



KAZALNIKI KAKOVOSTI ZA LETO 2008

V Splošni bolnišnici "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica že tretje leto zapored spremljamo zakonsko določene kazalnike kakovosti.

Zavedamo se, da je kakovostna in varna zdravstvena oskrba osnovna človekova pravica.

Zaradi tega vlagamo veliko truda v dvig kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe.

Zdravstvena dejavnost je namreč področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki lahko nastanejo kot posledica zdravljenja.

1. ŠTEVILO PADCEV S POSTELJ NA 1000 OSKRBNIH DNI ODRASLIH PACIENTOV

Padci lahko vplivajo na podaljšano bivanje v bolnišnici in povečujejo stroške zdravljenja. Zaradi tega stalno izvajamo aktivnosti za zmanjšanje števila padcev.

V bolnišnici zbiramo podatke o padcih na predpisanem obrazcu "*Poročilo o neželjenem dogodku pri izvajanju zdravstvene oskrbe*". Obrazce izpolnijo izvajalci zdravstvene nege takoj po nastalem dogodku.

Vse dogodke obravnavamo sproti, dvakrat letno pa se pripravi natančnejša analiza.

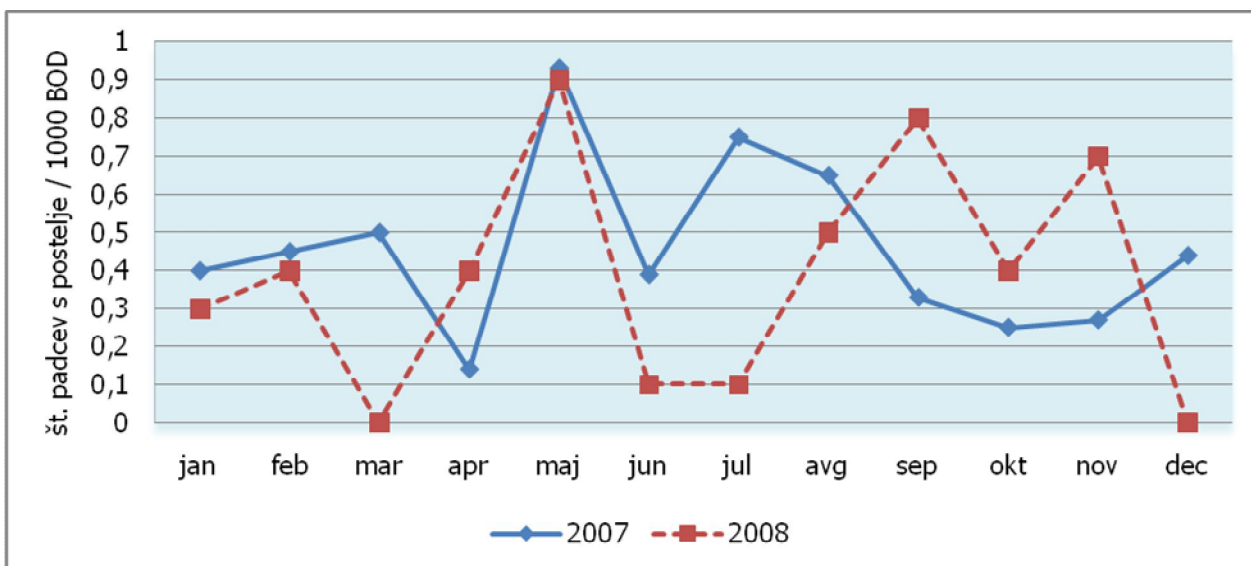
V nadaljevanju so prikazani padci s postelje in vsi padci. Padce smo analizirali po mesecih, po oddelkih in po turnusih.

Prikazali smo tudi primerjavo števila padcev na 1000 bolnišnično oskrbnih dni (v nadaljevanju BOD) za vse odrasle paciente za leto 2007 in 2008.

Tabela 1: Zbirni podatki o padcih za leto 2008 v primerjavi z letom 2007

leto	2007	2008
Št. padcev s postelje na 1000 BOD	0,5	0,4
Št. vseh padcev na 1000 BOD	0,7	0,6
število padcev s postelje	39	32
število vseh padcev	58	48
število BOD	85.656	83.500

