



**SPITAL LACHEN**

IHR GESUNDHEITZENTRUM AM SEE

# Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

31.05.2021  
Franziska Berger, Direktorin (CEO)

Version



**Spital Lachen AG**

[www.spital-lachen.ch](http://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 2020.

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 wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind 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.

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2020

Frau  
Claudia Wussow  
Verantwortliche Qualitätsmanagement  
055 451 30 85  
[claudia.wussow@spital-lachen.ch](mailto:claudia.wussow@spital-lachen.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
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 .....	20
4.5 Registerübersicht .....	22
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	25
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>27</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>28</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>28</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	28
5.2 Beschwerdemanagement .....	29
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
8.1 Eigene Befragung .....	30
8.1.1 rotthaus.com .....	30
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>31</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>31</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	31
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>33</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	33
<b>12 Stürze</b> .....	<b>36</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	36
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>38</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	38
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16 Zielerreichung und Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>40</b>
17.1 Weitere eigene Messung .....	40
17.1.1 Qualitätssicherungsstudie Herniamed .....	40

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>41</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	41
18.1.1	Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr.....	41
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 .....	41
18.2.1	Unbefristeter Leistungsauftrag GER .....	41
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	41
18.3.1	Swiss Plain Clinic B.....	41
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>42</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>43</b>
Akutsomatik .....		43
<b>Herausgeber .....</b>		<b>45</b>

## 1 Einleitung

Das Spital Lachen ist ein 100 Betten Akutspital und beschäftigt rund 700 engagierte Mitarbeitende. Als eine Aktiengesellschaft der Bezirke March und Höfe erfüllt das Spital Lachen einen öffentlichen Auftrag des Kantons Schwyz (Spitalliste).

Das Spital Lachen stellt als Akutspital die 24h - Versorgung der Region in den Hauptbereichen der Inneren Medizin, Chirurgie und Gynäkologie, inklusive Geburtshilfe sicher. Rund um die Uhr an 365 Tagen steht unsere **interdisziplinäre Notfallabteilung** den Patienten mit fachkompetenter, umfassender medizinischer und pflegerischer Betreuung zur Erstversorgung zur Verfügung. Eine moderne, **zertifizierte Intensivpflegestation** gewährleistet die intensivmedizinische Behandlung und Betreuung unserer Patienten jederzeit.

Durch verschiedene Kooperationen, Leistungsverbunde und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungserbringern, Beleg- und Konsiliarärzten ergänzt und entwickelt das Spital Lachen sein medizinische Leistungsangebot laufend. So bietet das Spital Lachen neben der Grundversorgung ein breites Spektrum an medizinischen Zusatzleistungen und hat sich zu einem wichtigen Gesundheitszentrum der Region etabliert. Damit reagierte das Spital auf die steigende Nachfrage nach spezialisierten Angeboten.

Um eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Patienten zu gewährleisten, pflegt das Spital Lachen eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten der Region um Doppelspurigkeiten in der Diagnostik und Therapie zu vermeiden.

Es ist uns ein grosses Anliegen, die Qualität unserer Leistungen nachhaltig zu verbessern und weiter zu entwickeln. Unser wichtigstes und zentrales Ziel ist die hohe Patientenzufriedenheit aufrecht zu erhalten und möglichst weiter zu steigern. Um diesem anspruchsvollen Ziel schrittweise näher zu kommen, nutzen wir die Resultate der externen Patientenumfragen, deren sorgfältige Analyse im Beziehungsnetz mit dem internen Feedbackmanagement und schliessen damit den Kreis der kontinuierlichen Verbesserung - den "Weg der stetigen kleinen Schritte".

