



Spital Lachen

Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

14.05.2025
Heidi Zbinden, CEO

Version



Spital Lachen AG

www.spital-lachen.ch



Akutsomatik

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
Claudia Wussow
Leitung Qualitätsmanagement
0554513085
claudia.wussow@spital-lachen.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	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
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	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.5 Registerübersicht	20
4.6 Zertifizierungsübersicht	23
QUALITÄTSMESSUNGEN	25
Zufriedenheitsbefragungen	26
5 Patientenzufriedenheit	26
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene	26
5.2 Beschwerdemanagement	28
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	29
7.1 Eigene Befragung	29
7.1.1 Keine Befragung im Berichtsjahr	29
8 Zuweiserzufriedenheit	30
8.1 Eigene Befragung	30
8.1.1 Rotthaus.com	30
Behandlungsqualität	31
Messungen in der Akutsomatik	31
9 Wiedereintritte	31
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	31
10 Operationen	33
10.1 Hüft- und Knieprothetik	33
11 Infektionen	35
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	35
12 Stürze	38
12.1 Eigene Messung	38
12.1.1 Interne Erhebung im Beobachtungsfall	38
13 Dekubitus	39
13.1 Eigene Messungen	39
13.1.1 Interne Erhebung im Beobachtungsfall	39
Messungen in der Psychiatrie	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15 Symptombelastung psychischer Störungen	

Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
Messungen in der Rehabilitation	0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
Weitere Qualitätsaktivitäten	40
17 Weitere Qualitätsmessung	40
17.1 Weitere eigene Messung	40
17.1.1 Qualitätssicherungsstudie Herniamed (Akutsomatik)	40
18 Projekte im Detail	41
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	41
18.1.1 Patient Blood Management	41
18.1.2 PRADA	43
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	44
18.2.1 Ausweitung "Patientenidentifikation mittels Patientenarmband"	44
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	45
18.3.1 Evaluierung Erstzertifizierung Brustzentrum Zürich-Lachen mit der Krebsliga Schweiz	45
19 Schlusswort und Ausblick	46
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	47
Akutsomatik	47
Herausgeber	49

1 Einleitung

Das Jahr 2024 stand für die Spital Lachen AG im Zeichen der konsequenten Weiterentwicklung unserer Qualitätsstrategie und der strukturierten Umsetzung unserer Versorgungsziele. Als CEO erfüllt es mich mit grossem Stolz, auf ein Jahr zurückzublicken, in dem wir nicht nur die hohen Standards der medizinischen und pflegerischen Versorgung gehalten, sondern diese in zahlreichen Bereichen gezielt weiter ausgebaut haben – mit dem klaren Fokus auf Sicherheit, Patientenorientierung und nachhaltige Qualität.

Die Spitalwelt bleibt im Wandel. Rahmenbedingungen verändern sich, gesetzliche Vorgaben werden komplexer, und die Erwartungen an Effizienz und Transparenz steigen stetig. Gleichzeitig ist der Fachkräftemangel weiterhin spürbar und erfordert ein sensibles Gleichgewicht zwischen Leistungsfähigkeit und Fürsorge – gegenüber unseren Patient:innen ebenso wie gegenüber unseren Mitarbeitenden. In diesem Spannungsfeld begreifen wir Qualität nicht als statische Grösse, sondern als lebendigen Prozess, der kontinuierlich reflektiert, weiterentwickelt und im Alltag erlebbar gemacht wird.

Mit grossem Engagement und bereichsübergreifender Zusammenarbeit ist es uns gelungen, zentrale Projekte weiterzuführen oder neu zu initiieren. Die Einführung des Systemtools PRADA als Fundament eines integrierten Führungssystems, die operative Umsetzung des elektronischen Patientendossiers (EPD) sowie der eindeutigen Patientenidentifikation mittels Armbandes sind Beispiele für unsere zukunftsgerichtete Strategie. Diese Projekte sind nicht nur wichtige Meilensteine, sondern Ausdruck unserer Haltung. Prozesse sollen klar, nachvollziehbar und vor allem sicher gestaltet sein – im Interesse unserer Patient:innen wie auch unserer Mitarbeitenden.

Ein besonderes Anliegen bleibt für uns die gelebte Sicherheitskultur. Ob durch das CIRS-Meldesystem, strukturierte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, kontinuierliche Qualitätsaudits oder interaktive Formate wie den «Room of Horror» – wir schaffen Räume, in denen Fehlerquellen erkannt, besprochen und in Verbesserungen überführt werden können. Denn nur dort, wo Transparenz, Beteiligung und Lernen möglich sind, entsteht nachhaltige Qualität.

Qualität zeigt sich jedoch nicht nur in Strukturen und Zahlen. Sie spiegelt sich auch in der Wertschätzung, die wir unseren Mitarbeitenden entgegenbringen, in der Kommunikation mit unseren Zuweisenden, in der Verantwortung gegenüber Partnerinstitutionen und vor allem im Vertrauen unserer Patient:innen. Dieses Vertrauen ist für uns Verpflichtung und Antrieb zugleich.

Im Namen der Geschäftsleitung danke ich allen Mitarbeitenden herzlich für ihren unermüdlichen Einsatz, ihre hohe Professionalität und ihre Bereitschaft, gemeinsam an der Weiterentwicklung unserer Organisation zu arbeiten. Der vorliegende Qualitätsbericht dokumentiert nicht nur unsere Aktivitäten und Ergebnisse – er ist Ausdruck unserer Haltung: Wir sehen Qualität als Kern unserer Verantwortung – heute und in Zukunft.

Mit herzlichen Grüssen
Heidi Zbinden
CEO Spital Lachen AG

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

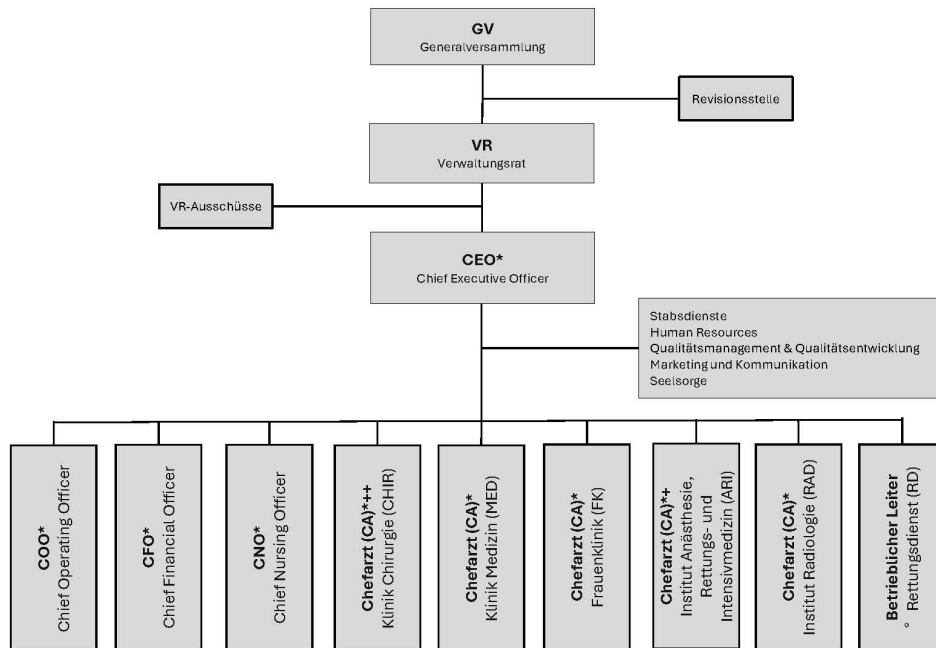
2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Organigramm der Spital Lachen AG

Genehmigt VR 24.8.2023



* Mitglied der Geschäftsleitung (GL)
 ° Im Auftrag der Bezirke March und Höfe
 + Leiter Ärztlicher Dienst (LAD) / ++ Stv.

