



**Kantonsspital Glarus**

# Qualitätsbericht 2024

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2024.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen sind im Inhaltsverzeichnis alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patient:innen hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2024

BSc  
Stefanie Schmidt  
Qualitätsbeauftragte  
0556463175  
[stefanie.schmidt@ksgl.ch](mailto:stefanie.schmidt@ksgl.ch)

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

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

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

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

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

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

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

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

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](https://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<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>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024 .....	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	11
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
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 .....	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	19
4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews .....	20
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) .....	21
4.5 Registerübersicht .....	22
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	24
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>26</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>27</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>27</b>
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie .....	27
5.2 Eigene Befragung .....	29
5.2.1 Patientenzufriedenheitsmessung gemäss eigenem Konzept .....	29
5.3 Beschwerdemanagement .....	33
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>34</b>
7.1 Eigene Befragung .....	34
7.1.1 TOP JOB-Mitarbeiterbefragung .....	34
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>35</b>
8.1 Eigene Befragung .....	35
8.1.1 Zuweiserbefragung Frauenklinik 2024 .....	35
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>36</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>36</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>36</b>
9.1 Eigene Messung .....	36
9.1.1 Rehospitalisationen .....	36
<b>10 Operationen</b> .....	<b>37</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	37
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>38</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	38
<b>12 Stürze</b> .....	<b>41</b>
12.1 Eigene Messung .....	41
12.1.1 Sturzmessung .....	41
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>42</b>
13.1 Eigene Messungen .....	42
13.1.1 Dekubitusmessung .....	42

<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>43</b>
14 <b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Symptombelastung psychischer Störungen</b> .....	<b>44</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	44
<b>Messungen in der Rehabilitation</b> .....	<b>0</b>
16 <b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>0</b>
17 <b>Weitere Qualitätsmessungen</b> Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
<b>18 Projekte im Detail</b> .....	<b>46</b>
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte .....	46
18.1.1 Weiterentwicklung des E-Learning-Angebots .....	46
18.1.2 Implementierung SanaCERT Standard 33 - Feedbackmanagement.....	47
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024 .....	48
18.2.1 Implementierung interne Audits .....	48
18.2.2 Implementierung des Dialogs zu interprofessionellen Prozessoptimierungen (DIP) .....	49
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	49
18.3.1 IVR-Rezertifizierung des Rettungsdienstes .....	49
<b>19 Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>50</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....	<b>51</b>
Akutsomatik .....	51
<b>Herausgeber</b> .....	<b>53</b>

# 1 Einleitung

Es ist uns eine grosse Freude, Ihnen Einblicke in unsere Aktivitäten zur Förderung der Qualität unserer Dienstleistungen und der Patientensicherheit zu geben.

Seit über 130 Jahren stellt das KSGL die Spitalversorgung für die rund 40'000 Einwohner des Kantons Glarus sicher. Im vergangenen Jahr konnten wir auf die Betreuung von 4'669 stationären und 36'782 ambulanten Fällen zurückblicken. Mit unseren rund 671 Mitarbeitenden (ohne Auszubildende) sind wir die grösste private Arbeitgeberin im Kanton Glarus.

Das Leistungsangebot umfasst eine breite Palette medizinischer Fachrichtungen, wie Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie, Radiologie, Notfallmedizin (24h), Onkologie, Psychiatrie und Physiotherapie.

Die Bedeutung qualitativer Aspekte in der Gesundheitsversorgung nimmt kontinuierlich zu. Jede Person, die mit dem KSGL in Berührung kommt, strebt nach einer bestmöglichen Qualitätserfahrung. Es ist uns daher ein zentrales Anliegen, diesem Wunsch gerecht zu werden. Die Geschäftsleitung des KSGL unterstützt aktiv den bestehenden Qualitätsgedanken und befürwortet sämtliche Massnahmen zur Qualitätssicherung und -steigerung. Dementsprechend wurden unterschiedliche Massnahmen und Optimierungen im Berichtsjahr umgesetzt, dies im Folgenden kurz zusammengefasst:

## Mitarbeitende & Feedback

- Die Prozesse rund um die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz wurden weiter ausgebaut und präzisiert, zudem wurden Gefährdungsermittlungen durchgeführt.
- Der Feedbackfragebogen erfuhr ebenfalls eine Optimierung und wurde um einen QR-Code ergänzt, dies um ein digitales Ausfüllen vom Feedbackfragebogen zu ermöglichen. Zugleich wird damit ein Anstieg der Rücklaufquote angestrebt.
- Eine Mitarbeitendenbefragung fand statt, deren Auswertung steht zum Zeitpunkt der Erstellung des Qualitätsberichts noch aus.

## Qualitäts- & Prozessmanagement

- Die ANQ-Messung in der Psychiatrie sowie eine ANQ Pilotmessung zur Patientenzufriedenheit machten Verbesserungspotenziale sichtbar. Dementsprechend wurden punktuell Massnahmen evaluiert und umgesetzt.
- Alle geplanten internen Audits wurden erfolgreich und planmässig gemäss dem neu entwickelten Konzept umgesetzt.
- Der Dialog zu interprofessionellen Prozessoptimierungen (DIP) nahm seinen Anfang, wobei bereits erste Prozessverbesserungen realisiert wurden.
- Start des Projekts "Stationsoptimierung", nachdem die Ein-Bettenhausstrategie, inklusive einer umfangreichen Prozessoptimierung, von der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat verabschiedet wurde.
- Im Meldecenter kamen erfolgreich die Module Feedback, Verlust & Schaden hinzu.

## Zertifizierungen

- Die Implementierung des SanaCERT Standard 33 – Feedbackmanagement hat begonnen, mit einer Zertifizierung im Jahr 2026 als Ziel.
- Der Rettungsdienst erhielt die IVR-Rezertifizierung, während das mikrobiologische Labor nach notwendigen Anpassungen die Swissmedic-Inspektion erfolgreich bestand.