Grafikon 1: Število padcev s postelje na 1000 oskrbnih dni v letih 2007 in 2008



Grafikon 2: Število vseh padcev na 1000 oskrbnih dni v letih 2007 in 2008

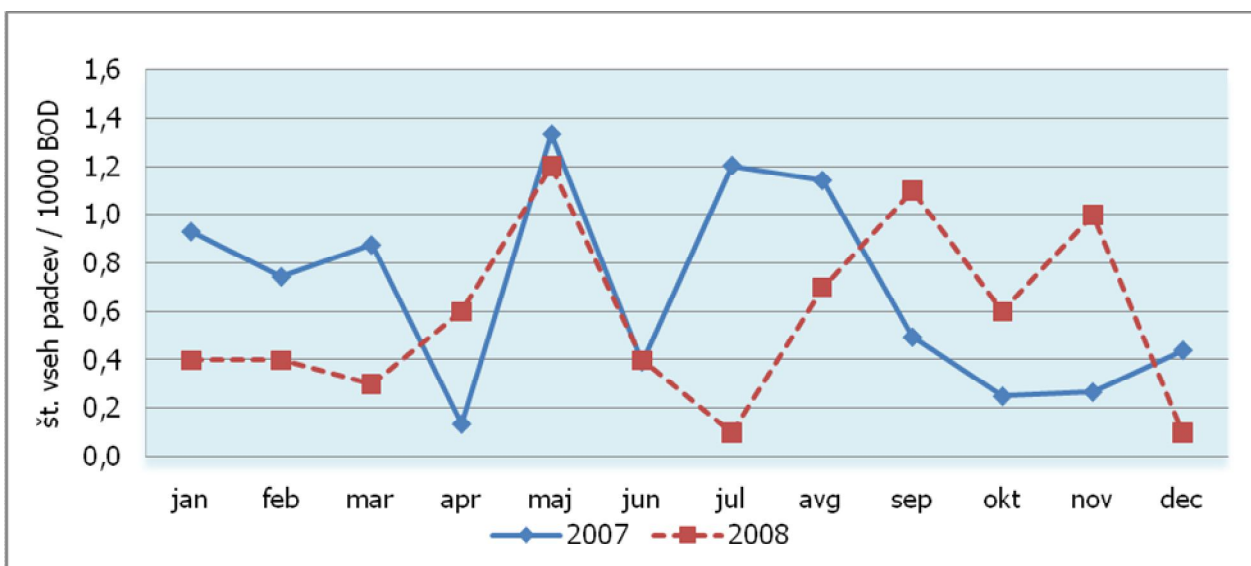


Tabela 2: Število padcev s postelje in vseh padcev po oddelkih v letu 2008

oddelek	Število padcev s postelje	Število padcev
Porodnišnica		1
Odd. za kardiologijo	5	6
Odd. za gastroent.	2	3
Odd. za nefro. in hematologijo	15	22
Odd. za angio. in urologijo	2	4
Odd. za travmatologijo	3	6
Odd. za ortopedijo	4	5
Ods. za nevrologijo	1	1
Skupaj	32	48

Grafikon 3: Padci s postelje in vsi padci po oddelkih v letu 2008

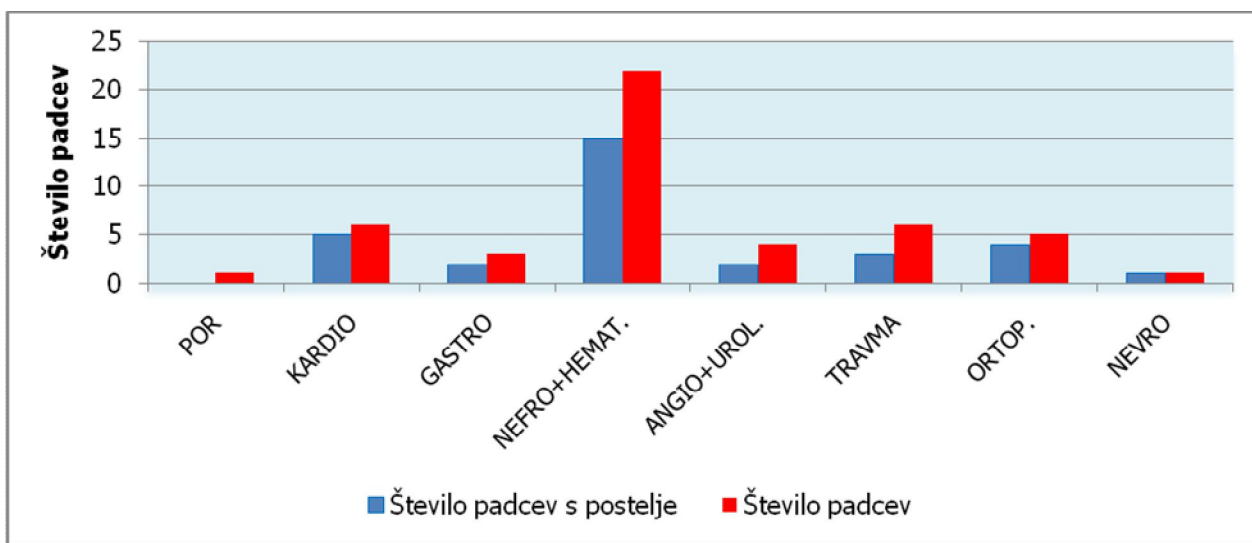
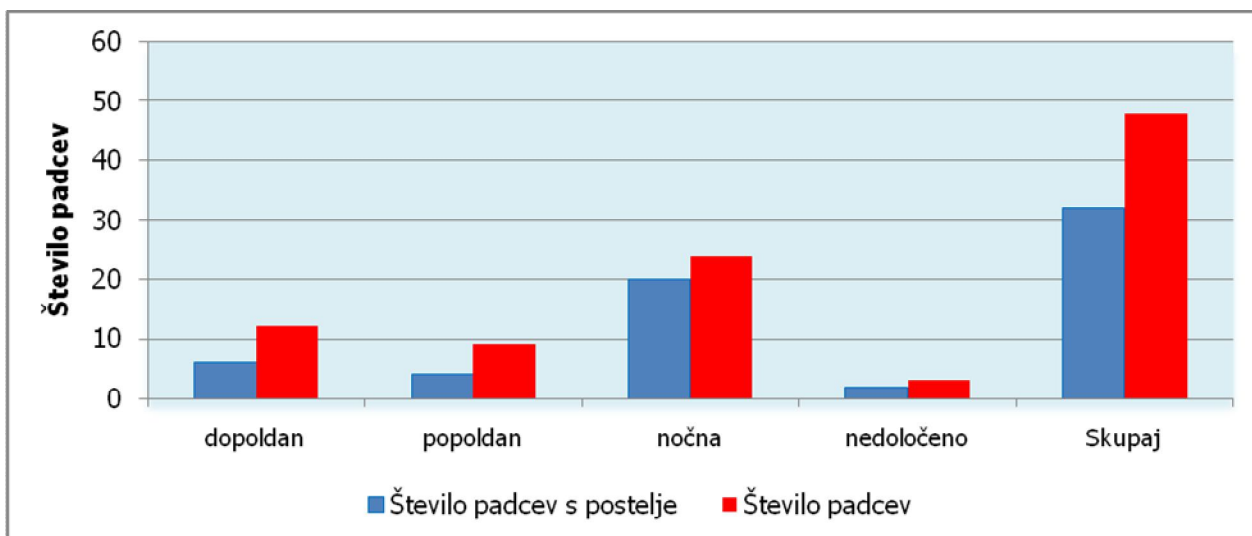