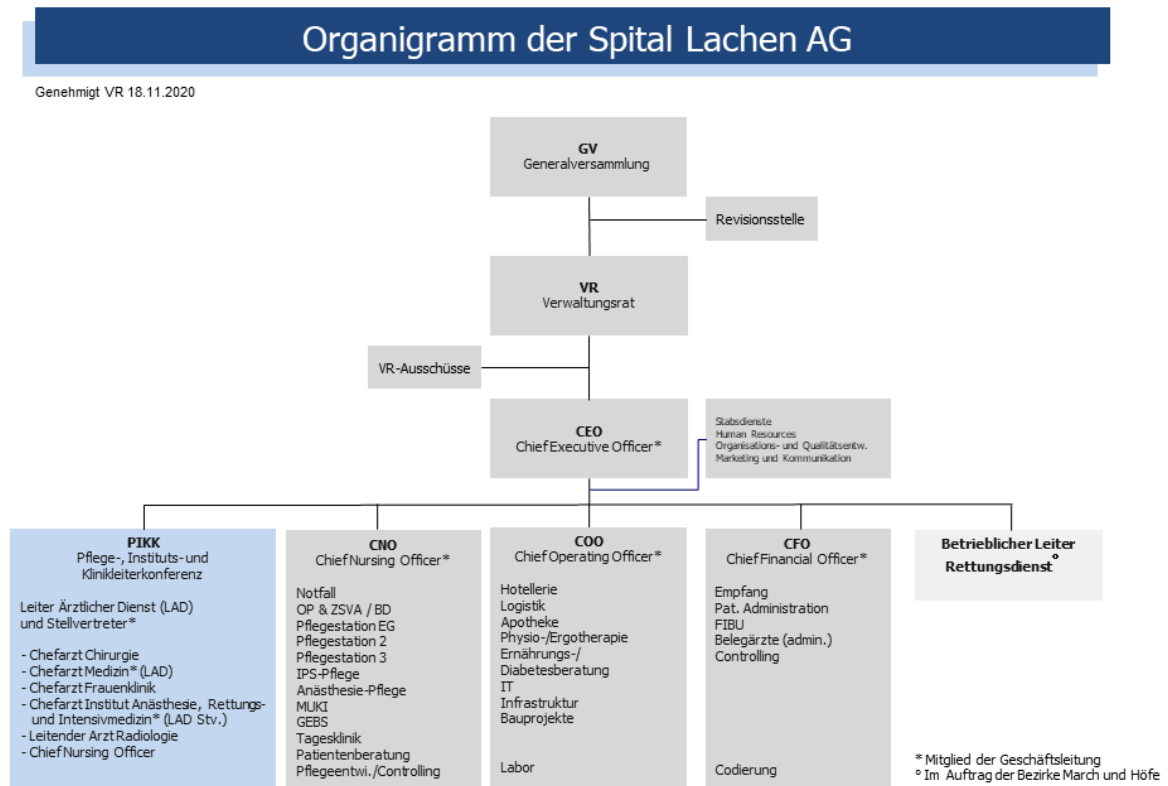
Die Mitarbeitenden der Spital Lachen AG stellen die Patienten ins Zentrum ihres Handelns. Sie versorgen, beraten und betreuen ihre Patienten umfassend, kompetent entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse sowie nach den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen und best practice Ansätzen.

Im Namen der Spitalleitung  
Franziska Berger  
Chief Executive Officer

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist der Leitung Organisations- und Qualitätsentwicklung direkt unterstellt. Diese rapportiert regelmässig an die CEO und Geschäftsleitung. Der Bereich Organisations- und Qualitätsentwicklung ist als Stabsstelle direkt der CEO der Spital Lachen AG angeliebert.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Claudia Wussow  
Qualitätsmanagement  
055 451 30 85  
[claudia.wussow@spital-lachen.ch](mailto:claudia.wussow@spital-lachen.ch)

Frau Petra Scheide  
Leiterin Organisations- &  
Qualitätsentwicklung  
055 451 30 84  
[petra.scheide@spital-lachen.ch](mailto:petra.scheide@spital-lachen.ch)

Frau Franziska Berger  
CEO  
055 451 3000  
[franziska.berger@spital-lachen.ch](mailto:franziska.berger@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 somit auch unserer Qualität. Mit dem Qualitätsmanagement wollen wir eine hohe Patientenzufriedenheit, Behandlungs- und Betreuungssicherheit, eine nutzbringende Zufriedenheit aller zuweisenden Ärztinnen und Ärzte sowie eine angemessene Mitarbeiterzufriedenheit erreichen. Aktivitäten zur Gewährleistung der Qualitätssicherung und -entwicklung ist in allen Bereichen zu finden und etabliert.

Durch bestmögliche Koordination wird eine sinnvolle Vernetzung aller Aktivitäten zum Wohl von Patienten, 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.

Wir fühlen uns gegenüber unseren Patienten 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 nutzbringende Verbesserungen einzuleiten. Wir richten den Schwerpunkt unserer Aktivitäten auf ein systematisches, patientenorientiertes Prozessmanagement mit integriertem klinischen Risikomanagement und Kennzahlen-systematik aus. Damit fördern wir das Vertrauen unserer Patienten in unser Leistungsangebot, geben Sicherheit und stellen eine gute Performance in der ambulanten und stationären Patientenversorgung sicher.

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

Im klinischen Bereich finden Ergebnismessungen und Benchmark basierend auf den nationalen Programmen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), statt.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

Im Jahr 2020 standen verschiedene Projekte, die im bereits im Jahr 2019 initialisiert und im Jahr 2020 abgeschlossen und über den Weg des kontinuierlichen Verbesserungsmanagements einer Evaluation unterzogen werden sollten auf der Schwerpunktliste des Berichtsjahres 2020. Dazu gehörten folgende massgebliche Schwerpunkte:

- Patientenzufriedenheitmessung Notfallpatienten mit Fa. Mecon
- Vorbereitung und Einführung Datenmanagementsystem (DMS)
- Evaluation Einführung Klinikinformationssystem KISIM und spezifischer KISIM-Module
- Beantragung Überführung befristeter Spitalleistungsauftrag (GER) Akutgeriatrisches Kompetenzzentrum in einen unbefristeten Spitalleistungsauftrag (GER) ab 01.07.2021

Die Evaluation/ Analyse einer überwiegenden Anzahl an lancierten und umgesetzten Projekte wurde im Jahr 2020 aufgrund der Corona Pandemie und deren Herausforderungen, denen sich alle Player im Gesundheitswesen in besonderem Masse stellen mussten zurückgestellt und erfahren eine neue Planung im Jahr 2021.



## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

Unternehmenseinschätzung "Corona-Pandemie 2020/ 2021":

- Mit Beginn der Corona-Pandemie musste innert kürzester Zeit auf einen alternativen Arbeitsmodus gewechselt werden – dieser hat die Arbeiten in ihrer bisherigen, etablierten Form (Struktur/ Methodik) vor grosse Herausforderungen gestellt, konnten aber niederschwellig weiter erfolgen.
- «Ad-Hoc, situativ und orientierend an aktuellen, dringlichen Fragestellungen» wurden neue interdisziplinäre/ Interprofessionelle "Austauschformate" installiert und am Ort des Geschehens mit den Mitarbeitenden praktiziert. Der enge, gemeinsame Austausch, das Aufeinander zugehen, frei von allen etablierten Konventionen, wirkte dabei befreiend und setzte bisher wenig erkannte positive Kräfte frei. Das Lernen voneinander und miteinander konnte dabei in sehr positiver Art, in wertschätzender Atmosphäre in «ausserordentlicher Lage» und innerhalb einer gut aufeinander abgestimmten Gemeinschaft zum Tragen kommen.
- Eine der grössten Herausforderungen stellt die zeitliche Dynamik und Taktung, Intensität und Funktionsweise der Unternehmung während einer bisher nicht erlebten Krisensituation dar. Die personellen Ressourcen während der Lock-Down-Zeit (z.B. Einsatz der Mitarbeitenden in neuen, nicht angestammten Aufgabengebieten – Neuzuteilungen, Kurzschulungen) stellten ein zusätzliches Spannungsfeld dar, zumal auch das Team Organisation- und Qualitätsentwicklung als Drehscheibe personell nur eingeschränkt agieren konnte.
- Trotz oder vielleicht gerade aufgrund der «Arbeitssituation unter Krisenmodalitäten» offenbart sich ein hohes und spürbares Qualitätsbewusstsein aller Mitarbeitenden, der Weg der stetigen kleinen Schritte lebt und wird engagiert mitgetragen und weiterverfolgt.
- „Qualität geht uns alle an“ – dieses Motto steht unter «Corona-Pandemie-Modus» in neuem Licht, das durch den «unfreiwilligen» Perspektivenwechsel sehr positiv beeinflusst wurde.
- Mehrheitlich alle QM-Aktivitäten der Umsetzung und Erkenntnisse für deren Weiterentwicklung/ Bearbeitung sind zum Zeitpunkt des Berichtes in gleichbleibender Ausprägung bestehend – im Sinne eines «verordneten Innehaltens im Rahmen der Corona-Pandemie». Verändert hat sich jedoch die Einschätzung, auf welche Art und Weise welche Themenbereiche aufgegriffen werden, welche Akzente in Bezug auf Wirkung und Nachhaltigkeit prägend für das Unternehmen sein können.
- Die zweite Hälfte des Jahres 2021 stellen eine konkrete und wichtige Möglichkeit dar, die Betrachtungsweise und Sicht der Dinge zu «Aufwand und Nutzen / Wirkungsweise» aus der «Post-Corona-Perspektive» bewusst und proaktiv zu wagen und abgeleitete Erkenntnisse zu nutzen.
- Die Rolle der QM und QE Mitarbeitenden hat sich in der Pandemiezeit ebenfalls verändert, sie wirkten unterstützend in mehreren Themen wie Konzepte für Test- und Impfcenter, Sicherung der Meldung ans BAG von Positiv gestesteten Mitarbeitenden, Unterstützung im Führungsstab und in der Kommunikation, Erstellung von Konzepten der Isolationsstation, etc. (bitte noch ergänzen) dafür fehlten dann die Ressourcen für die «normalen Alltagsthemen» wie CIRS, Beschwerden, ...

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### Qualitätsentwicklung in der Spital Lachen AG:

Qualitätsentwicklung heisst für die die Spital Lachen AG die eigenen Leistungen reflektieren, neue Abläufe definieren, bestehende kritisch hinterfragen, herausfordernde Antworten suchen, neue Wege gehen. Mit dieser Haltung entstehen im besten Fall Innovationen, vor allem jedoch bringt sie die Qualität der Patientenversorgung auf ein höheres Niveau. Grundsätzlich wurde in der Geschäftsleitung entschieden, dass Qualitätsentwicklung von zentraler Bedeutung ist. Um gezielt abwägen, identifizieren, Massnahmen ableiten, Tendenzen und Strömungen aufnehmen zu können, ist dem Faktor Zeit in angemessenem Rahmen Rechnung zu tragen.

#### Schwerpunkte 2021:

- Weiterentwicklung der prozessorientierten Organisation mit dem Ziel der Implementierung eines zertifizierbaren, prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems.
- Auseinandersetzung und Festlegung Positionierung der Geschäftsleitung zum Qualitätsmanagement, Ableiten der wichtigsten strategischen Pfeiler einer Qualitäts-Policy sowie die Operationalisierung des Qualitätsmanagements mit Fokus auf das klinische Qualitätsmanagements.
- Erarbeitung Umsetzungskonzept Qualitätsmanagement, Workshops zur Implementierung und "Go Live".
- Erarbeitung Qualitätsziele
- Relaunch Projekt Datenmanagementsystem (DMS), Einbettung der aus der Corona-Pandemie abgeleiteten Hotspots der Prozessoptimierungen und Einführung des Gesamtsystems
- Relaunch CIRS und Beschwerdemanagementsystem
- Prüfung Machbarkeit "Erstzertifizierung Brustzentrum" nach Q-Label der Krebsliga mit gewähltem Kooperationspartner Stadtspital Waid-Triemli/ ZH
- Aufbau Beckenbodenzentrum, Frauenklinik
- Das Vorprojekt Neubau "FUTURA" wurde erfolgreich abgeschlossen. Der Fokus im Jahr 2021 liegt auf der Bearbeitung der Phase "Bauprojekt" und wird mit hoher Intesität weiterverfolgt.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