Wir legen grossen Wert darauf, transparent über unsere Leistungen und Ergebnisse zu informieren.

Für Fragen zum vorliegenden Qualitätsbericht steht Ihnen Frau Stefanie Schmidt, Qualitätsbeauftragte ([qualitaet@ksgl.ch](mailto:qualitaet@ksgl.ch)), gerne zur Verfügung.

Sie finden den Qualitätsbericht sowie den Jahresbericht auf unserer Website unter [www.ksgl.ch](http://www.ksgl.ch).

Darüber hinaus bieten wir Ihnen nützliche Informationen zur Qualität am KSGL über [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) an.

Unsere Zielsetzung ist die Förderung der Qualitätstransparenz, um das Vertrauen unserer Patientinnen und Patienten zu erhalten und weiter zu stärken.

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse und Ihr Vertrauen in das KSGL.

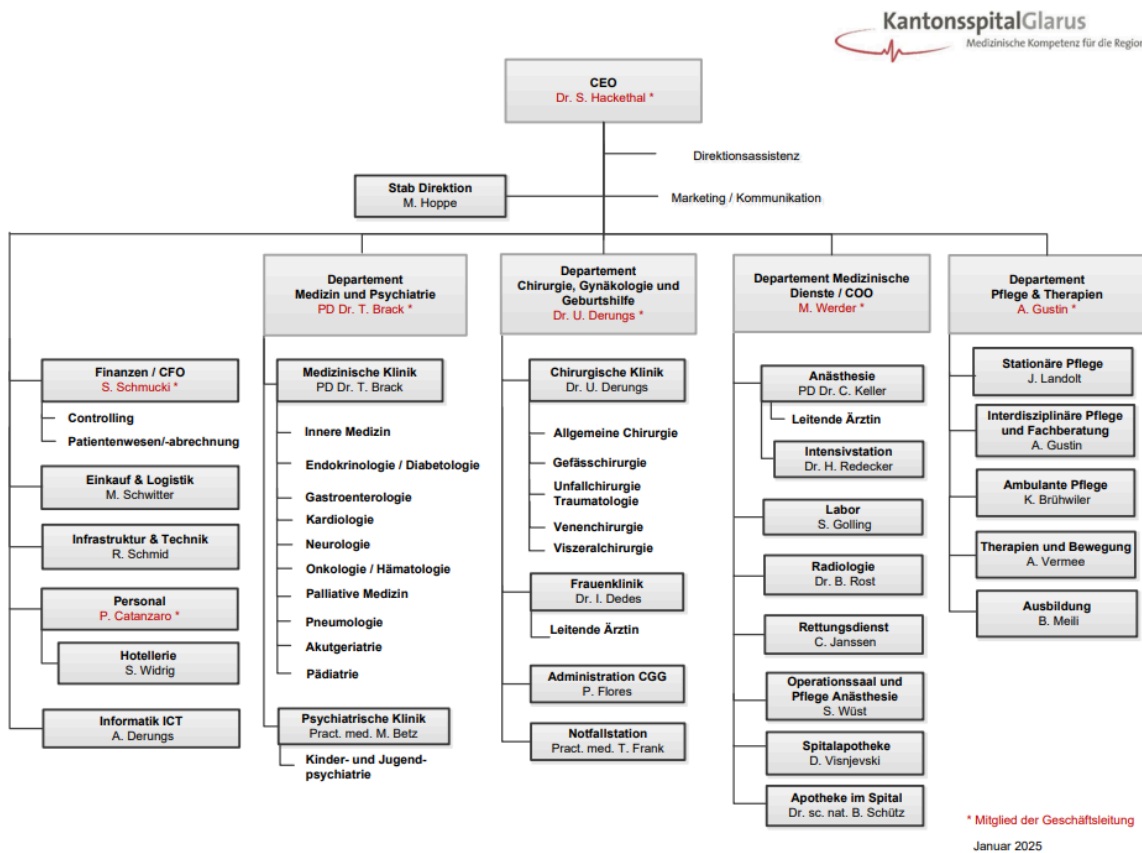
Glarus, 1. Mai 2025

Dr. Stephanie Hackethal, CEO

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Stefanie Schmidt  
Qualitätsbeauftragte  
+41 55 646 31 75  
[stefanie.schmidt@kschl.ch](mailto:stefanie.schmidt@kschl.ch)

Frau Maren Hoppe  
Leiterin Stab Direktion  
+41 55 646 31 76  
[maren.hoppe@kschl.ch](mailto:maren.hoppe@kschl.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

In den vergangenen Jahren hat sich das öffentliche Bewusstsein für die Qualität medizinischer Leistungen deutlich erhöht, auch bedingt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie. Gleichzeitig sind die Anforderungen an die Qualität dieser Leistungen spürbar gestiegen und stehen im Mittelpunkt zahlreicher Diskussionen und Anliegen, sei es seitens der Politik, der Gesundheitsdienstleister oder der Versicherer. Die steigenden Erwartungen an die Qualität der Gesundheitsversorgung stellen eine Herausforderung dar, der sich alle Beteiligten stellen.

Aufgrund dieser Ausgangslage wurden die **drei Hauptschwerpunkte der Zielsetzungen** für das Berichtsjahr definiert, welche im Weiteren beschrieben sind.

Auf Kurs: Wir stellen die wirtschaftliche Stabilität unseres Spitals im Laufe der kommenden zwei Jahre wieder her.

Optimum statt Maximum: Wir konzentrieren uns bei den medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen auf ein nachhaltig tragfähiges Angebot.

Für alle attraktiv: Wir entwickeln unser Spital mit unseren bewährten und neuen Fachkräften als attraktiven Arbeitsort systematisch weiter.

#### **Ausführungen zur Unternehmensentwicklung**

Im Berichtsjahr wurde weiterhin auf allen Ebenen des Spitals intensiv für die Unternehmensentwicklung gearbeitet und die Strategie kommuniziert und gelebt.