Tabela 3: Število padcev s postelje in vseh padcev po turnusih v letu 2008

turnus	Število padcev s postelje	Število padcev
dopoldan	6	12
popoldan	4	9
nočna	20	24
nedoločeno	2	3
Skupaj	32	48

Grafikon 4: Padci s postelje in vsi padci po turnusih v letu 2008



Ugotovitve:

Skupaj je bilo prijavljenih 48 padcev:

- ✦ od tega je bilo 32 padcev s postelje,
- ✦ 3 padci v sanitarijah,
- ✦ 12 padcev na poti v/iz sanitarij oz. v dnevni prostor,
- ✦ 1 padec iz invalidskega vozička.

Od skupno 48 padcev je bilo:

- ✦ 23 brez poškodb,
- ✦ 22 lažjih poškodb (podplutbe, udarci, odrgnine kože, manjše rane),
- ✦ 3 težje poškodbe (zlomi okončin)

Največ padcev se zgodi v nočnem času, to so predvsem padci s postelje. V letu 2008 je bilo kar 67% padcev s postelje. V dopoldanskem in popoldanskem času je glavnina padcev na poti v/iz sanitarij oz. v dnevni prostor in v sanitarijah. Večina padcev se konča brez oz. z lažjimi poškodbami, v letu 2008 pa so se trije padci končali z zlomom okončin. V strukturi padcev glede na oddelek se največ padcev pripravi na hematonefrološkem oddelku, kar je posledica zdravstvenega stanja pacientov na tem oddelku.

Nadalje ugotavljamo, da kljub izvajanju številnih aktivnosti na osnovi vpeljanih standardov, danih navodil, edukaciji osebja in drugim ukrepom, vseh padcev žal ne moremo preprečiti.

Poleg tega:

- ✦ vedno več naših pacientov kategoriziramo v kategorijo 2 in 3,
- ✦ s ciljem skrajševanja ležalne dobe se povečuje intenziteta diagnostično-terapevtskih in zdravstvenonegovalnih postopkov,
- ✦ povečuje se število predpisanih opravil zdravstvene in negovalne administracije.

Vse naštetu vpliva na izvajalce zdravstvene nege, ki jim skrajšuje čas za učinkovit nadzor prav vsakega pacienta.

Izvedeni ukrepi v letu 2008 za zmanjšanje števila padcev:

- ✦ za paciente smo pripravili plakat in zloženko z informacijami o preprečevanju padcev,
- ✦ z zunanjim izvajalcem smo se dogovorili za poiskusno izvedbo protidrsne zaščite na keramičnih tleh v enem od tušev (na podlagi opazovanja smo ocenili, da dodatna zaščita bistveno ne vpliva na zmanjšanje padcev zaradi zdrsa na talni podlagi),
- ✦ paciente in njihove svojce oz. skrbnike aktivno vključujemo v načrt preprečevanja padcev,
- ✦ pri negovalni anamnezi smo na oddelku pozorni na del, ki se navezuje na informacije o pacientovih psihofizičnih sposobnostih,
- ✦ pri pacientih, pri katerih predvidevamo večjo verjetnost padcev, nameščamo zaščitne ograjice na posteljah, prilagajamo višino postelje in uporabljamo različne pripomočke,
- ✦ paciente in svojce poučujemo, kako se pravilno uporablja različne pripomočke,
- ✦ paciente poučujemo o stranskih učinkih zdravil in o njihovih učinkih z drugimi zdravili in s hrano,
- ✦ zdravstveno osebje izvaja pogovore o varnosti, vsak padec se analizira.

• NAČRT IZBOLJŠAV

Kaj	<ul style="list-style-type: none"> • nadaljevanje že vpeljanih aktivnosti, • edukacija osebja z novimi spoznanji, • opozarjanje pacientov in svojcev na možnost padca, • priprava obrazca za ugotavljanje tveganja za nastop padca, • izdaja plakata in zloženke z informacijami o preprečevanju padcev za paciente, • ureditev različnih varovalnih in drugih pripomočkov, • nakup novih postelj in invalidskih vozičkov
Kdo	<ul style="list-style-type: none"> • vodstvo zavoda, • osebje zdravstvene nege
kdaj	Leto 2009
Merila za spremljanje ukrepov	<ul style="list-style-type: none"> • delež padcev, • razgovori o varnosti na delovnih sestankih in kolegijih zdravstvene nege, • preverjanje poznavanja standardov in izdanih navodil na rednih nadzori
Poročilo o izvedenih ukrepih	<ul style="list-style-type: none"> • analiza stanja 2 x letno, • izdelava poročila o izvedenih ukrepih v skladu z navodili

2. ŠTEVILO PRELEŽANIN (RAZJED ZARADI PRITISKA), NASTALIH V BOLNIŠNICI, NA 1000 HOSPITALIZIRANIH BOLNIKOV

Preležanina (razjeda zaradi pritiska) je lokalizirana poškodba kože in/ali podkožnega tkiva ponavadi nad kostjo, ki nastane zaradi pritiska v kombinaciji s strižnimi silami ali trenjem.

Podatke za ta kazalnik zajemamo s pomočjo predpisanega obrazca "*Poročilo o neželjenem dogodku pri izvajanju zdravstvene oskrbe*", ki ga izpolni osebje zdravstvene nege. Ocenjujemo, da prijavljanje še vedno ne odraža dejanskega stanja, zato bomo temu v bodoče namenili dodatno skrb. V letu 2008 je bilo v bolnišnici hospitaliziranih 19.092 pacientov, prijavljenih je bilo 6 preležanin.