#### 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 Befragungen durchgeführt:
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ rotthaus.com</li></ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Qualitätssicherungsstudie Herniamed</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### Optimierung und Ausbau KISIM

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung und Optimierung des Patientendokumentationssystem
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Unternehmen
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	fortlaufend

##### Akutgeriatrisches Kompetenzzentrum

<b>Ziel</b>	Frührehabilitation betagter Patienten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Klinik Medizin
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2. Quartal 2019 bis 30.06.2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärztliche Mitarbeiter, Pflegefachpersonen Klinik Medizin, Therapeutische Dienste
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	fortlaufend

## Vorbereitung Einführung Dokumenten-Management System (DMS)

<b>Ziel</b>	Zentrale, gesteuerte Verwaltung, Ablage, Freigabe- und Überprüfungsprozesse, gelenkter und umgelenkter Dokumente
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	3. Quartal 2020 - Ende 2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Einheitliches, eindeutig dokumentiertes und gesteuertes Datenmanagementsystem
<b>Methodik</b>	Projekt anhand Projektportfoliomanagement Spital Lachen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Organisations-und Qualitätsentwicklung, Projektmanagement, Prozessmanagement, IT und Schlüsselkaderpersonen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektumsetzung musste aufgrund der Corona-Pandemie auf Herbst 2021 verschoben werden.

## Kampagne Grippeimpfung für Mitarbeitende

<b>Ziel</b>	Patienten- und Mitarbeiterschutz zur Verhinderung/ Eindämmung nosokomialer Infektionen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganzes Spital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	4. Quartal; jährlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	siehe Ziel
<b>Methodik</b>	gesteuerte Kommunikation, Nutzung der nationalen zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und Informationsangebote; Publikation - Aufruf über das Intranet
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Mitarbeitenden
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Interne Auswertung Impfbeteiligung und Prüfen von ggf. notwendigen flankierenden zusätzlichen Massnahmen

### Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

#### Qualitätsmanagement allgemein

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Qualitätsoptimierung
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche mit Fokus Klinische Leistungsprozesse, inkl. Paramedizin
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Qualitätsmanagement lebt von der kontinuierlichen Verbesserungsprozess
<b>Methodik</b>	PDCA-Zyklus
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen der Kliniken und Paramedizin
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Der PDCA-Zyklus entspricht der Methodik der kontinuierlichen Verbesserungen

#### Erfassen von Patientenurteilen mit MECON und/oder ANQ-Fragebogen

<b>Ziel</b>	Hohe Patientenzufriedenheit / Erfassen d. Patientenurteile, Ableiten und Umsetzen von Massnahmen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Laufende Bearbeitung
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Hohe Patientenzufriedenheit / Erfassen d. Patientenurteile, Ableiten und Umsetzen von Massnahmen
<b>Methodik</b>	Messungen über Fragebogen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement, Pflegepersonal, Ärzteschaft
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Analyse der Resultate, Ableiten von Massnahmen mit den Verantwortlichen, Adaptation und Umsetzung im Betrieb



## Kontinuierliches Feedback-, resp. Beschwerdemanagement für Patientinnen und Patienten

<b>Ziel</b>	Hohe Patientenzufriedenheit / Ernst nehmen und Bearbeiten von Beschwerden, Ableiten von notwendigen Massnahmen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Laufende Bearbeitung
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Interne Erfassung von positiven Rückmeldungen und Beschwerden von Patienten in elektronischen Erfassungstool "Meldecenter"
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement und Kadermitarbeitende aller Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufende, kontinuierliche Überprüfungen mit jährlichem Abschluss-bericht über Resultate und eingeleitete Verbesserungsmassnahmen

## Infektionsprävention und Spitalhygiene

<b>Ziel</b>	Vermeiden von nosokomialen Infekten
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Laufende Bearbeitung
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Nosokomiale Infektionen nehmen sind Kostentreiber und Verursacher von grossem menschlichem Leiden, das mit gezieltem Einsatz der richtigen Massnahmen minimiert werden kann
<b>Methodik</b>	Umsetzung der Struktur - und Qualitätsvorgaben HAI des Bundes
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Fachexpertin für Spitalhygiene und Infektionsprävention; Hygienekommission
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	regelmäßige Erfassungen von Wundinfektionen nach Operationen aufgrund Vorgaben von Swiss-NOSO

## CIRS (Critical Incident Reporting System) systematisch im Gesamtprozess bearbeiten

<b>Ziel</b>	Verbesserungspotenziale ermitteln, durch Melden von kritischen Zwischenfällen, Vermeiden von Schadensfällen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Laufende Bearbeitung
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Am Behandlungsalltag orientierte Möglichkeiten Fehler strukturiert zu identifizieren und im Behandlungsteam wirkungsvolle Massnahmen abzuleiten
<b>Methodik</b>	Strukturierte Erfassung von kritischen Zwischenfällen im Meldecenter nach anerkannten Vorgaben
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	CIRS-Verantwortliche (ärztliche und pflegerische Vertretungen aller Bereiche)
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Regelmässige Überprüfungen, Fallbesprechungssitzungen, interne Audits um systematische Schwachstellen zu erkennen;Ableiten von Massnahmen. Weiterleitung von erkannten Vigilanz Meldungen (Hämovigilanz und Pharmakovigilanz, Materiovigilanz an die entsprechenden Gremien und damit Erfüllen der gesetzlichen Meldepflicht an Swissmedic.

