

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
Barbara Egli
Qualitäts- und Riskmanagerin
071 494 33 04
qualitaetsmanagement@h-och.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Die H+ Qualitätsberichtsvorlage 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 Qualitätsvertrag (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 Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdokumentation 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 Routinedaten 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 Grüsse



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	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.5 Registerübersicht	15
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Zufriedenheitsbefragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene	19
5.2 Eigene Befragung	20
5.2.1 Stationäre Patientenbefragung	20
5.3 Beschwerdemanagement	20
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 führt eine Befragung periodisch durch.	
Behandlungsqualität	21
Messungen in der Akutsomatik	21
9 Wiedereintritte	21
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	21
10 Operationen	23
10.1 Hüft- und Knieprothetik	23
11 Infektionen	24
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	24
12 Stürze	25
12.1 Eigene Messung	25
12.1.1 Sturz	25
13 Dekubitus Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
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	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
Weitere Qualitätsaktivitäten		26
17	Weitere Qualitätsmessung	26
17.1	Weitere eigene Messung	26
17.1.1	Mangelernährung (Akutsomatik)	26
18	Projekte im Detail	27
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	27
18.1.1	Einführung neues SanaCERT-Standardset SV1-4	27
18.1.2	Gelenkte Dokumente	28
18.1.3	Controlling der Latenzzeiten Versand Austrittsberichte	29
18.1.4	Harmonisierung Meldecenter	29
18.1.5	CIRS - Lernen aus Zwischenfällen	30
18.1.6	Roll-out: Ambulante Fragebögen	30
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	31
18.2.1	SanaCERT-Überwachungsaudit	31
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	32
18.3.1	IMC-Zertifizierung	32
19	Schlusswort und Ausblick	33
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		34
Akutsomatik		34
Herausgeber		36

1 Einleitung

Mit diesem Qualitätsbericht für das Jahr 2024 nimmt die Geschäftsleitung des Spitals Wil die Gelegenheit wahr, die Entwicklung und Ergebnisse der vielfältigen Qualitätsanstrengungen des Hauses 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 Wil grossen Wert auf ein ausgewogenes Verhältnis von Aufwand und Nutzen.

Einen besonderen Schwerpunkt in der Qualitätsarbeit sehen wir in der Umsetzung des Qualitätskreislaufes (PDCA) und in der Entwicklung von Verbesserungsmassnahmen zum Wohl unserer Patientinnen und Patienten, Zuweisenden sowie der Mitarbeitenden.

In Referenz auf den Zusammenschluss der Spitalstandorte zum Unternehmen HOCH Health Ostschweiz per 1.1.2025 werden viele Projekte und Aktivitäten bereits seit mindestens einem Jahr standortübergreifend und konsequent harmonisiert durchgeführt. Deshalb verweisen wir an dieser Stelle dezidiert auch auf den **Qualitätsbericht 2024 des Kantonsspital St. Gallen**.