##### *Auf Ebene Mission*

Das Kantonsspital gewährleistet die Spitalversorgung als Gesundheitsdienstleister für den ganzen Kanton Glarus und die Region.

##### *Auf Ebene Vision*

Medizinische Kompetenz für die Region. Miteinander in die Zukunft.

##### *Auf Ebene Strategie*

Patient\*innen im Zentrum: Für unsere Patient\*innen mit unseren Zuweisenden und Kooperationspartnern.

Mitarbeitende im Fokus: Füreinander und miteinander - als attraktive Arbeitgeberin.

Moderne Technologie: Sichere und flexible Infrastruktur, schonender Ressourcenumgang.

Effiziente Prozesse: Qualität vor Quantität - digital und effektiv.

#### **Wirtschaftliche Situation**

Ein Grossteil der Löhne am KSGL waren in den Jahren vor 2023 unter dem Marktlohn. Aus diesem Grund hob der Verwaltungsrat per 1. Januar 2023 die Löhne über das Gesamtpital um 7,7% der Gesamtlohnsumme substanziell an – bei den Pflegenden wurde die Lohnsumme sogar um 14% erhöht. 2023 investierte das KSGL damit zusätzlich 3,3 Millionen Franken für Löhne, Zulagen, Aus- und Weiterbildung und Teuerungsausgleich. Schrittweise werden weitere Lohnanpassungen und finanzielle Anreize geschaffen, was dazu führt, dass bis Ende 2025 mit negativen Jahresabschlüssen zu rechnen ist.

Viele Schweizer Spitäler befinden sich in einer anspruchsvollen Situation. Gleiches gilt für das Kantonsspital Glarus (KSGL) und dessen finanzielle Lage.

Es zeigte sich 2023 allerdings zusätzlich, dass die Fallzahlen einen Rückgang um ca. 5% und die Pflegetage um 10% im ersten Halbjahr verzeichneten. Die Geschäftsleitung und der Verwaltungsrat haben daher bereits 2023 ein umfassendes Massnahmenpaket eingeleitet.

Im Berichtsjahr sind die stationären Fallzahlen nun wieder um 1,9% gestiegen und liegen damit 3%

über dem Jahresbudget.

Die Jahresergebnisse des Berichtsjahres zeigen, dass die ergriffenen Massnahmen bereits erste positive Effekte erzielen.

Wir sehen einen positiven Trend gerade bei der Palliativ Care und der Akutgeriatrie.

Dies deutet darauf hin, dass sich das KSGL auf dem richtigen Weg befindet, um eine wirtschaftlich stabile Lage zu erreichen.

Zwar wurde das Budget nicht erreicht, jedoch konnte das Jahresergebnis im Vergleich zum Vorjahr um 54% verbessert werden. Wir konnten den Einbruch der stationären Fallzahlen 2023 weitestgehend auf dem Vorjahresniveau stabilisieren.

Das Minus zum Jahresabschluss war zwar höher als budgetiert, dies liegt allerdings primär daran, dass die Tarife in Gerichtsverfahren feststecken und somit nicht wie geplant angehoben werden konnten.

Weitere Gründe sind: Der budgetierte CaseMixIndex (CMI) wurde vor allem in der Medizin nicht erreicht, und die Augenpatientinnen und -patienten sind weggebrochen.

Zugleich ist das Resultat aber deutlich besser als im Vorjahr, denn wir konnten gemeinsam den Millionenverlust vom letzten Jahr um zwei Drittel reduzieren.

Wir bewegen uns zurzeit klar besser als der Durchschnitt der Schweizer Spitäler, der sich weiter verschlechtert hat.

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

Die Qualitätsschwerpunkte umfassten im Berichtsjahr vor allem folgende Themen:

#### **Die Umsetzung des Konzepts interne Audits**

Im Berichtsjahr konnten die internen Audits gemäss dem neuen Konzept planmässig umgesetzt werden. Zu Jahresbeginn wurde ein Auditplan erstellt, der die Überprüfung der acht SanaCERT-Standards, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz sowie das Thema Datenschutz umfasste. Für die Durchführung der Audits wurde ein internes Auditorenteam zusammengestellt. Dabei übernahmen erfahrene Auditoren die Leitung, während neue Auditoren als Beisitzer und Protokollführer eingesetzt wurden, um praktische Erfahrung zu sammeln. Anregungen und Empfehlungen wurden formuliert und den jeweiligen Standard- oder Bereichsverantwortlichen zur Prüfung und Umsetzung weitergeleitet. Eine Zusammenfassung der Auditberichte und -ergebnisse ging zum Jahresende zu Händen des Q-Zirkels.

#### **Aufnahme des Standards 33: Feedbackmanagement anstelle des Standards 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation**

Die Standardgruppe wurde innerhalb des Q-Zirkels definiert, ebenso ein Konzept erarbeitet, welches bis Ende des Jahres im Grobentwurf fertiggestellt werden konnte. 2025 soll ein erstes Standardtreffen stattfinden. Massnahmen zu Entwicklung des Standards werden ergriffen und durch die Standardgruppe umgesetzt. Für 2026 ist die Erst-Zertifizierung des Standards geplant.

#### **Prüfung und ggf. Umsetzung der Empfehlungen gemäss dem SanaCERT Re-Zertifizierungsaudit**

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitätsvertrag nach Artikel 58a KVG genehmigt, der verbindliche und einheitliche Regeln zur Qualitätsentwicklung in Schweizer Spitätern festlegt.

Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit, wobei Fortschritte und Auditergebnisse transparent auf [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) veröffentlicht werden.

Nach Inkrafttreten des Vertrags hat sich das KSGL intensiv mit den neuen Vorgaben auseinandergesetzt, bestehende Massnahmen evaluiert und sich in Qualitätssitzungen intern sowie mit anderen Spitätern ausgetauscht.