## Sturzmeldungen (Sturzprävention)

<b>Ziel</b>	Stürze im Spital erfassen / Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten / Vermeidung schwerwiegender Sturzfolgen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Sturztendenzen/ Entwicklung erkennen und schwerwiegende Sturzfolgen reduzieren
<b>Methodik</b>	Erfassung von Sturzereignissen nach anerkannten Vorgaben
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Leiterin Pflegeentwicklung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	regelmässige Überprüfungen, Fallbesprechungen, Auswertungen und Ableiten von Massnahmen, jährlicher Sturzbericht

## Sichere Chirurgie

<b>Ziel</b>	Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	operative Chirurgie
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	seit 2012
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Eine dreiteilige Checkliste hilft, Fehler zu vermeiden oder rechtzeitig aufzufangen, um die Patientensicherheit zu erhöhen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegefachpersonen, ärztliches Personal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

## Kaderworkshops

<b>Ziel</b>	Schulung und Unterstützung der Führungspersonen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Kadermitarbeitende aller Bereiche und Kliniken
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	jährlich
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Mit der Positionierung der Geschäftsleitung "Qualität ist Chefsache", ist es von zentraler Bedeutung die Haltung aller Mitarbeitenden und im Besonderen der Kadermitarbeitenden zum Qualitätsmanagement kontinuierlich gemeinsam weiterzuentwickeln
<b>Methodik</b>	Kaderworkshops mit externem Lead, 2 x 2 Tage
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Kadermitarbeitende
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Ableitung von Massnahmen bei identifiziertem Handlungsbedarf Massnahmenpläne werden von den Vorgesetzten der Bereiche/ Kliniken zur Umsetzung erarbeitet und koordiniert. Entwicklung eines gemeinsamen Führungsverständnisses.

## Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Verbesserung des Behandlungs- und Betreuungsprozesses anhand Fallbesprechungen für eine hohe Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Klinik Chirurgie und Medizin
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	fortlaufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärztliche Mitarbeitenden der Klinik Chirurgie/ Medizin
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	fortlaufend

## Prozessmanagement

<b>Ziel</b>	flächendeckende Weiterentwicklung
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	ganzes Unternehmen
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Prozessorientierte Unternehmung
<b>Methodik</b>	Prozessmanagement mit Tool-Unterstützung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen

#### 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**

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. Mit der strukturierten und systematischen Bearbeitung von CIRS-Meldungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2018 ein CIRS eingeführt.

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

##### **Bemerkungen**

###### **Ziel CIRS:**

Verbesserungspotentiale durch Melden von Kritischen Ereignissen ermitteln, analysieren und durch eine systematische Bearbeitung Lösungen umsetzen und in der Unternehmung etablieren

--- Commitment der Unternehmung zur einer positiven "Fehlerkultur und damit möglichen Weiterentwicklung der Patientensicherheit"

--- Lernen aus "Beinahe-Fehlern"

###### **Was verstehen wir unter Fehlerkultur:**

"Häufig werden die Begriffe Fehlerkultur und Fehlermanagement synonym verwendet.

Richtigerweise muss jedoch eine Unterscheidung zwischen Fehlermanagement und Fehlerkultur vorgenommen werden: Während unter Fehlermanagement die gezielte Steuerung von Aktivitäten im Umgang mit Fehlern verstanden wird und damit Fehlermanagement das Einführen und Durchführen bestimmter Methoden benennt, bezeichnet der Begriff Fehlerkultur die Art und Weise, wie eine Organisation mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgeht.

Die Fehlerkultur ist folglich in der Nähe der Organisationskultur angesiedelt. Obschon sie wie diese zu den weichen Faktoren gezählt wird, hat sie maßgeblichen und direkten Einfluss auf harte Faktoren wie Qualitätsstandards, Innovationspotenzial, Produktivität sowie die Wettbewerbsfähigkeit einer Organisation. Denn die Art und Weise, wie Fehler betrachtet und bewertet werden und wie mit Fehlern im Alltag umgegangen wird, wirkt zentral auf die Leistungsfähigkeit des Unternehmens."



## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://sgar-ssar.ch/a-qua/">sgar-ssar.ch/a-qua/</a>	2002
<b>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	2002
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2002
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	2001
<b>CHPACE WEB</b> Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie <a href="http://www.pacemaker-stiftung.ch">www.pacemaker-stiftung.ch</a> <a href="http://www.rhythmologie-stiftung.ch">www.rhythmologie-stiftung.ch</a>	2005
<b>Infreporting</b> Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	seit Einführung des Registers
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch/">www.sgi-ssmi.ch/</a>	2008
<b>MIBB</b>	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 <a href="http://www.mibb.ch/">www.mibb.ch/</a>	
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	seit Einführung des Registers
<b>SafW DB</b> Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG <a href="http://www.safw.ch">www.safw.ch</a>	2011
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a>	2012
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch/">www.smob.ch/</a>	2008
<b>SRRQAP</b> Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik und Poliklinik für Nephrologie und Hypertonie, Inselspital Bern <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	2005
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	2009
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch/">www.swissvasc.ch/</a>	2006
<b>VisHSM</b> Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.net/vis/">www.adjumed.net/vis/</a>	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
<b>KR Zürich/Zug</b> Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	<a href="http://www.krebsregister.usz.ch">www.krebsregister.usz.ch</a>
<b>NICER</b>	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung

Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung		<a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>
---	--	--

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
IVR - Interverband Rettungswesen	Rettungsdienst	2007	2021	Re-Zertifizierungen alle drei Jahre, nächstmalig 2024
SGAR - Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation	Weiterbildungsstätte Anästhesie	2012	2019	Re-Zertifizierungen alle drei Jahre
SIGI - Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin	Intensivstation	2012	2019	Re-Zertifizierungen alle drei Jahre
SAfW - Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung	Wundbehandlungszentrum	2011	2019	
SAKR - swiss association of cardiovascular prevention and rehabilitation	amb. Kardiorehabilitation	2012	2012	
DHG-Siegel für Hernieneingriffe	Klinik Chirurgie	2017	2017	
Gesellschaft für Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR)	Notfall- und Rettungsmedizin	2019	2019	
H+ REKOLE	Finanzen	2011	2019	Re-Zertifizierungen alle vier Jahre, nächstmalig 2023
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte	Chirurgie	1997	2020	Assessment alle zwei Jahre
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte	Kardiologie in der Klinik Medizin	2020	2020	Assessment alle zwei Jahre
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte B-Klinik	Medizin	1995	2020	Assessment alle zwei Jahre
SSIPM - Schmerzambulanz	Swiss Pain Clinic B	2020	2023	Re-Zertifizierung alle

				3-5 Jahre
--	--	--	--	-----------

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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 2019 (CI* = 95%)
	2016	2017	2018	
<b>Spital Lachen AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.06	4.15	4.16	4.15 (4.03 - 4.27)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.54	4.57	4.72	4.56 (4.44 - 4.68)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.55	4.55	4.68	4.64 (4.52 - 4.75)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.60	4.44	4.54	4.49 (4.34 - 4.64)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.06	4.04	4.02	4.07 (3.92 - 4.21)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.80 %	87.80 %	92.70 %	92.90 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2019				310
Anzahl eingetreffener Fragebogen	136	Rücklauf in Prozent		44 %

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.

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

**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	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2019 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Spital Lachen AG**

Beschwerdemanagement

Claudia Wussow

Qualitätsmanagement

055 451 30 85

[claudia.wussow@spital-lachen.ch](mailto:claudia.wussow@spital-lachen.ch)

Montag - Freitag 8.00 - 17.00 Uhr



## 8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 rotthaus.com

Eine aktuelle Zuweiserbefragung wurde im Kontext des Projektauftrages "Umsetzung Konzept Zuweisermanagement" durchgeführt. Die Hauptziele die verfolgt wurden, waren Messung qualitatives Zuweisermanagement, quantitative Erfolgskontrolle und begleitend die Wahl eines entsprechenden CRM-Tool als Grundlage für die Weiterentwicklung der strukturierten, koordinierten und partnerschaftlichen Zusammenarbeit und als Basis für eine transparente qualitative wie quantitative Datenbewirtschaftung und Steuerung.

Ziele der Befragung mit dem ausgewähltem externen Partner:

**Generell: Zuweiserbeziehungen pflegen und ausbauen**

**Konkret:** Verbesserungspotentiale erkennen und priorisieren, Informationslücken bei den Zuweisern aufdecken, Zuweisungshemmnisse identifizieren, Patientensteuerung verbessern, Gesprächsansätze generieren, initialen Content für das Klinik-CRM generieren.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Juni 2020 bis August 2020 durchgeführt.

Die Befragung mittels Telefoninterview wurde mit 110 Zuweisern des Spital Lachen durchgeführt.

Das Ergebnis der Zuweiserbefragung wird von Zuweisern und Verantwortlichen der Spital Lachen AG als positiv und wertvoll eingeschätzt. Die hohe Beteiligung von 61,8% der befragten Zuweiser bestätigt der Spital Lachen AG das Interesse und die Verbundenheit der Zuweiser mit dem Spital und die Bereitschaft, das Erreichen guter Versorgungsqualität in gemeinsamer Netzwerkarbeit zu erzielen.

Die überwiegend positiven Detailergebnisse wurden in mit den Verantwortlichen der Spital Lachen AG analysiert und bewertet. Potentiale und zentrale Handlungsfelder wurden abgeleitet. Generiert wurden 21 konkrete Prüfaufträge, welche die Bereiche Organisation, Administration, Digitalisierung/ IT, Kommunikation, und Prozessmanagement umspannen.

