

# Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

04.06.2024  
Nicole Ruhe , CEO

Version 3



## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2023.

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

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen sind im Inhaltsverzeichnis alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2023

Frau  
Christa Schubiger  
Qualitätsverantwortliche  
055 285 51 73  
[christa.schubiger@kssg.ch](mailto:christa.schubiger@kssg.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verscharfren die Situation weiter. Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitatsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitatsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 .....	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	8
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>9</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	9
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	15
4.5 Registerübersicht .....	16
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	17
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>18</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	19
5.2 Eigene Befragung .....	21
5.2.1 Stationäre Patientenbefragung .....	21
5.2.2 Patientenzufriedenheit Notfall .....	21
5.3 Beschwerdemanagement .....	21
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
7.1 Eigene Befragung .....	22
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit .....	22
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>23</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>23</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>23</b>
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....	23
<b>10 Operationen</b> .....	<b>25</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	25
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>26</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	26
<b>12 Stürze</b> .....	<b>29</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	29
12.2 Eigene Messung .....	30
12.2.1 Sturzprävalenz .....	30
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>31</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	31
13.2 Eigene Messungen .....	32
13.2.1 Dekubitus-Inzidenz .....	32
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>0</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	

	Alle Freiheitseinschränkenden werden erfasst und evaluiert.	
<b>15</b>	<b>Symptombelastung psychischer Störungen</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	<b>Messungen in der Rehabilitation</b> .....	<b>0</b>
<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>0</b>
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>33</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	33
18.1.1	Latenzzeitencontrolling .....	33
18.1.2	Einführung neuer sanaCERT Standards 31 Prozessmanagement und 18 Umgang mit akutverwirrten Patienten .....	34
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 .....	34
18.2.1	Integration Qualitätsmanagement Linth ins OPQM KSSG .....	34
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	34
18.3.1	sanaCERT Re-Zertifizierung .....	34
18.3.2	Labor ISONorm 15189 .....	34
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>35</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....	<b>36</b>
	Akutsomatik .....	36
	<b>Herausgeber</b> .....	<b>38</b>

## 1 Einleitung

Mit diesem Qualitätsbericht 2023 nimmt die Geschäftsleitung des Spital Linth die Gelegenheit wahr, die Entwicklung und Ergebnisse der vielfältigen Qualitätsanstrengungen darzustellen.

Das Spital Linth ist das Regionalspital der Bezirke See und Gaster und damit Anlaufstelle für knapp 70'000 Menschen der Region zwischen Walensee und Zürichsee.

Wir bieten unseren Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochstehende, ganzheitliche Medizin und Pflege durch eine persönliche und professionelle Behandlung und Betreuung.

Es ist uns ein grosses Anliegen, die Qualität unserer Leistungen nachhaltig zu verbessern und weiterzu entwickeln. Unser wichtigstes und zentrales Ziel ist die Patientenzufriedenheit aufrecht zu erhalten und möglichst weiter zu steigern.