Der Bereich Qualitätsmanagement & Qualitätsentwicklung ist als Stabsstelle direkt der CEO der Spital Lachen AG angegliedert. Die Leitung QM / Q-Entwicklung und deren Stellvertretung rapportieren regelmässig an die CEO und Geschäftsleitung.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **200** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Claudia Wussow
 Leitung Qualitätsmanagement
 055 451 30 85
claudia.wussow@spital-lachen.ch

Frau Heidi Zbinden
 CEO
 055 451 3000
heidi.zbinden@spital-lachen.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsmanagement ist ein integrierter und etablierter Bestandteil unserer täglichen Arbeit und beinhaltet die kontinuierliche Verbesserung unserer Strukturen und Prozesse und infolge unserer Qualität. Damit wollen wir eine hohe Patientenzufriedenheit, Behandlungs- und Betreuungssicherheit, Zufriedenheit der zuweisenden Ärzteschaft sowie eine von Respekt und Wertschätzung geprägte Mitarbeitendenzufriedenheit erreichen. Aktivitäten zur Gewährleistung der Qualitätssicherung und -entwicklung sind in allen Bereichen zu finden und etabliert. Durch bestmögliche Koordination wird eine sinnvolle Vernetzung aller Aktivitäten zum Wohl von Patient:innen, Mitarbeitenden und Partnern gefördert. Unsere Mitarbeitenden als Partner auf Augenhöhe für gelungene Umsetzung von Qualitätsarbeit stellen dabei unser wichtigstes Kapital dar. Ihre konstante, aktive Mithilfe und ihr Engagement sind unentbehrlich für die Umsetzung der vielfältigen Qualitätsprojekte und Qualitätsaktivitäten.

Wir fühlen uns gegenüber unseren Patient:innen verpflichtet und richten unsere Qualitätsstrategie auf unser Umfeld und dessen Nutzen aus. Dies beinhaltet neben attraktiven und bedarfsgerechten Angeboten an die Bevölkerung die Zufriedenheit unserer Patienten, Zuweiser und Partner sowie die Qualität unserer klinischen Ergebnisse.

Wir sind bestrebt, die dazu notwendigen Strukturen zu unterhalten, einer regelmässigen Prüfung zu unterziehen und wo sinnvoll und notwendig wirksame Verbesserungen einzuleiten. Wir richten den Schwerpunkt unserer Aktivitäten auf ein systematisches, patientenorientiertes Prozessmanagement aus. Damit fördern wir das Vertrauen unserer Patient:innen in unser Leistungsangebot, geben Sicherheit und ermöglichen eine gute Performance in der ambulanten und stationären Patientenversorgung.

Durch stetiges Beobachten, Reflektieren und Hinterfragen entwickeln wir uns im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses basierend auf dem PDCA Zyklus (Plan-Do-Check-Act) laufend weiter.

Im klinischen Bereich finden Ergebnismessungen und Benchmark, basierend auf den Programmen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und dem seit Mai 2024 in Kraft gesetzten nationalen Qualitätsvertrages statt. Flankierend zu den breit abgestützten nationalen Programmen, führen wir interne Messungen und strukturierte qualitative Audits durch, die es uns ermöglichen zusätzliche relevante Hinweise zu Nutzen und Wirksamkeit unserer Verbesserungsaktivitäten abzuleiten.

Mit Zertifizierungen von Fachgebieten sichern wir die prozessuale Sinnhaftigkeit des klinischen Vorgehens und gewinnen durch Selbstevaluation sowie bei den strukturierten Überwachungsaudits wichtige Erkenntnisse zur stetigen Verbesserung.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

Im Jahr 2024 standen verschiedene Projekte, die bereits im Jahr 2023 initialisiert und im Berichtsjahr weiter vorangetrieben und/ oder über den Weg des kontinuierlichen Verbesserungsmanagements einer Evaluation unterzogen sowie abgeschlossen wurden.

Dazu gehörten folgende massgebliche Schwerpunkte:

- Vorbereitungsarbeiten Projekt Einführung "PRADA / QM-Pilot" (Systemtool für die Steuerung eines Integrierten Managementsystems). Ein IMS ist eine Struktur, die verschiedene Management- und Führungssysteme eines Unternehmens, wie Qualitäts-, Dokumenten-, Prozess- und Risikomanagement, zusammenführt. Konkret haben wir die Entwicklung der Aufbauorganisation, Entwicklung der Rollen -und Umsetzungskonzeption, inkl. der Definition

von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten vorangetrieben um das Gesamtsystem bis Mitte 2026 erfolgreich in die Praxis integrieren und umsetzen können.

- Vorbereitung und Überführung des gemeinsamen Vorhabens "Drei Kantone, eine Netzwerkkooperation Brustzentrum" gemeinsam mit dem Stadtspital Zürich und dem Zuger Kantonsspital.
- Umsetzungsprojekt Patientensicherheit / "Sichere Chirurgie" - dabei wurde in verschiedenen Etappen der chirurgisch, operative Behandlungspfad mittels eines spezifizierten digitalen "Formulars" in das Klinikinformationssystem KISIM implementiert und ein Pilot im Produktivsystem für das Q2 - Q3/ 2025 mit definierten Eckpunkten erarbeitet.
- Das Projekt "Eindeutige Patientenidentifikation" / Einführung "Patientenarmband" wurde gestartet. Der pilotierte Projektteil "Patientenarmband" auf der Notfallstation als zentrale Eingangspforte ist abgeschlossen. Geplant ist die Ausrollung des Projektes im ersten Quartal 2025 für den gesamten Betrieb, konkret die Ausweitung und Einführung im gesamten stationären und in spezifischen, ambulanten Settings.
- Onboarding EPD mit Stammgemeinschaft und interner Projektgruppe für Go-Live final vorbereitet.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- Projekt "EPD" unter der Leitung Qualitätsmanagement ist organisatorisch und hinsichtlich Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung administrativ und fachlich erfolgreich in die operative Umsetzung gegangen. Die Vorbereitung "zertifizierter EPD-Anbieter" steht in Abhängigkeit von externen Vorgaben und ist für 2026 vorgesehen.
- Projekt "PatientBloodManagement (PBM)" konnte nach erfolgreicher Pilotphase im Herbst 2023 operativ in den Betrieb / in die Routine der Kliniken übergeben werden. Die Vorbereitung für den Projektabschluss Sommer 2024 mit der Eid-genössischen Qualitätskommission (EQK) & externem von der EQK beauftragten Partner Alliance Rouge, konnte ebenfalls im November 2024 erfolgreich abgeschlossen werden.
Der Logik folgend und dem Ziel den Patientennutzen in den Fokus zu stellen, haben wir, abgeleitet aus der Idee des nationalen Qualitätsvertrages entschieden, PBM als sog. "anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM)" in unser Standard Qualitätsportfolio aufzunehmen, konzeptionell und prozessual zu verankern und diese Expertise gezielt weiterzuentwickeln.
- Nach dem Entscheid des Stadtspitals Zürich einen neuen Zertifizierungspartner zu wählen, werden die erarbeiteten Standards / Prozesse im Rahmen eines Brustzentrums ohne Zertifizierung, jedoch nach den strengen Qualitätskriterien des Q-Labels der Krebsliga Schweiz weitergeführt.
Dieses Versprechen ist ausgerichtet im Kontext einer aktiven Partnerschaft, als dritter Partner der Netzwerkkooperation Brustzentrum.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätsentwicklung in der Spital Lachen AG:

Qualitätsentwicklung heisst für die Spital Lachen AG weiterhin, die eigenen Leistungen zu reflektieren, neue Abläufe zu definieren, Bestehende kritisch, hinsichtlich Nutzens und Wirksamkeit zu hinterfragen, herausfordernde Antworten zu suchen und neue lösungsorientierte Wege zu gehen. Mit dieser Haltung entstehen im besten Fall Innovationen, vor allem jedoch bringt sie die Qualität der Patientenversorgung auf ein höheres Niveau.

Schwerpunkte 2025:

- Start des Projektes "PRADA" (zentrale Managementsysteme mit Systemunterstützung durch das Tool QM-Pilot) mit Fokus, Aufbau der gemeinsamen übergeordneten Struktur der Aufbauorganisation und Rollenkonzepte für diese Führungssysteme.
- Grundlagenvorbereitung für den Aufbau des übergeordneten Qualitätsmanagementsystem (QM-Dach).
- Projekt "Patientenidentifikation mittels Patientenarmband" flächendeckend über alle ambulanten und stationären Bereiche eingeführt. Vorbereitungsarbeiten der bereits initial gedachten Nachfolgeprojekte wie die Integration von "IT-Umsystemen (*)" sind aufgelegt, priorisiert und Budgetwirksam eingegeben.

(*) Über das Patientenarmband werden verschiedene Informationen automatisch erfasst – zum Beispiel Vitalwerte oder Bewegungsdaten. Diese Daten stammen aus unterschiedlichen IT-Systemen, die wir als „Umsysteme“ bezeichnen und die rund um unser zentrales Klinikinformationssystem (KISIM) im Einsatz sind. Die gesammelten Daten werden anschließend in ein einheitliches Format gebracht, sodass diese ins KIS übernommen, dort zentral angezeigt und weiterverarbeitet werden können.

- Vorwärtstreiben von Denkansätzen und Implementation von, für die Umsetzung des Leistungsauftrag und Strategie der Spital Lachen AG sinnvollen, unseren Patient:innen nutzbringenden und unser Handeln fördernden Qualitätsaktivitäten.
Dies unter Berücksichtigung und im Einklang mit den im Qualitätsvertrag anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahmen und von uns definierten Handlungsfeldern.

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

Bemerkungen

Alle Ergebnisse der nationalen Qualitätsmessungen sind auf: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/> publiziert und einzusehen.

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 Messung(en) durchgeführt:	
<i>Stürze</i>	
▪ Interne Erhebung im Beobachtungsfall	
<i>Dekubitus</i>	
▪ Interne Erhebung im Beobachtungsfall	
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>	
▪ Qualitätssicherungsstudie Herniamed	

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Qualitätsmanagement allgemein

Ziel	Kontinuierliche Qualitätsverbesserung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Bereiche mit Fokus Klinische Leistungsprozesse, inkl. Paramedizin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Qualitätsmanagement lebt von der kontinuierlichen Verbesserung
Methodik	PDCA-Zyklus
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen der Kliniken und Paramedizin
Evaluation Aktivität / Projekt	Der PDCA-Zyklus entspricht der Methodik der kontinuierlichen Verbesserungen

Infektionsprävention und Spitalhygiene

Ziel	Vermeiden von nosokomialen Infektionen/ Erhöhung Patientensicherheit/ Risikominimierung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Nosokomiale Infektionen sind Kostentreiber und Verursacher von grossem menschlichem Leiden, das mit gezieltem Einsatz der richtigen Massnahmen minimiert werden kann
Methodik	Umsetzung der Struktur - und Qualitätsvorgaben HAI und NOSO-Strategie des Bundes
Involvierte Berufsgruppen	Fachexpertin für Spitalhygiene und Infektionsprävention; Hygienekommission
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Erfassungen von Wundinfektionen nach Operationen aufgrund Vorgaben von Swiss-NOSO/ ANQ
Weiterführende Unterlagen	Swissnoso

CIRS (Critical Incident Reporting System) systematisch im Gesamtprozess bearbeiten

Ziel	Verbesserungspotenziale ermitteln, durch Melden von kritischen Ereignissen, Vermeiden von Schadensfällen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Am Behandlungsalltag orientierte Möglichkeiten Fehler strukturiert zu identifizieren und im Behandlungsteam wirkungsvolle Massnahmen abzuleiten.
Methodik	Strukturierte Erfassung von kritischen Ereignissen im Meldecenter nach anerkannten Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	CIRS-Verantwortliche (ärztliche und pflegerische Vertretungen aller Bereiche)
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Überprüfungen, Fallbesprechungssitzungen, interne Audits um systemische Schwachstellen zu erkennen; Ableiten von Massnahmen. Meldung von erkannten Vigilancen (Hämovigilanz und Pharmakovigilance sowie Materiovigilance an die entsprechenden Gremien und damit Erfüllen der gesetzlichen Meldepflicht an Swissmedic.

Morbidity-Mortality-Management Konferenzen (MMM)

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung des Behandlungs- und Betreuungsprozesses anhand Fallbesprechungen für eine hohe Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik Chirurgie und Medizin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die MMM-Konferenzen dienen der Lehre, Ausbildung und der Prävention. In vertrauensvollem Setting werden aufgetretene Probleme aus vielen Blickwinkeln betrachtet und besprochen werden, sodass Lösungen als Gesamtprodukt und nicht als isolierte Massnahmen gefunden werden. Ziel aller Komplikationskonferenzen ist es, die Qualität der Behandlung kontinuierlich zu verbessern und Fehler zukünftig zu vermeiden.
Methodik	Fallbesprechungen im interdisziplinären/ interprofessionellen Setting
Involvierte Berufsgruppen	Ärztliche Mitarbeitenden der Klinik Chirurgie/ Medizin
Evaluation Aktivität / Projekt	fortlaufend

Sichere Chirurgie

Ziel	Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	operative Chirurgie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Eine dreiteilige Checkliste hilft, Fehler zu vermeiden oder rechtzeitig aufzufangen, um die Patientensicherheit zu erhöhen
Involvierte Berufsgruppen	Pflegeschwestern, ärztliches Personal, Pflegeentwicklung und Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Stuserhebung IST-Stand, Anpassung an neue Erkenntnisse aus den Programmen der Stiftung Patientensicherheit

Sturzmeldungen (Sturzprävention)

Ziel	Stürze im Spital erfassen / Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten / Vermeidung schwerwiegender Sturzfolgen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Sturztendenzen/ Entwicklung erkennen und schwerwiegende Sturzfolgen reduzieren
Methodik	Erfassung von Sturzereignissen nach anerkannten Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	Leiterin Pflegeentwicklung und Pflegenden der Bettenstationen,
Evaluation Aktivität / Projekt	regelmässige Überprüfungen, Fallbesprechungen, Auswertungen und Ableiten von Massnahmen, jährlicher Sturzbericht