Viele Anforderungen sind bereits durch die SanaCERT-Zertifizierung erfüllt, dennoch sind in einigen Bereichen Anpassungen nötig. Zur optimalen Umsetzung wurde eine Schulung von H+ besucht, und allfällige Anpassungen am Qualitätskonzept unseres Spitals wurden bereits und werden werden noch weiterhin angegangen.

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

#### Auszug aus Strategie und Jahresziele 2024

Strategie	Jahresziel	Erreichungsgrad
Prozesse Qualität Digitalisierung	Stabilisierung Abteilung Informatik (Leiter Informatik sowie Medizin-Informatiker)	erfüllt
	ICT Strategie	teilweise erfüllt
	Erarbeitung MANV Konzept inkl. Übung	erfüllt (Übung 2025)

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den ersten Qualitätsvertrag nach Artikel 58a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) genehmigt. Dieser Vertrag wurde von den Verbänden H+ Die Spitäler der Schweiz, santésuisse und curafutura in Zusammenarbeit mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) erarbeitet.

Er legt verbindliche, national einheitliche und transparente Regeln für die Qualitätsentwicklung in Schweizer Spitälern und Kliniken fest.

Mit dem Qualitätsvertrag erfüllen die Spitäler und Kliniken die gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätsentwicklung.

Ziel ist eine kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit. Die Einrichtungen verpflichten sich, anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahmen umzusetzen und deren Fortschritt sowie die Ergebnisse von Audits transparent zu veröffentlichen. Diese Informationen werden auf der Website [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) zugänglich gemacht.

Für die Gesundheitsversorgung bedeutet dies eine Stärkung der Patientensicherheit und eine höhere Transparenz bezüglich der Qualität der erbrachten Leistungen. Die Spitäler und Kliniken sind angehalten, ihre internen Prozesse zu überprüfen und kontinuierlich zu verbessern, was zu einer höheren Behandlungsqualität führen soll. Zudem fördert der Vertrag eine Kultur der Qualitätsentwicklung innerhalb der Spitalbranche.

Das KSGL hat nach der Bekanntgabe des Inkrafttretens des Qualitätsvertrags umgehend eine Umsetzungsstrategie, inklusive Zeitplan, erarbeitet. Viele der geforderten Anforderungen sind dank der bereits bestehenden SanaCERT-Zertifizierung bereits erfüllt. Dennoch sind in einigen Bereichen Anpassungen an Prozessen und Dokumenten erforderlich.

Um die Anforderungen klar zu verstehen und optimal umzusetzen, wurde eine Schulung von H+ besucht. Der nächste Meilenstein innerhalb der Umsetzungsfristen ist per Mai 2025 terminiert.

## 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 wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso</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>– Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie – Erwachsene</li> <li>– Symptombelastung (Fremdbewertung)</li> <li>– Symptombelastung (Selbstbewertung)</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>
▪ Patientenzufriedenheitsmessung gemäss eigenem Konzept
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ TOP JOB-Mitarbeiterbefragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung Frauenklinik 2024

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
▪ Rehospitalisationen
<i>Dekubitus</i>
▪ Dekubitusmessung

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Optimierung des Prozesses Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung und Optimierung des vorhandenen Prozesses. Re-Zertifizierung der Branchenlösung H+ 2025.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023-2026
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Erhöhung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes des Personals.
<b>Methodik</b>	Erfüllen der gesetzlichen Vorgaben.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Stab Direktion, Technischer Dienst, Personal

Stationäre/ambulante Patientenumfrage

<b>Ziel</b>	Verbessern der Dienstleistungen für die Patienten gemäss deren Feedback.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Laufend.
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Permanente Verbesserung von Abläufen und Erkennen von Verbesserungspotential durch Erhalt von Patientenfeedback.
<b>Methodik</b>	Vergabe des Fragebogens an die Patienten/Angehörige, Erhalt und Auswertung der ausgefüllten Fragebogen. Weitergabe der Feedbacks an die betreffenden Abteilungen durch das QM. Prüfung Implementieren von Massnahmen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

### Verbessern der Mitarbeitenden-Zufriedenheit & Zufriedenheitsumfrage

<b>Ziel</b>	Verbessern der Zufriedenheit der Mitarbeitenden.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Laufend.
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Aus einer internen Umfrage hat sich ergeben, dass die Zufriedenheit Potential hat, daher wurde eine Arbeitsgruppe gegründet. Im Berichtsjahr wurde zudem eine Mitarbeitenden-Umfrage durchgeführt.
<b>Methodik</b>	Einholen von Vorschlägen und Feedbacks durch Mitarbeitende, Prüfung dieser und ggf. Umsetzung von Massnahmen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

### Durchführung jährliche ANQ-Messungen

<b>Ziel</b>	Reibungslose Abläufe beim Durchführen der Messungen.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Stab Direktion.
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Jedes Jahr wiederholend, abwechselnd Akut / Psychiatrie.
<b>Begründung</b>	Nationale Pflichtmessungen.
<b>Methodik</b>	Vorgehensweise gemäss ANQ.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Stab Direktion und befragte Bereiche im Spital (Akutsomatik oder Psychiatrie)

### Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems gemäss Q-Konzept

<b>Ziel</b>	Ständige Verbesserung des QMS und Umsetzung des Q-Konzeptes.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Laufend.
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Aufrechterhalten und Weiterentwickeln des QMS gemäss gesetzlichen Anforderungen und zur Verbesserung der Dienstleistungsqualität.
<b>Methodik</b>	Vorgehensweise gemäss Q-Konzept.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

## Weiterentwicklung des E-Learning-Angebots

<b>Ziel</b>	Abwechslungsreiches & standardisiertes E-Learning für alle SanaCERT Standards sowie Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz vorhanden und auf aktuellem Stand.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2023-2026
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Moderne Wissensvermittlung mit eigener Zeiteinteilung pro Person.
<b>Methodik</b>	Verwendung einer Software zur Erstellung der E-Learnings.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