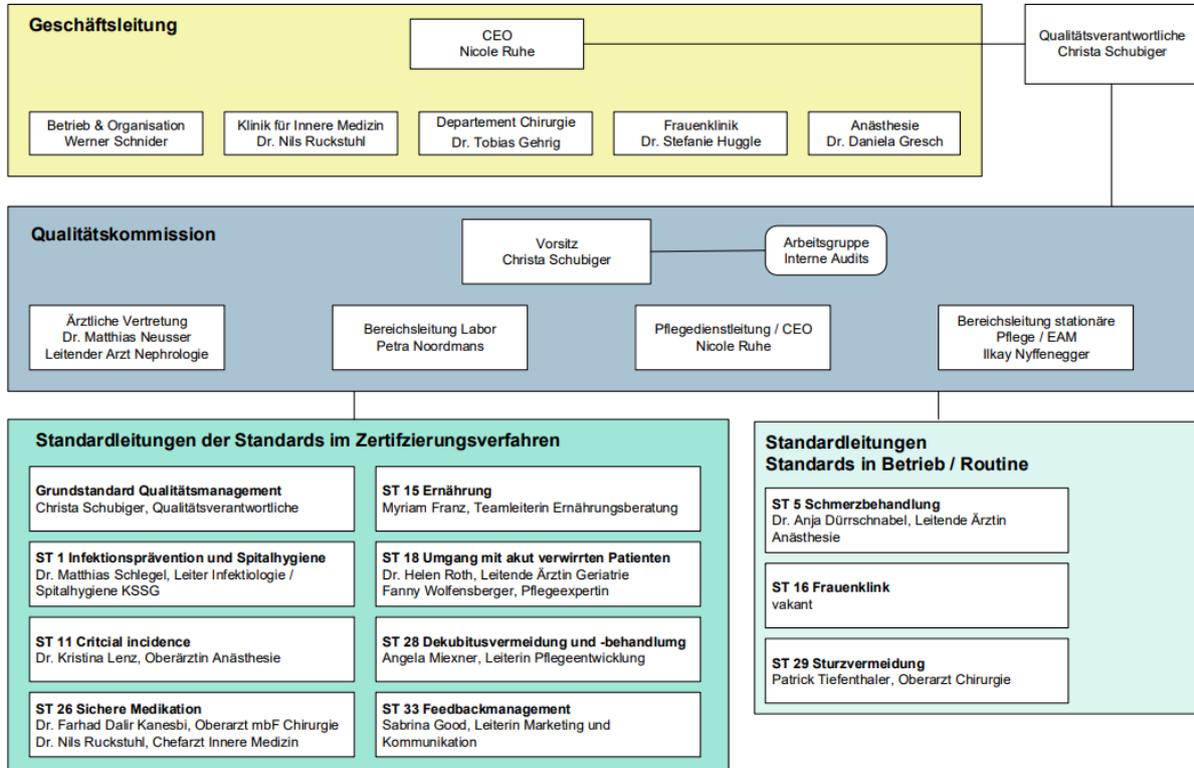
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



#### Organigramm Qualitätsmanagement



Das Qualitätsmanagement koordiniert die Qualitätsentwicklung und nimmt unter anderem folgende Aufgaben wahr:

- Ansprechpartner in allen Fragen des Qualitätsmanagement
- Begleitung von Zertifizierungsprozessen
- Überwachung und Umsetzung von Qualitätsverbesserungsprojekten
- Berichterstattung über Qualitätsaktivitäten
- Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **60** Stellenprozent zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Christa Schubiger  
 Qualitätsverantwortliche  
 055 285 51 73  
[christa.schubiger@kssg.ch](mailto:christa.schubiger@kssg.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Der Kantonsrat hat am 02. Dezember 2020 die Strategie "Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde" verabschiedet. Zugleich wurde der Auftrag der Regierung bestätigt, dass zu prüfen ist, welche Organisations- und Führungsstrukturen sich eignen, um die heutigen vier Spitalverbunde in eine neue gemeinsame Spitalorganisation zu integrieren. Innerhalb des Programms "Managementmodell 2024+" wurden seit April 2022 eine Vielzahl an Aktivitäten durchgeführt, um zu überprüfen, wie die vier St.Galler Spitalverbunde zu einer Spitalorganisation zusammengeführt werden können. Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

- Vereinheitlichung Feedbackmanagement `1Konzept-1Prozess-1IT-Applikation`
- Einführung Latenzcontrolling Austrittsberichte
- Integration des Qualitätsmanagement im Rahmen des Projektes Management Modell 2024
- Harmonisierung und Umsetzung der Qualitätsstrategie

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

- Integration des Qualitätsmanagement Linth ins OPQM KSSG
- Spitalweite Schulungen zu Meldepflicht Materiovigilanz
- Einführung der permanenten stationärer Patientenbefragung SAP SRM

#### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Einführung und Implementierung folgender sanaCERT Standards:

- Standard 18 Umgang mit akut verwirrten Patienten
- Standard 31 Prozessmanagement

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ ANQ

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stationäre Patientenbefragung</li><li>▪ Patientenzufriedenheit Notfall</li></ul>
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mitarbeiterzufriedenheit</li></ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sturzprävalenz</li></ul>
<i>Dekubitus</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dekubitus-Inzidenz</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Materiovigilanz (gesetzliches Meldesystem)

<b>Ziel</b>	Erfassung schwerwiegender Vorkommnisse mit fehlerhaften Medizinprodukten (z.B. Verbrauchsmaterial, med. Geräten, IvD-Produkte)
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Permanenter Betrieb
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Methodik</b>	Das Meldecenter ist die digitale Plattform, in der die gesetzlich verpflichtend zu meldenden schwerwiegenden Vorkommnisse erfasst werden. Weiterbearbeitung durch die Materiovigilanzverantwortlichen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Anwendender von Medizinprodukten im Spital Linth