Erfassen von Patientenerfahrung (PREMS`s) mit ANQ-Fragebogen

Ziel	Gute Patientenerfahrung / Erfassen d. Patientenurteile, Ableiten und Umsetzen von Massnahmen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Gute Patientenerfahrung / Erfassen d. Patientenurteile, Ableiten und Umsetzen von Massnahmen
Methodik	Messungen über Fragebogen
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement, Pflegepersonal, Ärztliches Personal
Evaluation Aktivität / Projekt	Analyse der Resultate, Ableiten von Massnahmen mit den Verantwortlichen, Adaptation und Umsetzung im Betrieb

Kontinuierliches Feedback-, resp. Beschwerdemanagement für Patientinnen und Patienten

Ziel	Hohe Patient:innenzufriedenheit / Ernst nehmen und Bearbeiten von Beschwerden, Ableiten von notwendigen Massnahmen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Patientenfeedback erfassen und bearbeiten als zentraler "Pulsmesser" zu Stärken und Verbesserungspotentialen eines Spitals
Methodik	Interne Erfassung von positiven Rückmeldungen und Beschwerden von Patient:innen in elektronischen Erfassungstool "Meldecenter"
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement und Kadermitarbeitende aller Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	laufende, kontinuierliche Überprüfungen mit jährlichem Abschluss-bericht über Resultate und eingeleitete Verbesserungsmassnahmen

Room of Horror

Ziel	Ziel des „Room of Horror“ ist es, das Bewusstsein für Patientensicherheitsrisiken zu schärfen, Fehlerquellen im klinischen Alltag sichtbar zu machen und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Fehler im Klinikalltag entstehen oft durch Routine und fehlender thematischer Sensibilisierung. Der „Room of Horror“ schafft eine praxisnahe Lernumgebung, um typische Sicherheitsrisiken sichtbar zu machen und die Sicherheitskultur im Spital gezielt zu stärken.
Methodik	In einer realitätsnahen Patientenzimmersimulation identifizieren die Teilnehmenden aktiv eingebaute Fehler. Anschliessend reflektieren sie diese im Debriefing. Die Szenarien basieren auf wissenschaftlich geprüften Vorlagen und CIRS-Meldungen des Hauses.
Involvierte Berufsgruppen	Aktuell: Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte der Chirurgie und Medizin Perspektivisch: Therapeutische Dienste, Pharmazie, Hotellerie, weitere interprofessionelle Teams
Evaluation Aktivität / Projekt	Teilnehmende geben strukturiertes Feedback. Erfasste Fehler und Rückmeldungen werden ausgewertet und dienen der kontinuierlichen Optimierung des Konzepts und der nachhaltigen Integration in die Praxis.

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 2010 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.

Bemerkungen

Im Zentrum des CIRS-Konzepts der Spital Lachen AG steht die Förderung einer lernorientierten und offenen Sicherheitskultur. Ziel ist es, kritische Ereignisse und Beinahe-Fehler systematisch zu erfassen, um daraus Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und Versorgungsqualität abzuleiten. Das System ist vollständig in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) eingebettet und folgt dem PDCA-Zyklus.

Das Meldecenter ermöglicht allen Mitarbeitenden die einfache, anonyme und vertrauliche Eingabe von CIRS-Meldungen. Zur Unterstützung wurde ein hausinternes E-Learning entwickelt, das jährlich verpflichtend für verschiedene Berufsgruppen angeboten wird. Für Belegärzt:innen sowie ausgewählte Supportbereiche wurden alternative Schulungsformate und gezielte Vor-Ort-Sensibilisierungen implementiert. Ergänzt wird dies durch Fachinputs und geplante Lernformate wie den „Room of Horrors“.

CIRS-Meldungen durchlaufen eine strukturierte Bearbeitung: Nach der Ersttriage durch das Qualitätsmanagement erfolgt die Zuweisung an klar definierte Meldekreise, welche die Fallanalyse und Ableitung von Massnahmen verantworten. Eine sorgfältige Kategorisierung der Ereignisse (z. B. Kommunikation, Prozesse, Verwechslungen, Technik, Personal, Radiologie) ermöglicht die Identifikation von Mustern und systemischen Schwachstellen. Die Priorisierung erfolgt u. a. mithilfe einer Risikomatrix, die Schadensausmass und Eintrittswahrscheinlichkeit kombiniert.

Ein zentrales Gremium trifft sich quartalsweise zur gemeinsamen Evaluation relevanter Fälle und Massnahmen. Ziel ist es, aus den Meldungen abteilungsübergreifend zu lernen, Verbesserungspotenziale zu erkennen und Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Die Gremienarbeit orientiert sich an festgelegten Kriterien (z. B. Neuartigkeit, Interdisziplinarität, Systemrelevanz). Auch Ereignisse der höchsten Risikokategorie („rot“) werden gezielt nachverfolgt und auf Wirksamkeit der gesetzten Massnahmen geprüft. Die eingesetzten Massnahmen werden nach Nachhaltigkeit und Einfluss unterschieden:

- **Systembasierte Massnahmen** (z. B. technische Barrieren, IT-Lösungen)
- **Prozessoptimierende Massnahmen** (z. B. Standardisierung, Checklisten, strukturierte Fallbesprechungen)
- **Wissens- und bewusstseinsfördernde Massnahmen** (z. B. Schulungen, neue Richtlinien, gezielte Kommunikation)

Systembasierte Massnahmen sowie alle noch nicht vollständig umgesetzten Massnahmen werden einer Wirksamkeitsprüfung unterzogen. Die Ergebnisse fliessen in ein strukturiertes Reporting an Geschäftsleitung und Meldekreise ein.

Ein klarer Abgrenzungsrahmen unterscheidet CIRS-Meldungen von Schadensereignissen und stellt sicher, dass Mitarbeitende ohne Vor-Triage-Hürde melden können. Wenn Unsicherheiten bestehen, dürfen alle kritischen Ereignisse zunächst via CIRS eingegeben werden; die finale Einordnung erfolgt durch das Qualitätsmanagement. Personendaten werden im Zuge der Anonymisierung systematisch entfernt, der Datenschutz bleibt jederzeit gewahrt.

Die Spital Lachen AG versteht CIRS als lernendes System mit hoher strategischer Relevanz. Es ist mehr als ein Meldesystem: Es ist Ausdruck der gelebten Sicherheitskultur und ein zentrales Werkzeug zur organisationsweiten Qualitätsentwicklung.

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/	2002
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2002
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	2002
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2001
CHPACE WEB Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie www.pacemaker-stiftung.ch www.rhythmologie-stiftung.ch	2005
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit Einführung des Registers
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2008
MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft	2008

Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien		für Senologie c/o Adjumed Services AG www.mibb.ch/	
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	seit Einführung des Registers
SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	2011
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
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch/	2008
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	2009
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch/	2006
VisHSM Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG www.adjumed.net/vis/	2002

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 Zürich/Zug/Schaffhausen/Schwyz Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	www.krebsregister.usz.ch www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/
NICER	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung

Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung		www.nicer.org
---	--	--

Bemerkungen

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.

Entsprechende Ergebnisse werden ausgewertet und - sofern möglich - mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen. Massnahmen zur Qualitätssteigerung werden in den Kliniken erarbeitet und im Sinne des PDCA-Qualitätskreislaufes umgesetzt.

