

QUALITÄTSBERICHT 2024

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 2024.

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 Patient:innen 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 aktuell 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 2024

Frau

Christa Schubiger

0552855173

christa.schubiger@h-och.ch

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

Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt werden können. Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei.

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitatsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitatsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitatsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – [Qualität – Qualitatsvertrag](#). Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf 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 diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	9
4.2 Durchführung von kantonale 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	16
4.5 Registerübersicht	17
4.6 Zertifizierungsübersicht	18
QUALITÄTSMESSUNGEN	19
Zufriedenheitsbefragungen	20
5 Patientenzufriedenheit	20
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene	20
5.2 Eigene Befragung	22
5.2.1 Stationäre Patientenbefragung	22
5.3 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	23
Messungen in der Akutsomatik	23
9 Wiedereintritte	23
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	23
10 Operationen	25
10.1 Hüft- und Knieprothetik	25
11 Infektionen	26
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	26
12 Stürze	29
12.1 Eigene Messung	29
12.1.1 Sturzprävalenz	29
13 Dekubitus	30
13.1 Eigene Messungen	30
13.1.1 Dekubitus-Inzidenz	30
Messungen in der Psychiatrie	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
15 Symptombelastung psychischer Störungen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
Messungen in der Rehabilitation	0

16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	0
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	31
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	31
18.1.1	Gelenkte Dokumente	31
18.1.2	Ambulante Befragung	32
18.1.3	Schulungsvideo Materiovigilanz	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	33
18.2.1	Latenzzeiten	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	34
18.3.1	sanaCERT Re-Zertifizierung	34
18.3.2	Labor ISONorm 15189	34
19	Schlusswort und Ausblick	35
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	36
	Akutsomatik	36
	Herausgeber	38

1 Einleitung

Mit diesem Qualitätsbericht 2024 nimmt die Geschäftsleitung des Spitals Linth die Gelegenheit wahr, die Entwicklung und Ergebnisse der vielfältigen Qualitätsanstrengungen des Spital Linth darzustellen.

Der Qualitätsbericht 2024 wird ausschliesslich in elektronischer Form nach der Vorlage von H+ erstellt. Die Aktivitäten und Themen im Rahmen des Qualitätsmanagements werden von Jahr zu Jahr umfangreicher und komplexer. Um diesen Anforderungen auch in Zukunft gerecht zu werden, legt das Spital Linth grossen Wert auf ein ausgewogenes Verhältnis von Aufwand und Nutzen.

Schwerpunkte in der Qualitätsarbeit sehen wir in der Umsetzung des Qualitätskreislaufes (PDCA) und in der Entwicklung von Verbesserungsmassnahmen zu Gunsten unserer Patientinnen und Patienten, Zuweisenden sowie der Mitarbeitenden.