## Implementierung SanaCERT Standard 33 - Feedbackmanagement.

<b>Ziel</b>	Erfolgreiche Zertifizierung des Standards im Zertifizierungsaudit 2026.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Stab Direktion.
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2024-2026
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verbessern und Dokumentieren des gesamten Prozesses Feedbackmanagement.
<b>Methodik</b>	Erfüllung der SanaCERT Anforderungen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Stab Direktion, Standardgruppe 33

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

## Meldecenter - Module Feedback, Verlust &amp; Schaden implementieren

<b>Ziel</b>	Vollständige Implementierung der beiden Module im Meldecenter.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	2023-2025
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Vereinfachung der Prozesse und Anregung für das Personal Meldungen zu erfassen.
<b>Methodik</b>	Test-Meldungen innerhalb der Abteilung Stab Direktion nach Fertigstellung des Moduls, anschliessend Pilotphase mit einer Abteilung, nach erfolgreichem Pilot Ausweitung aufs ganze Spital.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

## Optimierung des Prozesses Patienteneffekte

<b>Ziel</b>	Aufnahme aller Patienteneffekte beim Eintritt und saubere Dokumentation dieser.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bettenabteilungen sowie die Notfallstation.
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	2023-2024
<b>Begründung</b>	Vermeiden von Verlust der Effekte und Archivieren der Nachweise, welche Effekte vorhanden waren, dies ist bei Verlustmeldungen wichtig.
<b>Methodik</b>	Entwickeln des Prozesses mit den beteiligten Bereichen und Prüfung des Prozesses vor der Etablierung im ganzen Haus.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Bettenabteilungen und Notfallstation

## Umsetzung Konzept interne Audits

<b>Ziel</b>	Implementierung der internen Audits.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	2023-2024
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Detektieren von Verbesserungsmöglichkeiten. Verbessern der Durchdringung der Standards und AS/GS.
<b>Methodik</b>	Erstellen des Prozesses, Zusammenstellen des Auditteams, Erstellen des Auditplans, Start der Audits
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

## Implementierung des DIP - Dialog zu interprofessionellen Prozessoptimierungen

<b>Ziel</b>	Anbieten einer Anlaufstelle bei Prozessstörungen, welche eine neutrale Stelle zur Klärung benötigen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganzes Spital.
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	2024
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Behebung von Prozessstörungen.
<b>Methodik</b>	Erstellen des Reglements, Mitarbeitende informieren, Start des DIPs
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital.

## IVR Rezertifizierung des Rettungsdienstes

<b>Ziel</b>	Erneute Zertifizierung des Rettungsdienstes
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Rettungsdienst
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2024
<b>Begründung</b>	Standardisierung, Dokumentation und Lenkung von Prozessen
<b>Methodik</b>	Auditvorbereitungen, wie Prüfung/Aktualisierung aller Dokumente des Rettungsdienstes, Auditnachbereitung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Rettungsdienst & Stab Direktion

## Labor - Swissmedic Inspektion

<b>Ziel</b>	Aufrechterhalten der Bewilligung für mikrobiologische Untersuchungen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Labor
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2024
<b>Begründung</b>	Gesetzliche Anforderung.
<b>Methodik</b>	Auditvorbereitung durch das QM Labor, Auditnachbearbeitung mit Einbezug des QM des Hauses.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Labor & Stab Direktion

## Überarbeitung des Feedbackfragebogens für Patientinnen und Patienten

<b>Ziel</b>	Vereinfachung der Feedbackgabe und Erhöhung der Rücklaufquote.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganzes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2024
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Erhöhung der Rücklaufquote.
<b>Methodik</b>	Überarbeitung des gesamten Fragebogens, Ergänzung von QR-Codes zur digitalen Feedbackabgabe.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Stab Direktion

#### 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 2009 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

##### **Bemerkungen**

Im KSGl ist das Critical Incident Reporting System (CIRS) in Anlehnung an patientenschutz.ch implementiert und dementsprechend wie folgt definiert: "Ein kritischer Zwischenfall ist ein ungewolltes oder vermeidbares Ereignis, welches eine oder mehrere Personen gefährden kann, aber nicht schädigt."

Das Fast-Fehler-Meldesystem dient dazu, Risiken in der Organisation sowie in den Arbeitsabläufen zu erfassen. Durch die Meldung von Vorfällen können wir sicherheitsrelevante Verbesserungen ableiten und implementieren.

Seit dem 1. Januar 2023 haben wir ein neues Lern- und Berichtssystem eingeführt, um CIRS-Fälle digital im Meldecenter zu erfassen und zu bearbeiten.

Das KSGl ist dem CIRNET Schweiz angeschlossen, dies ist eine wichtige Vernetzung und Zusammenarbeit im Bereich der Fehlerprävention und Qualitätssicherung gewährleistet.

## 4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews

Das interprofessionelle Review ist ein kollegiales Verfahren, um unter Einbezug von externen Fachpersonen Patientenfälle retrospektiv zu analysieren, im kollegialen Austausch zu besprechen und – falls notwendig – gemeinsam Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu erarbeiten. Ziel ist es, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess auszulösen und eine Sicherheits- und Lernkultur in den teilnehmenden Spitälern und Kliniken zu etablieren.