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
IVR - Interverband Rettungswesen	Rettungsdienst	2007	2021	Re-Zertifizierung nächstmals 2025
Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (Notarzdienst/Präklinische Notfallmedizin/Notarzt(SGNOR))	Rettungsdienst Spital Lachen AG	2017	2023	Assessments alle 3-5 Jahre
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Notfall- und Rettungsmedizin	2019	2019	Re-Zertifizierung alle fünf Jahre, nächstmals 2025
SIWF(SSAPM) - Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation Kat. B	Weiterbildungsstätte Anästhesie	2012	2023	Jährliche automatisierte Ausstellung Zertifikat
SSIPM - Schmerzzambulanz Weiterbildungsstätte	Swiss Pain Clinic B	2020	2024	Gültigkeit 5 Jahre, nächste Re-Zertifizierung 2024
SGNOR Weiterbildungsstätte Notarzdienst	Notfallmedizin	2019	2019	Gültigkeit 5 Jahre; nächste Re-Zertifizierung 2025
SGI - Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin	Intensivstation	2012	2022	Re-Zertifizierung nächstmals 2027
SAfW - Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung	Wundbehandlungszentrum	2011	2023	Re-Zertifizierung nächstmals 2026
SAKR - swiss association of cardiovascular prävention and rehabilitation	amb. Kardiorehabilitation	2012	2024	jährlich Aufrechterhaltungsassessments
H+ REKOLE	Finanzen	2011	2023	Re-Zertifizierungen alle vier Jahre, nächstmals 2023/ 2024
SIWF/ ISFM	Chirurgie	1997	2023	Vorbereitung Re-Evaluation für

Weiterbildungsstätte				2023
DHG-Siegel für Hernieneingriffe	Klinik Chirurgie	2017	2023	regelmässige zweijährliche Aufrechterhaltungsassessments
SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders)	Bariatric Zentrum	2016	2022	regelmässig externe Visitation durch SMOB und immer bei ärztlichem Leitungswechsel
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte	Kardiologie in der Klinik Medizin	2020	2020	Assessment alle zwei Jahre
Deutsche Hochdruck-liga e.V.DHL der deutschen Gesellschaft für Hypertonie und Prävention	Hypertonie-Zentrum	2022	2022	Gültigkeit Zertifikat 10.11.2022 - 09.11.2025
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte B-Klinik	Medizin	1995	2023	Assessment alle zwei Jahre
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Ganzer Betrieb	2017	2022	Gefährdungsermittlung und H+ Audit
Klinisches Audit Strahlenschutz BAG, nach neuem Strahlenschutzgesetz v. 01.01.2018	Radiologie	2010	2024	Regelmässig BAG; Überprüfung alle 5 Jahre durch BAG
Apotheken Inspektion durch Kantonsapotheke	Apotheke	2009	2025	Periodische Überprüfung alle 5-10 Jahre

Bemerkungen

Bezüglich einer Zertifizierung der Gesamtunternehmung orientieren wir uns an der Qualitätsstrategie des Bundes. Die Arbeit an fachspezifischen Zertifizierungen verfolgen wir konsequent weiter.

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 Lachen AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.15	4.20	4.10	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.56	4.60	4.58	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.64	4.60	4.49	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.49	4.60	4.43	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.07	4.10	3.98	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	92.90 %	91.50 %	86.70 %	– %
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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Chancen der nationalen Patientenbefragung

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator. Mit dieser Messung und zur Verfügung stehendem nationalen Benchmark werden die Qualitätsbemühungen der Spitäler und Kliniken aufgezeigt und gewürdigt. Weiterhin ermöglichen die Jahresvergleiche Tendenzen und Entwicklung innerhalb des eigenen Unternehmens sowie im Vergleich mit anderen Spitälern der gleichen Kategorie abzuleiten und Verbesserungsmassnahmen zielführend einzuleiten.

Grenzen der nationalen Patientenbefragung

Die Messung lässt keine detaillierte Interpretation der Ergebnisse zu und kann eine ausführliche spitaleigene Zufriedenheitsbefragung nicht ersetzen. Sie dient in erster Linie der nationalen Vergleichbarkeit und zeichnet ein landesweites Bild.

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	- Im Spital verstorbene Patient:innen. - Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. - Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.

Bemerkungen

Im Jahr 2024 hat aufgrund des Systemwechsels KEINE nationale Patientenzufriedenheitsbefragung stattgefunden. Die Spital Lachen AG hatte im Jahr 2024 die Möglichkeit, an der Pilotbefragung zur Patientenerfahrung (Swiss PREMS) teilzunehmen. Die Ergebnisse der Pilotbefragung werden derzeit durch die Geschäftsstelle des ANQ und des Qualitätsausschusses Patientenerfahrung in Zusammenarbeit mit der Unisanté ausgewertet und weiterentwickelt.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Lachen AG

Beschwerdemanagement

Claudia Wussow

Leitung Qualitätsmanagement

0554513085

qualitaetsmanagement@spital-lachen.ch

Montag - Freitag

8.00 - 17.00 Uhr

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Keine Befragung im Berichtsjahr

Im Jahr 2024 wurde im Spital Lachen keine Mitarbeitendenbefragung durchgeführt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2025.

Die Befragung wird allen Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Beekeeper
Methode / Instrument	Beekeeper

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzt:innen und niedergelassene Spezialärzt:innen) eine wichtige Rolle. Viele Patient:innen lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweisenden den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patient:innen empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Rotthaus.com

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzt:innen und niedergelassene Spezialärzt:innen) eine wichtige Rolle. Viele Patient:innen lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweisenden den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patient:innen empfunden haben.

Die niedergelassene Ärzteschaft steuert einen grossen Teil der Patienteneinweisungen, insbesondere in den elektiven Fächern, aber auch im ambulanten Behandlungssetting der verschiedenen Fachdisziplinen. Der Erfolg der Kliniken beruht auf langjährigen, oft persönlichen Beziehungen zu den Einweisern. Was oft fehlt, ist eine systematische Betreuung. Wichtige potentielle Zuweiser sind nicht im Blick, Fallzahlrückgänge werden nicht erkannt. Selbst gute Zuweiser kennen einen Teil des Leistungsangebotes nicht. Unser Zuweiser wollen wir kennen, wissen was Ihnen wichtig ist, wo Ihre Bedürfnisse liegen, welche Aspekte der Betreuung haben qualitativ noch Potential - diese Fragestellungen treiben uns an, da möchten wir uns laufend verbessern.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2025.

Die Systematik wird gemeinsam mit den Verantwortlichen des CRM-Teams, den Chefärzten und dem externen Partner erarbeitet.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Rotthaus.com
Methode / Instrument	Rotthaus.com

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 Lachen AG	Risikoadjustierte Rate	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	6.76 %	7.16 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	5.03 %	5.27 %
Kardiorespiratorische Kohorte	14.95 %	15.17 %
Kardiovaskuläre Kohorte	8.41 %	11.36 %
Neurologische Kohorte	6.37 %	11.68 %
Sonstige medizinische Kohorte	9.24 %	9.3 %

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Im regelmässigen Abständen werden mit den Verantwortlichen Klinikchefärzt:innen und dem Qualitätsmanagement die Ergebnisse und Tendenzen systematisch geprüft und spezifische Fallsituationen genutzt, mittels Einzelfallanalyse ein gemeinsames Lessons Learned abzuleiten und im Klinikgremium zu sensibilisieren. Bereits der Fakt der Regelmässigkeit unterstützt die Awareness zum Thema und ermöglicht die kontinuierliche Verbesserung als ein zentrales Kriterium der Qualitätsverbesserung zu etablieren.

