

## QUALITÄT UND FALLPAUSCHALE?

DAS MESSPROGRAMM 2008 BIS 2016  
bietet Einblick in Teilaspekte der Qualität  
vor und nach der Einführung von SwissDRG  
in den Zürcher Spitälern.

Zum Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) gehören Listenspitäler, Rehabilitationskliniken, Spezialkliniken und Pflegezentren im Kanton Zürich sowie die Spitäler Schaffhausen. Die 30 Mitglieder des VZK beschäftigen rund 33 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Als Arbeitgeberverband vertritt der VZK die Interessen seiner Mitglieder in der Öffentlichkeit, gegenüber Politik und Behörden, Sozialpartnern, Kranken- und Unfallversicherern. Zudem setzt sich der VZK für eine hochstehende Qualität der Gesundheitsversorgung ein.

Mehr Informationen finden Sie auf [www.vzk.ch](http://www.vzk.ch).

# VORWORT

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

Gesundheit ist für jeden Menschen von übergeordneter und existenzieller Bedeutung. Deshalb ist das Thema Qualität für den Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) und seine Mitglieder auch zentral.

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007 hat sich die Spitalfinanzierung grundsätzlich verändert. Seit 2012 werden alle stationären Behandlungen leistungsbezogen gemäss dem System von SwissDRG vergütet.

Jeder Wechsel ist mit Chancen und Unsicherheiten verbunden. Kritiker befürchteten, dass das neue System zu Qualitätseinbussen führen würde. Dass dies nicht der Fall ist, zeigen die Ergebnisse des vorliegenden Messberichts. Die Erhebungen fanden von 2008 bis 2016 statt und zeigen die Qualitätsergebnisse vor und nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Ihre Resultate repräsentieren die Situation der Listenspitäler im Kanton Zürich.

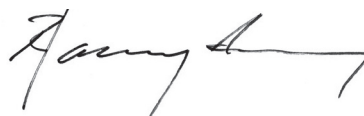
Verleitet ein positives Ergebnis dazu, sich zurückzulehnen? Auf keinen Fall! Die Gesundheitspolitik des VZK hat das klare Ziel, Innovationen umzusetzen und dabei Erfahrungen aus der Praxis einfließen zu lassen. Zusammen mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich haben Experten seitens Leistungserbringer (Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychiatrien), Versicherer und Patientenorganisationen in den letzten Jahren eine zukunftsweisende kantonale Qualitätsstrategie erarbeitet. Diese konnte im Januar 2017 unterzeichnet werden und bildet den strategischen Rahmen für künftige Messungen und Aktivitäten.

Der VZK dankt allen, die sich dafür engagiert haben, das vorliegende Messprogramm aufzugleisen und umzusetzen. Grösster Respekt gilt den rund 33 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unserer Mitglieder: Sie sorgen jeden Tag rund um die Uhr und in einem höchst komplexen Umfeld dafür, dass unsere Gesundheitsversorgung von erstklassiger Qualität ist.

Verband Zürcher Krankenhäuser



Dr. phil. Christian Schär  
Präsident



Ralph Baumgartner  
Präsident Qualitätskommission

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007 führte zu einem Wechsel in der Spitalfinanzierung. Seit dem 1. Januar 2012 werden stationäre Behandlungen über Fallpauschalen nach dem System von SwissDRG vergütet.

Der Verband Zürcher Krankenhäuser hat im Rahmen seiner Qualitätssicherungsstrategie ein Messprogramm aufgestellt – frühzeitig und in seiner Systematik schweizweit einzigartig. Die Erhebungen fanden von 2008 bis 2016 statt. Ziel war es, die Situation vor und nach der Einführung von SwissDRG systematisch zu beobachten und darzustellen. Umgesetzt hat das Messprogramm die hcri AG, seinen Ursprung fand es im Verein Outcome.

# INHALT

## EINFÜHRUNG

---

HERAUSFORDERUNGEN BEI DER EINFÜHRUNG VON SwissDRG	6
--	---

MESSPROGRAMM ZUR EINFÜHRUNG DER FALLPAUSCHALE	8
--	---

## ERGEBNISSE

---

QUALITÄTSNIVEAU WEITERHIN HOCH	11
--------------------------------	----

PATIENTENBEFRAGUNG	12
ZUWEISERBEFRAGUNG	16
STURZGEFÄHRDUNG	18
AUSTRITTSMANAGEMENT	20
STIMMEN AUS DER PRAXIS	23

---

HINTERGRUNDINFORMATIONEN	24
--------------------------	----

IMPRESSUM	26
-----------	----

# HERAUSFORDERUNGEN BEI DER EINFÜHRUNG VON SwissDRG

Das revidierte Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 21. Dezember 2007 hat die gesamte Spitalfinanzierung verändert, seitdem es anfangs 2009 in Kraft gesetzt wurde. Neu sind folgende Punkte.

**1**

**Leistungsbezogene Fallpauschalen, die auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen für den stationären Bereich basieren.**

**2**

**Die dual-fixe Finanzierung stationärer Leistungen: Der Kanton bezahlt mindestens 55 % der Kosten, Versicherungen und Patienten tragen höchstens 45 %.**

**3**

**Die freie Spitalwahl gilt in der ganzen Schweiz.**

**4**

**Vorgaben für die Spitalplanung durch die Gesundheitsdirektion der jeweiligen Kantone durch Spitallisten.**

Abgerechnet werden stationäre akutsomatische Behandlungen seit dem 1. Januar 2012 nicht mehr über Tagespauschalen, sondern über eine leistungsbezogene Pauschale pro Behandlungsfall (SwissDRG = Swiss Diagnosis Related Groups). Der Systemwechsel macht Krankheitsbehandlungen schweizweit vergleichbarer und sollte zu Kosteneinsparungen führen.

## WIE FUNKTIONIERT SwissDRG?

Beim Fallpauschalensystem SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und mit einem Kostengewicht versehen. Die Höhe der Vergütung ergibt sich, in-

dem man dieses Kostengewicht mit einem für das Spital geltenden Basisfallpreis multipliziert.

Als die Fallpauschale eingeführt wurde, gaben Kritiker zu bedenken, Patientinnen und Patienten könnten aus Renditeüberlegungen zu früh entlassen werden. Diese Befürchtung hat sich nicht bewahrheitet. Bei der Ausgestaltung und Berechnung der Fallpauschalen wurde für jede Behandlung spezifisch festgelegt, welche Leistungen nötig sind, und wie lange ein Spitalaufenthalt im Normalfall für diesen medizinischen Eingriff dauert. Spitäler sind aufgrund des DRG-Systems sehr daran interessiert, dass Patientinnen und Patienten nicht zu früh entlassen werden: Jeder Wiedereintritt innerhalb bestimmter Fristen muss über die ursprünglich festgelegte Fallpauschale abgerechnet werden.

## QUALITÄT: EIN BLICK ZURÜCK

Im Qualitätsmanagement übernahmen die Listenspitäler im Kanton Zürich seit der Jahrtausendwende schweizweit eine führende Rolle. So baute man im Rahmen des Projektes LORAS der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Qualitätsmessungen auf. Ziel war, das Resultat einer medizinischen Leistung zu messen. Dabei hatte der Verein Outcome, der sich aus Gesundheitsdirektion, VZK und Versicherern zusammensetzte, zwei Aufgaben: Er sollte die Messungen einerseits durchführen und weiterentwickeln, andererseits die teilnehmenden Organisationen miteinander vergleichen. Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung entfiel die Finanzierungsgrundlage für den Betrieb des Vereins. Zudem übernahmen Gremien, die sich auf nationaler Ebene zusammensetzten, ähnliche Aufgaben wie der Verein Outcome. Er wurde in der Folge in die hcri AG (health care research institute) überführt.

## QUALITÄT: EIN BLICK NACH VORNE

Einen wichtigen Meilenstein setzten die Partner der kantonalen Gesundheitsversorgung im Januar 2017, als sie eine gemeinsam erarbeitete Qualitätsstrategie unterzeichneten. Auf ihr basiert die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements im Zürcher Gesundheitswesen. Das Pro-

jektteam, welches die Strategie erarbeitet hatte, setzte sich aus verschiedenen Experten zusammen – vertreten waren Leistungserbringer (Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychiatrien), Versicherer und Patientenorganisationen. Unterstützt wurde das Projektteam durch ein Advisory Board. In diesen Beirat wurden kantonal, national und international anerkannte Fachpersonen berufen.