### 4.4.2.1 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2024 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin ([IQM](#)) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patient:innen zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus den folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse [www.ksgl.ch](http://www.ksgl.ch) abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM-Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2024 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

2020 und 2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

### 4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) messen die von Patient:innen individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patient:innen entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Vorstellungen. Die Messung erfolgt mittels standardisierter, international validierter Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. Die Erfassung und Analyse von PROMs haben einen vielfältigen Nutzen. Sie helfen beispielsweise die Kommunikation und Shared-Decision-Making mit den Patient:innen zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht der Patient:innen und kann weitere Schritte einleiten.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	Leistungsbereich	Behandlungspfad(e)/Klinik(en)	Verwendete Score(s)	Zeit/Ab	Kommentare
Palliative Care	Basispaket		ESAS	Bereits umgesetzt	
Schmerzbehandlung	Basispaket		NRS, VAS	Bereits umgesetzt	

## 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>anresis.ch</b> ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern <a href="http://www.anresis.ch">www.anresis.ch</a>  <a href="http://www.infect.info">www.infect.info</a>	2020
<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>	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>Multiple Sklerose Register</b> Schweizer Multiple Sklerose Register	Neurologie	Institut für Epidemiologie, Biostatistik & Prävention, Universität Zürich <a href="http://www.ms-register.ch">www.ms-register.ch</a>	2018
<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 Implantat-Register	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin	2012

SIRIS		<a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a> <a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a>	
<b>srrqap</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Zürich Waid, Institut für Nephrologie -- srrqap <a href="http://www.swissnephrology.ch">www.swissnephrology.ch</a>	2014
<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>SWISSRECA</b> Swiss Registry of Cardiac Arrest	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Prävention und Gesundheitsw., Kardiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin preklinische und klinische	Interverband für Rettungswesen IVR-IAS <a href="http://www.ivr-ias.ch">www.ivr-ias.ch</a>	2017
<b>VisHSM</b> Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.net/vis/">www.adjumed.net/vis/</a>	2015

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.ksgr.ch/krebsregister.aspx">www.ksgr.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
SanaCERTSuisse	Gesamtes Spital	2008	2023	Gültigkeit Zertifikat bis 2027.
SGI	Intensivstation	2013	2021	Gültigkeit Zertifikat bis 2026.
IVR	Rettungsdienst	2015	2024	Re-Zertifizierungsaudit 2024. Gültigkeit Zertifikat bis 2028.
SAKR	Ambulante Herzreha	2014	2014	Die Dokumentation für den Nachweis der Mindestanforderung wird jährlich eingereicht.
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Chirurgie	<1996	2020	Kategorie B3 (3 Jahre)
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe	2002	2024	Kategorie B (3 Jahre)
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Kardiologie	2010	2020	Kategorie C (1 Jahr)
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Medizin	2011	2022	Kategorie A (3 Jahre)
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Intensivmedizin	2015	2021	Kategorie B (18 Monate)
SGNOR	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Notfallstation	2015	2024	Kategorie 2
Fitnessguide Medical Plus	SanaTrain Physiotherapie	2021	2023	
Rekole	Controlling	2014	2022	
Zertifikat Anerkennung Lernort Praxis NDS HF Anästhesiepflege	Anästhesiepflege	2022	2022	Re-Zertifizierung 2027

**Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten**

QUALAB	Labor	2022	2022	
SIWF	Fachgebiet Notfallstation	2015	2024	Kategorie IV (1 Jahr)
SIWF	Weiterbildungsstätte Fachgebiet Operative Gynäkologie und Geburtshilfe	2002	2024	voll anerkannt

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit).

##### 5.1.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie – Erwachsene

Der 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. 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 Erwachsenenpsychiatrie

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2022	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	3.40	3.90	3.80	4.10 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.30	4.70	4.70	4.80 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	3.90	4.20	4.50	4.70 (0.00 - 0.00)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	3.40	3.90	4.00	3.80 (0.00 - 0.00)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	3.60	4.40	4.50	4.20 (0.00 - 0.00)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	3.60	4.20	4.60	4.60 (0.00 - 0.00)
Anzahl abgegebene Fragebogen 2024				34
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	28	Rücklauf in Prozent		82.00 %

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. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind.

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).

#### Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Zusammenfassend zeigt die Auswertung, dass das KSGl in vielen Bereichen besser abschneidet als der Durchschnitt aller befragten Einrichtungen, insbesondere in der Kommunikation (Fragen stellen und verständliche Antworten erhalten) und im Austrittsmanagement. Bei der Behandlungsqualität und der umfassenden Information zur Medikation liegen die Werte etwas näher am Durchschnitt aller Einrichtungen.

Die Entwicklung der Ergebnisse seit 2019 zeigt folgende Tendenzen:  
Insgesamt lässt sich sagen, dass sich die meisten bewerteten Bereiche seit 2019 verbessert haben, besonders in Bezug auf Information und Kommunikation (Fragen stellen und verständliche Antworten erhalten) sowie Partizipation, Therapieplan.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Unisanté, Lausanne
--------------------------------	--------------------

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär (mind. 24 Stunden) behandelten Patient:innen der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 16 Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2024 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patient:innen der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patient:innen.</li> <li>▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheitsmessung gemäss eigenem Konzept

Ziel ist es, die Zufriedenheit der stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten im ganzen Haus permanent zu ermitteln und zu verbessern. Die Fragen orientieren sich an der Patientenbefragung ANQ.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

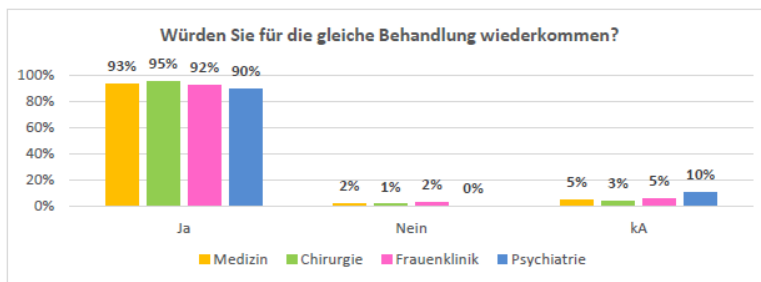
Sie wird auf allen Abteilungen durchgeführt.

Die Befragung erfolgt bei allen Patient\*innen über 16 Jahren.

Rückmeldungen können von Erziehungsberechtigten, Angehörigen und Beiständen verfasst werden.

