

**Kantonsspital Glarus**

# **Qualitätsbericht 2021**



## 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 2021.

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 2021

Frau  
Priscilla Lüthi  
Qualitätsbeauftragte  
055 646 31 75  
[priscilla.luethi@ksgl.ch](mailto:priscilla.luethi@ksgl.ch)

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

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitätsberichts-vorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualitatsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbände der Krankenversicherer santsuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualitatsvertrag, welcher dem Konzept die nötige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifische Ergebnisse. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erlauerungen 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 transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	15
4.5 Registerübersicht .....	16
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	18
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>19</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	20
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	22
5.3 Eigene Befragung .....	24
5.3.1 Patientenzufriedenheit gemäss eigenem Konzept .....	24
5.4 Beschwerdemanagement .....	24
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>25</b>
7.1 Eigene Befragung .....	25
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsmessung MECON .....	25
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>27</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>27</b>
9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	27
<b>10 Operationen</b> .....	<b>28</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	28
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>29</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	29
<b>12 Stürze</b> .....	<b>32</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	32
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>33</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	33
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>35</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	35
<b>16 Zielerreichung und Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

17	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b> Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>37</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	37
18.1.1	Aktuelle Projekte .....	37
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021 .....	37
18.2.1	Abgeschlossenes Projekt.....	37
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	37
18.3.1	SanaCERT .....	37
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>38</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>39</b>
Akutsomatik .....		39
<b>Anhang 2</b> .....		<b>41</b>
<b>Herausgeber</b> .....		<b>42</b>

## 1 Einleitung

Wir freuen uns, Ihnen Informationen über das Kantonsspital Glarus (KSGL) und über unsere Aktivitäten zu Gunsten der Qualität unserer Dienstleistungen und der Patientensicherheit zu vermitteln.

Das KSGL stellt seit über 130 Jahren die Spitalversorgung für die rund 40'000 Einwohner des Kantons Glarus sicher. Dabei erbrachte es im 2021 knapp 4'576 stationäre und 37'719 ambulante Fälle. Wie Anhang 1 in diesem Qualitätsbericht zeigt, ist das Leistungsspektrum für ein Grundversorgungsspital äusserst breit. Deshalb verwundert es auch nicht, dass der Schweregrad im Jahr 2021 höher liegt, als zu Vergleichspitäler.

Das KSGL ist mit seinen rund 650 Mitarbeitenden der grösste private Arbeitgeber im Kanton Glarus. Über 130 Personen haben eine Aus-, Weiterbildungs- oder Praktikumsstelle besetzt.

Qualitative Aspekte werden immer zentraler. Jede Person, welche in irgendeiner Form mit dem KSGL in Verbindung kommt, möchte eine möglichst hohe Qualität erleben bzw. erfahren. Es ist uns daher ein grosses Anliegen, diesem Wunsch zu entsprechen. Die Geschäftsleitung des KSGL unterstützt daher den bestehenden Qualitätsgedanken und befürwortet sämtliche Massnahmen, die zur Qualitätssicherung und Steigerung beitragen.

Erfahren Sie in diesem Bericht im Detail, wie wir Qualität verstehen, wie wir sie messen, welche Ergebnisse wir erreichen und welche Ziele wir anstreben. Ihr Interesse an unserer Qualität und an unserem Spital freut uns sehr.

Für Fragen zum vorliegenden Qualitätsbericht steht Ihnen Frau Priscilla Lüthi, Qualitätsbeauftragte, [priscilla.luethi@ksgl.ch](mailto:priscilla.luethi@ksgl.ch), gerne zur Verfügung. Den Qualitätsbericht und auch den Jahresbericht finden Sie auf unserer Website: [www.ksgl.ch](http://www.ksgl.ch). Schliesslich finden Sie auch via [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) nützliche Informationen zur Qualität am KSGL. Qualitätstransparenz ist unser Ziel.