Spital Linth, im April 2025

Nicole Ruhe
Spitaldirektorin und Vorsitzende Standortgremium Spital Linth

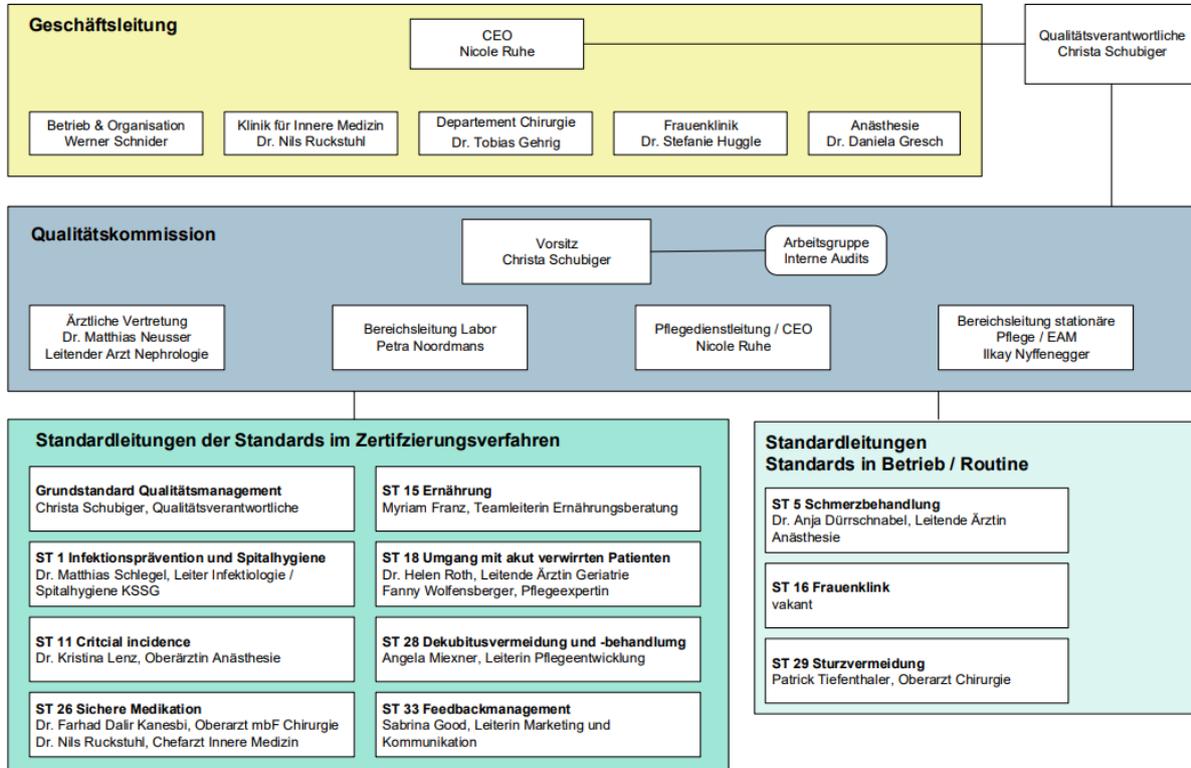
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Organigramm Qualitätsmanagement



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Christa Schubiger
 Qualitätsverantwortliche
 0552855173
christa.schubiger@h-och.ch

3 Qualitätsstrategie

Das höchste operative Entscheidungsgremium aller St.Galler Spitalverbunde, CEO-Koordinationsausschuss (nachfolgend CEO-KA), hat anlässlich seiner Sitzung vom 5. April 2022 festgehalten, dass im Zuge der Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde («4plus5-Strategie») die zeitlich nachgelagert Organisationvarianten für die künftige Management- und Organisationsstrukturen der St.Galler Spitäler zu prüfen sind. Diese Prüfung erfolgte im Rahmen des Programms «Managementmodell 2024+». Die Anpassung der bisherigen Management- und Organisationsstrukturen der St.Galler Spitäler wurde von Kantonsrat und Regierungsrat explizit gefordert. In der Septembersession 2021 hat der Kantonsrat eine Motion verabschiedet, in welcher eine vollständige Integration der heutigen Spitalverbunde zu einer einzigen Spitalorganisation verlangt wurde. Zudem hat die Regierung des Kantons St.Gallen am 18.01.2022 gegenüber einer Delegation der St.Galler Spitalverbunde deutlich zum Ausdruck gebracht, dass das Modell «ein Unternehmen» gegenüber anderen möglichen Holdingstrukturen zu bevorzugen und weiter auszuarbeiten sei. Auf Basis dieser Motion treibt der Verwaltungsrat der St.Galler Spitalverbunde die Erarbeitung des «Managementmodells 2024+» aktiv voran. Die Supportbereiche sind wichtige Pfeiler des künftigen Managementmodells und sind deshalb frühestmöglich auf die anstehende Transformation auszurichten, da sie für eine erfolgreiche Horizontalisierung des medizinischen und pflegerischen Kerngeschäfts zentral sind und die anstehenden Integrationsvorhaben unterstützen können. Auf Basis dieses Entscheides wurde für das Operative Qualitätsmanagement ein Betriebskonzept für die neue Struktur des Operativen Qualitätsmanagements erarbeitet, welches den Leistungsauftrag, die Aufbauorganisation sowie insbesondere die Prozessorganisation des Operativen Qualitätsmanagements der Spitalverbunde 1-4 regelt. Das jeweilige Qualitätsmanagement der Spitalverbunde 2-4 wurde personell und aufgabenmässig per 01.04.2023 in das Operative Qualitätsmanagement des KSSG integriert. Die verschiedenen Themen des Leistungsauftrages werden durch QM-Themenverantwortliche die ein QM-Thema für die SV1-4 als Fachexperten gegenüber internen und externen Personen vertreten. Die QM-Verantwortlichen in den SV2-4 können zu jedem Thema in Sinne eines First-Level-Supports Auskunft geben. Reicht diese Informationstiefe nicht aus, kann der QM-Themenverantwortliche als Fachexperte kontaktiert werden. Die QM-Themen SV1-4 werden mit der Harmonisierung des Qualitätsmanagements neu nach der Strategie «1Konzept – 1Prozess – 1IT-Applikation» über alle Spitalverbunde ausgerollt. Dies ermöglicht es Ressourcen zu bündeln. Per 1.1.2025 werden die vier Spitalverbunde zu einem neuen Unternehmen HOCH Health Ostschweiz mit den Spitälern St.Gallen, Grabs, Altstätten, Uznach, Wil sowie dem Ambulatorium Rorschach fusioniert. Das Qualitätsmanagementteam ist für alle Spitalstandorte zuständig und strebt bereits 2024 wo möglich eine Harmonisierung in den einzelnen Qualitätsthemen an.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