Število preležanin na 100 pacientov na ravni bolnišnice glede na prijavljene preležanine je bilo v letu 2008 0,031, v letu 2007 pa 0,034.

Tabela 4: Podatki o številu preležanin v letih 2007 in 2008

leto	2007	2008
kazalnik: št. razjed zaradi pritiska na 100 hospitaliziranih pacientov	0,034	0,031
skupaj število razjed	6	6
- od tega število razjed pridobljenih v bolnišnici	6	6
- od tega število razjed ugotovljenih ob sprejemu	0	0
število vseh hospitaliziranih bolnikov	17.679	19.092

Tabela 5: Število nastalih preležalin po oddelkih v letih 2007 in 2008

leto	2007	2008
Kardiološki oddelek	2	
Odd. za gastroenterologijo		2
Odd. za nefro. in hematorevmatologijo	1	2
Ortopedija	1	
Nevrologija	2	1
ORL		1
SKUPAJ:	6	6

Izvedeni ukrepi v letu 2008 za zmanjšanje števila preležanin:

- ✦ prejeli smo sledeče standarde in navodila zdravstvene nege:
 - ocena razjede zaradi pritiska,
 - zdravstvena oskrba razjede,
 - ocena ogroženosti bolnika za nastanek razjede zaradi pritiska,
 - preprečevanje razjede zaradi pritiska,
- ✦ izvedli smo usposabljanja in delavnico na temo oskrbe ran,
- ✦ za posamezne paciente pripravljamo načrte nege v smislu preprečevanja preležanin,
- ✦ opravljene postopke in ugotovitve dokumentiramo v obrazce zdravstvene nege,
- ✦ osebje vse standarde in navodila upošteva in izvaja,
- ✦ glavne in odgovorne sestre preverjajo izvajanje ukrepov,
- ✦ poučujemo paciente, ki so nagnjeni k nastajanju preležanin, v smislu izvajanja preventive z njihove strani, kolikor jim seveda njihovo stanje to dopušča,
- ✦ smo v fazi oblikovanja teama za oskrbo kronične rane,
- ✦ pripravljamo navodilo za oskrbo kronične rane z oblogami,
- ✦ na kolegijih glavnih medicinskih sester redno opozarjamo na prijavo preležanin na predpisanih obrazcih.

● NAČRT IZBOLJŠAV

Kaj	<ul style="list-style-type: none"> ✦ ugotavljanje ocene tveganja za preležanino, ✦ preprečevanje nastanka preležanine, ✦ ustrezna ZN ob nastanku preležanine
Kdo	Osebje zdravstvene nege
Kdaj	Leto 2009
Merila za spremljanje ukrepov	<ul style="list-style-type: none"> ✦ interni strokovni nadzor zdravstvene nege, ✦ kontrola izvajanja ukrepov za preprečevanje preležanin v skladu z navodili, ✦ delež preležalin
Poročilo o izvedenih ukrepih	<ul style="list-style-type: none"> ✦ priprava poročila o izvedenih ukrepih v skladu z navodilom, ✦ analiza stanja 2 x letno

3. ČAKALNA DOBA ZA RAČUNALNIŠKO TOMOGRAFIJO

Računalniško čakalno knjigo za storitve dejavnosti računalniška tomografija (v nadaljevanju: CT) v bolnišnici vodimo že od leta 2006.

Na podlagi vnešenih podatkov tudi sporočamo podatke o čakajočih pacientih na CT in podatke o čakalni dobi za te storitve na IVZ. Tretji kazalnik prikazuje čakalno dobo za CT od napotitve (vpisa v čakalno knjigo) do izvedbe storitve.

Za leto 2008 smo načrtovali izboljšati oz. dopolniti poročilo z odstotkom urgentnih preiskav in številom neustreznih napotitev. Kvaliteta vnesenih podatkov še ni taka, da bi te podatke lahko uporabili v poročilu.

V tabeli 6 in grafikonu 5 prikazujemo podatke o čakalni dobi v dnevih in sicer podatke o povprečni in maksimalni čakalni dobi.

Najkrajša čakalna doba je v celem letu ista in sicer 0 dni. V letu 2008, natančneje v mesecu juniju in juliju 2008, nismo opravljali preiskav zaradi okvare CT aparata. V tem času smo paciente na urgentne preiskave napotili k drugim izvajalcem, npr. v Italijansko Gorico.