Glarus, 1. Mai 2022

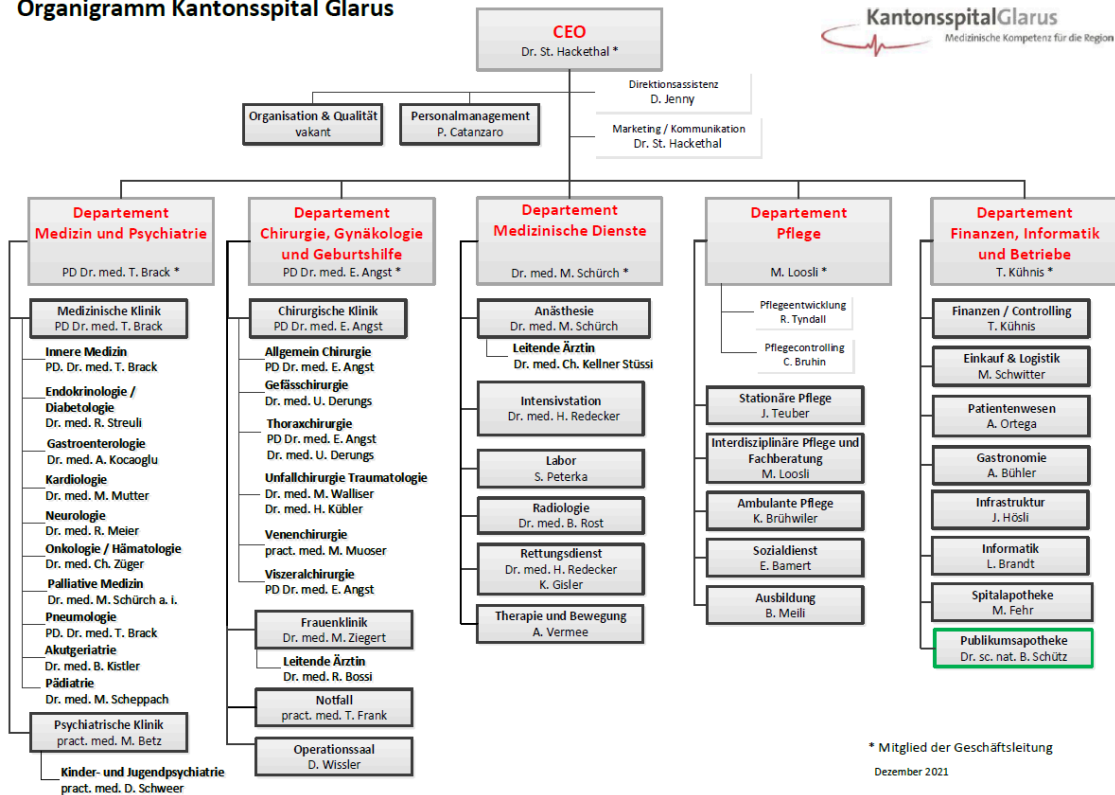
Dr. Stephanie Hackethal, CEO

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Organigramm Kantonsspital Glarus



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Priscilla Lüthi  
Qualitätsbeauftragte  
055 646 31 75  
[priscilla.luethi@ksgl.ch](mailto:priscilla.luethi@ksgl.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Die gesellschaftliche Diskussion um die Qualität von medizinischen Leistungen hat in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen:

- Anspruch an die Transparenz der medizinischen Qualität
- Qualitätskriterien als Vorgaben für Leistungserbringung
- Qualität wird hinterfragt

Die Qualitätsstrategie wird am KSGL von der Vision bis hin zu den Jahreszielen konsequent abgebildet:

#### *Auf Ebene Leitbild – Mission*

«Das KSGL steht für eine gute Qualität. Es ist medizinisch kompetent, sei dies als diagnostizierender, behandelnder oder triagierender Leistungserbringer».

#### *Auf Ebene Leitbild - Werte*

«Wir setzen unsere Ressourcen für eine hohe Qualität ein».

#### *Auf Ebene Strategie*

Auf der Strategielandkarte ist die 'patientenbezogene Qualität' als eines von 12 strategischen Zielen abgebildet. Dieses strategische Ziel ist wie folgt umschrieben:

*«Die Behandlungs- und Pflegequalität im KSGL richtet sich nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie nach anerkannten nationalen Standards. Zur Überwachung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nehmen wir an nationalen Messprogrammen teil und führen ein CIRS».*

#### *Auf Ebene Jahresziele (Umsetzung)*

Im 2018 wurde das Konzept 'patientenbezogene Qualität' entwickelt und verabschiedet. Die Umsetzung läuft. Unter patientenbezogene Qualität sind Leistungen, Prozesse und Tätigkeiten entlang des Patientenbehandlungspfades subsumiert. Themen der patientenbezogenen Qualität sind:

- Erfassen und Lernen aus kritischen Ereignisse
- Erfassen und Lernen aus Komplikationen
- Medikamentensicherheit befasst sich mit der ganzem Behandlungsprozess
- Schmerzbehandlung
- Patienten aufklären und informieren
- Einhalten von Hygiene- / Sauberkeitsstandards
- Infektionserfassung und ableiten der Massnahmen zur Prävention
- Einhaltung der Lebensmittelqualität
- Aufzeigen und Einhaltung von Organisation / Struktur an externe Zertifizierungsorganisationen
- Erfassen und Lernen aus den verschiedenen Patientenbefragungen und Rückmeldungen

Das Konzept zeigt auf,

- wie das patientenbezogene Qualitätsmanagement am KSGL organisiert ist (Q-Organisation): Organigramm, Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten
- wie das Qualitätscontrolling ausgestaltet ist: Planung, Zielsetzung und -überprüfung, Koordination und Lenkung
- wie sich das Qualitätsmanagement ins Führungssystem KSGL integriert
- was unter dem PDCA-Kreislauf zu verstehen ist
- wie über das Qualitätsmanagement auf welcher Stufe kommuniziert wird (Q-Reporting)



Für das Jahr 2021 hat die Geschäftsleitung insgesamt rund 40 Qualitätsindikatoren definiert, die es zu bearbeiten gilt. Für jeden Qualitätsindikator werden Messungen durchgeführt. Die meisten Messungen führen zu einem PDCA-Kreislauf, sofern der Messwert von einer definierten Soll-Grösse abweicht. Leider müssen wir aus regulatorischen Gründen auch Messungen durchführen, die für einen Verbesserungsprozess nicht geeignet sind. Wir entscheiden in solchen begründeten Fällen, dass wir auf einen PDCA-Kreislauf verzichten.

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

### **3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021**

Wie bereits im Jahr 2020 war auch das Jahr 2021 geprägt von der Bewältigung und Umsetzung der Covid-Situation.

- Die Re-Zertifizierung durch sanaCERT Suisse konnte im Juni 2021 durchgeführt werden.
- Patientensicherheit: Verschiedene Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit sind umgesetzt. Beispiele: In der Chirurgie sind regelmässig Mortality and Morbidity- Konferenzen durchgeführt worden. Zudem führen wir regelmässig den "Raum des Horrors".
- Die Intensivstation wurde durch die SGI erfolgreich Re-Zertifiziert

### **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021**

- Die Re-Zertifizierung von sanaCERT Suisse, ohne Auflagen, erfolgreich bestanden
- Alle vorgegebenen ANQ- Messungen wurden durchgeführt.
- Der Umbau läuft AEMP stetig voran.
- Bei der internen Messung der Patientenzufriedenheit wurde die Zufriedenheit der Patienten zu 94% erreicht.

### **3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

Die Qualitätsentwicklung am KSGl wird derzeit etwas gehemmt durch die Ungewissheit der Auswirkungen des revidierten Gesetzes zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung, das am 1. April 2021 in Kraft getreten ist. Der Bundesrat hat im Laufe des zweiten Halbjahrs 2021 die Ziele für kommenden vier Jahre definiert. Diese fremdbestimmten Ziele werden die Qualitätsarbeit am KSGl massgebend beeinflussen.

Für die Entwicklung in den kommenden Jahren stützen wir uns auf die Qualitätsziele vom Bundesrat. Wir werden diese fortwährend in unsere Prozesse einbinden und weiterentwickeln.

## 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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> <li>▪ Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape</li> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> <li>▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)</li> </ul>
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erwachsenenpsychiatrie               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Symptombelastung (Fremdbewertung)</li> <li>– Symptombelastung (Selbstbewertung)</li> <li>– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie</li> </ul> </li> </ul>

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientenzufriedenheit gemäss eigenem Konzept</li></ul>
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mitarbeiterzufriedenheitsmessung MECON</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Sichere Medikation

<b>Ziel</b>	Die Medikationssicherheit ist erhöht.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

##### Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

<b>Ziel</b>	Abklärung, Behandlung und Betreuung im Notfall gehört zu den Kernprozessen des KSG. Der Standard ist darauf ausgelegt, dass diese Kernprozesse am KSG beschrieben und verbindlich festgelegt sind.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Notfallstation
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

##### Schmerz

<b>Ziel</b>	Es ist das Ziel, eine optimale Schmerzbehandlung für den Patienten zu erreichen.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

##### Stationäre Palliative Care

<b>Ziel</b>	Stationäre Palliative Care Einheit mit optimalem Behandlungspfad.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	alle stationären Abteilungen
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