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.

Bemerkungen

Die Datenlage 2022 zeigt in drei Kohorten leicht steigende Tendenzen, d.h. gering höhere Werte als im CH-Benchmark. Im weiteren Verlauf gehen wir nach unserem etablierten Verständnis und Procédere der Fallbesprechungen vor. Nicht zu unterschätzen, dass eine qualitative Betrachtung und Fallanalyse anhand bereits zwei Jahren zurückliegender Daten, die Aussagekraft und das Ableiten konkreter Qualitätsverbesserungsaktivitäten deutlich erschwert.

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	2016 - 2019	2017 - 2020	2018 - 2021
Spital Lachen AG							
Primäre Hüfttotalprothesen	210	1.90%	2.00%	2.10%	1.50%		1.80%
Primäre Knieprothesen	143	4.20%	5.00%	4.60%	5.40%		4.30%

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Wo sinnvoll und von Relevanz werden die Ergebnisse direkt auf der Webseite des [ANQ](http://www.anq.ch) kommentiert.

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 bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Magenbypassoperationen
▪ 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	2021/2022	2022/2023	2023/2024
Spital Lachen AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	10	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 30.80%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	53	18	8.30%	21.50%	13.30%	1.70% (9.40% - 32.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	175	2	2.00%	0.00%	3.50%	0.80% (0.60% - 5.70%)
Magenbypassoperationen	114	2	9.30%	6.30%	5.10%	1.30% (0.50% - 7.50%)

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	2021/2022	2022/2023	2023/2024
Spital Lachen AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	76	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 4.70%)

* 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Wundinfektionen müssen immer im Kontext eines chirurgischen Eingriffs betrachtet werden. Wundinfektionen nach Operationen können nie ganz verhindert werden - eine Wundinfektion kann aufgrund der Komplexität und Lokalisation des Eingriffes auch eine erwartbare Komplikation darstellen. Einige Eingriffe sind bereits aufgrund des Operationsgebiets risikoreicher, beispielsweise solche in der Dickdarm- oder Enddarmchirurgie.

Seit 2009 wird die Wundinfekterfassung im Spital Lachen durchgeführt. Von Beginn an wurden kontinuierlich Verbesserungen aufgrund der jährlichen Ergebnisberichte von Swissnoso vorgenommen, wie beispielsweise die Dokumentationsqualität gesteigert sowie deren Systematik - "Wahl und Verabreichung des prä- und intraoperativen Antibiotikums" in Abstimmung mit dem Parameter "Verabreichung innerhalb eines definierten Zeitfensters, angepasst und konsolidiert.

Das interne Monitoring und Besprechung der Wundinfektdaten wird quartalsweise mit der Klinik Chirurgie und der Infektiologie innerhalb des etablierten Gremiums der Hygienekommission durchgeführt.

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 Interne Erhebung im Beobachtungsfall

Die Spital Lachen AG führt anhand der bis 2022 etablierten nationalen Erfassungsvorgaben, strukturierte Erhebungen im Beobachtungsfall durch. Diese Erhebungen wurden auch im Jahr 2024 durchgeführt. Alle Bettenstationen, inkl. der Akutgeriatrie mit Ausnahme der Mutter: Kind Station, werden in die Erhebung eingeschlossen.

Die gewonnenen Erkenntnisse werden im interprofessionellen, erweiterten Team einer vertieften Prüfung unterzogen, im Expertenteam Pflegeentwicklung analysiert und im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wo sinnvoll und zielgerichtet in den Behandlungs- und Betreuungsprozess integriert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Alle Bettenstationen, inkl. Akutgeriatrie mit Ausnahme der Mutter:Kind Station.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse der internen Auswertungen, die nach der Systematik und definierten Qualitätskriterien der bis 2022 durchgeführten nationalen Punktprevalenzerhebungen durchgeführt und abgeleitet werden, können bei Interesse angefragt werden. Eine transparente Publikation von Ergebnisdaten erfolgt mit dem Re-Start der nationalen Messung ab voraussichtlich 2026.

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 Interne Erhebung im Beobachtungsfall

Die Spital Lachen AG führt anhand der bis 2022 etablierten nationalen Erfassungsvorgaben, strukturierte Erhebungen im Beobachtungsfall durch. Diese Erhebungen wurden auch im Jahr 2024 durchgeführt. Alle Bettenstationen, inkl. der Akutgeriatrie mit Ausnahme der Mutter: Kind Station (nicht signifikant), werden in die Erhebung eingeschlossen.

Die gewonnenen Erkenntnisse werden im interprofessionellen, erweiterten Team einer vertieften Prüfung unterzogen, im Expertenteam Pflegeentwicklung analysiert und im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wo sinnvoll und zielgerichtet in den Behandlungs- und Betreuungsprozess integriert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Alle Bettenabteilungen, inkl. Akutgeriatrie mit Ausnahme der Mutter:Kind Station.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse der internen Auswertungen, die nach der Systematik und definierten Qualitätskriterien der bis 2022 durchgeführten nationalen Punktprevalenzerhebungen durchgeführt und abgeleitet werden, können bei Interesse angefragt werden. Eine transparente Publikation von Ergebnisdaten erfolgt mit dem Re-Start der nationalen Messung ab voraussichtlich 2026.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Qualitätssicherungsstudie Herniamed (Akutsomatik)

Das internetbasierte Qualitätssicherungsprogramm für die gesamte Hernienchirurgie soll die Qualität der Patientenversorgung verbessern und valide Daten für die Versorgungsforschung liefern.

Die Teilnehmenden können ihre jeweiligen Daten jederzeit in Form einer Auswertungsstatistik abfragen. Die sektorübergreifende Qualitätssicherungsstudie bezieht sich auf Leistenhernien, Nabelhernien, Narbenhernien, epigastrische Hernien, parastomale Hernien und Hiatushernien. Die Online Qualitätssicherungsstudie Herniamed erfüllt die höchsten Sicherheitskriterien des Datenschutzes.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Klinik Chirurgie

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Weiterführende Informationen unter: <https://www.herniamed.de>

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Herniamed
Methode / Instrument	Herniamed

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Patient Blood Management

Projektstart: 27.10.2022

Im Spital Lachen beschäftigt sich die Hämovigilancekommission mit Optimierungen im Bereich des Transfusionsregimes. Durch ein Kooperationsangebot seitens des Vereins Alliance Rouge zum Wissenstransfer wurde im Rahmen der GL und im Klinikader entschieden, dieses Projekt auch in der Spital Lachen AG zu initiieren. Eine Anfrage bezüglich einer Kooperation mit der Alliance Rouge nach Beantragung von Unterstützungsgeldern durch die Eidgenössische Qualitätskommission wurde gestellt und zugesagt.