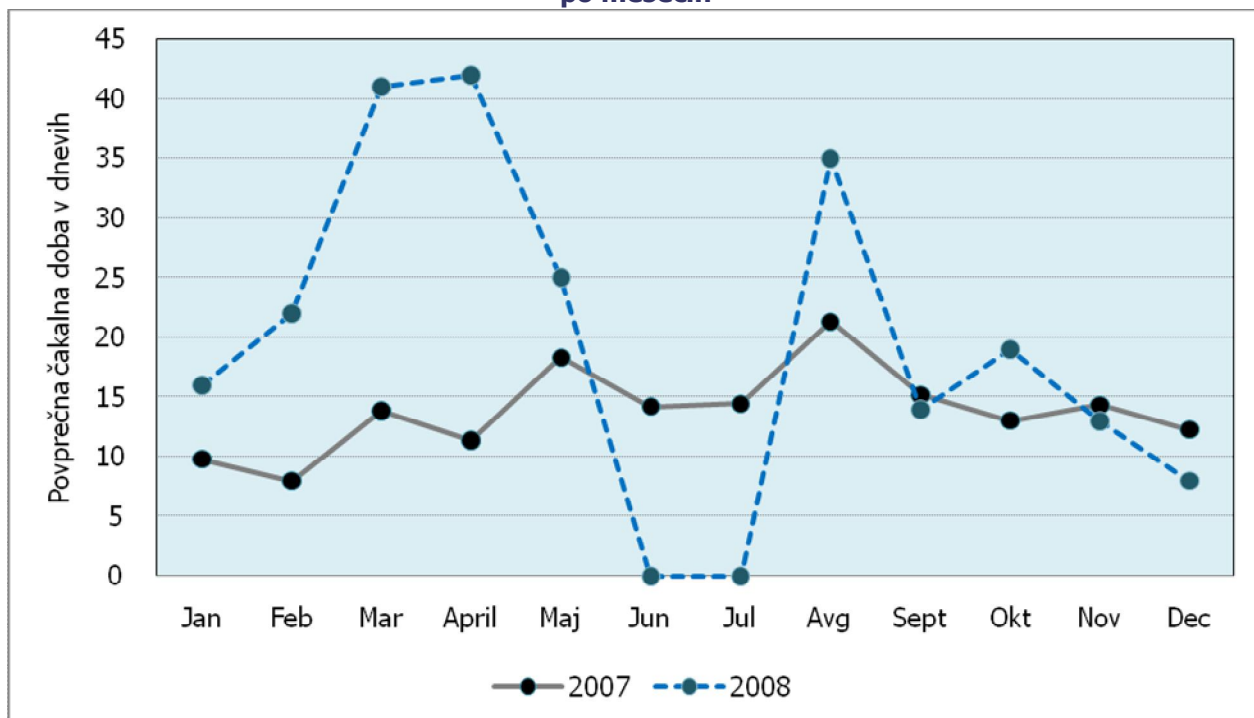
Ugotavljamo, da je bila čakalna doba v letu 2008 v primerjavi s prejšnjim letom na splošno daljša. Vzrok je predvsem nepopravljivi okvari starega CT aparata. Nov CT aparat nam je uspelo nabaviti v zelo kratkem času (november 2008). V vmesnem času smo bili prisiljeni CT preiskave izvajati na najetem, mobilnem aparatu in v omejenem obsegu.

Proti koncu leta 2008 (novembra in decembra) smo uspeli povprečno čakalno dobo znižati, k čimer je pripomoglo izvajanje preiskav v popoldanskem času in med vikendi.

Tabela 6: Čakalna doba za računalniško tomografijo za leti 2007 in 2008

	2007	2008
Število čakalnih dni na dan 31.12.	2.068	3.824
Število čakajočih na dan 31.12.	88	133
Povprečna čakalna doba na dan 31.12.	24	29
Povprečna čakalna doba v letu	14	25
Razpon čakalne dobe v letu	0 - 142	0 - 224

Grafikon 5: Povprečna čakalna doba za računalniško tomografijo v SB NG v letih 2007 in 2008 po mesecih



• NAČRT IZBOLJŠAV

Kaj	<ul style="list-style-type: none"> • V veljavi je navodilo iz leta 2006 "Organizacijsko navodilo za izvajanje obravnav na Oddelku za radiologijo", ki je osnova za obvladovanje diagnostike in vodenja čakalne vrste ob upoštevanju stopnje nujnosti obravnave. Navodilo zagotavlja urejen sistem vodenja čakalne knjige za programske in urgentne primere, ter omogoča spremljanje obsega programa s strani Plansko analitske službe enkrat mesečno. • Načrtujemo natančnejše spremljanje in evidentiranje urgentnih preiskav. • Spremljanje neustreznih indikacij.
Kdo	Predstojnik radiološkega oddelka, glavni radiološki inženir, strokovno vodstvo bolnišnice, upravne službe
Kdaj	Leto 2009
Merila za spremljanje ukrepov	Kontrola čakalne knjige: število čakalnih dni na pacienta, mesečno poročanje o čakajočih na preiskave
Poročilo o izvedenih ukrepih	Odgovorna oseba za izvedbo je dolžna pripraviti poročilo o izvedbi ukrepov skladno z navodili najkasneje v 30-tih dneh

4. ČAKANJE NA ODPUST: DNEVI, KO BOLNIKI, KI SO KONČALI ZDRAVLJENJE V AKUTNI BOLNIŠNICI, ČAKAJO NA ODPUST

V letu 2008 smo začeli izvajati aktivnosti v smislu vnosa predvidenega datuma na odpust z namenom boljše analize kazalnika – čakanje na odpust.

Glede na programsko orodje smo za leto 2008 pridobili spodaj predstavljene podatke. Žal pa teh podatkov za leto 2007 nimamo, tako da primerjava s prejšnjim letom ni mogoča.