- Harmonisierung der Meldesysteme im Meldecenter (Vigilanzen, CIRS, etc.)
- Rollout einer unternehmensweiten Dokumentenlenkung für organisatorische Dokumente

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- Prozessvereinheitlichung Materiovigilanz in den St.Galler Spitalverbunden
- Erarbeitung eines easylearn zu Materiovigilanz

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Weiterentwicklung der ambulanten Patientenbefragung
- Harmonisierung der SanaCERT-Standards über alle St.Galler Spitalstandorte
- Einführung eines unternehmensweiten Prozessmanagementtools
- Notfallprocedere für BCM im OP-Bereich umsetzen

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.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene
<ul style="list-style-type: none"> Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
<ul style="list-style-type: none"> Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
<ul style="list-style-type: none"> 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:
<ul style="list-style-type: none"> 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">▪ Stationäre Patientenbefragung

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

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Qualitätsmanagement

Ziel	Kontinuierliche Qualitätsentwicklung im gesamten Spital
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Permanent
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	PDCA-Zyklus
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen

Harmonisierung Meldecenter

Ziel	Einheitliches Meldecenter für alle Standorte
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Patientensicherheit und Optimierung der Prozessabläufe
Methodik	Im Rahmen der Unternehmensgründung HOCH wurden die bestehenden 4 CIRS-Systeme in den vier Spitalstandorten überarbeitet und in ein gemeinsames IT-Tool überführt.
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Geplant 2025

Harmonisierung Schmerzkarte über alle Standorte

Ziel	Einheitliche Vorgehen in der Schmerzbehandlung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024 /2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Patientensicherheit und Optimierung Prozessabläufe
Methodik	Aufbauend auf den bestehenden Schmerzkarten
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Pharmazie
Evaluation Aktivität / Projekt	Geplant nach Einführung der neuen Schmerzkarte

Controlling der Latenzzeiten Versand Austrittsberichte

Ziel	90% der Austrittsberichte werden innerhalb von 10 Arbeitstagen zu versendet
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Aufgrund der Austrittsberichts wird die swissDRG ermittelt, die als Basis für die Abrechnung dient.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Sekretariate, Schreibpool

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Schmerzbehandlung

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

Sturzmeldeportal

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

Team-Time-out (TTO)

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

Sichere Medikation

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

Dekubitusvermeidung und -behandlung

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

Infektionsprävention und Spitalhygiene

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

Materiovigilanz (gesetzliches Meldesystem)