##### CIRS

<b>Ziel</b>	Prozesse sind umgesetzt und das CIRS wird aktiv gepflegt.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

## Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten

<b>Ziel</b>	Akut verwirrte Patienten sind eine grosse Herausforderung für die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und für das Unternehmen. Selbst-, Fremdgefährdung und massive Störungen des gemeinschaftlichen Lebens sind Folgen und müssen verhindert werden.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

## Infektprävention und Spitalhygiene

<b>Ziel</b>	Evaluation und Weiterentwicklung im Bereich Spitalhygiene
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT; Start 1.1.2022

## Mitarbeiterbefragung

<b>Ziel</b>	Umsetzung der Massnahmen aus der Befragung vom 2021. Nächste Befragung ist im 2024 mit der Evaluation der Massnahmen vom 2021.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	laufend

## Stationäre Patientenumfrage

<b>Ziel</b>	Die Patientenzufriedenheit über das ganze Jahr zu erfassen (eigene interne Messung inkl. ANQ-Befragung und regelmässige Mecon Befragung)
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	laufend

## H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit

<b>Ziel</b>	Erhöhung der Arbeitssicherheit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2008

## H+ Controlling zum Absenzenmanagement bei Krankheit oder Unfall

<b>Ziel</b>	Eruieren von betriebsinternen Gründen bei längerer Abwesenheit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2008

## Kampagnen H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

<b>Ziel</b>	Schulung und Umsetzung der geltenden gesetzlichen Grundlagen für alle Vorgesetzten und deren Mitarbeiter.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2008

## ANQ Messempfehlungen

<b>Ziel</b>	Durchführung von ANQ Messempfehlungen mit Ableitung von Massnahmen, wo es sinnvoll ist.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend

## E Learning

<b>Ziel</b>	Wissensinhalte auf effiziente Weise zu vermitteln.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizinisches Personal, Patientenwesen. Ausweitung auf das ganze Spital ist geplant.
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2020

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

## Patienteninformation

<b>Ziel</b>	Die Patienteninformation ist so organisiert, dass sie den künftigen betriebswirtschaftlichen und qualitätsbezogenen Ansprüchen gerecht wird. Der Patient fühlt sich während seinem Aufenthalt sicher und ernstgenommen in seinen Belangen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	März 2010 bis Dezember 2021
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Trotz Beendigung des Standards werden die getroffenen Massnahmen weitergeführt.

#### 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 2003 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

## 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>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, Bariatrie, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2009
<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>	1999
<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>	2009
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	2012
<b>SIOLD</b> SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois <a href="http://www.siold.ch/">www.siold.ch/</a>	2010
<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>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>VisHSM</b> Register für Hochspezialisierte	Chirurgie	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.net/vis/">www.adjumed.net/vis/</a>	2015



Viszeralchirurgie			
-------------------	--	--	--

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 GG</b> Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	<a href="http://www.ksg.ch/krebsregister.aspx">www.ksg.ch/krebsregister.aspx</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
QualiCERT	SanaTrain Physiotherapie	2003	2017	Im 2020 wurde eine Konformitätsüberprüfung vorgenommen. Anfangs 2021 wurde auf ein neues Zertifikatsverfahren gewechselt.
SanaCERT	Gesamtes Spital	2003	2021	
SGI	Intensivstation	2013	2021	
IVR	Rettungsdienst	2015	2020	
SAKR	Ambulante Herzreha	2014	2014	Die Dokumentation für den Nachweis der Mindestanforderung wird jährlich eingereicht.
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Chirurgie	<1996	2020	Die Weiterbildungsstätte im Fachgebiet Chirurgie wurde erneut in die Kategorie B3 eingeteilt.
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Traumatologie	2002	2022	
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Kardiologie	2010	2022	
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Medizin	2011	2022	
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Intensivmedizin	2015	2021	
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Notfallstation	2015	2022	
Fitnessguide Medical Plus	SanaTrain Physiotherapie	2021	2021	
Rekole	Controlling	2014	2018	

# **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.

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 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.17	4.26	4.03	4.27 (4.14 - 4.40)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.56	4.61	4.65	4.56 (4.43 - 4.70)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.59	4.55	4.59	4.58 (4.46 - 4.70)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.59	4.55	4.53	4.60 (4.43 - 4.76)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.02	4.04	3.86	4.10 (3.94 - 4.26)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.18 %	87.40 %	81.70 %	90.90 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2021				314
Anzahl eingetreffener Fragebogen	122	Rücklauf in Prozent		38.9 %

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 hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Patientenbefragung (ANQ) stattgefunden.