Stationäre Patientenbefragung

<b>Ziel</b>	Erhalt einer umfassenden Datenbasis zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Permanente
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Ein gezieltes Eingehen auf Problemstellung oder Weitergabe von Lob im Zusammenhang mit dem Spitalaufenthalt wird ermöglicht.
<b>Methodik</b>	Alle austretenden stationären Patienten erhalten einen standardisierten Fragenbogen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Gesamtes Spital

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

### Qualitätsmanagement

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Qualitätsentwicklung im gesamten Spital
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	PDCA-Zyklus
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen

### Team-Time-out (TTO)

<b>Ziel</b>	Die Team-Time-Out (TTO) Checkliste ist ein Instrument zur Erhöhung der Patientensicherheit durch Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen bei invasiven und operativen Eingriffen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen bei invasiven und operativen Eingriffen.
<b>Methodik</b>	Bei invasiven oder operativen Eingriffen wird die TTO-Checkliste verpflichtend angewendet.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflegefachpersonen

### Sichere Medikation

<b>Ziel</b>	Die Patientensicherheit im Zusammenhang mit Medikation ist gewährleistet und wird stetig erhöht.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Der Medikationsprozess im ambulanten und stationären Bereich ist die Hauptquelle für Fehler und unerwünschte Ereignisse im Gesundheitswesen
<b>Methodik</b>	Projektmanagement / Erfüllung der sanaCERT Standardkriterien
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle am Mediaktionsprozess beteiligten Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laufende Überprüfung an den Standardgruppensitzungen.

## Dekubitusvermeidung und -behandlung

<b>Ziel</b>	Evidenzbasierte Pflege zur Dekubitusvermeidung sowie die evidenzbasierte Behandlung von Dekubitalgeschwüren.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Verhindern von unnötigen Leiden und längeren Spitalaufenthalten / Patientenzufriedenheit
<b>Methodik</b>	Projektmanagement / Erfüllung der sanaCERT Standardkriterien
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle die mit der Pflege von dekubitusgefährdeten Patienten involviert sind.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	ANQ-Messung Erfassung aller Dekubitalgeschwüre ab Grad 2 Interne erfasste Dekubitus-Inzidenz

## Schmerzbehandlung

<b>Ziel</b>	Interdisziplinäre Versorgung von Patienten mit chronischen, aber auch akuten Schmerzen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Die professionelle und ganzheitliche Therapie von schmerzkranken Patienten erfordert eine interdisziplinäre Versorgung.
<b>Methodik</b>	Beurteilung des Patienten durch das gesamte interdisziplinäre Fachteam
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Rheumatologie, Anästhesie, Neurologie, Psychiatrie, Radiologie, Physiotherapie, Orthopädie, Geriatrie, Onkologie
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährliche Überprüfung von Behandlungserfolg / Patientenzufriedenheit / Anzahl Zuweisungen

## Sturzmeldeportal

<b>Ziel</b>	Reduktion der vermeidbaren Stürze, resp. der Stürze mit schweren Sturzfolgen während der Hospitalisation.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	fortlaufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Sturztendenzen erkennen, vermeiden von schwerwiegenden Sturzfolgen
<b>Methodik</b>	Meldeportal
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegepersonal, Ärzte, Physiotherapie, Reinigungspersonal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Regelmässige Überprüfung der Sturzrate und Schweregrad der Sturzfolgen

## Infektionsprävention und Spitalhygiene

<b>Ziel</b>	Vermeiden von nosokomialen Infekten
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Mitarbeit und Umsetzung der Guidelines und Standards des OSKI (Ostschweizer Kompetenzzentrum für Infektiologie)
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfassung Wundinfektionen n. Operationen nach Swissnoso

## Melde- und Lernportal CIRIS

<b>Ziel</b>	Aus Fehlern lernen, Verbesserungspotentiale ermitteln, Patientensicherheit gewährleisten
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Kritische Zwischenfälle werden gemeldet und analysiert
<b>Methodik</b>	Anerkanntes Meldeportal
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärztliche und pflegerische Vertretungen der Bereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Regelmässige Besprechungen, Überprüfungen und Ableiten von Massnahmen.