Ziel	Erfassung schwerwiegender Vorkommnisse mit fehlerhaften Medizinprodukten (z.B. Verbrauchsmaterial, med. Geräten, IvD-Produkte)
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Permanenter Betrieb
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Methodik	Das Meldecenter ist die digitale Plattform, in der die gesetzlich verpflichtend zu meldenden schwerwiegenden Vorkommnisse erfasst werden. Weiterbearbeitung durch die Materiovigilanzverantwortlichen.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Anwendender von Medizinprodukten im Spital Linth

Stationäre Patientenbefragung

Ziel	Erhalt einer umfassenden Datenbasis zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Permanent
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Ein gezieltes Eingehen auf Problemstellung oder Weitergabe von Lob im Zusammenhang mit dem Spitalaufenthalt wird ermöglicht.
Methodik	Alle austretenden stationären Patienten erhalten einen standardisierten Fragenbogen.
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Spital

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.

Bemerkungen

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 2003 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.

Im Rahmen der Unternehmensgründung HOCH wurden die bestehenden 4 CIRS-Systeme in den vier Spitalstandorten überarbeitet und in ein gemeinsames IT-Tool überführt.

Dies erlaubt eine engere Zusammenarbeit und ein gemeinsames Vorgehen.

Auch das CIRS-Konzept HOCH wurde aktualisiert und auf die neuen Umstände angepasst. Das Konzept wurde durch die Geschäftsleitung für alle Standorte freigegeben.

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

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

srrqap Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Zürich Waid, Institut für Nephrologie -- srrqap www.swissnephrology.ch	2010
Swissnoso SSI 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 www.swissnoso.ch	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
KR Ostschweiz Krebsregister Ostschweiz	Alle	ostschweiz.krebsliga.ch/ ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/

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 15189:2022	Labor	2005	2025	gültig bis 2027
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz Gesamtes Spital	2014	2024	gültig bis 2029
SAfW	Wundambulatorium	2018	2024	gültig bis 2027

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

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 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2023	
Spital Linth				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.01	4.07	4.14	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.45	4.46	4.56	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.47	4.54	4.61	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.29	4.41	4.39	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.77	3.99	4.11	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.50 %	90.60 %	88.80 %	– %
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				–
Anzahl ausgewerteter 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, 2022 und 2024 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind. Ab 2025 folgt eine neue Befragung in einem erweiterten Format:

Der ANQ-Kurzfragebogen, den die Spitäler und Kliniken seit 2011 für die nationale

Zufriedenheitsmessung einsetzen, bestand aus fünf bis sechs Fragen. Um künftig eine vertiefte Abfrage aller relevanten Dimensionen und ein detaillierteres Monitoring der Patientenperspektive im Langzeitverlauf zu ermöglichen, wird der ANQ-Kurzfragebogen ab 2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst. Zukünftig liegt der Fokus nicht mehr auf der Patientenzufriedenheit, sondern der Patientenerfahrung (PREMs – Patient Reported Experience Measures).

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/.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		Unisanté, Lausanne
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patient:innen (≥ 16 Jahre) versendet, die im April – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patient:innen. ▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.

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 Jahr 2024 durchgeführt.
Permanente Befragung im gesamten Spital.

Ergebnisse 1. Halbjahr 2024

Die allgemeinversicherten Patienten bewerteten unsere Leistungen mit 91.3%, die zusatzversicherten Patienten mit 94% insgesamt sehr positiv. Die Rücklaufquote beträgt 51.9%.

Ergebnisse 2. Halbjahr 2024

Die allgemeinversicherten Patienten bewerteten unsere Leistungen mit 92.5 %, die zusatzversicherten Patienten mit 93 % insgesamt sehr positiv. Die Rücklaufquote beträgt insgesamt 44.5 %

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Linth

Operatives Qualitätsmanagement

Frau Christa Schubiger

Qualitätsverantwortliche

055 285 52 73

qualitätsmanagement@h-ochch

Wochentag; 8.00-17.00 Uhr

Rückmeldungen können auch über das online-Formular auf der Seite des Qualitätsmanagement der KSSG-Homepage abgegeben werden.