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im Juni 2021 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 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der 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 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2018	2019	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	4.06	3.61	4.14 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.61	4.44	5.00 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.29	4.14	4.26 (0.00 - 0.00)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	3.39	3.54	4.10 (0.00 - 0.00)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	3.92	3.84	4.56 (0.00 - 0.00)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.23	3.91	4.41 (0.00 - 0.00)
Anzahl angeschriebene Patienten 2021			17
Anzahl eingetreffener Fragebogen	10	Rücklauf in Prozent	58.8 %

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.

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre 2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet.

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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

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 der Erwachsenenpsychiatrie ( $\geq 16$ Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2021 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

### Bemerkungen

Aufgrund der geringen Anzahl der berücksichtigten Antworten sind diese Ergebnisse nur bedingt zuverlässig und daher mit Vorsicht zu interpretieren.

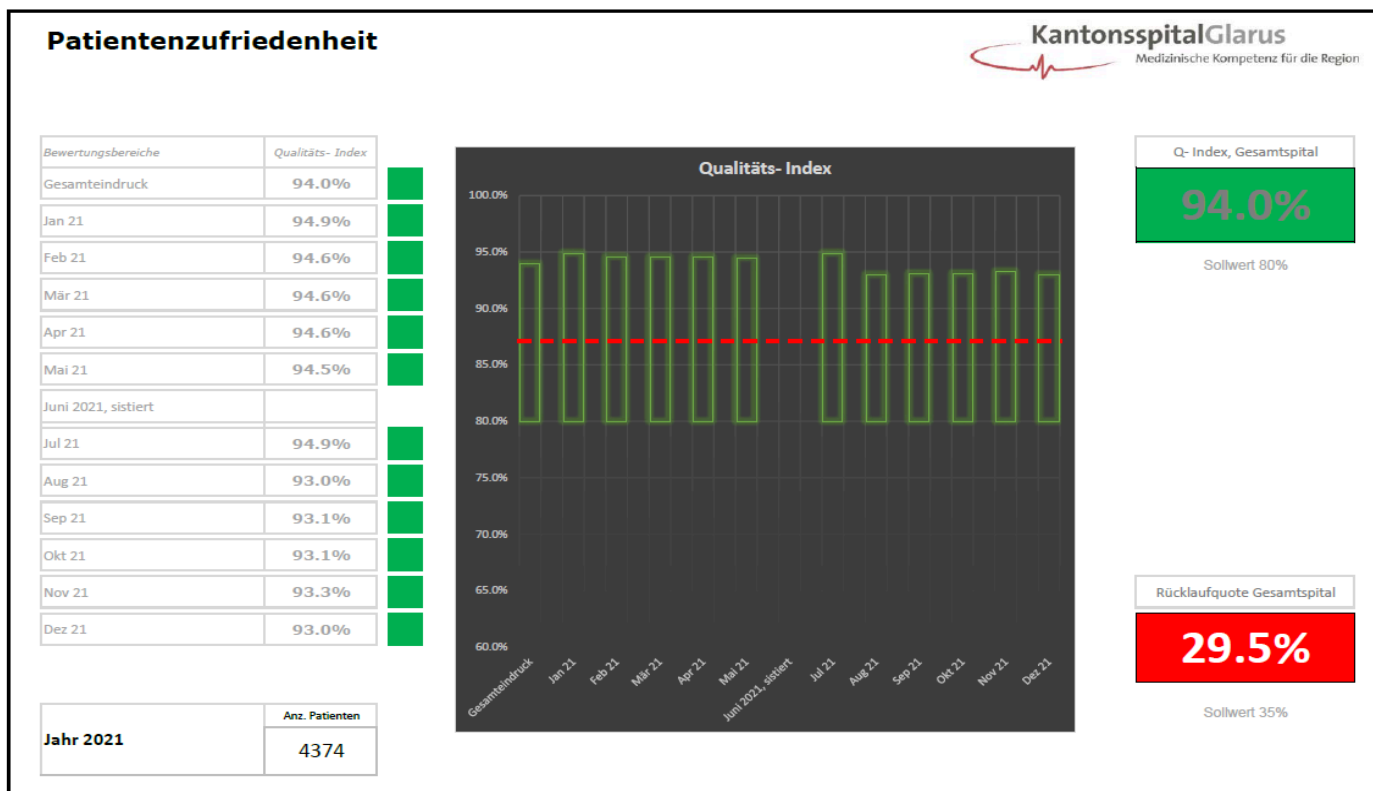
## 5.3 Eigene Befragung

### 5.3.1 Patientenzufriedenheit gemäss eigenem Konzept

Ziel ist es, die Zufriedenheit der stationären Patienten abteilungs- und berufsbezogen monatlich zu ermitteln. Die Fragen orientieren sich an der Patientenbefragung ANQ.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.  
Ganzes Spital. Sämtliche stationären Akutpatienten werden befragt.

Die Ergebnisse werden monatlich auf dem Intranet veröffentlicht. Sie werden nur für die interne Steuerung verwendet.



#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

## 5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### Kantonsspital Glarus AG

Lüthi Priscilla

Qualitätsbeauftragte

055 646 31 75

[priscilla.luethi@ksgl.ch](mailto:priscilla.luethi@ksgl.ch)