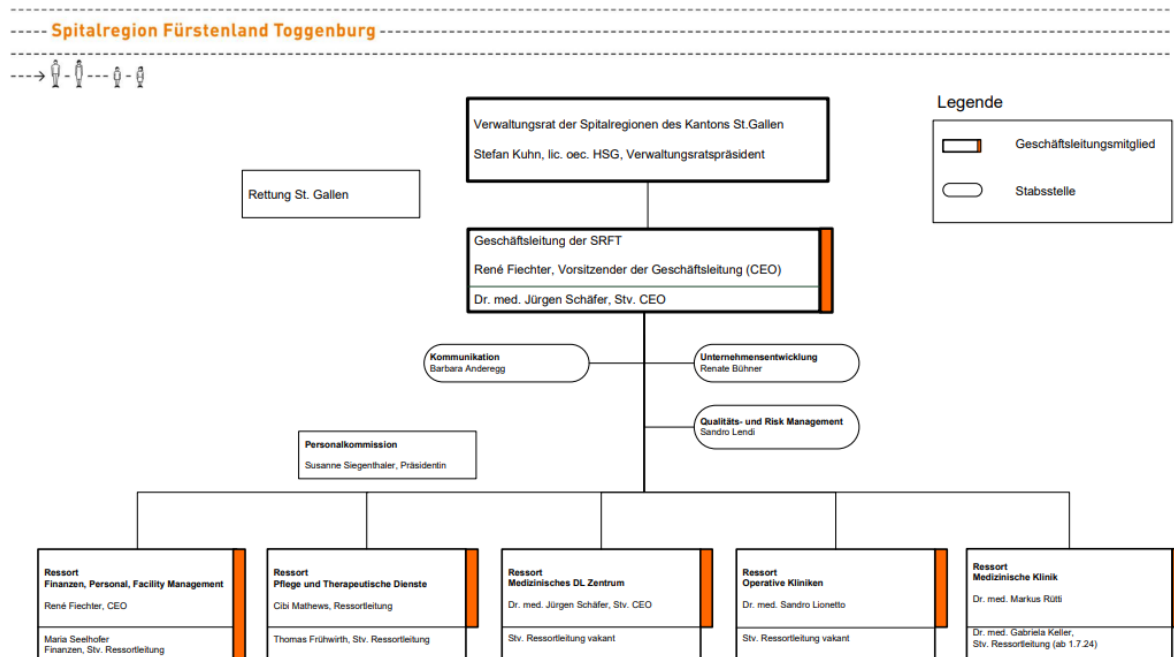
Spital Wil, im April 2025

Nicole Ruhe
Spitaldirektorin und Vorsitzende Standortgremium Spital Wil

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement SRFT ist seit 1.4.2023 in das Qualitätsmanagement des Kantonsspitals St. Gallen integriert.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **130** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Barbara, Egli
Qualitäts- und Riskmanagerin
071 494 33 04
barbara.egli@h-och.ch

Herr Sandro Lendi
Leiter Qualitätsmanagement
071 494 27 62
sandro.lendi@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 Organisationsvarianten 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.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

- Vorbereitung und Durchführung der SanaCERT Re-Zertifizierung
- Harmonisierung der Meldesysteme im Meldecenter (Vigilanzen, CIRS, etc.) in den St.Galler Spitalverbunden
- Harmonisierung CIRS-Konzept
- Durchführung eines Room of Horror für Mitarbeitende Pflege
- Harmonisierung easyLearn Materiovigilanz

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- erfolgreiche Durchführung der SanaCERT Re-Zertifizierung
- Harmonisierung der Meldesysteme im Meldecenter (Vigilanzen, CIRS, etc.) in den St.Galler Spitalverbunden
- Harmonisierung CIRS-Konzept
- Durchführung eines Room of Horror für Mitarbeitende Pflege
- Harmonisierung easyLearn Materiovigilanz

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Roll-out eines unternehmensweit gültigen Prozessmanagements
- Roll-out einer unternehmensweit gültigen Schmerzkarte
- Roll-out einer unternehmensweiten ambulanten Befragung
- Vorbereitung für die erste gemeinsame SanaCERT-Re-Zertifizierung Mai 2027 mit dem harmonisierten Standardset

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>
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen
▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Stationäre Patientenbefragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
▪ Mangelernährung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Room of Horrors

Ziel	Sensibilisieren für konkrete Gefahren der Patientensicherheit und Qualitätsthemen. Förderung des kritischen Denkens, der Beobachtungsfähigkeit und des Situationsbewusstseins hinsichtlich Patientengefährdungen. Förderung der Zusammenarbeit.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Stationärer Bereich
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Herbst 2025, Laufzeit 1 Arbeitswoche
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Fehlerkultur fördern und die positiven Erfahrungen aus dem letzten Room of Horros nutzen
Methodik	Interaktives Lernsetting, in dem potenziell gefährliche Pflege- oder Arbeitssituationen in einem realistisch gestalteten Raum erkannt und analysiert werden sollen
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzte, Room-Service, Reinigung
Evaluation Aktivität / Projekt	Auswertung

Harmonisierung Schmerzkarte über alle Standorte

Ziel	Einheitliches 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

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 Prozessabläufe
Methodik	Im Rahmen der Unternehmensgründung HOCH wurden die bestehenden vier CIRS-Systeme in den Standorten überarbeitet und in ein gemeinsames IT-Tool überführt
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Geplant 2025

Controlling der Lantenzzeiten Versand Austrittsberichte

Ziel	90% der Austrittsberichte innerhalb von 10 Arbeitstagen zu versenden
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 siwssDRG ermittelt, die als Basis für die Abrechnung dient.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Sekretariate, Schreibpool

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Dokumentenlenkung im Modul "Gelenkte Dokumente"