Der Leistungsauftrag verpflichtet die Zürcher Listenspitäler, definierte Minimalstandards strikte einzuhalten. Darüber hinaus soll aber auch ein Qualitätswettbewerb stattfinden dürfen. So können in jedem Spital in selbst definierten Gebieten Höchststandards erreicht werden.

#### MESSEN IST KEIN SELBSTZWECK

Messergebnisse mögen für die Medien und die Öffentlichkeit interessant sein. Aber noch wichtiger sind sie für den Arbeitsalltag unserer Mitglieder und die Sicherheit aller Patientinnen und Patienten. Ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess findet nur dann statt, wenn die Resultate anhand der konkreten Situation reflektiert und wo nötig entsprechende Massnahmen eingeleitet werden.

#### DIE ROLLE DES VZK

Über einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess sollen zwei Faktoren laufend optimiert werden: die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie die Vernetzung mit nachgelagerten Leistungserbringern. Aufgabe des VZK ist es, seine Mitglieder bei dieser Entwicklung tatkräftig zu unterstützen. Um Lerneffekte systematisch nutzbar zu machen, etablierte sich die Qualitätskommission des VZK. Dieses Gremium aus Spitalvertreterinnen und -vertretern widmet sich den betriebsübergreifenden Fragestellungen der Qualität.

#### ZÜRCHER SPITÄLER ARBEITEN EFFIZIENT ...

Die Zürcher Spitäler und Kliniken gehören zu den effizientesten, kostengünstigsten und gleichzeitig qualitativ guten Gesundheitsinstitutionen der Schweiz. Ihre Fallkosten sind im interkantonalen Vergleich unterdurchschnittlich. Zu Beginn der neuen Spitalfinanzierung 2012 betrug die mit

Versichereranteilen gewichtete Fallpauschale rund 9550 Franken, Ende 2018 wird sie nur 100 Franken darüber liegen. Über sieben Jahre gesehen, bedeutet dies einen jährlichen Anstieg von 0.15 %. Dieser minimale Zuwachs zeigt klar, dass die Kostenexplosion andernorts stattfindet.

#### ... ABER NICHT KOSTENDECKEND

Das Krankenversicherungsgesetz sieht vor, dass die Tarife von den Tarifpartnern vertraglich festgelegt werden. In der Praxis gelingt dies jedoch nur in wenigen Fällen. Meistens beteiligen sich die kantonalen Behörden, der Bundesrat oder das Bundesverwaltungsgericht massgeblich bei der Festlegung der Preise. Dies führt zu Tarifen, die im Durchschnitt nicht kostendeckend sind. Quersubventioniert werden sie durch Erträge aus den Zusatzversicherungen. Diese Unterdeckung bei stationären (SwissDRG) sowie bei ambulanten Behandlungen (TARMED) basiert auf einem Systemfehler, der falsche Signale sendet. Das schafft Anreize ökonomischer Art, zum Beispiel ambulant machbare Operationen stationär durchzuführen.

#### FÜR FAIRE BEDINGUNGEN: NATIONALER BENCHMARK GEFORDERT

Die durchschnittliche Fallschwere über alle Zürcher Spitäler nach SwissDRG liegt klar über dem schweizerischen Durchschnitt. Das unterstreicht die wichtige Rolle, die die Zürcher Spitäler in der Behandlung von komplexen Fällen einnehmen. Ein weiterer Beleg für die Attraktivität des Spitalstandortes Zürich sind die zahlreichen ausserkantonalen Patientinnen und Patienten. Um gleich lange Spiesse für alle zu bekommen, setzt sich der VZK für einen nationalen Benchmark ein. Nur so wird man dem KVG-Grundsatz der «Finanzierung der Fälle» (Subjektfinanzierung) anstatt «Finanzierung der Spitäler» (Objektfinanzierung) gerecht. Zudem setzt sich der VZK dafür ein, dass der Systemfehler nicht kostendeckender Tarife in der Grundversicherung längerfristig behoben wird.

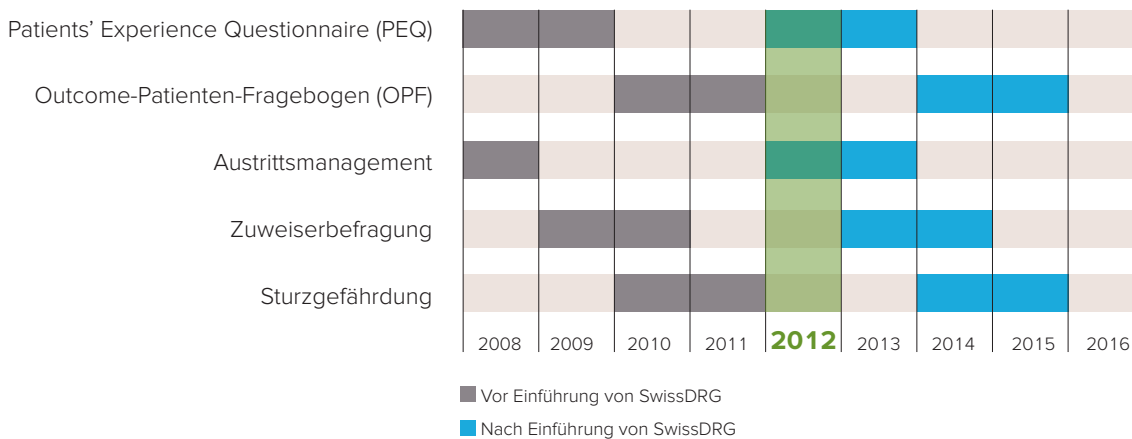
# MESSPROGRAMM ZUR EINFÜHRUNG DER FALLPAUSCHALE

Der VZK hat im Rahmen seiner Qualitätssicherungsstrategie ein Messprogramm für die Zeit von 2008 bis 2016 aufgestellt – frühzeitig und in seiner Systematik schweizweit einzigartig. Das Programm sollte die Einführung von SwissDRG vor und nach der Einführung der neuen Finanzierung ab 2012 systematisch beobachten.<sup>1</sup> Seinen Ursprung hat das Programm im Verein Outcome. Das Messprogramm wurde als Teil der Qualitätssicherungsstrategie in die Leistungsverträge der Zürcher Spitäler aufgenommen. Ausserdem müssen die Leistungserbringer an Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) teilnehmen. Darüber hinaus wurden die Leistungserbringer dazu verpflichtet, die bis Ende 2011 durchgeführten Outcome-Messungen bis 2016 weiterzuführen.

Das systematische Monitoring der VZK-Spitäler kann punktuell mitbeantworten, ob die Einführung von SwissDRG Auswirkungen auf die Versorgungsqualität beziehungsweise auf die Patienten- und Zuweiserzufriedenheit hatte.

## VZK-MESSPROGRAMM

Abbildung 1



Systemisch gesehen sind die Themen des Messprogramms Bereiche, die vom Wechsel des Finanzierungssystems 2012 auf leistungsbezogene Fallpauschalen direkt betroffen sind.

Es wurde bewusst ein Messzeitraum von zwei Jahren gewählt, damit die Spitäler ihre Planung flexibel angehen konnten. Die Messungen mussten entweder im einen oder anderen Jahr durchgeführt werden.

<sup>1</sup> Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrats des Kantons Zürich, Sitzung vom 2. März 2011, KR-Nr. 33/2011 und KR-Nr. 375/2010.



# ÜBERBLICK ÜBER DIE MESSBETEILIGUNG

	PATIENTENBEFRAGUNG		AUSTRITTS-	ZUWEISER-	STURZGE-
	PEQ	OPF	MANAGEMENT	BEFRAGUNG	FÄHRDUNG
Spital Affoltern	■	■	■	■	■
Spital Bülach AG	■	■	■	■	■
Uroviva Bülach	■	■	■	■	■
See-Spital, Horgen und Kilchberg	■	■	■	■	■
Spital Männedorf AG	■	■	■	■	■
Paracelsus-Spital Richterswil AG	■	■	■	■	■
Spitäler Schaffhausen	■	■	■	■	■
Spital Limmattal, Schlieren	■	■	■	■	■
Spital Uster	■	■	■	■	■
GZO AG Spital Wetzikon	■	■	■	■	■
Kantonsspital Winterthur	■	■	■	■	■
Spital Zollikerberg	■	■	■	■	■
Limmatklinik AG, Zürich	■	■	■	■	■
Schulthess Klinik, Zürich	■	■	■	■	■
Klinik Lengg AG, Zürich	■	■	■	■	■
Stadtspital Triemli, Zürich	■	■	■	■	■
Stadtspital Waid, Zürich	■	■	■	■	■
Universitätsklinik Balgrist, Zürich	■	■	■	■	■

Tabelle 1

■ Der Leistungserbringer hat teilgenommen und ist im Datenpool des jeweiligen Messthemas enthalten.  
■ Der Leistungserbringer hat teilgenommen, ist aber nicht im Datenpool enthalten.  
■ Der Leistungserbringer hat nicht teilgenommen.