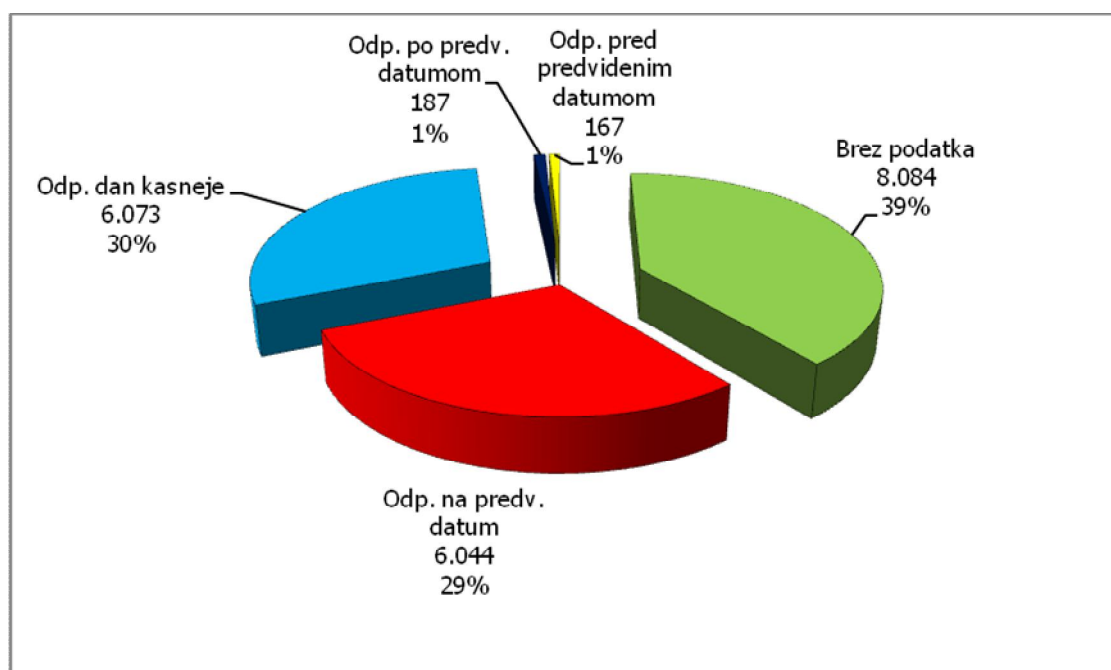
Upoštevali smo 20.555 hospitalnih obravnav (brez odd. invalidne mladine in spremljajočih). Od tega je bilo kar 39 % (8.084) obravnav brez vnešenega datuma.

V grafikonu 6 je predstavljena struktura in podatki za bolnišnico, v tabeli 7 pa je prikazan kazalnik za leto 2008.

Tabela 7: Čakanje na odpust v letu 2008

	Leto 2008
Število čakalnih dni	7.192
Število bolnikov, ki je čakalo na odpust	6.607
Povprečno število dni na bolnika	1,09
Razpon števila čakalnih dni	1 - 42

Grafikon 6: Struktura podatkov o predvidenem dnevu odpusta za leto 2008



Za leto 2007 smo kot kazalnik čakanja na odpust uporabili podatke o neakutni bolnišnični obravnavi.

V letu 2008 se je metodologija evidentiranja neakutne obravnave spremenila. Za obračun neakutne obravnave pridejo v poštev le tiste obravnave, ki so daljše od 6 dni, kar velja tudi v primeru premestitve med akutno in neakutno obravnavo.

Za ostale je potrebno vnesti evidenčne oskrbne dneve. Tudi bivanje v neakutni obravnavi ni več omejeno na 30 dni. V letu 2008 smo tako evidentirali 6.202 vseh oskrbnih dni neakutne obravnave, kar je za 3% manj kot v prejšnjem letu. Povprečno trajanje neakutne obravnave glede na obračunane oskrbne dneve pa je znašalo 14,11 dni, v letu 2007 pa 7,12.

Poleg tega se neakutna obravnava ne izvaja na vseh dejavnostih, kar predstavlja dodatno pomanjkljivost primerjave oz. analize.

• NAČRT IZBOLJŠAV

Kaj	<ul style="list-style-type: none"> • Predvideti datum odpust čimprej po sprejemu • Mesečno spremljanje vnešenih podatkov • Prizadevanja za vnos datuma za predviden dopust pri vseh hospitalnih obravnavah
Kdo	Predstojnik službe ali samostojnega oddelka, vodje oddelkov, strokovno vodstvo bolnišnice, upravne službe
Kdaj	Mesečno
Merila za spremljanje ukrepov	Beleženje kazalnika v skladu z navodili in mesečno spremljanje vnosa podatkov v informacijski sistem
Poročilo o izvedenih ukrepih	Mesečna poročila, letno poročilo

5. DELEŽ NENAČRTOVANEGA PONOVNEGA SPREJEMA V ISTO BOLNIŠNICO V 7 DNEH PO ODPUSTU ZARADI ISTE DIAGNOZE ALI ZAPLETOV, POVEZANIH S TO BOLEZNIJO

Peti kazalnik prikazuje delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo.

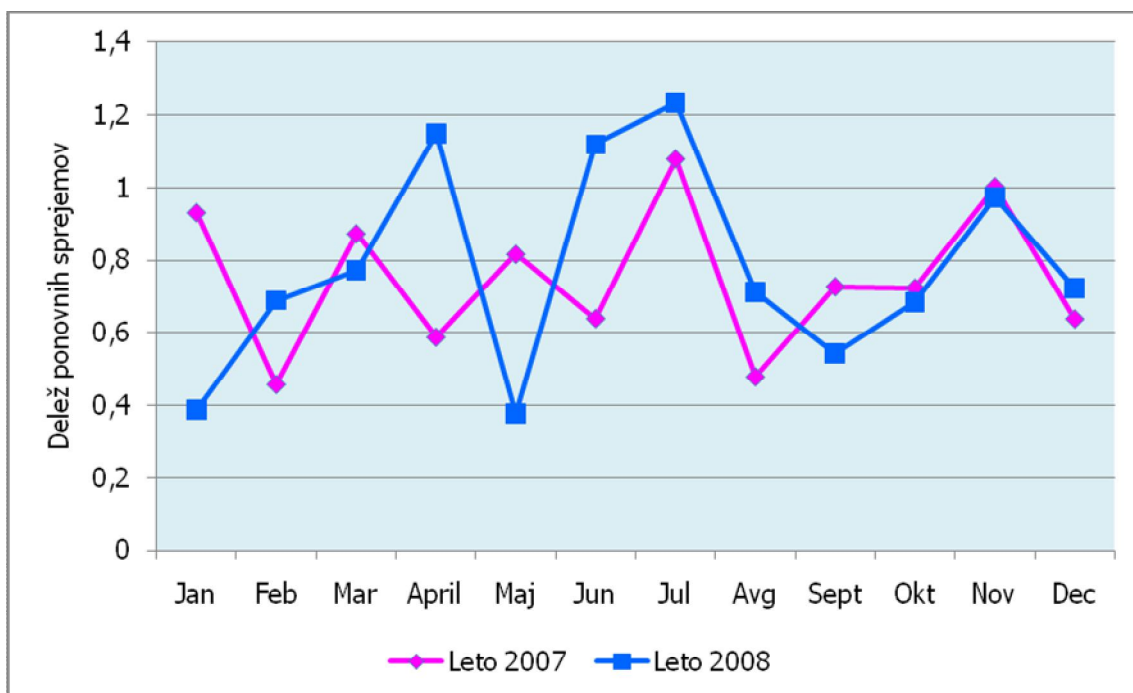
V tabeli 8 je prikazana primerjava podatkov med leti 2008 in 2007. V grafikonu 7 je prikazana dinamika kazalnika v letih 2007 in 2008, v grafikonu 8 pa delež ponovnega sprejema po dejavnostih bolnišnice.