Projektziel:

Patient Blood Management (PBM) zielt darauf ab, drei Risikofaktoren bei grossen elektiven Eingriffen zu minimieren:

1. präoperative Anämie: Verschiebung von elektiven Eingriffen bei Risikokonstellationen mit vorheriger Substitution von Eisenpräparaten oder Erythropoetin
2. perioperative Vermeidung von Blutverlusten (blutsparendes Operieren, minimal-invasive Chirurgie, Cell-Saver, Optimierung der Gerinnung)
3. Reduktion von Bluttransfusionen:
Einheitlicher Transfusionstrigger bei 7 g/L Single Unit Dose
4. Ein weiteres Ziel ist die systematische Erfassung von Veränderungen dieses Prozesses und Dokumentation zur Qualitätssicherung.

Projektteam:

Projektleitung: Chefarzt (CA) Anästhesie

Kernteam:

- CA Anästhesie
- Facharzt Anästhesie
- Verantwortliche Qualitätsmanagement
- Standortleitung Labor (Unilabs)
- Leitung Pflegeentwicklung und Verantwortliche Pflegedienst

Erweitertes Kernteam:

- Ärztlicher Vertreter (Chirurgie)
- Ärztlicher Vertreter (Innere Med)

Punktuelle Projektmitarbeiter:

- Vertreter der Informatik und Klinikinformationssystem

Projektsteuerungsausschuss:

- Diese Funktion, inkl. der Projektbegleitung wird durch den Verein Alliance Rouge wahrgenommen

Projektablauf/ Methodik:

- Kick-off-Meeting interne Projektgruppe in Zusammenarbeit mit Alliance Rouge (AR), welche im Rahmen des Projekts bis Abschluss die Funktion des Steuerungsausschusses wahrnimmt
- Assessment und Besprechung der Ausgangslage und Festlegen der Folgeschritte
- Januar 2023 Erstellung Einführungskonzept PBM und Validation desselben durch das externe Beratungsgremium AR
- Vorbereitung Strukturen/ Organisation und Prozesse (Patienteninformationen, Schulungskonzept, Einbinden Zuweiser etc.)

- Durchführung zweimonatige Pilotphase in einem klinischen Teilbereich (Orthopädie: Hüft- und Knieprothetik)
- Briefing der internen Stakeholder, anschliessend Schulung internen Fachpersonal
- Spitalweite Ausrollung nach Evaluation der Pilotphase ab Oktober 2023
- Im Juli 2024 erfolgt mittels Abschlussbericht und Audit eine Gesamtevaluation und Debriefing in Zusammenarbeit mit dem Partner Alliance Rouge der Projektabschluss. Dazu werden auch die während dem Pilot erhobenen Kennzahlen zur Reduktion von EK Transfusionen und die mögliche positiven Auswirkungen von PBM auf die Hospitalisierungsdauer, Sterblichkeit oder Morbidität eingeschätzt und in die Weiterentwicklung mit einbezogen.

Projektabschluss: November 2024

18.1.2 PRADA

Projektart: Mai 2025

Das Projekt „PRADA“ ist ein **organisationsweites Digitalisierungs- und Führungsprojekt** mit mehreren Teilprojekten. Es fokussiert sich auf die **Einführung integrierter Führungssysteme** in den Bereichen Prozessmanagement (PM), Risikomanagement (RM), Auditmanagement (AM), Dokumentenmanagement (DM) und Vertragsmanagement (VM). Dabei handelt es sich um ein strategisches Projekt mit hoher Relevanz für die Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung im Spital.

Projektziel

Ziel des Projekts ist die **strukturierte, softwaregestützte Einführung** von fünf zentralen Führungssystemen, um:

- die organisatorische Effizienz und Steuerungsfähigkeit zu erhöhen,
- regulatorische Anforderungen besser zu erfüllen,
- die Patientensicherheit zu fördern,
- einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess gemäss dem PDCA-Zyklus zu etablieren,
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern,
- Mitarbeitende durch klare Strukturen zu binden,
- die Zielerreichung des nationalen Qualitätsvertrags zu unterstützen.

Langfristig soll das Projekt die Transformation des Spitals in eine **zukunftsfähige, digital gestützte und qualitätsorientierte Organisation** ermöglichen.

Projektablauf / Methodik

Das Projekt ist **modular und gestaffelt aufgebaut**, wobei jedes Führungssystem in einem eigenen Teilprojekt umgesetzt wird:

1. **Pilotphase mit Risikomanagement (RM)** – frühe Einführung zur Erkenntnisgewinnung
2. **Anschliessend sukzessive Einführung von PM, DM, AM und VM**

Die Einführung erfolgt mit der Software **QM-Pilot 3.5**, welche spezifische Module für die jeweiligen Führungssysteme bietet. In der Konzeptphase werden pro Führungssystem eigene Konzepte erstellt (z. B. zu Rollen, Prozessen, Technik und Schulung). Die Erkenntnisse aus der Pilotphase fliessen in die weiteren Teilprojekte ein. **Phasen im Überblick:**

- Initialisierung (Okt. 2024 – Feb. 2025)
- Konzept (ab Feb. 2025, je nach Modul unterschiedlich lang)
- Realisierung
- Produktiver Betrieb (je nach System ab 2025 bis spätestens April 2026)

Das Projekt berücksichtigt Abhängigkeiten zwischen den Teilprojekten und priorisiert jene Systeme, die für den laufenden Betrieb besonders relevant sind.

Involvierte Berufsgruppen

Das Projekt ist **interdisziplinär** aufgestellt. Folgende Berufsgruppen sind involviert:

- **Ärztlicher Dienst:** Einbindung in die Definition und Umsetzung prozessbezogener und risikorelevanter Anforderungen
- **Pflegedienst:** Beteiligung an der Gestaltung und Nutzung der Führungssysteme, insbesondere in den Bereichen Prozess- und Auditmanagement
- **Therapie:** Mitwirkung bei der Standardisierung von Prozessen entlang der Behandlungspfade
- **Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung:** Federführung im Projektmanagement, Systemeinführung und Schulung
- **IT / Technik:** Technische Umsetzung, Schnittstellenmanagement, Systemintegration
- **Administration / Betriebswirtschaft / Finanzen:** Unterstützung in Vertragsmanagement, Dokumentation, Kosten-Nutzen-Betrachtung
- **Spitalleitung (CEO, CFO, COO):** Projektsteuerung, strategische Einbindung

Ein bereichsübergreifendes Kernprojektteam ist definiert, kritische Ressourcenzuteilungen wurden bereits mit Schlüsselpersonen aus den betroffenen Bereichen abgestimmt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Ausweitung "Patientenidentifikation mittels Patientenarmband"

Patientensicherheit hat im Spital Lachen einen hohen Stellenwert. In CIRS - und Ereignisfallmeldungen werden systemische Ursachen erkannt, die zu Fehlern im Behandlungs- und Betreuungspfad führen können.

So war die sichere Patientenidentifikation besonders im Notfall mit seinen vielen Schnittstellen zu diagnostischen und therapeutischen internen Dienstleistern (Labor, Bildgebende Verfahren, Gips etc.) ein besonders gewichtetes Thema geworden, dem mit einem sehr einfach strukturierten Kennzeichnungsverfahren für Patienten Rechnung getragen werden sollte.

Nach einer sauberen Prozessdefinition wurden für einen Zeitraum von 9 Monaten Patienten bei Eintritt in die Notfallstation ein einfaches Plastikarmband appliziert, auf dem die nach Erfassung der Patientendaten generierte Klebeetikette aufgebracht wurde.