Die Tabelle veranschaulicht die Messbeteiligung der VZK-Spitäler zu den einzelnen Themen. Im Rahmen der Harmonisierung des Datenpools wurden nur VZK-Spitäler berücksichtigt, die vor und nach der Einführung von SwissDRG an den Erhebungen teilgenommen haben. Weiter gibt es beim Interpretieren von Tabelle 1 Folgendes zu beachten.

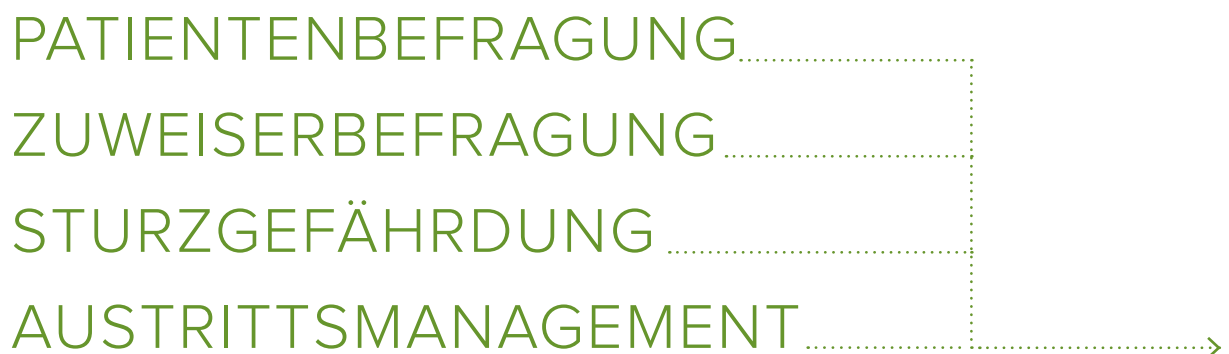
- Das See-Spital hat sich am Messprogramm des VZK beteiligt, wurde aber nicht im Datenpool aufgenommen, weil es aus den beiden Spitälern Zimmerberg Horgen und Sanitas Kilchberg entstanden ist und fusionsbedingt zu einer neuen Organisation wurde. Die Daten des See-Spitals hätten sich nur schwer vergleichen lassen, da sich Leistungsspektrum sowie Organisation nach der Fusion grundsätzlich verändert haben.
- Leistungserbringer wie das Kinderspital, die Zürcher RehaZentren Wald und Davos sowie die Klinik Lengg AG nehmen eine spezielle Rolle ein. Diese Betriebe führten spezifische Erhebungen durch. Das UniversitätsSpital Zürich hat an internationalen Messprogrammen teilgenommen.
- Die Klinik Lengg AG (Epilepsie-Klinik) behandelt – ähnlich wie Psychiatrien – Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen und Störungen, die eine andere Erhebungsart erfordern. Deshalb wurden nur die Daten aus der Zuweiserbefragung berücksichtigt.
- Die Spitäler Schaffhausen und die Klinik Hirslanden AG Zürich traten dem VZK erst 2013 bei. Die Spitäler Schaffhausen nahmen jedoch schon vorher freiwillig an der PEQ-Umfrage teil.
- Die Limmatklinik AG erhielt erst im Jahr 2012 einen öffentlichen Leistungsauftrag. Das Paracelsus-Spital Richterswil AG hatte vor 2012 einen anderen Leistungsauftrag.



# QUALITÄTSNIVEAU WEITERHIN HOCH

Die Qualität in den ausgewählten Themen befindet sich auch nach dem Wechsel der Finanzierungsform auf hohem Niveau. Das zeigen die Ergebnisse des Messprogramms der VZK-Spitäler deutlich. Im Vorfeld geäusserte Befürchtungen haben sich nicht bewahrheitet. Im Gegenteil: Die Patientenzufriedenheit ist weiterhin gross, die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten hat sich leicht verbessert, und die Gefahr, im Spital zu stürzen, ist eher gesunken.

Nachfolgend stellen wir ausgewählte Ergebnisse aus dem VZK-Messprogramm von 2008 bis 2016 vor. Zunächst werden die Resultate aus dem Bereich Patientenzufriedenheit betrachtet, sie basieren auf den beiden Instrumenten PEQ und OPF<sup>2</sup>. Danach folgen die Ergebnisse aus der Zuweiserbefragung, dem Austrittsmanagement und den Untersuchungen zur Sturzgefährdung.



<sup>2</sup> PEQ: Patients' Experience Questionnaire, OPF: Outcome-Patienten-Fragebogen.

# PATIENTENBEFRAGUNG

Die Erhebung der Patientenzufriedenheit spiegelt das subjektive Empfinden von Patientinnen und Patienten wider. Als strategische Kennzahl ist sie im heutigen Spitalalltag nicht mehr wegzudenken. Die Patientinnen und Patienten haben ihre Fragebogen zwei bis vier Wochen nach dem stationären Aufenthalt erhalten. Im VZK-Messprogramm wurden zwei verschiedene Fragebogen eingesetzt, die sich im Detaillierungsgrad unterscheiden.

## ERHEBUNG DER PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DEM PEQ-FRAGEBOGEN



Hier zeigen sich hohe Zufriedenheitswerte sowohl vor als auch nach der Einführung von Swiss-DRG. Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten lässt sich festhalten, dass die Zufriedenheit konstant hoch ist – mit den Ärzten, den Pflegefachpersonen und den Serviceleistungen beziehungsweise der Hotellerie und Infrastruktur innerhalb der VZK-Spitäler. Verbesserungspotenzial gibt es in geringem Umfang nach wie vor. Als Beispiel seien im Bereich Organisation, Management und Service die Wartezeiten während des Spitalaufenthaltes erwähnt, die von den Befragten als unangenehm empfunden werden.

Spitäler, die ihre Prozesse auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ausrichten, können Wartezeiten reduzieren. Zudem wird das Warten als weniger störend erlebt, wenn man über die Gründe informiert. Verbesserungspotenzial gibt es auch bei der Hotellerie beziehungsweise bei der Essensversorgung. Viele Spitäler haben diesen Bereich inzwischen ausgebaut. Einerseits, um noch besser auf geäußerte Wünsche einzugehen, andererseits, um sich von Mitbewerbern abzuheben.



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT PEQ

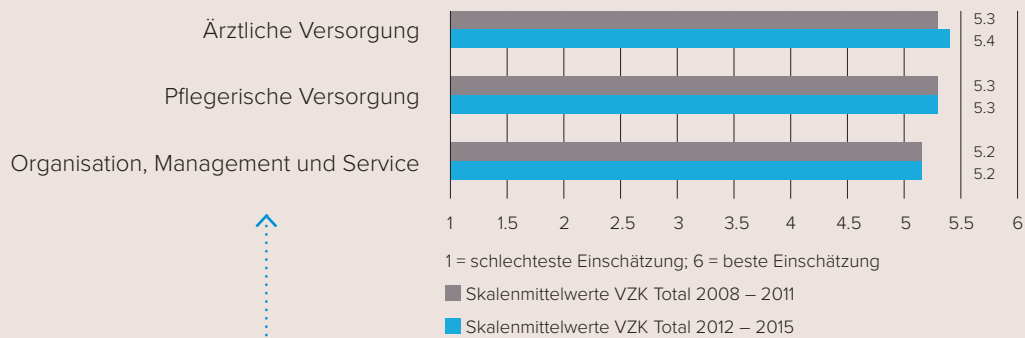


Abbildung 2

### ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Diese Skala beinhaltet Beteiligung, Mitspracherecht und gegebenenfalls Einbezug Angehöriger in die ärztliche Behandlung. Es zählen aber auch Faktoren wie respektvoller Umgang, Ansprechbarkeit, Eingehen auf Ängste beziehungsweise Informationen zur Krankheit, zu Behandlungsrisiken und zur Beurteilung der fachlichen Kompetenz.

