt Nuklearmedizin	B Umsetzung der Strahlenschutz- Gesetzgebung, der Vorschriften und Richtlinien des BAG; Stichproben und angemeldete Audits durch Abt. Strahlenschutz des BAG, letztmals mit sehr gutem Ergebnis am 30.10.2009; tägliche interne Kontrollen aller relevanten Parameter.	A laufend
Bildverteilung und Befundung	B Bereich Querschnitt Radiologie	C Untersuchungen in allen Röntgenräumen nach internen Untersuchungsstandards. Vereinfachte Prozesse durch PACS. Fallbesprechungen täglich.	A laufend
BAG	A übergreifend	Implementierung einer zentralen Stabstelle Strahlenschutz nach Vorgaben der BAG	Implementierung abgeschlossen. Betrieb aufgenommen
Bemerkungen			
Von grosser Bedeutung für die Behandlung onkologischer Patienten ist das interne interdisziplinäre Tumorboard (2x pro Woche), in dem alle Fälle von Patienten mit onkologischen Erkrankungen besprochen und Therapieempfehlungen definiert werden. Teilnahme durch Onkologen, Radioonkologen, Nuklearmediziner, Gastroenterologen, Chirurgen, Radiologen und Pathologen.			

Legende:

- ¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung
- ² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System
- ³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010

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
sanaCERT	Ganzes Spital	2004	2008	Re-Zertifizierung 3. und 4. März 2011 erfolgreich bestanden
ISO 9001:2008	Küche, Personalrestaurant, Cafeteria	2005	2009	1. Zwischenaudit 28.09.2010, Bureau Veritas Certification
QUALAB	Labor		2010	jährlich
SWIF	Evaluation als Weiterbildungsstätte	2003	2010	FMH und ETH Zürich im Benchmarking Top-Ranking

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Erfassung der Patientenzufriedenheit, offener Fragebogen	Kontinuierliche Verbesserung im Spital	Ganzes Spital	Seit 2002
Erfassung Kritischer Zwischenfälle (CIRS)	Vermeidung von patientenbezogenen Zwischenfällen	Ganzes Spital	Seit 2010 im ganzen Spital
Standard Ernährung	Erfassung und Behandlung von Mangelernährung im ganzen Spital	Medizin	2005, bis 2012 im ganzen Spital
Datenschutz	Datenschutzkonzept, Erstellung und Umsetzung	Ganzes Spital	2009 - 2010
Claranet – Intranetplattform als Arbeitsinstrument	Claranet neu strukturieren, Inhalte anpassen und Zuständigkeiten klären	Ganzes Spital	2009 - 2010
Klinikinformationssystem KIS	Vollständige elektronische Erfassung der Patientenakte	Ganzes Spital	2008 – 2012
„Clara Optima“ internes Verbesserungs- und Vorschlagwesen	Vorschläge und Hinweise vom Personal zu internen Verbesserungen	Ganzes Spital	Seit 2008
Behandlungspfade	Optimierung der Abläufe	Chirurgie/Medizin	Seit 2009
Richtlinie für OP-Bereich erstellen	u. a. Wundinfekte zu minimieren	Spitalhygiene	2011 – 2012
Händehygiene compliance	Erfassung der Händehygiene	Spitalhygiene	Laufend, monatliche Erfassung seit 2010

Kennzahlenerhebung	Monatliche Erhebung der aus der Unternehmensplanung vorgegebenen Qualitätskennzahlen	Ganzes Spital	Seit 2010
Standard Sichere Medikation	Aufbau eines neuen sanaCERT-Standards; Projektbeschreibung und Konzept, Beginn der Umsetzung	Ganzes Spital	2011-2012

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitle	„Projekt Edelweiss“ - Einführung der Medikation und Verordnung im KIS	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Der Ausbau des Klinikinformationssystems wird mit der Einführung der elektronischen Verordnung von Massnahmen und Medikamenten weitergeführt.	
Beschreibung	Etappenweise Einführung der elektronischen Verordnung auf allen Bettenstationen, gewährleistet durch ein ausreichendes Supportteam bestehend aus IT, Pflege und Ärzten	
Projekttablauf / Methodik	Im Rahmen des Aufbaus unseres Klinikinformationssystems. Stationsweise Einführung der elektronischen Medikation und Verordnung zwischen August und September 2010	
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	Alle	
Projektelevaluation / Konsequenzen	laufend	
Weiterführende Unterlagen	Intern	

Projekttitle	Stationäres Case Management	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Ausweitung des stationären Case Managements auf alle Stationen	
Beschreibung	Optimierung der Prozesse in der stationären Phase (Eintritt, Aufenthalt und Austritt)	
Projekttablauf / Methodik	Ist-Analyse, Prozesse definieren, Umsetzung	
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	Alle	
Projektelevaluation / Konsequenzen	laufend	
Weiterführende Unterlagen	Intern	

Projekttitlel	Zusammenarbeit mir Vor- und Nachgelagerten Institutionen	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Behandlungskette der Ein- und Austritte sichern	
Beschreibung	Mittels Vereinbarungen mit anderen Institutionen wurden die Ein- und Austritte im Sinne einer lückenlosen Behandlungskette qualitativ sichergestellt.	
Projektlauf / Methodik	Bedarfsanalyse, Zielsetzungen, Vereinbarungen	
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	Alle	
Projektelevaluation / Konsequenzen	laufend	
Weiterführende Unterlagen	Intern	

F

Schlusswort und Ausblick

Mit Blick auf 2012 und der damit verbundenen Einführung der Fallkostenpauschale arbeitet das Claraspital weiter an seiner Prozessoptimierung und wird alle Anstrengungen treffen, um dafür gerüstet zu sein.

Die zunehmenden externen Anforderungen zu Qualitätsnachweisen werden auch die nächsten Jahre prägen.

Das Claraspital wird sich weiter an seiner Strategie und an den Vorgaben aus der Unternehmensplanung durch den Verwaltungsrat orientieren und den hohen Qualitätsstandard weiterführen. Dazu gehört seit der Gründung des Claraspitals durch die Ingenbohrer Schwestern ein unbeschriebener qualitätsrelevanter Aspekt, nämlich die Bereitschaft unserer Mitarbeitenden, sich stets für die Behandlungsziele unserer Patienten voll und ganz zu engagieren.

Herausgeber / Lesehilfe



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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitätern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualitätsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; frz: **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 <http://www.anq.ch>