Dienstag und Donnerstag



## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsmessung MECON

Das Ziel der Befragung war es zu eruieren, wie zufrieden die Mitarbeitenden mit Ihrer Arbeit sind. Die Antworten dienen dazu, ein Gesamtbild über die Situation an den Arbeitsplätzen im KSGL zu gewinnen.

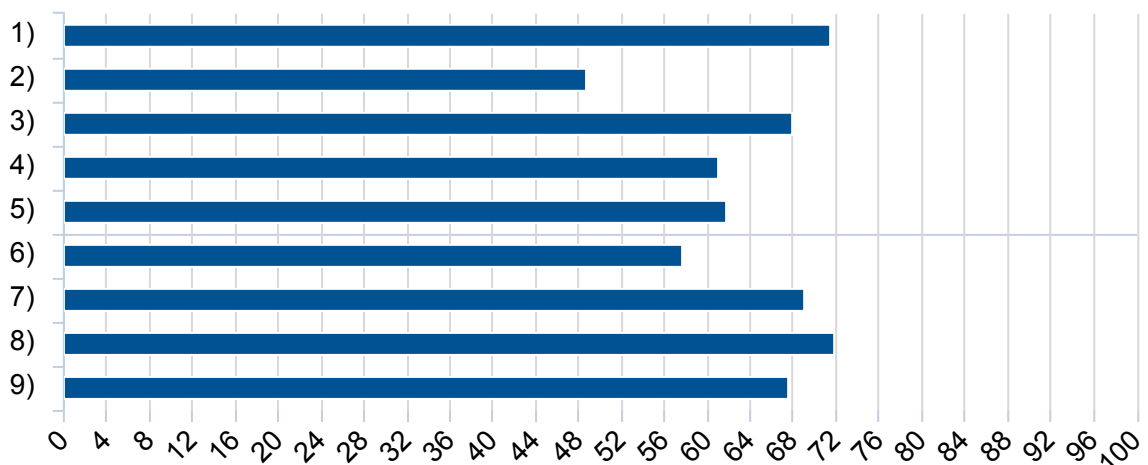
Daraus resultierend konnten spezifische Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom Juni 2021 bis Juli 2021 durchgeführt. Sämtliche Mitarbeitenden wurden befragt.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Fragen

- 1) Arbeitsinhalt
- 2) Lohn
- 3) Weitere Leistungen des Arbeitgebers
- 4) Arbeitszeit
- 5) Aus-, Fort- und Weiterbildung
- 6) Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- 7) Team
- 8) Führung
- 9) Arbeitsplatz



0 = sehr schlecht / 100 = sehr gut

■ Kantonsspital Glarus AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Glarus AG	71.40	48.70	67.90	61.00	61.70

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Fragen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)		
Kantonsspital Glarus AG	57.70	69.00	71.80	67.60	384	58.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PZ Benchmark

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell 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)	2016	2017	2018	2019
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
Verhältnis der Raten*	1.16	0.79	0.9	0.98
Anzahl auswertbare Austritte 2019:				3351

\* 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 potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell 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/).

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.

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

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

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: Juli 2014 bis Juni 2018

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2014 - 2018	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>			
Primäre Hüfttotalprothesen	232	1.30%	1.40%
Primäre Knieprothesen	184	2.20%	2.20%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2021 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Juli 2014 bis Juni 2018. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Juni 2020.