Die konkreten Bearbeitungsschritte und ein Roadmap für das Jahr 2021 sind festgelegt, eine Fortschrittsüberprüfung erfolgt zuhänden der Geschäftsleitung anhand der klassischen Projektstatusberichte.

Als zusätzlich wertvoll wird beurteilt, dass auch das Ziel Beschaffung und Implementierung CRM-Tool erfolgreich abgeschlossen werden konnte und damit die Basis für ein effizientes und effektives Customer-Relationship-Management gelegt werden konnte.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Rotthaus
Methode / Instrument	Rotthaus

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017	2018
<b>Spital Lachen AG</b>				
Verhältnis der Raten*	1.12	1.17	1.1	1.21
Anzahl auswertbare Austritte 2018:				4891

\* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

**Chancen**

Wiedereintritte in ein Spital/eine Klinik, die potentiell vermeidbar gewesen wären, sind nicht nur für Patientinnen und Patienten belastend, sie verursachen auch unnötige Kosten. Die Rehospitalisationsrate ist deshalb ein bedeutendes Qualitätsmerkmal. Auch für das Austrittsmanagement: Hier setzen die Rehospitalisationsraten einen wichtigen Standard und ermöglichen die Beurteilung, wie umfassend und proaktiv ein Spitalaustritt — insbesondere auch im Hinblick auf eine bestmögliche Nachversorgung — vorbereitet wurde und wo Verbesserungspotenzial vorhanden ist.

**Grenzen**

Zu einer unvorhergesehenen Rehospitalisation können verschiedene Gründe führen- einige davon können von den Spitälern direkt oder indirekt beeinflusst werden. Andere liegen nicht im Einflussbereich der Spitäler, wie z.B. Regionalisierungen um die wichtige wohnortnahe Behandlung und Betreuung des Patienten zu realisieren sowie Verlegungen in Kooperationsspitäler zu diagnostischen und therapeutischen Massnahmen ausserhalb des Leistungsauftrages.

Welche Wiedereintritte vermeidbar sind und welche nicht, lässt sich nicht immer eindeutig abgrenzen, verwertbare Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität können nicht gezogen werden. Das Prinzip von SQLape verfolgt eine Systemsicht und bezieht dabei die gesamte Behandlungskette ein. Ein isolierter Spital- oder Klinikvergleich der beobachteten Raten ist nicht möglich, weil sich die Institutionen im Risikoprofil ihrer Patientinnen und Patienten unterscheiden.

Die Corona-Pandemie verunmöglichte die sorgfältige Bearbeitung und Analyse der Ergebnisse, diese Thematik wurde bewusst auf das Jahr 2021 verschoben.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den 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 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 Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Magenbypassoperationen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:

(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2020 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2020 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2020 (CI*)
			2017	2018	2019	
<b>Spital Lachen AG</b>						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	7	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	23	2	26.90%	12.50%	16.70%	10.00% (0.00% - 22.70%)
Kaiserschnitt (Sectio)	115	3	3.60%	1.40%	5.50%	2.50% (0.00% - 5.40%)
Magenbypassoperationen	110	2	4.40%	2.00%	5.40%	1.70% (0.00% - 4.20%)

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

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

#### 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.

Eine interne Monitorisierung und Besprechung der Wundinfektdaten im Spital Lachen wird laufend durchgeführt. Aufgrund der im Jahr 2020 durchgeführten externen Auditierung der Datenqualität durch Swissnoso konnten Verbesserungspotentiale identifiziert und Massnahmen abgeleitet werden.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

Swissnoso

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

**Wichtiger Hinweis \*\*\*:** Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

	2017	2018	2019	2020 ***
<b>Spital Lachen AG</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	1	0	–
In Prozent	4.70%	2.30%	0.00%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.02 (-0.38 - 0.42)	0 (-0.43 - 0.43)	0.02 (-0.55 - 0.51)	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

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

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

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

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



### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Messung spiegelt einen wichtigen Teilaspekt der Pflegequalität. Die Qualitätsbemühungen der Akutspitäler werden aufgezeigt und gewürdigt.

Bei einer Prävalenzmessung werden Daten an einem Stichtag erhoben. Vorteil im Gegensatz zur Inzidenzmessung (Datenerhebung über längere Zeit) ist, dass die Stichprobenerfassung weniger aufwendig und kostengünstiger ist. Nachteilig ist, dass die Ergebnisse zufälligen Schwankungen am Messtag unterliegen, insbesondere jene von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen. Damit ist deren Aussagekraft limitiert; es sind mehrere Messungen notwendig, um gesicherte Aussagen machen zu können

Das Spital Lachen führt zusätzlich eine eigene, kontinuierliche, interne Erfassung durch. Die erfassten Daten werden intern besprochen und analysiert sowie Optimierungen der Präventionsmassnahmen zur Sturzvermeidung abgeleitet und umgesetzt.

Aufgrund der Corona Pandemie wurde im Jahr 2020 auf Entscheid des ANQ keine nationale Prävalenzmessung Sturz durchgeführt.