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2008 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

## 4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine <a href="http://www.ssapm.ch/">www.ssapm.ch/</a>	2003
<b>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	2003
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2003
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	1984
<b>CHPACE WEB</b> Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie <a href="http://www.pacemaker-stiftung.ch">www.pacemaker-stiftung.ch</a> <a href="http://www.rhythmologie-stiftung.ch">www.rhythmologie-stiftung.ch</a>	2003
<b>Infreporting</b> MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	2000
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a> <a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a>	2012

<b>srrqap</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Zürich Waid, Institut für Nephrologie -- srrqap <a href="http://www.swissnephrology.ch">www.swissnephrology.ch</a>	2010
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	2011

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
<b>KR Ostschweiz</b> Krebsregister Ostschweiz	Alle	<a href="http://ostschweiz.krebsliga.ch/">ostschweiz.krebsliga.ch/</a> <a href="http://ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/">ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/</a>

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
sanaCERT Suisse	Gesamtes Spital	2003	2022	gültig bis 2025
SN EN ISO 15189:2013 und ISO 15189:2012	Labor	2005	2023	gültig bis 2025
REKOLE	Finanz- und Rechnungswesen	2015	2023	gültig bis 2026
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz Gesamtes Spital	2014	2019	nächstes Audit 2024
SAfW	Wundambulatorium	2018	2021	gültig bis 2024

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
<b>Spital Linth</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.20	4.01	4.07	4.14 (3.65 - 4.84)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.60	4.45	4.46	4.56 (4.02 - 4.84)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.60	4.47	4.54	4.61 (4.16 - 4.82)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.40	4.29	4.41	4.39 (3.61 - 4.85)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.00	3.77	3.99	4.11 (3.54 - 4.49)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	85.40 %	91.50 %	90.60 %	88.80 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				
Anzahl eingetreffener Fragebogen		Rücklauf in Prozent		%

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im April 2023 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Stationäre Patientenbefragung

Qualität bedeutet, in der Abklärung, Behandlung und Betreuung für Patientinnen/Patienten die bestmögliche Leistung zu erbringen. In diesem Sinne hat das Spital Linth grosses Interesse die Urteile, Liebe, Meinungen, Wünsche und Beschwerden der Patientinnen/Patienten an der Qualitätsentwicklung der Gesundheitsversorgung zu beiteiligen, systematisch zu erfassen, auszuwerten und aufgrund der Resultate gegebenenfalls Massnahmen zur Verbesserung durchzuführen. Hierzu werden die Patientinnen und Patienten zu Themen des Behandlungspfades (Eintritt, pflegerische sowie ärztliche Dienstleistung, Infrastruktur, Verpflegung, Organisation des Spitalaufenthaltes sowie -austritts) befragt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Juli 2023 eingeführt. Die Befragung wird fortlaufend bei allen stationären Patientinnen/Patienten des Spital Linth durchgeführt.

Alle stationären Patientinnen/Patienten erhalten bei Austritt den Fragebogen "Stationäre Patientenbefragung am Spital Linth".

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat Juli durchgeführt.

Patientenzufriedenheit lag im 1.Halbjahr 2023 über 90 %.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

### 5.2.2 Patientenzufriedenheit Notfall

In dieser Befragung wurden die Patienten des Notfalls zu den 5 Bereichen Organisation, Information, Infrastruktur, Ärzte und Pflege befragt. Ziel der Befragung ware es, allfällige Patientenbedürnisse und Verbesserungspotentiale zu den Prozessen zu erheben.

Diese Patientenbefragung haben wir vom August bis September durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse wurden intern besprochen und analysiert.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PZ Benchmark

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### Spital Linth

Frau Christa Schubiger

Qualitätsverantwortliche

055 285 52 73

[qualitätsmanagement@kssg.ch](mailto:qualitätsmanagement@kssg.ch)

## 7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Zur anonymen Durchführung der Befragung wurde sich für den externen Partner Great Place to Work entschieden. Great Place to Work ist ein unabhängiges Forschungs- und Beratungsunternehmen, welches anhand der Mitarbeitendenbefragung die Arbeitsplatzkultur erfasst. Die Fragen messen das Vertrauen in einer Arbeitsplatzkultur und lassen sich den fünf Dimensionen Glaubwürdigkeit, Respekt, Fairness, Stolz sowie Teamgeist zuordnen. Die Befragung wurde digital durchgeführt. Zur Teilnahme erhielten die Mitarbeitenden eine Einladungs-E-Mail. Denjenigen ohne eine eigene Arbeits-E-Mail-Adresse wurde ein Brief mit den Zugangsdaten zugestellt. Die Befragung konnte mit dem Laptop, Tablet oder Handy ausgefüllt werden. Die Teilnahme an der Mitarbeitendenbefragung erfolgte auf freiwilliger Basis.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 14. März 2023 bis 04.04.2023 durchgeführt.  
Gesamtes Spital Linth