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

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den 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)
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2020 – 30. September 2021

**Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. November 2020 bis 1. April 2021**

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. November 2020 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitalern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. April 2021 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2020/2021	2017/2018	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	9	0	0.00%	9.50%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	17	0	11.50%	12.90%	8.90%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	61	1	0.00%	0.40%	1.60%	0.60% (0.00% - 2.70%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2019/2020	2019/2020	2016/2017	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
Erstimplantationen von Kniegelenkprothesen	74	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

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.

Weitere Informationen:

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

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

#### Messergebnisse

	2018	2019	2020	2021 ***
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	3	–	–
In Prozent	1.90%	5.10%	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 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>Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>



## 13 Dekubitus

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

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

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

#### Messergebnisse

		Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2021 ***	In Prozent ***
				2018	2019	2020		
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>								
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	2	1	–	–	–	–	
	Residuum*, Kategorie 2-4	0		–	–	–	–	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	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.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> 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>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 15 Psychische Symptombelastung

### 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

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

#### Messergebnisse

HoNOS Adults	2017	2018	2019	2020
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	12.75	10.53	8.62	8.60
Standardabweichung (+/-)	6.63	4.57	4.61	3.49
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	5.16	3.27	0.9	2.63
Anzahl auswertbare Fälle 2020				67
Anteil in Prozent				50 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2017	2018	2019	2020
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	35.20	45.81	28.24	39.38
Standardabweichung (+/-)	42.68	32.88	36.18	31.62
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	6.05	17.34	-2.56	4.13
Anzahl auswertbare Fälle 2020				56
Anteil in Prozent				55 %

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

\* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach

Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken. Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Aktuelle Projekte

- Umbau OPS inkl. Sanierung AEMP
- KIS-Migration / KIS-Ablösung (KIS = Klinikinformationssystem)
- SanaCERT Standards gemäss Kapitel 4.4.
- Konzepterarbeitung einer ambulanten Patientenbefragung
- Organisationshandbuch Medizintechnik und Reinigung
- Aufbau von Prozess- und Projektmanagement

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

#### 18.2.1 Abgeschlossenes Projekt

- Qualitätsmanagement AEMP (Zentralsterilisation) aufgebaut. Das Profisorium steht.

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 SanaCERT

Die Re- Zertifizierung wurde im Juni 2021 durchgeführt.

Folgende Standards wurden überprüft:

- Qualitätsmanagement
- Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation
- Umgang mit verwirrten Patientinnen und Patienten
- Sichere Medikation
- Patienteninformation
- Umgang mit kritischen Ereignissen
- Schmerzbehandlung
- Palliative Betreuung

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Bedeutung der medizinischen Qualität wird weiter zunehmen. Das revidierte Gesetz zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung trat am 1. April 2021 in Kraft. Im Laufe des zweiten Halbjahrs 2021 wurden die Ziele für kommenden vier Jahre definiert. Die 15 Mitglieder der neuen Eidgenössischen Qualitätskommission sind ernannt. Sie werden den Bundesrat bei der Entwicklung der Versorgungsqualität beraten.

Die eidgenössische Qualitätskommission wird den Druck auf Qualitätsmanagementsysteme verstärken. Konsequenterweise wird auch der Aufwand für das Qualitätsmanagement weiter steigen: Qualität messen, Qualität verbessern und Qualitätsinformationen transparent zu den unterschiedlichen Empfängern transportieren ist komplex und aufwändig, aber unabdingbar für die Zukunft. Ohne strukturiertes Qualitätsmanagement kann kein Spital erfolgreich sein. Prozesse zu durchleuchten, zu messen und zu optimieren sind die Grundvoraussetzung für Qualität.

Ein unbestrittenes Patentrezept dazu gibt es nicht. Das KSGL ist zu klein, um solche Rezepte selbst zu erarbeiten. Es ist angewiesen auf etablierte Messungen (wie beispielsweise von ANQ) oder Qualitätsprogramme (wie beispielsweise von der Stiftung Patientensicherheit). Und trotzdem - die Umsetzung ist Aufgabe des KSGL.

Ein von mehreren Spitälern gemeinsam getragenes Qualitätsinstitut könnte ein professionelles Qualitätsmanagement aufbauen. Gemeinsame Instrumente und Methoden müssten in einem ersten Schritt entwickelt werden. Lösungen zur Qualitätsverbesserung könnten dann in einem zweiten Schritt ausgetauscht und wenn nötig den spitalspezifischen Eigenheiten angepasst werden. Zudem könnten Spezialisierungen beispielsweise für SanaCERT, für CIRS, für ANQ-Messungen und anderes ebenfalls aufgebaut werden.