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 13 Wundliegen

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

**Wichtiger Hinweis \*\*\*:** Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

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

#### Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2020 ***	In Prozent ***
		2017	2018	2019		
<b>Spital Lachen AG</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	3	0	1	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.15 (-1.18 - 0.88)	-0.01 (-0.31 - 0.29)	-0.13 (-0.64 - 0.91)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

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

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

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

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Aufgrund der Corona Pandemie wurde im Jahr 2020 auf Entscheid des ANQ keine nationale Prävalenzmessung Dekubitus durchgeführt.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Qualitätssicherungsstudie Herniamed

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

Die Teilnehmer 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 2020 durchgeführt.  
Klinik Chirurgie

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr

Die für das Jahr 2020 geplanten Qualitätsprojekte wurden aufgrund der Coronapandemie für die Weiterbearbeitung im Jahr 2021 zurückgestellt.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

#### 18.2.1 Unbefristeter Leistungsauftrag GER

Bis 30.06.2021 besteht ein befristeter Leistungsauftrag GER (Akutgeriatrisches Kompetenzzentrum). Die Angebotserweiterung für ältere Patienten, um nach Entlassung aus dem Spital in das gewohnte Alltagsumfeld zurückkehren zu können ist bisher sehr erfolgreich. Das Projekt hatte die Überführung in einen unbefristeten Leistungsauftrag GER zum Ziel.

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 Swiss Plain Clinic B

Viele Menschen leiden an Schmerzen. In über 70 Prozent der Fälle sind Schmerzen dabei sogar die Ursache für eine Arztkonsultation. Und: Zirka 16 Prozent der Schweizer Bevölkerung haben chronische Schmerzen, wobei Rücken- und Kopfschmerzen am häufigsten sind. Schmerzen sind zudem ein häufiger Grund für die Verminderung von Alltagsaktivitäten, Abwesenheit in Schule und am Arbeitsplatz, und sie führen zu einer Einschränkung der Lebensqualität.

Die Ursachen sind vielfältig, aber sie sind nicht immer offensichtlich. Medikamente sind nicht immer hilfreich. Insbesondere bei chronischen Schmerzen ist eine individualisierte, zielgerichtete Behandlung notwendig. Die moderne Schmerztherapie möchte diesem Aspekt gerecht werden und verfolgt aus diesem Grunde einen ursachenspezifischen und multimodalen Therapieansatz unter Einbezug verschiedener Fachdisziplinen.

In den letzten 2 ½ Jahren wurde die Schmerzambulanz am Spital Lachen, in ihrer heutigen Form, etabliert und stetig ausgebaut. Neben der schmerztherapeutischer Beratung und diversen Interventionen wird neu seit Januar 2020 auch Akupunktur angeboten. Um der weiter wachsenden Nachfrage bei gleichzeitigem Mangel an fachspezifisch ausgebildeten Schmerztherapeuten nachzukommen, wurde eine Ausbildungsstelle als Pain Fellow (Rotationsassistent für Schmerztherapie) beantragt und rückwirkend per 01/2020 von der Schweizer Gesellschaft für interventionelle Schmerztherapie (SSIPM) bewilligt.

Gleichzeitig wurde die Schmerzambulanz des Spitals Lachen als SSIPM Pain Clinic B zertifiziert, was sie zur Ausbildungsstätte in der Schmerztherapie macht und umfassende Qualitätsstandards garantiert. Dies ist gerade aus Sicht der betroffenen Patienten ein wichtiges Qualitätssiegel für eine wissenschaftlich fundierte Schmerztherapie.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Mit unserem Qualitätsbericht 2020 vermitteln wir Ihnen einen guten Einblick in die Qualitätsarbeit der Spital Lachen AG. Dahinter stehen Menschen, die sich täglich für eine hohe Patienten- und Kundenzufriedenheit engagieren und ihr Bestes geben.

Qualitätsmanagement bedeutet, sich kontinuierlich weiter zu entwickeln. Wir beschäftigen uns weiterhin intensiv mit der Erarbeitung und Implementierung von Prozessen. Im Jahr 2020 wurden trotz der Corona-Pandemie weitere Prozesse im Bereich der Leistungserbringung - der medizinischen und operativen Kliniken und des Managements überarbeitet und weiterentwickelt. Im Bereich der medizinischen Supportprozesse, einschliesslich Labor, Radiologie, Physiotherapie sowie der Paramedizin wird die Aufbauarbeit und Integration von Prozessen in den kommenden Jahren ein ständiges, dynamisches und damit ein zentrales Element sein. Die Erarbeitung von Prozessen, die Intergration von Behandlungsrichtlinien, Guidelines und Behandlungspfaden des Patienten in die bestehenden Prozesse, stehen im Fokus unserer Bestrebungen die Patientensicherheit weiter zu stärken.

Die stetige Optimierung und Anpassung des Qualitäts- und Prozessmanagements erlaubt es, die wachsenden Anforderungen in die bestehenden Abläufe zu integrieren und unseren Patienten qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische wohnortnahe Behandlungen zu bieten.

Qualitätsentwicklung heisst für uns, sich den zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu stellen, aktiv Einfluss zu nehmen und damit den Anliegen, Bedürfnissen und Erwartungen unserer Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Wir sind überzeugt, dass wir mit unseren im Bericht erwähnten Projekten auf einem zukunftsgerichteten Weg sind und diese Entwicklung positiv beeinflussen können.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)

Interventionen und Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
Mediastinaleingriffe
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Gynäkologische Tumore
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und $\geq$ 1000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)



## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW): [www.samw.ch](http://www.samw.ch).