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse wurden spitalintern kommuniziert und Massnahmen abgeleitet.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Greath Place to Work
Methode / Instrument	Greath Place to Work

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 9 Wiedereintritte

##### 9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden. Von allen Wiedereintritten, die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten, werden lediglich ungeplante Wiedereintritte als Qualitätsauffälligkeit gezählt und berücksichtigt. Dabei werden ungeplante Rehospitalisationen stets als Auffälligkeiten angesehen, unabhängig vom genauen Grund des Wiedereintritts. Geplante Rehospitalisationen hingegen werden nicht berücksichtigt.

Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) um die ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auszuwerten. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels des Algorithmus. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen.

Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eignen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

#### Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021
<b>Spital Linth</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>
Spitalweite Kohorte	6.42 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	4.86 %
Kardiorespiratorische Kohorte	11.8 %
Kardiovaskuläre Kohorte	8.33 %
Neurologische Kohorte	4.99 %
Sonstige medizinische Kohorte	9.23 %

Zur Risikoadjustierung der ungeplanten Rehospitalisationen werden das Alter, das Geschlecht und eine Vielzahl möglicher komorbider Nebenerkrankungen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Beurteilt wird dabei der Zustand der Patientinnen und Patienten beim Erstaufenthalt (nicht beim Wiedereintritt).

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Auswertung	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, Universität Luzern
Methode / Instrument	Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), angepasst auf die Schweizer Codier-Regeln. Die angepasste Version für die Schweiz wurde mittels einer Validierungsstudie geprüft.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patientinnen und Patienten.</li> <li>▪ 18 Jahre oder älter.</li> <li>▪ Patient/in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben.</li> <li>▪ Patient/in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen.</li> <li>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes.</li> <li>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation.</li> <li>▪ Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (Krankenhaustypologie «K211» und «K212») oder einer Rehabilitationsklinik («K221») oder Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Hauptkostenstelle («M500»), einer Hauptkostenstelle für Rehabilitation («M950») oder einer pädiatrischen Hauptkostenstelle («M400»).</li> <li>▪ Erstaufenthalt zur ausschliesslichen medizinischen Behandlung eines Krebsleidens, ohne einen chirurgischen Eingriff (dieses Ausschlusskriterium betrifft nur den spitalweiten Indikator und seine Kohorten, weil die diagnose- und eingriffs-spezifischen Indikatoren in jedem Fall auf spezifische Diagnosen bzw. Eingriffe ausgerichtet sind).</li> <li>▪ Fehlen eines ausreichenden Nachverfolgungszeitraumes von 30 Tagen nach der Entlassung (z.B. im Dezember am Ende des Jahres der aktuellen Untersuchungsperiode), sodass nicht bestimmt werden kann, ob eine Rehospitalisation, während 30 Tagen erfolgte.</li> <li>▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden.</li> <li>▪ Patient/in lebt im Ausland.</li> <li>▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.</li> </ul>

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.siris-implant.ch](http://www.siris-implant.ch)

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2017 bis 31.12.2020

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2017 - 2020	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2017 - 2020	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %		Adjustierte Revisionsrate % 2017 - 2020
			2015 - 2018	2016 - 2019	
<b>Spital Linth</b>					
Primäre Hüfttotalprothesen	149	2.00%	2.10%	3.30%	2.10%
Primäre Knieprothesen	181	2.80%	4.00%	3.80%	2.90%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2023 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2017 bis Dezember 2020. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2022.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patientinnen und Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen\*\*\*.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Blinddarm-Entfernungen
- \*\*\* Dickdarmoperationen (Colon)
- Kaiserschnitt (Sectio)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
<b>Spital Linth</b>						
Blinddarm-Entfernungen	106	4	0.00%	0.00%	1.40%	3.80% (1.00% - 9.40%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	43	1	4.60%	6.20%	7.90%	2.30% (0.10% - 12.30%)
Kaiserschnitt (Sectio)	151	1	2.10%	1.20%	2.10%	0.70% (0.00% - 3.60%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden seit der Messung 2021/2022 zeitgleich durchgeführt.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
<b>Spital Linth</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	37	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 9.50%)