Ziel	Ein Detailkonzept zur Dokumentenlenkung für das Spital Wil wurde inklusive Betriebsorganisation im Projekt «Gelenkte Dokumente» entwickelt. Gemäss dem Konzept wird die Konfiguration des Moduls «Gelenkte Dokumente» im SharePoint erstellt.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Involviert ist das gesamte Unternehmen, insbesondere die AG Gelenkte Dokumente, das Department IT, die Unternehmenskommunikation und das Qualitätsmanagement.
Aktivität: Laufzeit (seit...)	01.02.2022 bis 31.12.2024.
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Die heutige Suche im internen Intranet liefert keine zufriedenstellenden Suchergebnisse. Es werden zu viele Ergebnisse angezeigt, die nicht gewünscht oder gesucht werden. Es zeigen sich grosse Unterschiede in den einzelnen Fachbereichen und Kliniken in der Handhabung von Dokumenten mit Organisationsbezug: • Kein einheitlicher Standard bezüglich Erstellung, Freigabe, Änderung, Rückzug und Archivierung von Dokumenten. • Kein systematischer Überprüfungsprozess im Kantonsspital St.Gallen
Methodik	Der Projektantrag beinhaltet die Erstellung des Konzeptes, dessen Umsetzung, inkl. Schulung der Klinikverantwortlichen und die Einführung.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden aus sämtlichen Berufsgruppen des Kantonsspitals St.Gallen (Administration, ärztlicher und pflegerischer Dienst, Betrieb und Infrastruktur) arbeiten mit «Gelenkte Dokumente» für eine einheitliche Dokumentenlenkung.
Evaluation Aktivität / Projekt	Projekt wird gemäss Projektplan umgesetzt.

Stationäre Patientenbefragung

Ziel	Erhalt einer umfassenden Datenbasis zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit in sämtlichen Kliniken, Instituten und Zentren
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Unternehmen
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Permanenter Betrieb
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	Ganzes Unternehmen

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 2015 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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
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	langjährige Teilnahme
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	langjährige Teilnahme
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	langjährige Teilnahme
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/	seit 2013
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	langjährige Teilnahme

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
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Ganzer Betrieb	2007	2021	Gefährdungsermittlung und H+ Audit SRFT
IVR-Anerkennung Rettungsdienst	Rettung St. Gallen	2001	2019	regelmässig 5 jährliche Re-Zertifizierungen
SanaCERT Suisse	Ganzer Betrieb	2003	2021	Überwachungsaudit 2022; nächste Re-Zertifizierung in 2024
Strahlenschutz, BAG	Radiologie	2003	2021	Periodische Überprüfung durch BAG; 2021 erfolgreich absolviert
FMH / Anerkennung als Ausbildungsstätte B für Assistenzärzte	Chirurgie	--	laufend	Periodische Überprüfung
FMH / Anerkennung als Ausbildungsstätte B für Assistenzärzte	Medizin	--	laufend	Periodische Überprüfung
Anerkennung als Ausbildungsbetrieb für FaGe-Ausbildungen	Gesamtspital	2002	laufend	Externe Prüfung durch kantonale Bildungsanbieter
Anerkennung als Ausbildungsbetrieb auf Stufe "Höhere Fachschule Pflege" BZGS St. Gallen	Gesamtspital	2010	laufend	Überprüfung alle 5 Jahre
Anerkennung als Ausbildungsbetrieb auf Stufe "Höhere Fachschule HF Operationstechnik" BZGS St. Gallen	Gesamtspital	2011	laufend	Überprüfung alle 5 Jahre
Anerkennung als	Medizin	2015	laufend	periodische

Weiterbildungsstätte in Allgemeiner Medizin Notfallstation (AIM)Wil				Überprüfungen
Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Allgemeiner Medizin Notfallstation(AIM)	Medizin	2020	laufend	Zur Anerkennung eingereicht - Verzögert aufgrund Corona-Pandemie
Anerkennung als Weiterbildungsstätte B für Assistenzärzte	Gynäkologie & Geburtshilfe	2005	laufend	Bestätigung Re-Anerkennung durch Fachgesellschaftnoch ausstehend (Verzögerung Corona-Pandemie)
Ausbildungsstätte Fachbereich Geriatrie, Kat. A	Altersmedizin	2018	laufend	Re-Evaluation bestätigt 2019
Weiterbildungsstätte für Fachärzte Gastroenterologie	Medizin/ Gastroenterologie	2018	laufend	periodische Überprüfungen

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

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/.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Das Spital Wil hat sich 2024 nicht an der Pilotmessung beteiligt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Unisanté, Lausanne

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Stationäre Patientenbefragung

Das Spital Wil ist für Patientinnen und Patienten als kunden- und serviceorientiertes Unternehmen erste Wahl. Qualität bedeutet in der Abklärung, Behandlung und Betreuung für Patientinnen und Patienten die bestmögliche Leistung zu erbringen.