### PFLEGERISCHE VERSORGUNG

Dazu gehören Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbezug Angehöriger, Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit sowie Informationen über den Umgang mit der Krankheit, zu Untersuchungen und der Tagesablauf.

### ORGANISATION, MANAGEMENT UND SERVICE

Diese Skala umfasst Aspekte wie Wartezeiten, Aufnahme ins Spital, Sauberkeit, Essen und Organisation des Austritts.

RÜCKLAUF PEQ	VZK TOTAL 2008 – 2011	VZK TOTAL 2012 – 2015
Rücklauf in %	54.5	49.5
Anzahl retournierte Fragebogen	14 122	12 219
Anzahl versendete Fragebogen	25 904	24 687

Tabelle 2

## ERHEBUNG DER PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DEM OPF-FRAGEBOGEN



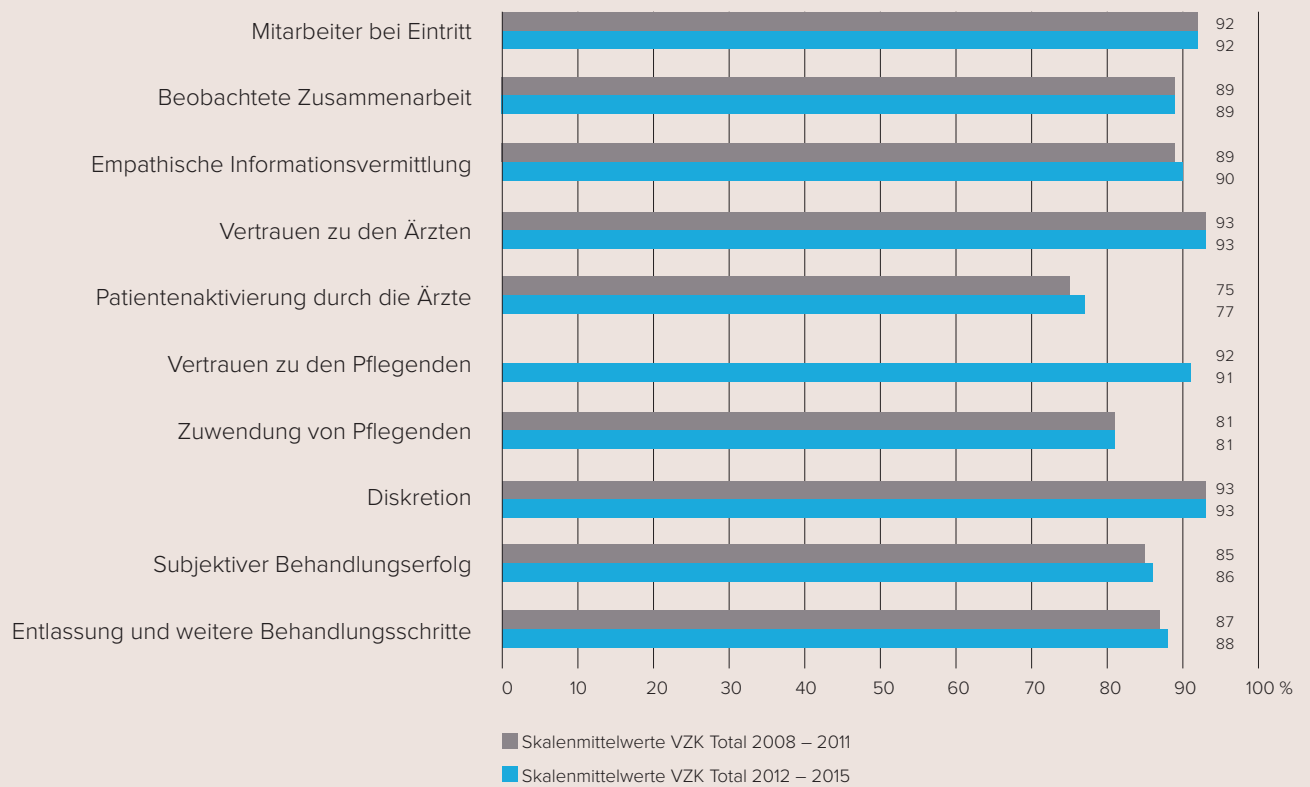
Mehrheitlich hohe bis sehr hohe Zufriedenheitswerte vor und nach der Einführung von Swiss-DRG ergeben auch die Ergebnisse in der Abbildung 3.<sup>3</sup> Aus Patientensicht ist festzuhalten, dass die Zufriedenheit in allen genannten Dimensionen innerhalb der VZK-Spitäler konstant hoch ist. Ein mögliches Verbesserungspotenzial besteht, wenn überhaupt, am ehesten in den Skalen «Patientenaktivierung durch Ärzte» und «Zuwendung von Pflegenden». Diese Skala ist ein Mass für die Patientenedukation und beinhaltet beispielsweise Fragen wie «Die behandelnden Ärzte ermutigten mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit der Krankheit zu sprechen.» Oder: «Die behandelnden Ärzte fragten mich, was ich für die Ursache meiner Beschwerden halten würde.»

<sup>3</sup> Nationale Erhebungen der Patientenzufriedenheit zeigen, dass sich die Patientenzufriedenheit in Schweizer Spitälern beispielsweise in den Jahren 2015 und 2014 ebenfalls auf hohem Niveau bewegen (siehe nationaler Vergleichsbericht Patientenzufriedenheit Akut Erwachsene 2015, Herausgeber ANQ).



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT OPF

Abbildung 3



RÜCKLAUF OPF	VZK TOTAL 2008 – 2011	VZK TOTAL 2012 – 2015
Rücklauf in %	52.3	47.1
Anzahl retournierte Fragebogen	9 114	6 184
Anzahl versendete Fragebogen	17 439	13 129

Tabelle 3

# ZUWEISERBEFRAGUNG

Die Zuweiser eines Spitals, also Ärztinnen und Ärzte, sind die wichtigsten Partner rund um die Versorgung von Patientinnen und Patienten. Zuweisungen erfolgen, wenn eine stationäre Behandlung geplant ist, oder wenn spezielle Therapien oder ergänzende diagnostische Abklärungen wie beispielsweise radiologische Untersuchungen nötig sind. Je enger und reibungsloser Zuweiser und Spitäler kooperieren, desto erfolgreicher verläuft eine Behandlung, und die Patientinnen und Patienten fühlen sich gut aufgehoben. Zudem beeinflussen Zuweiser die Spitalwahl massgeblich.

Um die Zusammenarbeit laufend zu verbessern, ist es wichtig, auch die Zufriedenheit der Zuweiser zu erheben. Befragt wurde, wer dem entsprechenden Spital innerhalb eines Jahres mindestens zwei Patientinnen oder Patienten zugewiesen hatte. Für einen höheren Rücklauf wurden die Ärztinnen und Ärzte erstens zirka drei Wochen nach dem Versand an die Umfrage erinnert und sie konnten zweitens den Fragebogen auch online ausfüllen.

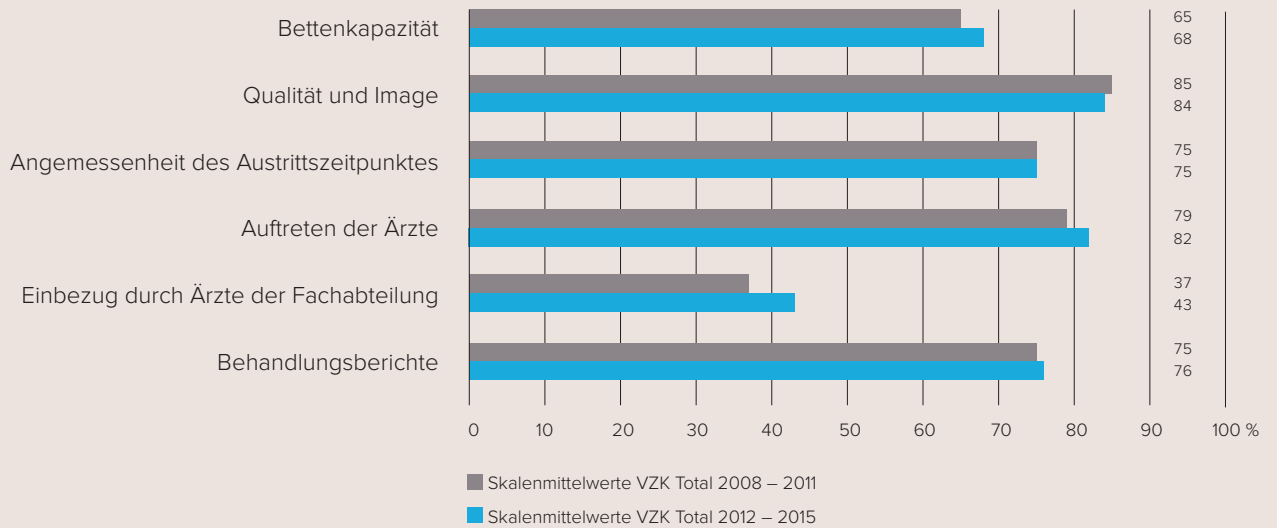
## ZUWEISER STUFEN BEHANDLUNGSQUALITÄT ALS HOCH EIN