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patientinnen und Patienten ( $\geq 16$ Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patientinnen und Patienten ( $\leq 16$ Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

#### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

#### Messergebnisse

	2018	2019	2022	2023
<b>Spital Linth</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	2	1	–
In Prozent	0.00%	3.30%	1.80%	–
Residuum* (CI** = 95%)		-0.03	0.1 (0.73 - 0.52)	– (–)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

\*\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle stationären Patientinnen und Patienten <math>\geq 18</math> Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Sturzprävalenz

Die Sturzprävalenz wurde im Rahmen einer zentralen Erfassung über das elektronische Sturzmeldeportal erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Gesamtes Spital

Es werden alle Stürze der im Spital hospitalisierten Patienten erfasst, analysiert und bewertet.

Die Messung folgender Indikatoren erfolgt permanent über das ganze Jahr:

- Sturzrate (Anzahl Stürze auf 1000 Pflage tage) 2023 beträgt 2.6%, im Vorjahr 2.3%
- Anzahl Stürze absolut 2023 wurden 92 erfasst, im Vorjahr 83

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprävalenz

## 13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften.

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

#### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

#### Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2023	In Prozent
		2018	2019	2022		
<b>Spital Linth</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	0	0	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)			0.17 (0.98 - 0.63)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

\*\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle stationären Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 13.2 Eigene Messungen

### 13.2.1 Dekubitus-Inzidenz

Der Dekubitus-Inzidenz wurde im Rahmen einer zentralen Erfassung über die elektronische Wunddokumentation ab Dekubitus Grad 2 erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Gesamtes Spital

Gesamtzahl stationärer Patienten (ohne Säuglinge) 2023: 6281.

Dekubitus - Inzidenz 2023

Für ausserhalb und innerhalb des Spitals entstandene Dekubitalgeschwüre 1.03%.

Für innerhalb des Spitals entstandene Dekubitalgeschwüre 0.28%.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Latenzzeitencontrolling

##### **Ausgangslage:**

Im Rahmen der Integration des med. Controllings SV2-4 wird neu auch die Kennzahl Latenzzeiten Versand Austrittsberichte gemessen bzw. zu monitorisiert. Jede Klinik schreibt pro stationären Fall einen Austrittsbericht und kennzeichnet anschliessend den Fall durch Setzung des Hackens in SAP IS-H als erledigt. Dies dient dem med. Controlling als Grundlage zur Kodierung. Die Kodierung führt zu einer DRG, die, je nach Aufenthaltsdauer und Austrittsgrund zu einem Effektivgewicht gruppiert wird. Multipliziert man das Effektivgewicht mit dem gültigen Basisfallwert, wird daraus die SwissDRG ermittelt, die schliesslich abgerechnet wird. Dieser Verlauf führt zu gewissen Latenzzeiten. Den festgelegten Mitarbeitern der Spitalverbunde steht im Intranet eine aktuelle Handlungsanweisung zur Fallabschlussung in SAP IS-H zur Verfügung. Zudem wurden die Mitarbeiter geschult.

##### **Evaluationsprozess:**

Von den Kliniken werden Mitarbeiter festgelegt, welche für die zeitnahe Versendung der Austrittsberichte verantwortlich sind. Diese Mitarbeiter sind auf der Verteilerliste des Operativen Qualitätsmanagements aufgelistet und erhalten in einer festgelegten Periodizität per E-Mail eine Kontrollliste. Am Ende eines jeden Quartals, findet eine Auswertung der Latenzzeiten der jeweiligen Kliniken statt. Als Auswertungsgrundlage wird im SAP IS-H das gesetzte Häcken bei Austrittsbericht genommen. Die Auswertungen werden folgendermassen kategorisiert:

- rote Kliniken: < 80% der Austrittsberichte werden innerhalb 10 Arbeitstagen verschickt
- gelbe Kliniken: zwischen 80% und 90% der Austrittsberichte werden innerhalb von 10 Arbeitstagen verschickt
- grüne Kliniken: >90% der Austrittsberichte innerhalb von 10 Arbeitstagen

Bei den roten und gelben Kliniken wird die Ursache ermittelt und unter Umständen weitergehende Massnahmen getroffen.