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	BFS-Daten 2022
Spital Linth	Risikoadjustierte Rate	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	6.42 %	7.34 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	4.86 %	5.67 %
Kardiorespiratorische Kohorte	11.8 %	14.14 %
Kardiovaskuläre Kohorte	8.33 %	12.97 %
Neurologische Kohorte	4.99 %	9.59 %
Sonstige medizinische Kohorte	9.23 %	9.94 %

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

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website:

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 Patient:innen	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patientinnen und Patienten. ▪ 18 Jahre oder älter. ▪ Patient:in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben. ▪ Patient:in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation. ▪ 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»). ▪ 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). ▪ 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. ▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden. ▪ Patient:in lebt im Ausland. ▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.

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 und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %			Adjustierte Revisionsrate %
			2018 - 2021	2018 - 2021	2015 - 2018	
Spital Linth						
Primäre Hüfttotalprothesen	126	3.20%	2.10%	3.30%	2.10%	3.30%
Primäre Knieprothesen	127	2.40%	4.00%	3.80%	2.90%	2.60%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2024 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2018 bis Dezember 2021. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2023.

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/.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle Patient:innen mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, 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 und 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 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
Spital Linth						
Blinddarm-Entfernungen	110	1	0.00%	1.40%	3.80%	0.50% (0.00% - 1.70%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	35	2	6.20%	7.90%	2.30%	6.80% (0.00% - 15.10%)
Kaiserschnitt (Sectio)	166	1	1.20%	2.10%	0.70%	0.60% (0.00% - 1.80%)

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

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
Spital Linth						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	37	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

* 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/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patient:innen (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patient:innen (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

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 ab 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.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Sturzprävalenz

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Gesamtes Spital

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden betriebsintern analysiert und ausgewertet.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

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 ab 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.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 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 2024 durchgeführt.
Gesamtes Spital

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Erbenisse werden betriebsinteren analysiert und ausgewertet.

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 Gelenkte Dokumente

Ausgangslage:

Das SharePoint-Modul «Gelenkte Dokumente» wurde nach differenzierter Testung durch die Modulverantwortlichen Personen in Zusammenarbeit mit dem Departement Informatik im Mai 2023 erfolgreich am Kantonsspital St.Gallen (KSSG) eingeführt. Mit diesem Modul auf SharePoint vNext wurde eine prozessuale standardisierte Vorgehensweise implementiert, die die Anforderungen an eine Dokumentenlenkung umfassend erfüllt und auch für unsere verschiedensten Zertifizierungen geeignet ist. Heute ist das Konzept ein integrierter Bestandteil des Wissensmanagements des KSSG. Das Projekt zur Dokumentenlenkung im Modul «Gelenkte Dokumente» wurde am 31.12.2024 abgeschlossen.

Evaluationsprozess:

Das erweiterte Konzept der Dokumentenlenkung in "Gelenkte Dokumente" V4.0 wurde am 21.01.2025 (inklusive der Dokumentennomenklatur) von der Geschäftsleitung HOCH freigegeben. Die Handlungsanweisung, die als Schulungsunterlage für die Poweruser dient, wird rege genutzt. Die Aufgaben der Modulverantwortlichen Personen im QM richten sich nach der Übergabe in den Betrieb hauptsächlich auf den Support im laufenden Betrieb. Sie stehen dem Gesamtunternehmen HOCH als Ansprechpartner für das Modul sowie für die Umsetzung des Konzepts zur Dokumentenlenkung zur Verfügung. Der Support erfolgt über E-Mail (GeDo@h-och.ch), am Telefon oder über ein Ticketsystem, fast rund um die Uhr.

Ergebnisse:

Nach diversen erfolgreichen Schulungen von 2023 bis jetzt wurden über 200 Personen geschult, und es konnten bereits standortübergreifend 355 Bibliotheken mit gelenkten Dokumenten eröffnet werden. Weitere Schulungen werden mit Hilfe von Lernvideos angeboten. Diese verkürzen die Präsenzzeit der Schulungen, sodass neue Mitarbeitende in den SV1-4 effizient in die Dokumentenlenkung eingeführt werden können. Ausserdem wurden Online-Beratungsgespräche angeboten, die rege genutzt werden, um sich auszutauschen und das Wissen über Dokumentenlenkung aufzufrischen und weiter zu entwickeln. Weiterhin werden unternehmensweite News geschaltet, und die Mitarbeitenden werden in regelmässigen News-Mails auf dem Laufenden gehalten. Zu den Veröffentlichenden Personen wurde eine Funktionsbeschreibung erstellt, und die Liste der Veröffentlichenden Personen wird alle zwei Jahre der Geschäftsleitung zur Freigabe vorgelegt. Die Funktionalität des Moduls „Gelenkte Dokumente“ wird weiter optimiert, und im Frühling 2025 folgt eine Lesebestätigung.