In diesem Sinne hat das Spital Wil grosses Interesse die Urteile, Lobe, Meinungen, Wünsche und Beschwerden der Patientinnen und Patienten an der Qualitätsentwicklung der Gesundheitsversorgung zu beteiligen, systematisch zu erfassen, auszuwerten und aufgrund der Resultate gegebenenfalls Massnahmen zur Verbesserung durchzuführen. Hierzu werden die Patientinnen und Patienten zu Themen des Behandlungspfades befragt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Befragung wird fortlaufend bei allen stationären Patientinnen und Patienten des Spitals Wil durchgeführt. Alle stationären Patientinnen und Patienten erhalten bei Austritt den Fragebogen stationäre Patientenbefragung am Spital Wil.

Alle stationären Patientinnen und Patienten erhalten bei Austritt den Fragebogen "Stationäre Patientenbefragung am Spital Wil".

Die Patientenzufriedenheit lag im Jahr 2024 über 90 %.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

HOCH Health Ostschweiz, Spital Wil

Beschwerdemanagement

Barbara Egli

Qualitäts- und Riskmanagerin

071 494 33 04

qualitaetsmanagement@h-och.ch

Wochentags, 8:00 - 17:00 Uhr

Rückmeldungen können auch über das online-Formular auf der Seite des Qualitätsmanagement der Homepage h-och.ch 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
HOCH Health Ostschweiz, Spital Wil	Risikoadjustierte Rate	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	6.66 %	5.8 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	4.78 %	3.53 %
Kardiorespiratorische Kohorte	15.35 %	13.22 %
Kardiovaskuläre Kohorte	10.2 %	7.91 %
Neurologische Kohorte	9.86 %	5.92 %
Sonstige medizinische Kohorte	9.01 %	10.18 %

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	▪ 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	▪ 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

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/.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Angaben zur Messung

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

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)
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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/.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

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 Sturz

Neben der Teilnahme an der Prävalenzmessung Sturz führt das Spital Wil eine eigene Messung zu diesem Thema durch. Erfasst werden dabei die Anzahl Stürze, das Alter der gestürzten Personen, die Sturzszenarien, die Sturzorte, die Sturzfolge sowie die entsprechenden Risikofaktoren im Meldecenter des Spital Wil.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Gesamtes Spital Wil

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse dienen zur internen Verwendung. Die verantwortlichen Leitungen wurden über die Ergebnisse der Auswertung informiert.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Mangelernährung (Akutsomatik)

Die ANQ-Messung des Indikators Mangelernährung ist ein freiwilliges Tool zur Erfassung der Punkt-Prävalenz zur Mangelernährung. Weiterhin werden präventiven Interventionen sowie therapeutische Interventionen/Massnahmen zur Behandlung der Mangelernährung erfasst. Ziel ist eine Kennzahlenerhebung zur Mangelernährung am Messtag.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
alle stationären Abteilungen (ohne Geburtshilfe)

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden betriebsintern besprochen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ANQ
Methode / Instrument	ANQ

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung neues SanaCERT-Standardset SV1-4

Ausgangslage:

Per 1.1.2025 werden die vier St.Galler Spitalverbunde im Rahmen des Projektes "Managementmodell 2024+" zu einem Unternehmen mit derselben Führungs- und Organisationsstruktur zusammengeführt. Im Rahmen dessen wurde das Operative Qualitätsmanagement der anderen Spitalverbunde per 1.4.2023 bereits in das Operative Qualitätsmanagement des Kantonsspitals St.Gallen aufgabenmässig und personell integriert. Die QM-Themen SV1-4 werden mit der Harmonisierung des Qualitätsmanagements neu nach der Strategie «1Konzept – 1Prozess – 1IT-Applikation» über alle Spitalverbunde eingeführt. Dies ermöglicht es Ressourcen zu bündeln.

Evaluationsprozess:

Die Umsetzung der SanaCERT-Suisse Zertifizierung ist in allen Spitalverbunden ein Auftrag des Verwaltungsrates. Bis anhin hatte jeder Spitalverbund seine vorgelegten SanaCERT-Standards selber definiert. Aufgrund der neuen Unternehmensform ab 1.1.2025 macht es auch Sinn, dass es nur noch eine Zertifizierung über alle vier Spitalverbunde mit dem gleichen SanaCERT-Standardset gibt. Bei der Evaluation des SanaCERT-Standardsets SV1-4 wurde darauf geachtet, dass auch eine Harmonisierung der Standardsets der anderen Spitalverbunde stattfinden kann.