##### **Ergebnisse:**

Die Latenzzeit stellt eine Unternehmenskennzahl da, welche das Ziel verfolgt >90% der Austrittsberichte innerhalb von 10 Arbeitstagen zu versenden. Ab 01. Januar 2024 fliesst die Fallabschlussung aller Spitalverbunde in die Statistik mit ein. Somit kann eine erste Quartalauswertung der Spitalverbunde im Frühling 2024 erfolgen. Das Latenzzeitencontrolling wird weiter optimiert, sodass zum Beispiel eine automatische Häckensetzung bei den Säuglingen möglich ist, da hier der Abschlussbericht über die Mütter erfolgt.

## 18.1.2 Einführung neuer sanaCERT Standards 31 Prozessmanagement und 18 Umgang mit akutverwirrten Patienten

### Ausgangslage

Das Spital Linth ist seit 2003 nach den Qualitätsstandards von sanaCERT Suisse zertifiziert. Neben dem Grundstandard Qualitätsmanagement müssen sieben weitere Standards aus dem Standardset gewählt und bearbeitet werden.

### Evaluationsprozess

Die Standards 29 Sturzvermeidung und 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene wurden in den letzten Jahren stetig weiterentwickelt und sind etabliert, somit werden sie den Betrieb überführt.

### Ergebnisse

Die Standards 31 Prozessmanagement und Standard 18 Umgang mit akutverwirrten Patienten werden neu aufgenommen und bearbeitet.

Mit dem ManagementModell 2024+ wird das SanaCERT-Standardset in allen Spitalregionen zudem identisch sein.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

### 18.2.1 Integration Qualitätsmanagement Linth ins OPQM KSSG

Das Qualitätsmanagement Spital Linth wurde personell und aufgabenmässig per 1.4.2023 in das Operative Qualitätsmanagement des KSSG integriert.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 sanaCERT Re-Zertifizierung

#### Ausgangslage

Das Spital Linth ist seit 2003 nach den Qualitätsstandards von SanaCERT Suisse zertifiziert. Alle drei Jahre findet ein Re-Zertifizierungsaudit zum Grundstandard Qualitätsmanagement sowie sieben weitere Standards aus dem Standardset statt.

Am 07.-08. September 2022 überprüften die Auditoren folgende Standards:

- Grundstandard Qualitätsmanagement
- Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene
- Standard 5 Schmerzbehandlung
- Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen
- Standard 26 Sichere Medikation
- Standard 28 Dekubitusvermeidung und -behandlung
- Standard 29 Sturzvermeidung
- Standard 33: Feedbackmanagement

#### Ergebnis

Das Spital Linth hat am sanaCERT-Re-Zertifizierungsaudit mit 29 von 32 Punkten abgeschlossen.

Am 20. September 2023 wurde ein Überwachungsaudit der sanaCERT durchgeführt.

### 18.3.2 Labor ISONorm 15189

am 16.08.2023 erfolgte die Überwachung der ISO Nrm 151589 im Labor Spital Linth durch die schweiz. Akkreditierungsstelle SAS.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dem Qualitätsbericht einen guten Einblick in die Qualitätsarbeit des Spital Linth vermitteln konnten.

Auch in Zukunft wollen wir bekannte Stärken zur Sicherung und Förderung der Qualität weiter verfolgen und untermauern.

Es ist uns ein grosses Anliegen, dass alle Mitarbeitenden aktiv an der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und an den gesetzten Zielen mitarbeiten.

Durch die stetige Optimierung und Anpassung des Qualitäts- und Prozessmanagements können wir die wachsenden Anforderungen in die bestehenden Abläufe integrieren und unseren Patienten eine qualitative hochwertige medizinische und pflegerische wohnortnahe Behandlung bieten.

Qualitätsentwicklung heisst für uns, die Weiterentwicklung im Qualitäts- und Sicherheitsbereich und somit die Patientensicherheit kontinuierlich zu sichern und zu erhöhen. Ein integrales Risiko- und Qualitätsmanagement ist dabei eine wichtige Unterstützung und verbindet mit diesem ganzheitlichen Ansatz alle Bereiche innerhalb des Spitals.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Isolierte Adrenalektomie
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie

Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$ )
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$ )
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:  
H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



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

## Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW):

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