18.1.2 Ambulante Befragung

Ausgangslage:

Das Qualitätsmanagement der HOCH Health Ostschweiz führt eine kontinuierliche Befragung stationärer Patienten durch. Die Rückmeldungen liefern wertvolle Einblicke in die Zufriedenheit stationärer Patienten und helfen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Im ambulanten Bereich können Patienten ihr Feedback über ausliegende „Ihre Meinung ist uns wichtig“-Karten oder online abgeben. Um gezieltere Rückmeldungen zu erhalten, sind darüber hinaus strukturierte Befragungen in den Ambulatorien und Sprechstunden geplant.

Umsetzung:

Im Rahmen eines Projekts wurde in Zusammenarbeit mit den Pilotkliniken ein gemeinsamer Basisfragebogen entwickelt, der eine einheitliche Vergleichbarkeit (Benchmark) ermöglicht. Zusätzlich können die Kliniken fachspezifische Fragen ergänzen. Die Laufzeit der Befragung sowie die angestrebte Rücklaufquote richten sich nach den jeweiligen Patientenströmen.

Erwartete Ergebnisse und nächste Schritte:

Nach Abschluss der Befragung in den Pilotkliniken erfolgt die Validierung des Basisfragebogens. Anschliessend wird die Erhebung auf die Ambulatorien und Sprechstunden der HOCH Kliniken ausgeweitet. Zum Benchmark werden vergleichbare Ambulatorien herangezogen.

18.1.3 Schulungsvideo Materiovigilanz

Ausgangslage:

Im Rahmen der Harmonisierung MaMo24+ ist auch das Thema Materiovigilanz in den Spitälern Kantonsspital St.Gallen, Spital Grabs/Altstätten, Spital Linth, Spital Wil und der Geriatriischen Klinik St.Gallen AG vereinheitlicht worden.

Umsetzung:

Neben den Schulungen im Rahmen der Einführung neuer Mitarbeitender wurde 2024 zur Sensibilisierung der Anwender für meldepflichtige schwerwiegende Vorkommnisse in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt ein Schulungsvideo hierzu erstellt.

Inhalte des Videos sind:

- Definition Materiovigilanz
- Schwerwiegende Vorkommnisse
- Beispiele Materiovigilanz / IVD-Meldung
- FSCA
- Verständnisfragen

Nächste Schritte:

Im Spital Grabs/Altstätten wurde das Schulungsvideo im Rahmen eines Pilotprojekts den Mitarbeitenden zugewiesen. Eine weitere Ausrollung des Schulungsvideos erfolgt schrittweise in den anderen HOCH Health Ostschweiz-Spitälern.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Latenzzeiten

Ausgangslage:

Im Rahmen der Integration des med. Controllings SV 2-4 werden die Kennzahlen Latenzzeiten Versand Austrittsberichte gemessen bzw. monitorisiert. Jede Klinik schreibt pro stationärem 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 Fallabschliessung in SAP IS-H zur Verfügung. Zudem wurden die Mitarbeiter in den Spitalern geschult.

Evaluationsprozess:

Von den Kliniken werden Mitarbeiterinnen und 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 ArbeitstagenBei den roten und gelben Kliniken wird die Ursache ermittelt und unter Umständen weitergehende Massnahmen getroffen.

Ergebnisse:

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

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 29. August 2024 wurde ein Überwachungsaudit der sanaCERT durchgeführt.

18.3.2 Labor ISONorm 15189

am 27.28.02.2025 erfolgte die Überwachung der ISO Norm 151589-2022 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 und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

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

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



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/



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 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



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



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.