Die Ergebnisse bewegen sich sowohl vor als auch nach der Einführung von SwissDRG auf einem hohen Zufriedenheitsniveau. Die Zuweiser schätzen die Zusammenarbeit mit dem beurteilten Spital und stufen die erbrachten Leistungen als hoch ein. Die Skala «Einbezug durch die Ärzte der Fachabteilung» weist den tiefsten Skalenmittelwert aus. Immerhin verbesserte sich dieser Wert nach der Einführung von SwissDRG von 37 % auf 43 %. Dennoch liegt auch hier weiteres Optimierungspotenzial. Spitäler, welche die Bedürfnisse der Zuweiser kennen und wissen, in welchen Patientensituationen diese frühzeitig kontaktiert und mit einbezogen werden wollen, können unter Umständen Wettbewerbsvorteile in der Zusammenarbeit aufbauen beziehungsweise das Relationship-Management mit ihren Zuweisern positiv beeinflussen.



## ZUWEISERZUFRIEDENHEIT

Abbildung 4



### RÜCKLAUF ZUWEISERBEFRAGUNG

	VZK TOTAL 2008 – 2011	VZK TOTAL 2012 – 2015
Rücklauf in %	18.8	20.1
Anzahl retournierte Fragebogen	903	1 044
Anzahl versendete Fragebogen	4 814	5 200

Tabelle 4

# STURZGEFÄHRDUNG

Stürze präventiv zu verhindern, ist für Spitäler von eminenter Bedeutung. Studien aus westlichen Ländern zeigen Sturzzraten von 0.6 bis 2.9 Stürzen pro Bett und Jahr auf (Schwendimann, 2000). Knapp ein Drittel aller über 65-Jährigen stürzt mindestens einmal jährlich. In Institutionen wie Spitälern oder Pflegeheimen ist die Sturzhäufigkeit noch höher (Schwendimann, 2000). Oft führen Stürze zu Frakturen der oberen Extremitäten oder des Schenkelhalses (Hubacher und Ewert, 1997), sie verlängern Spitalaufenthalte, machen häufigere Einweisungen in Pflegeheime nötig und schränken die Betroffenen in ihren Aktivitäten ein.

Nicht ein alleiniger, ursächlicher Risikofaktor verursacht Stürze. Vielmehr sind über 90 % der Stürze – speziell bei älteren Menschen – multifaktoriell bedingt (Grob, 2004). Dieser Aspekt ist bei der Prävention besonders wichtig und zeigt auf, wie komplex das Thema ist. Darum sollten Sturzrisiko-Assessment und Sturzursachen-Assessment interdisziplinär ausgerichtet sein, bilden sie doch die Eckpfeiler einer wirksamen Prävention (Grob, 2006).<sup>4, 5, 6, 7, 8</sup>

Die Ergebnismessung der Sturzgefährdung hatte ein klares Ziel: Den Spitälern ein sorgfältig entwickeltes, valides Messinstrumentarium in die Hand zu geben. Weil die Sturzgefährdung systematisch erhoben wurde, standen erstmals Kennzahlen zur Verfügung, die über die reine Erfassung von Sturzereignissen und Sturzfolgen hinausgingen. Um die Sturzproblematik in den Spitälern detaillierter zu analysieren, wurden zudem weitere Punkte aufgenommen – unter anderem auch klinische Risikofaktoren und demografische Angaben der Patientinnen und Patienten, dazu diagnostische und therapeutische beziehungsweise präventive Massnahmen.

## ERHEBUNG SENSIBILISIERT DIE SPITÄLER .....>

Die Ergebnisse des Indikators Sturzgefährdung zeigen: Die Pflegequalität von Patientinnen und Patienten hat sich vor und nach der Einführung von SwissDRG nicht verschlechtert. Im Gegenteil, innerhalb der VZK-Spitäler verbesserte sich die Versorgungsqualität sogar leicht. So gelang es, die Nachsorger besser über jene Patientinnen und Patienten zu informieren, die beim Austritt als sturzgefährdet eingestuft wurden. Die erste Erhebung sensibilisierte die Pflegefachpersonen in den Spitälern, worauf diese systematische Assessments zur Erfassung des Sturzrisikos einführten. Aktivitäten, die den kontinuierlichen Verbesserungsprozess massgeblich unterstützen.

<sup>4</sup> Heller, R. (2010). Ergebnisqualität zum Thema Sturzgefahr: Entwicklung einer Messung zur Optimierung der (Pflege-)Praxis. *Pflegewissenschaft*, 12(12), p. 652-659.

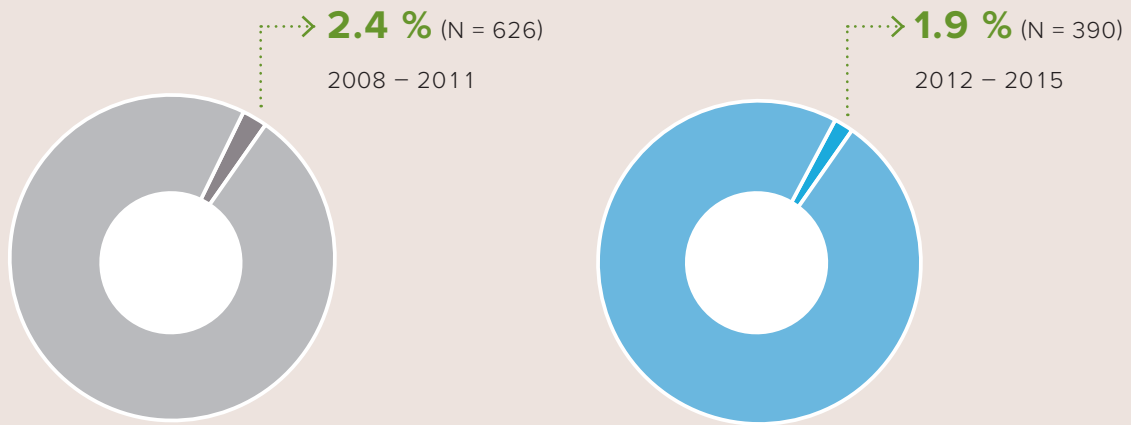
<sup>5</sup> Schwendimann, R. (2000). Sturzprävention im Akutspital. Eine Literaturübersicht. *Pflege* 13, p. 169-179.

<sup>6</sup> Hubacher, M. & Ewert, U. (1997). Das Unfallgeschehen bei Senioren ab 65 Jahren. *bfu-Report* 32. Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung.

<sup>7</sup> Grob, D. (2004). Stürze im Alter. Risikofaktoren und Konsequenzen. In: *Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz*. Hrsg. BAG, Bern.

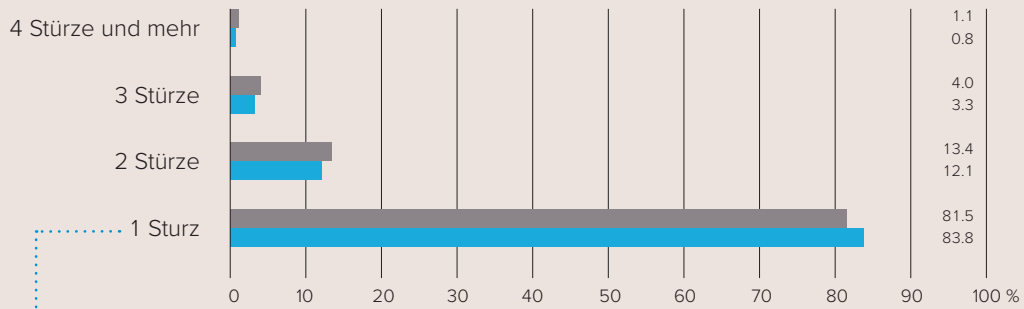
<sup>8</sup> Grob, D. (2006). Sturzassessment: Indikationen, Instrumente.