Tabela 8: Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema

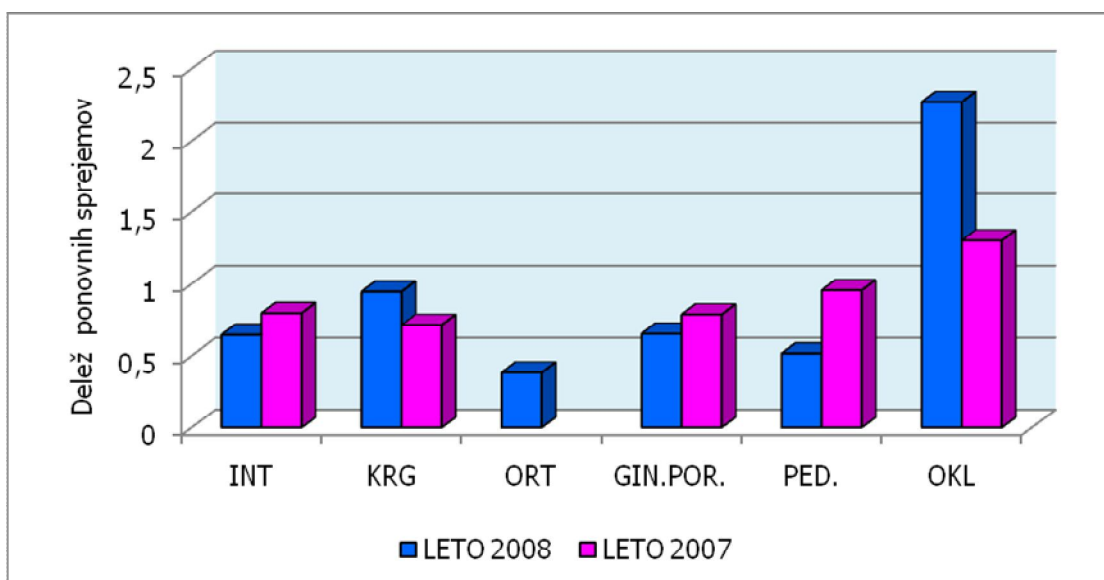
	Leto 2007	Leto 2008
Število ponovnih sprejemov	129	144
Število vseh odpuščenih bolnikov	17.900	18.480
Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema	0,72	0,78

V primerjavi z letom 2007 se je v letu 2008 delež ponovnega sprejema v bolnišnico v 7 dneh po odpustu nekoliko povečal. Najvišji porast so imeli na okulistiki, ortopediji in kirurgiji.

Grafikon 7: Delež ponovnega sprejema po mesecih v letih 2007 in 2008



Grafikon 8: Delež ponovnih sprejemov po dejavnostih SB NG v letih 2008 in 2007



● NAČRT IZBOLJŠAV

Kaj	<ul style="list-style-type: none"> • Redno izpisovanje ponovno sprejetih pacientov • Preverjanje podatkov o diagnozah in zapletih pri ponovno sprejetih pacientih • Enostavnejše zbiranje podatkov in informacijskega sistem s pomočjo primernega izpisa podatkov.
Kdo	Odpustni zdravnik, predstojniki, strokovno vodstvo, upravne službe bolnišnice
Kdaj	Mesečno, za leto 2009
Merila za spremljanje ukrepov	Mesečna poročila, analiza in spremljanje odstopov
Poročilo o izvedenih ukrepih	Mesečna in letno poročilo

6. KOLONIZACIJA Z MRSA

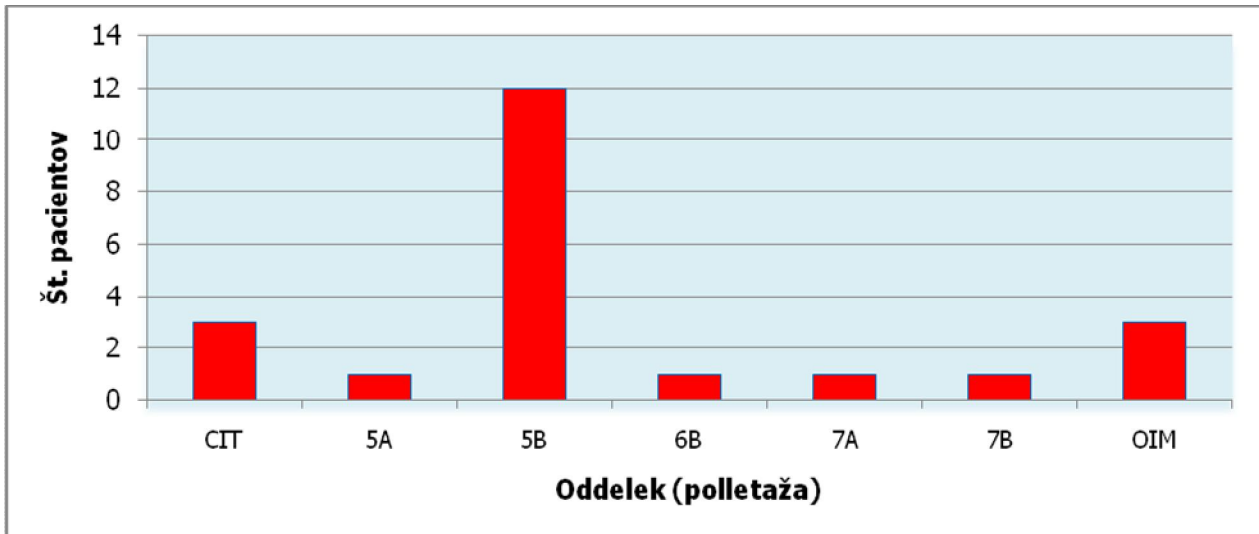
Na osnovi Pravilnika o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Ur.l. RS 74/99) je bila v bolnišnici že pred leti ustanovljena komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO).