Bei jedem Kontakt mit dem Patienten wurde die Identifikation des Patienten mit dem Patientenarmband verifiziert (Beispiel: Bei verordneter Blutentnahme beim Patienten X wurde vor der Entnahme von der Pflegenden das Patientenarmband mit der Verordnung im KISIM verglichen und die Blutentnahme erst bei positiver Identifizierung vorgenommen).

Die Auswertung der CIRS - und Ereignismeldungen zeigte bereits nach kürzester Zeit, dass sich Verwechslungssituation deutlich reduziert haben.

Aufbauend auf den Pilotergebnissen ist ein Folgeprojekt "Einführung Patientenarmband" für alle ambulanten und stationären Patienten ab Frühjahr 2024 lanciert.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Evaluierung Erstzertifizierung Brustzentrum Zürich-Lachen mit der Krebsliga Schweiz

Mit dem im 2021 offiziell lancierten Projekte "Evaluation Erstzertifizierung Brustzentrum Zürich-Lachen nach Q-Label mit der Krebsliga Schweiz", wurde im Sommer 2022 gemeinsam mit der gemeinsamen Steuerungsausschuss Stadthospital Zürich und Spital Lachen AG ein "Boxenstopp" entschieden. Der angestrebte Zeitplan (Anmeldung zur Zertifizierung für Frühjahr 2023) wird aufgrund der sich nicht wie erhofft entwickelnden Zahlen im Bereich Onkologie nochmals grundsätzlich überdacht und ein ggf. alternatives, angepasstes Vorgehen sorgfältig geprüft.

Die vorliegende Datenlage und der Abgleich mit den Qualitätskriterien der Krebsliga sowie den der Einfluss exogener Faktoren stellten relevante Aspekte für die Entscheidungsfindung dar.

Entscheid: Fokusverschiebung und Adaptation auf die Aspekte und Aktivitäten, die durch uns aktiv und massgeblich bearbeitet und beeinflusst werden können. Am gemeinsamen Kooperationsvertrag und den definierten, geplanten Schritten anhand Roadmap wird vollständig festgehalten. Eine Zertifizierung mit Krebsliga wird für 2024 im Auge behalten und je nach Entwicklung der Datenlage 2022/ 2023 neu evaluiert.

Aktivitäten:

- Professionelle "Marketing- Offensivkampagne" unter dem Lead der Kommunikation-/ Marketingabteilung beider Standorte
- "Go-Live" gemeinsame Landingpage Brustzentrum Zürich-Lachen (Frühjahr 2023)
- Gezielte Zuweiseraktivitäten definieren und planen
- Adressierte Kommunikation intern & extern verstärken
- Weiterbearbeitung prozessualer und organisatorischer Themenbereiche

Projektverlauf / Entwicklung:

Aufgrund kantonaler Veränderungen im Rahmen von Regulierungen zum Erhalt eines Leistungsauftrages hat der gemeinsame Steuerungsausschuss STZ und Spital Lachen AG **entschieden:**

- Die Kooperation Brustzentrum Zürich:Lachen wie bereits praktiziert und fest etabliert in vereinbartem Rahmen weiterzuführen, jedoch ohne gemeinsame Zertifizierungsbestrebungen und damit auch mit auf das notwendige reduzierten Ressourcen Einsatz der ärztlichen und admin. Projektleitungen/ Stv.
- Das Projekt "gemeinsames Brustzentrum" wird per Ende März 2024 operativ in die Frauenklinik übergeben und die weiter vorangetrieben. Eine Unterstützung durch das Qualitätsmanagement ist niederschwellig in übergeordnetem Rahmen etabliert.
- Das Projekt wird im Herbst 2024 definitiv abgeschlossen

Weiterentwicklung:

- **Die Netzwerkkooperation Brustzentrum- drei Kantone, drei Standorte wird auf strategischer Ebene in die Wege geleitet.** Sie beruht in der klinischen Umsetzung bei allen drei Partnern des Netzwerkes auf den Qualitäts- und Zertifizierungskriterien der Krebsliga Schweiz.

19 Schlusswort und Ausblick

Wir möchten Ihnen mit unserem Qualitätsbericht einen Überblick über die in der Spital Lachen AG geleisteten Qualitätsarbeit im Jahr 2024 bieten. Dahinter stehen alle unsere Mitarbeitenden, die täglich im direkten Patient:innenkontakt, im Management oder in den supportiven Bereichen wie Infrastruktur, Restauration, Gastronomie, Reinigung, Patientenberatung und vielen anderen Aufgabenbereichen unseren Patient:innen einen angenehmen und ihre Genesung unterstützenden Aufenthalt in unserem Spital gewährleisten.

Qualitätsmanagement bedeutet, Verbesserungspotentiale zu erkennen, Massnahmen zu erarbeiten oder systemisch zu unterstützen und eine kontinuierliche Weiterentwicklung all unserer Geschäftsbereiche zum Ziel haben.

Dies gelingt zum Beispiel mit einem koordiniertem Schnittstellenmanagement, welches wir in unseren Prozessen abbilden. Es handelt sich dabei um einen ständigen, dynamischen Vorgang, der nie abgeschlossen ist, sondern bei neuen Herausforderungen wiederum Aktivitäten und Abklärungen auslöst und u.U. Prozessanpassungen oder die Erarbeitung neuer Prozesse und Strukturen nach sich ziehen kann.

Die Erarbeitung und systematische Überarbeitung unserer Behandlungsrichtlinien, Guidelines, Standards und Behandlungspfade der Patient:innen stehen im Zentrum unserer Bestrebungen, um Sicherheit und Zufriedenheit unserer Patient:innen zu gewährleisten und damit das Vertrauen der Bevölkerung der Region in unser Spital weiter zu stärken. Die Teilnahme an nationalen Erfassungen der Infektraten, der Patientenerfahrung u.a. erlauben uns, uns im nationalen Vergleich zu messen und wo notwendig oder von Interesse von den Besten zu lernen.

Ein Beinahe-Fehlermanagement sowie die kontinuierliche Möglichkeit für unsere Patient:innen, Positives wie Kritisches im Feedbackmanagement zurückzumelden, lassen uns Handlungsfelder erkennen, die es ermöglichen unseren Dienst für unsere Patient:innen und deren Umfeld ganzheitlich wahrnehmen, beobachten, verbessern und weiterentwickeln zu können.

Qualitätsentwicklung heisst für uns auch, sich den zukünftigen anspruchsvollen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu stellen, wo möglich aktiv Einfluss zu nehmen und damit den Anliegen, Bedürfnissen und Erwartungen unserer Patient:innen gerecht zu werden. So werden im Spital Lachen diverse Projekte geführt, die das Angebotsspektrum einerseits erweitern oder bestehende Angebote auf dem Level neuester Entwicklungen und Anwendung von best practice halten sollen.

Wir sind überzeugt, dass wir mit unseren im Bericht erwähnten Projekten auf einem zukunftsgerichteten Weg sind und diese Entwicklung positiv beeinflussen können.

Abschliessen möchten wir mit einem grossen Dankeschön an alle unsere Mitarbeitenden, Kolleginnen und Kollegen sowie unsere Partner, ohne deren Einsatz, Professionalität und Engagement diese grosse Herausforderung nicht zu bewältigen wäre.

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)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Kieferchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
Komplexe Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)

Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen
Wechseloperationen Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Gynäkologische Tumore
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neonatalogie (ab 32. Woche und $\geq 1250g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie / Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM)

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.