## ANTEIL GESTÜRZTER PERSONEN



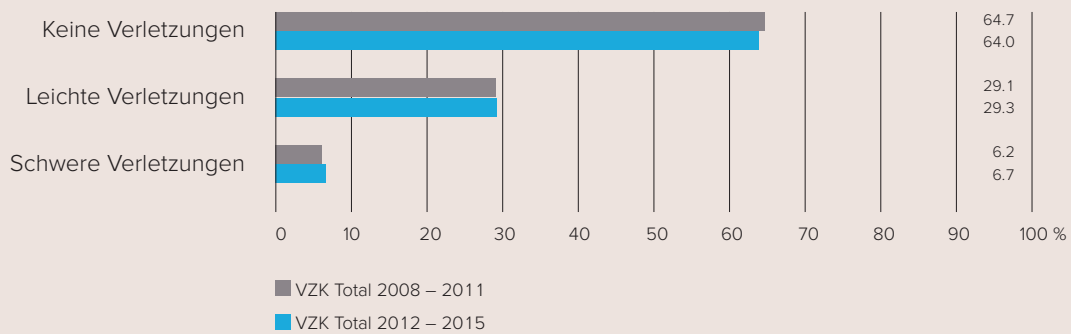
## STURZHÄUFIGKEIT %

Abbildung 5



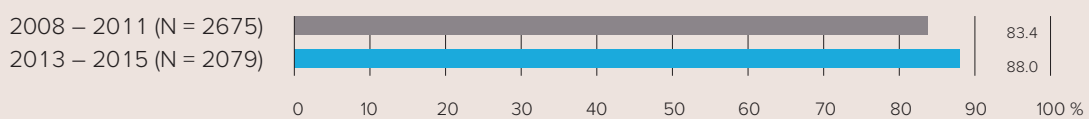
## VERTEILUNG STURZFOLGEN 1. STURZ

Abbildung 6



## ÜBERMITTLUNG STURZGEFÄHRDUNG BEI AUSTRITT

Abbildung 7



# AUSTRITTSMANAGEMENT

Alle Beteiligten sind an einem geregelten Spitalaustritt interessiert. Damit der Austritt reibungslos abläuft, sollte man ihn schon beim Eintritt planen. Denn je nach Patientensituation ist die Lage komplex, und es gilt, verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, beispielsweise persönliche oder soziale Umstände, Lebenssituation vor der Erkrankung, Wünsche von Patientinnen und Patienten oder der Bedarf an weiterführenden Pflege- und Rehabilitationsmassnahmen. Damit man zum vereinbarten Termin austreten kann, müssen die notwendigen Dokumente und Informationen vorliegen. Zudem gilt es, die nachsorgenden Institutionen zu informieren, damit auch sie vorbereitet sind.

Die Messung Austrittsmanagement wurde so konzipiert, dass sie einen ganzheitlichen Blick auf das Austrittsgeschehen im Spital ermöglicht – und das von verschiedenen Seiten. Deshalb bezog die Messung neben den Patientinnen und Patienten auch die Gesundheitsfachpersonen des Spitals sowie die Nachsorger mit ein. Erst diese drei Perspektiven zusammen ermöglichen es, differenziert darüber zu urteilen, ob das Austrittsmanagement gut funktioniert und die Versorgungskontinuität gewährleistet ist.

Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse aus dem Patienten- und Nachsorgerfragebogen dargestellt. Sie fokussieren vor allem darauf, wie es um die Qualität der Schnittstelle zwischen Spital und nachsorgender Institution steht.

- Einbezug und Einverständnis der Patientinnen und Patienten in die Austrittsentscheidung
- Absprache zwischen Spital und nachbetreuender Stelle (Patientensicht)
- Rechtzeitiger, vollständiger und korrekter Informationstransfer (Nachsorgersicht)

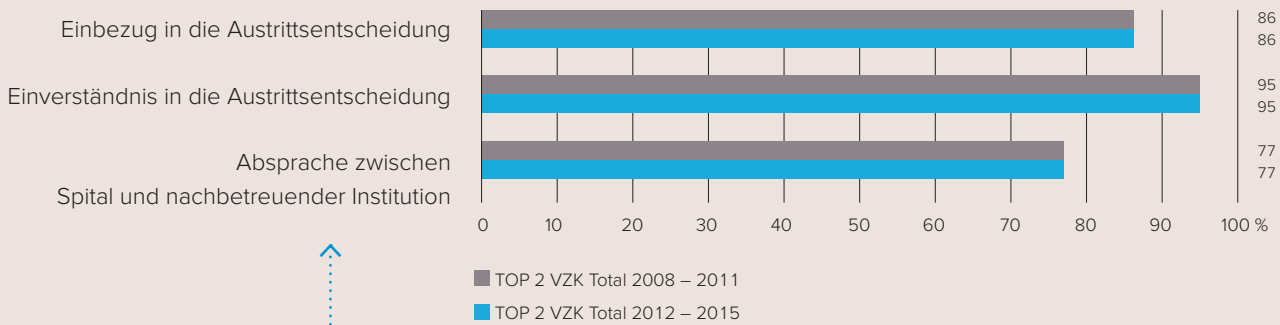
## SCHNITTSTELLEN WERDEN ZU NAHTSTELLEN .....>

Die Ergebnisse zeigen, dass die Qualität an der Schnittstelle auch unter SwissDRG gegeben ist. Das Austrittsmanagement der Spitäler funktioniert. Patientinnen und Patienten werden im Rahmen der Austrittsplanung aktiv mit einbezogen und sind mit der Austrittsentscheidung einverstanden. Hoch einstufen lässt sich auch die Qualität des Informationstransfers zwischen Spital und nachsorgender Institution. Die Zuweiser bestätigen diese Sicht.

Verbesserungspotenzial besteht allenfalls bei der Abstimmung und Absprache des Spitals mit den nachsorgenden Institutionen. Es lohnt sich für Spitäler, die Übertrittsbedürfnisse der Spitex und Rehabilitationskliniken zu kennen, eine gute Zusammenarbeit mit allen Nachsorgern (Hausarzt, Spitex, Rehabilitationskliniken, Heimen) zu pflegen und ihre Prozesse auf einen reibungslosen Spitalaustritt auszurichten. So profitieren sie nachhaltig von einer höheren Patienten- und Nachsorgerzufriedenheit und vermeiden unnötige Wartezeiten am Austrittstag. Die digitale Transformation wird Schnittstellen zu Nahtstellen erweitern: Werden alle Austrittsunterlagen vollständig digital an die Nachsorger übermittelt, liegen die Informationen jederzeit vollständig und korrekt vor.

## AUSTRITTSMANAGEMENT AUS SICHT DER PATIENTEN

Abbildung 8



### EINBEZUG UND EINVERSTÄNDNIS IN DIE AUSTRITTSENTSCHEIDUNG

TOP 2: Zusammengefasst wurden die Antworten «Ja, eindeutig» und «Eher schon». Aussage bezüglich Einbezug: «Vor meinem Austritt ist vom Spital und mir gemeinsam überlegt worden, wie meine Nachbetreuung erfolgen soll.» Aussage bezüglich Einverständnis: «Ich konnte ausreichend mitbestimmen, wohin ich nach dem Austritt gehen sollte.»

### ABSPRACHE ZWISCHEN SPITAL UND NACHBETREUENDER INSTITUTION

TOP 2: Zusammengefasst wurden die Antworten «Trifft überhaupt nicht zu» und «Trifft wenig zu». Aussage: «Mir kam es so vor, als ob sich das Spital mit meinen/r nachbetreuenden Personen/Stelle nicht genügend abgesprochen hätte.» Ausweichkategorie: «War nicht nötig.»