Ena od nalog KOBO je tudi spremljanje kolonizacije in okužb z proti meticilinu odporne bakterije *Staphylococcus aureus* (MRSA). Podatke o kolonizaciji in okužbah zajemamo s pomočjo izvidov mikrobiološkega laboratorija.

Tabela 9: Kolonizacija z MRSA, leto 2006 in 2007

povezava s kakovostjo	<ul style="list-style-type: none"> • organizacija dela, • - upoštevanje metod za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb 		
definicija	<ul style="list-style-type: none"> • delež koloniziranih in okuženih pacientov ob sprejemu in delež koloniziranih in okuženih pacientov, ki so MRSA pridobili v bolnišnici, • odstotek odvzetih nadzornih kužnin, • delež MRSA med vsemi izolati bakterije <i>Staphylococcus aureus</i> 		
vir podatkov	sprotno spremljanje okužb in kolonizacij		
leto	2006	2007	2008
št. vseh sprejemov v bolnišnico	18.788	17.679	19.092
ali je vpeljan reden odzem nadzornih kužnin za odkrivanje nosilcev MRSA	da	da	da
koliko bolnikom so bile odvzete nadzorne kužnine	3%	6%	5%
št. vseh bolnikov koloniziranih z MRSA hospitaliziranih v letu	38	73	53
št. bolnikov že koloniziranih z MRSA ob sprejemu	9	30	31
št. bolnikov, ki je MRSA pridobilo v ustanovi	29 (76 %)	43 (59 %)	22 (41%)
delež MRSA med vsemi izolati bakterije <i>Staphylococcus aureus</i>	/	11%	9%

Grafikon 9: Število vseh bolnikov, ki so MRSA pridobili v SB NG glede na oddelek letu 2008



Izvedeni ukrepi v letu 2008 za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb:

- ✦ pripravili smo shemo jemanja nadzornih kužnin, v kateri je opredeljeno kdaj in komu jemljemo nadzorne kužnine; shema je namenjena zdravnikom kot pripomoček za hitrejšo določanje rizičnih dejavnikov za kolonizacijo oz. okužbo z MRSA,
- ✦ pripravili smo shemo postopka dekolonizacije kot pomoč medicinskim sestram,
- ✦ ker je bil vnos podatka o kolonizaciji oz. okužbi med kritične podatke nezadovoljiv, smo lečečega zdravnika od vsakega pacienta, ki tega podatka ni imel zabeleženega, obvestili in ga dodatno seznanili, da je podatek potrebno vnesti v Birpis,
- ✦ v mesecu aprilu smo izvedli usposabljanje, ki smo ga imenovali Teden bolnišničnih okužb in je bil namenjen vsem zdravstvenim delavcem in sodelavcem; namen usposabljanja je bil osvežiti znanja s področja preprečevanja bolnišničnih okužb; udeležba na usposabljanjih je bila zelo visoka,
- ✦ izvajamo ciljne strokovne nadzore oddelkov (npr. nadzor nad pravilno uporabo razkužil),
- ✦ izvajamo nadzore izvajanja izolacijskih ukrepov,
- ✦ za seje KOBO pripravljamo obdobja poročila o gibanju števila kolonizacij oz. okužb z MRSA,
- ✦ oddelkom in službam smo razdelili mape, v katere smo zbrali vse do sedaj sprejete dokumente KOBO in standarde zdravstvene nege, ki jih oddelki potrebujejo pri svojem delu,
- ✦ izvajamo aktivnosti na področju rabe razkužil (npr. sodelovanje pri javnem naročilu),
- ✦ uvedli smo uporabo "varnih kanil".

● **NAČRT IZBOLJŠAV**

Kaj	<ul style="list-style-type: none"> ● redno spremljanje MRSA, ● nadaljevanje edukacije osebja o presoji MRSA glede na dejavnike tveganja, ● edukacija pripravnikov vseh zdravstvenih profilov o pomembnosti ugotavljanja ● dejavnikov tveganja za kolonizacijo z MRSA, ● izvajanje vseh higienskih ukrepov in navodil KOBO
Kdo	<ul style="list-style-type: none"> ● KOBO ● strokovno vodstvo bolnišnice ● predstojniki oddelkov in služb ● glavne in odgovorne sestre oddelkov in služb
Kdaj	leto 2009
Merila za spremljanje ukrepov	<ul style="list-style-type: none"> ● delež MRSA ● delež SA
Poročilo o izvedenih ukrepih	<ul style="list-style-type: none"> ● analiza stanja 2 x letno, ● izdelava poročila o izvedenih ukrepih v skladu z navodili

DIREKTOR ZAVODA:
Silvan SAKSIDA, dr. med., spec. interne medicine

Številka: 003-3/07-4
Datum: 31.03.2009