Ergebnisse:

Ab 1.1.2025 gibt es ein gemeinsames SanaCERT-Standardset bestehend aus den folgenden Standards:

- Grundstandard Qualitätsmanagement
- Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen
- Standard 14: Aufklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation
- Standard 15: Ernährung
- Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten
- Standard 26: Sichere Medikation
- Standard 31: Prozessmanagement
- Standard 33: Feedbackmanagement

Zudem werden folgende Standards unternehmensweit in Betrieb überführt:

- Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene
- Standard 5: Schmerzbehandlung
- Standard 22: Abklärung, Behandlung und Betreuung entlang des Behandlungspfades
- Standard 25: Palliative Betreuung

Die Standardverantwortlichkeit liegt bei den bisherigen Standardverantwortlichen des Kantonsspitals St.Gallen. Die Harmonisierung der Standardinhalte kann schrittweise bis zur ersten gemeinsamen Re-Zertifizierung (voraussichtlich) Mai 2027 erfolgen.

18.1.2 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) und ab Oktober 2024 auch im Spital Wil 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 Spital Wil. 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.

Ergebnis

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 aller Spitalstandorte 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. 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 die Lesebestätigung

18.1.3 Controlling der Latenzzeiten Versand Austrittsberichte

Ausgangslage:

Im Rahmen der Integration des med. Controllings aller Spitalstandorte wird neu auch die Kennzahl "Latenzzeiten Versand Austrittsberichte" gemessen bzw. 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 zuständigen Mitarbeitenden der Spitalverbunde steht im Intranet eine aktuelle Handlungsanweisung zur Fallabschliessung in SAP IS-H zur Verfügung. Zudem wurden die Mitarbeitenden in den Spitälern geschult.

Evaluationsprozess:

Von den Kliniken werden Mitarbeitende festgelegt, welche für den zeitnahen Versand der Austrittsberichte verantwortlich sind. Diese Mitarbeitende 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 eingesetzte Häcken bei Austrittsberichten 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 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 kann eine erste Quartalauswertung der Spitalverbunde im Frühling 2024 erfolgen. Das Latenzzeitencontrolling wird weiter optimiert, sodass zum Beispiel eine automatische Häckchensetzung bei den Säuglingen möglich ist, da hier der Abschlussbericht über die Mütter erfolgt.

18.1.4 Harmonisierung Meldecenter

In den vier Spitalverbunden gab es bisher an jedem Standort ein eigenes Meldecenter in dem verschiedene Meldungen abgesetzt werden konnten (z.B. CIRS, Vigilanz-Meldungen, Sturz-Meldungen, etc). In 2024 hat der Umzug in ein gemeinsames Meldecenter HOCH begonnen. Im Q3 2024 konnten bereits erfolgreich die Vigilanz-Systeme (Materio-, Hämo- und Pharmakovigilanz) in das gemeinsame Meldecenter HOCH überführt werden. Mit dem Jahreswechsel folgte auch CIRS. Planmässig werden die Überführungs- und Harmonisierungsarbeiten des Meldecenters im Q3/4 2025 abgeschlossen.

18.1.5 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 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 fünf 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.

18.1.6 Roll-out: Ambulante Fragebögen

Ausgangslage

Das Qualitätsmanagement der HOCH Health Ostschweiz führt bereits 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.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 SanaCERT-Überwachungsaudit

Ausgangslage

Das Spital Wil ist seit 2003 nach den Qualitätsstandards von SanaCERT Suisse zertifiziert. Alle 3 Jahre findet ein Re-Zertifizierungsaudit zum Grundstandard Qualitätsmanagement sowie sieben weiteren Standards aus dem Standardset statt. Am 25. und 26. Juni 2024 sowie am Nachaudit vom 20. September 2024 überprüften die Auditoren folgende Standards:

- Grundstandard Qualitätsmanagement
- Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene
- Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen
- Standard 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation
- Standard 15: Ernährung
- Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten
- Standard 26: Sichere Medikation
- Standard 33: Feedbackmanagement

Ergebnis

Das Spital Wil hat am SanaCERT-Re-Zertifizierungsaudit mit 30 von 32 Punkten abgeschlossen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 IMC-Zertifizierung