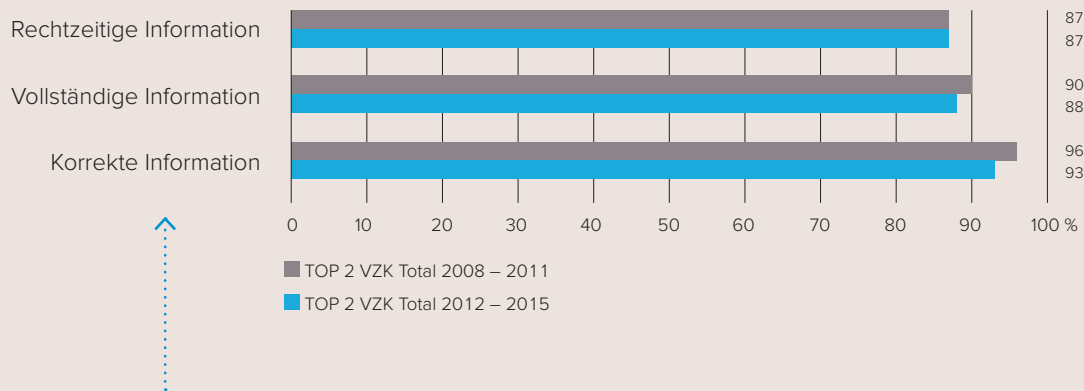
RÜCKLAUF PATIENTENFRAGEBOGEN	VZK TOTAL 2008 – 2011	VZK TOTAL 2012 – 2015
Rücklauf in % <sup>9</sup>	40.0	40.4
Anzahl retournierte Fragebogen	9 750	6 393
Anzahl versendete Fragebogen	24 346	15 809

Tabelle 5

<sup>9</sup> Ausgeschlossen waren verstorbene Patienten.

## INFORMATIONSTRANSFER AUS SICHT DER NACHSORGER

Abbildung 9



### RECHTZEITIGE UND VOLLSTÄNDIGE INFORMATION

TOP 2: Zusammengefasst wurden die Antworten «Ja, völlig» und «Ziemlich». Aussage bezüglich rechtzeitiger Information: «Die für mich/uns notwendigen Informationen über den Patienten sind vom entlassenden Spital rechtzeitig an mich/uns übermittelt worden.» Aussage bezüglich vollständiger Information: «Die für mich/uns notwendigen Informationen über den Patienten sind vom entlassenden Spital vollständig an mich/uns übermittelt worden.»

### KORREKTE INFORMATION

TOP 2: Zusammengefasst wurden die Antworten «Ja eindeutig» und «Eher schon». Aussage: «Die über den Patienten übermittelten Informationen waren korrekt.»

RÜCKLAUF NACHSORGERFRAGEBOGEN	VZK TOTAL 2008 – 2011	VZK TOTAL 2012 – 2015
Rücklauf in % <sup>10</sup>	33.2	30.1
Anzahl retournierte Fragebogen	6 327	3 692
Anzahl versendete Fragebogen	19 040	12 247

Tabelle 6

<sup>10</sup> Ausgeschlossen waren verstorbene Patienten, Patienten, die keinen Nachsorgerfragebogen erhielten (Austrittsort: anderes Spital, andere Einrichtung), und Patienten, die keinen Hausarzt nach dem Spitalaufenthalt zur Weiterversorgung benötigten.

# STIMMEN AUS DER PRAXIS



**Orsola Vettori**  
Dr. iur.  
Direktorin Spital Zollikerberg

Vor der Einführung von SwissDRG habe ich Zuversicht verbreitet und Kritikern des Systemwechsels entgegengehalten, dass es weder zu blutigen Entlassungen noch zu anderen negativen Auswirkungen kommen werde. Die Zuversicht gründete auf dem, was wir im Spital Zollikerberg in Sachen Qualitätssicherung unternahmen und auch unter SwissDRG weiterführen wollten. Es musste uns gelingen, die Qualität der Leistungserbringung unter veränderten Rahmenbedingungen weiter zu optimieren. Der Wettbewerb ist härter geworden. Dies ist nicht nur auf die Einführung von SwissDRG, sondern auch auf die Veränderungen im Kanton Zürich zurückzuführen. Seit 2012 wurden weitere gewichtige Leistungserbringer auf die

Spitalliste aufgenommen. Sinkende Behandlungsqualität oder eine niedrigere Patientenzufriedenheit konnten und können wir uns schlicht nicht leisten.

Nun bin ich über die positiven Ergebnisse des VZK-Messprogramms sehr froh. Auch in Zukunft werden wir im Spital Zollikerberg der Qualitätsentwicklung einen hohen Stellenwert einräumen. Unsere Trägerschaft – die Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweiz. Pflegerinnenschule – hat uns einen klaren Auftrag gegeben. Sie erwartet von uns überdurchschnittliche Leistungsqualität. Diesem Auftrag versuchen wir Tag für Tag gerecht zu werden.



**Renato Ballarini**  
Qualitätsmanager  
Spital Bülach AG

Das Messprogramm des VZK hat in den letzten Jahren die Qualitätssysteme der Spitäler im Kanton Zürich massgeblich geprägt und mitgeholfen, ein breites Verständnis für Massnahmen zu Patientensicherheit und -zufriedenheit zu schaffen.

«Verordnete» Qualität kann lediglich ein Anstoss sein, eine Qualitätsentwicklung muss aber aus einer Haltung heraus entstehen, welche von allen Mitarbeitenden im Spital gelebt wird. Sie ist direkter Massstab für unsere Arbeit. Dabei gilt es, die Anforderungen nicht nur zu erfüllen, sondern die Motivation zu haben, diese zu übertreffen.

Zentral ist dabei, dass ein geschlossener Kreislauf in Gang gehalten wird, welcher kontinuierliche Verbesserungen aller Leistungen ermöglicht. Dies kann nur gelingen, wenn verschiedene Instrumente zur Qualitätsentwicklung eingesetzt werden, Massstäbe definiert sind, und diese den Mitarbeitern auch bekannt sind.

So entsteht ein Qualitätsmanagementsystem welches alle Ebenen und Bereiche eines Spitals einbindet und alle zu Verantwortlichen macht. Die wiederkehrenden Messungen und Befragungen machten es möglich, aus einer Fehlerkultur eine Sicherheitskultur zu schaffen. Weg von Schuldzuweisungen hin zum Willen, zu lernen: aufzeigen, wie Fehler entstehen und wie diese zu verhindern sind.

Als wirksames und nachhaltiges Instrument zur Qualitätsverbesserung nutzen wir im Spital Bülach unter anderem das Beschwerdemanagement. Jede Reklamation wird mit den Beteiligten aller involvierten Bereiche systematisch besprochen und dokumentiert. Der Patient erhält zeitnah eine ausführliche, schriftliche Rückmeldung. Intern werden die Beschwerden analysiert, und häufig gibt dies Anstoss, Abläufe und Prozesse zu hinterfragen und zu verbessern. So schliesst sich auch hier der Kreis und Involvierte werden zu Verantwortlichen und zu Botschaftern von gelebter Qualität im Alltag.

# HINTERGRUND- INFORMATIONEN

## PATIENTENBEFRAGEBOGEN

### PEQ

Der PEQ (Patients' Experience Questionnaire) führt durch 15 Fragen, den die Patientinnen und Patienten zwei bis vier Wochen nach ihrem stationären Aufenthalt erhalten. Sie werden gebeten, ihre Erfahrungen rund um den Spitalaufenthalt zu beurteilen. Mit dem PEQ lassen sich Bereiche aufspüren, die aus Patientensicht als problematisch wahrgenommen werden. So kann die subjektiv erlebte Qualität der Versorgung auf einer übergeordneten Ebene erfasst werden. Der Fragebogen ist in drei Blöcke unterteilt: ärztliche Versorgung, pflegerische Versorgung sowie Betreuung, Organisation, Management und Service. In jedem dieser Blöcke werden mehrere Themen abgefragt. Konkrete Beispiele verdeutlichen den Gehalt der Fragen, was ein gemeinsames Verständnis gewährleistet. Die Patientinnen und Patienten bewerten die Punkte auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 6 (sehr gut). Zudem kann jeder Fragebogen kommentiert werden.

#### **Eingeschlossene Patientinnen und Patienten**

- **Alter ≥ 18 Jahre**
- **Stationärer Aufenthalt von mindestens einem beziehungsweise zwei Tagen (Übernachtungen)**
- **Austritt nach Hause (beziehungsweise Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Rehabilitation)**
- **Mehrfach Hospitalisierte wurden innerhalb von 30 Tagen nur einmal befragt.**

#### **Ausgeschlossene Patientinnen und Patienten**

- **Wöchnerinnen**
- **Verstorbene Personen (im Spital und nach dem Spitalaufenthalt, sofern das Spital davon Kenntnis erhält.)**
- **Personen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz**
- **Personen mit psychiatrischer Hauptdiagnose**

Der PEQ ist ein validiertes, etabliertes Instrument, das in der Schweiz und in Deutschland eingesetzt wird. In regelmässigen Abständen veröffentlicht die Bertelsmann Stiftung in Deutschland Ergebnisse des PEQ auf der Plattform [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de). Weiterführende Literatur zur Entwicklung des PEQ siehe auch Gehrlach et al. 2009.