Glarus, 1. Mai 2022

Dr. Stephanie Hackethal, CEO

## 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](#)

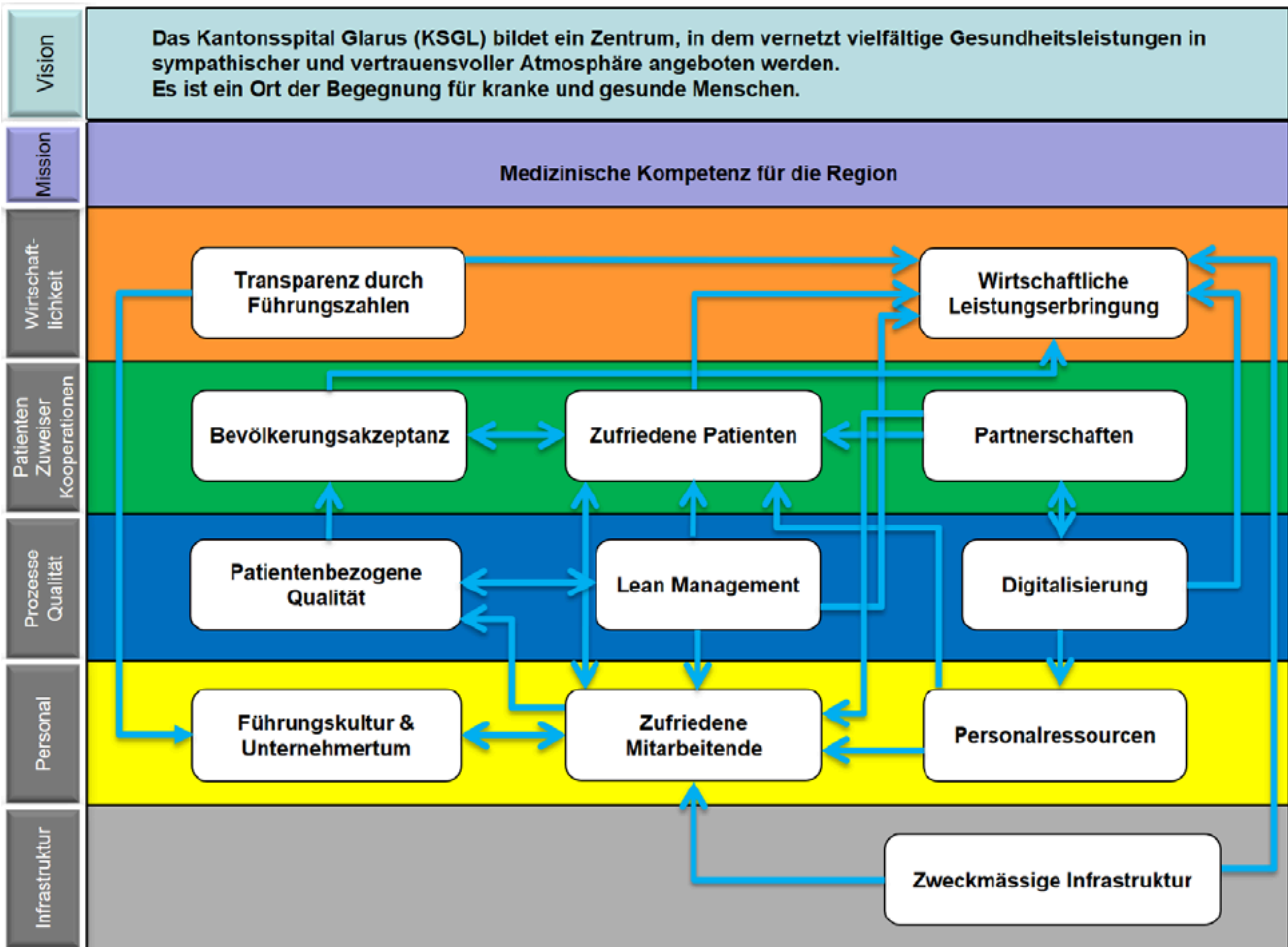
### Akutsomatik

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
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
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
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Polysomnographie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)



Strategielandkarte 2021



## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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