Intermediate Care am Spital Wil wird zertifiziert. Die *Intermediate Care Station des Spitals Wil* wird von der Interessensgemeinschaft IG-IMC zertifiziert und erhält damit die offizielle Bestätigung ihrer hohen Behandlungsqualität. «Die Zertifizierung bestätigt uns die Qualität unserer Arbeit», freut sich Dr. med. Gabriela Keller, Ärztliche Leiterin der Intermediate Care Station (IMC) im Spital Wil. Die Zertifizierung erfolgt durch die Interessensgemeinschaft IG-IMC, welche von Vorständen von verschiedenen Fachgesellschaften der Schweiz dafür beauftragt wurde. Besonderes Augenmerk wird auf Behandlungs- und Versorgungsprozesse, die Begleitung der Angehörigen sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit gelegt. Letzteres ist bei der Intermediate Care Station von zentraler Bedeutung, ist sie doch eine zentrale Schnittstelle zu diversen anderen Abteilungen im Spital. **Patienten mit hohem Überwachungsaufwand**

Auf der IMC werden Patientinnen und Patienten behandelt, welche keiner eigentlichen intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, bei denen der Überwachungs- und Betreuungsaufwand jedoch die Möglichkeiten einer normalen Bettenstation übersteigen. «Die Arbeitsprozesse und die Herangehensweise gleichen denn auch mehr denen einer Intensivstation», sagt Leila Kammermann, Stationsleiterin Pflege IMC. Das Vorhandensein einer IMC hat damit grossen Einfluss darauf, welche Patientinnen und Patienten im Spital behandelt bzw. welche Operationen durchgeführt werden können. Ebenso können so Patientinnen und Patienten nach einem Aufenthalt auf einer Intensivstation den Rest ihres Spital-Aufenthalts wieder früher wohnortnah verbringen. «Wir stehen daher auch in engem partnerschaftlichen Austausch mit den umliegenden Intensivstationen», so Gabriela Keller. **Neubau war Voraussetzung**

Das Spital Wil verfügt seit jeher über eine IMC. Eine Zertifizierung war jedoch bis anhin nicht möglich, da die räumlichen Anforderungen im alten Gebäude nicht gegeben waren. Mit Bezug der neuen und grösseren IMC im Erweiterungsbau im vergangenen September wurden diese erfüllt, sodass die Zertifizierung beantragt werden konnte und im Zuge des Zertifizierungsprozesses auch die Prozesse und Abläufe geprüft wurden. «Die Zertifizierung ist ein Gütesiegel für unsere Qualität, nicht nur heute, sondern auch in Zukunft», sagt Gabriela Keller. Denn mit der Zertifizierung verpflichtete man sich, Standards einzuhalten, aber auch sich weiterzuentwickeln. Dank der Erfassung definierter Datensätze zu verschiedenen Qualitätskriterien bestehe ein Benchmark, mit dem man sich vergleichen könne. «Zudem stehen wir nun in kontinuierlichem Austausch mit IMC anderer Spitäler und können dabei nicht nur Verbesserungspotential ausmachen, sondern auch sehen, was wir besonders gut machen», erläutert die Leitende Ärztin.

19 Schlusswort und Ausblick

Herz und Kompetenz: Fundiertes Know-how und menschliche Nähe

Die hohe Qualität hat in der SRFT oberste Priorität. Wir behandeln unsere Patientinnen und Patienten stets nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Grundlegende Voraussetzung dafür ist die fachliche Kompetenz unserer Mitarbeitenden, die wir mittels eines gezielten Weiterbildungsangebots mit dem nötigen Rüstzeug ausstatten. Dank der Einbindung in die Netzwerke des Kantonsspitals St.Gallen können wir den Patientinnen und Patienten wohnortnah zusätzliches Spezialisten-Know-how zur Verfügung stellen.

Zu einer hohen Behandlungsqualität gehört in unserem Verständnis aber nicht nur Fachkompetenz, sondern auch die richtige Portion Menschlichkeit. Bei uns stehen Patientinnen und Patienten als Menschen im Fokus. Sie sollen rasch und richtig behandelt sowie kompetent über alles informiert werden und sich herzlich umsorgt fühlen. Die persönliche Atmosphäre in unserem Spital trägt dazu bei, dass diese Ansprüche erfüllt werden.

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
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Blut (Hämatologie)
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Isolierte Adrenalektomie
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens

Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
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.