### OPF

Der OPF (Outcome-Patienten-Fragebogen) ist ein ausführlicher, validierter Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit. Patientinnen und Patienten füllen zirka zwei bis vier Wochen nach ihrem stationären Aufenthalt den Fragebogen aus und senden ihn an die Auswertungsstelle. Ein Erinnerungsschreiben wird nicht verschickt.

Die Patientinnen und Patienten werden gebeten, ihre Erfahrungen beim Spitalaufenthalt zu beurteilen. Im Unterschied zum PEQ deckt der OPF nicht nur alle Bereiche der Patientenzufriedenheit ab, er beleuchtet sie auch ausführlich. Der OPF eignet sich zur vertieften Analyse der Patientenzufriedenheit, vor allem auch für Bereiche, die zum Beispiel beim PEQ aus Patientensicht als problematisch erlebt wurden.

Der Fragebogen ist in folgende Bereiche unterteilt: Mitarbeit bei Eintritt, beobachtete Zusammenarbeit, empathische Informationsvermittlung, Vertrauen zu den Ärzten, Patientenaktivierung durch die Ärzte, Vertrauen zu Pflegenden, Zuwendung von Pflegenden, Diskretion, subjektiver Behandlungserfolg, Entlassung und weitere Behandlungsschritte. In jedem dieser Blöcke werden mehrere Themen abgefragt. Konkrete Beispiele verdeutlichen auch beim OPF den Inhalt der Fragen. Das gewährleistet eine vergleichbare Fokussierung von Patientinnen und Patienten sowie ein gemeinsames Verständnis der Fragen. Zudem kann jeder Fragebogen kommentiert werden.

Um eine Vergleichbarkeit zwischen den unterschiedlichen Skalen zu gewährleisten, sind alle Skalenrohwerte auf den Bereich 0 bis 100 normiert. Dabei ist 0 die negativste Einschätzungsmöglichkeit, 100 die positivste. Je höher die Skalenmittelwerte sind, desto positiver wird das Spital generell beurteilt.



### Eingeschlossene Patientinnen und Patienten

- Alter  $\geq$  18 Jahre
- Stationärer Aufenthalt von mindestens zwei Tagen (zwei Übernachtungen)
- Austritt nach Hause (beziehungsweise Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Rehabilitation)
- Mehrfach Hospitalisierte wurden innerhalb von 30 Tagen nur einmal befragt.

### Ausgeschlossene Patientinnen und Patienten

- Wöchnerinnen
- Verstorbene Personen (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält.)

## ZUWEISERBEFRAGUNG

Der Fragebogen basiert auf dem Kölner Einweiserfragebogen. Er wurde im Jahr 2009 unter Einbezug eines multi-professionellen Expertengremiums der Zürcher Spitäler sowie unter wissenschaftlicher Mitarbeit von Prof. Dr. Holger Pfaff an den helvetischen Kontext angepasst und validiert. Eine Basisversion des Fragebogens bildete die verbindliche Grundlage für alle Spitäler, die an der Befragung beteiligt waren. Damit ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Spitäler untereinander gewährleistet. Die Basisversion enthielt 54 Fragen, die Antworten dazu fasst man in sechs thematischen Skalen zusammen.

- Bettenkapazität
- Qualität und Image
- Angemessenheit des Austrittszeitpunktes
- Auftreten der Ärzte
- Einbezug der Ärzte der Fachabteilung
- Behandlungsberichte

Um eine Vergleichbarkeit zwischen den unterschiedlichen Skalen zu gewährleisten, sind alle Skalenrohwerte auf den Bereich 0 bis 100 normiert. Dabei ist 0 die negativste Einschätzungsmöglichkeit, 100 die positivste.

## STURZGEFÄHRDUNG

Die Erhebung dauerte zirka vier Monate und schloss alle stationären Patientinnen und Patienten ein, die 16 Jahre und älter sind. Sie erfolgte stufenweise und erfasste auch demografische Angaben. Innerhalb der ersten 48 Stunden mussten die Risikofaktoren einer Sturzgefährdung eingeschätzt werden. Auf dieser Basis setzte man Massnahmen um, die bereits präventiv eingeleitet wurden. Jedes Sturzereignis hielt man einzeln fest. Dokumentiert wurden zudem Sturzort, Sturzfolgen und allfällige weitere Therapiemassnahmen.

## AUSTRITTSMANAGEMENT

Die Messung Austrittsmanagement ist ein validiertes Instrument und ermöglicht es, die Versorgungsqualität an der Schnittstelle des Spitals zu den Nachsorgern zu beobachten.

Das Erhebungsinstrumentarium umfasst drei Teile: Patientenfragebogen, Nachsorgerfragebogen und Erhebungsbogen für das Spitalpersonal. Zum Patientenfragebogen gehören 23 Fragen zu Themen wie Vorbereitung und Einbezug des Patienten oder Informationen über das weitere Vorgehen nach dem Austritt. Mithilfe des Erhebungsbogens lassen sich während des Spitalaufenthaltes wichtige Hintergrundinformationen zum Austrittsgeschehen erfassen, zum Beispiel Austrittsplanung, Austrittsentscheidung, Kontaktaufnahmen und Abstimmung mit den nachversorgenden Institutionen. Der Nachsorgerfragebogen (Hausarzt, Spitex, Rehabilitationsklinik, Heime) enthält in sieben Fragen Angaben wie beispielsweise die Zufriedenheit bezüglich Überweisung und Kontaktaufnahme sowie die vollständige und korrekte Austrittsinformation über die Patientin oder den Patienten.

### Eingeschlossene Patientinnen und Patienten

- Alter  $\geq$  18 Jahre
- Stationärer Aufenthalt

### Ausgeschlossene Patientinnen und Patienten

- Verstorbene Personen
- Personen, die keinen Nachsorgerfragebogen erhielten (Austrittsort: andere Einrichtung).
- Personen, die nach dem Spitalaufenthalt keinen Hausarzt zur Weiterversorgung benötigten.

Weiterführende Literatur zum Thema Austrittsmanagement siehe auch Wiedenhöfer et al. 2010.<sup>11</sup>

## SKALENMITTELWERT

Skalenwerte bezeichnen die Mittelwerte der zugehörigen Fragen respektive Items. Um den Skalenwert zu berechnen, wurden die einzelnen Antworten jeder Frage beziehungsweise jedes Items vorab numerisch kodiert. Der Skalenmittelwert ergab sich, indem über alle skalenrelevanten Fragen/Items die kodierten Antwortkategorien aufsummiert und durch die Anzahl dieser Fragen/Items dividiert wurde.

<sup>11</sup> Wiedenhöfer et al. (2010). Entlassungsmanagement. Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Verlag Hans Huber, Bern.

# IMPRESSUM

## ERHEBUNG

hcri AG – ein Unternehmen der Post CH AG,  
im Auftrag des VZK

## REDAKTION

Verband Zürcher Krankenhäuser  
hcri AG – ein Unternehmen der Post CH AG:  
Dr. Dirk Wiedenhöfer, Nicolas Matzinger

## GESTALTUNG

Edith Roth Grafikdesign, Uster

## DRUCK

Fotorotar, Egg bei Zürich

## AUFLAGE

1350 Exemplare

## AUSABE

Juni 2017 (d)

## DANK

Der VZK dankt allen, die sich dafür eingesetzt haben, dieses Messprogramm aufzugleisen und umzusetzen. Die engagierte Mitarbeit aller Beteiligten hat mitgeholfen, Erkenntnisse über die Situation vor und nach der Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG zu gewinnen, sie in dieser Form zu publizieren und die Ergebnisse für die Optimierung im Spitalalltag zu nutzen. Der grösste Dank gilt den über 33 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unserer Mitglieder: Sie bieten ihren Patientinnen und Patienten täglich rund um die Uhr eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung.

Die Weiterverwendung, auch auszugsweise, ist mit Quellenangabe gestattet.

© Verband Zürcher Krankenhäuser



VERBAND ZÜRCHER KRANKENHÄUSER

Nordstrasse 15

8006 Zürich

044 943 16 66

[info@vzk.ch](mailto:info@vzk.ch)

[www.vzk.ch](http://www.vzk.ch)