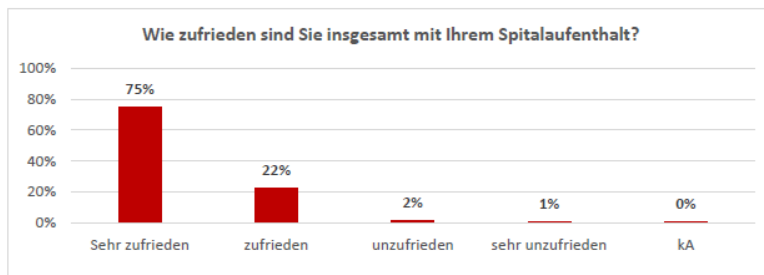
**Die Ergebnisse werden quartalsweise im Intranet veröffentlicht. Untenstehend sind die Ergebnisse der Patientenbefragungen von 2024 zu sehen:**

## Patientenzufriedenheitsauswertung 2024 Kantonsspital Glarus "Ihr Feedback"

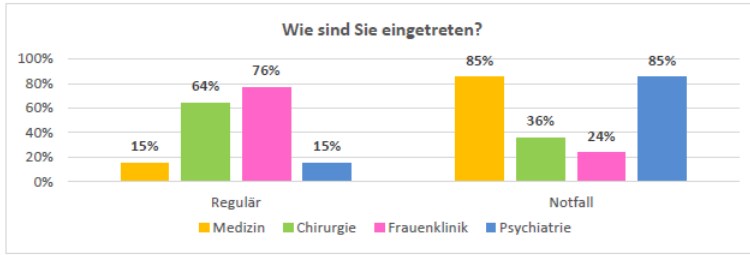


#### Rücklaufquoten:

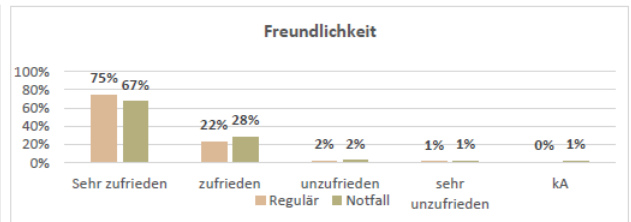
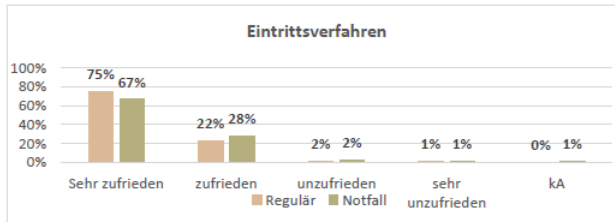
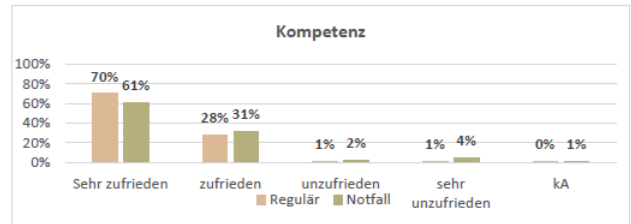
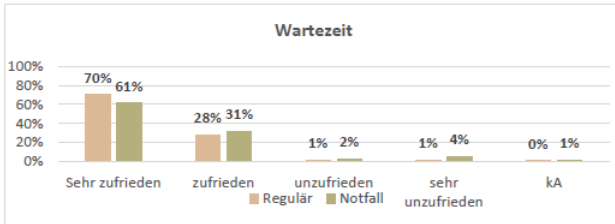
Medizin	20.9%
Chirurgie	32.5%
Frauenklinik	39.4%
Psychiatrie	14.1%
<b>KSGL</b>	<b>28.6%</b>
Soll	25%



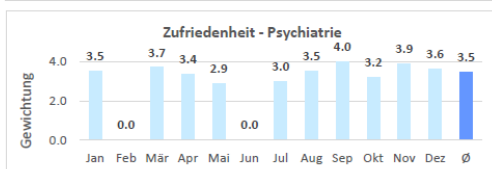
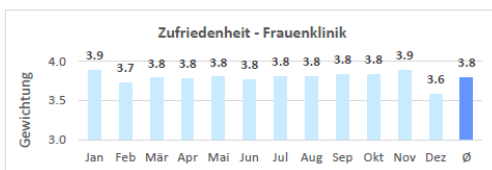
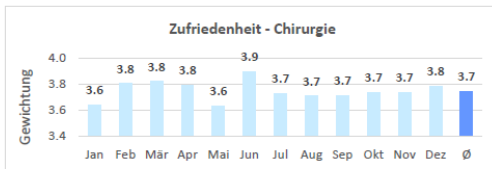
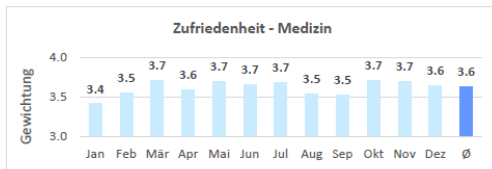
Wie zufrieden waren Sie mit dem Spitaleintritt?



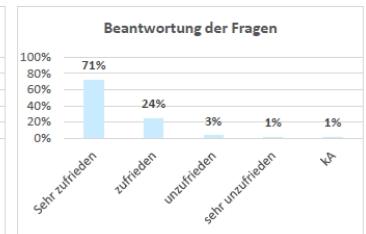
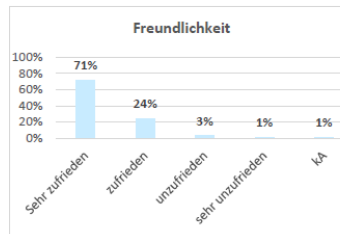
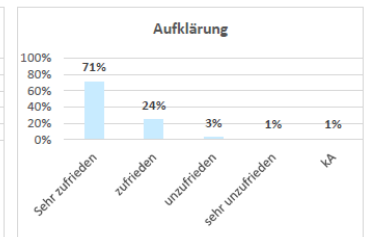
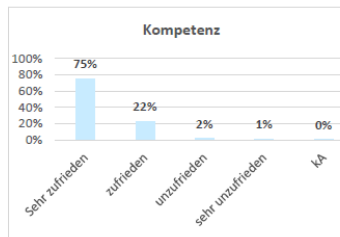
Die Befragung zum Spitaleintritt ist aufgeteilt in vier Unterfragen. Die Auswertungen der jeweiligen Unterfragen sind die Folgenden:



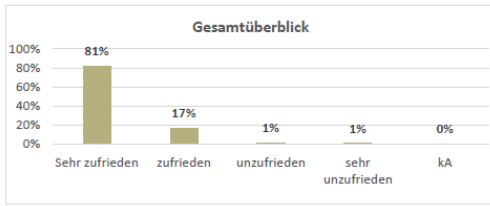
Wie zufrieden waren Sie mit der ärztlichen Information / Beratung?



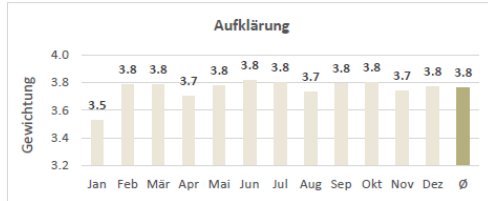
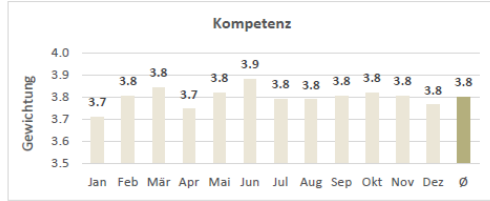
Legende:  
 0 keine Angaben  
 1 sehr unzufrieden  
 2 unzufrieden  
 3 zufrieden  
 4 sehr zufrieden



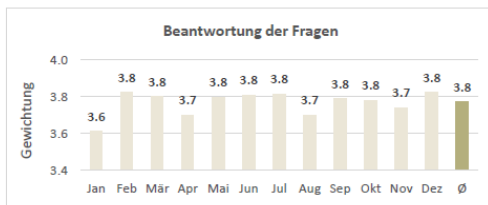
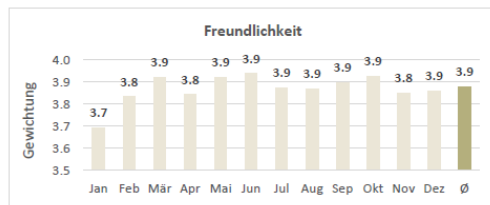
Wie zufrieden waren Sie mit der Pflege?



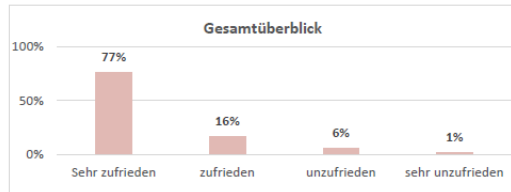
Die Befragung zur Pflege ist aufgeteilt in vier Unterfragen. Die Auswertungen der jeweiligen Unterfragen sind die Folgenden:



**Legende:**  
 0 keine Angaben  
 1 sehr unzufrieden  
 2 unzufrieden  
 3 zufrieden  
 4 sehr zufrieden

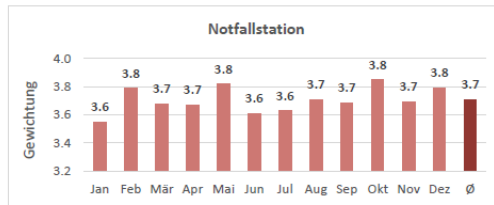
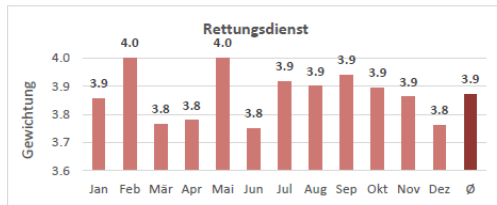


Wie zufrieden waren Sie mit weiteren medizinisch-therapeutischen Dienstleistungen?

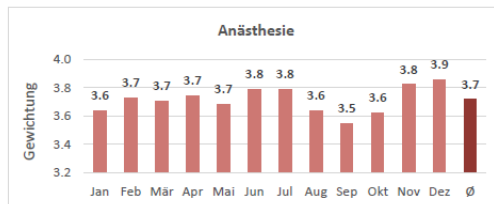
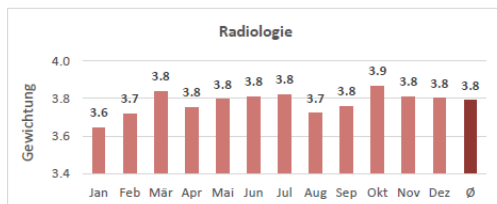


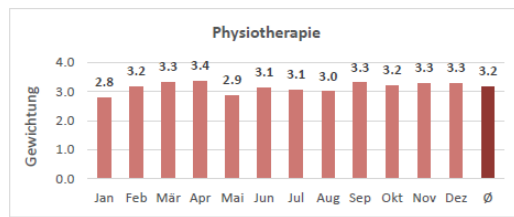
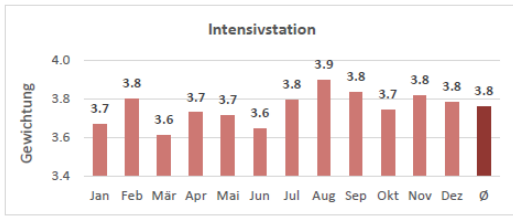
Rücklauf:	Total Antworten	k.a.
Rettungsdienst	235	1'167
Notfallstation	580	822
Radiologie	525	877
Anästhesie	748	654
Intensivstation	263	1'139
Physiotherapie	334	1'068
Andere	109	1'293

Die Befragung zu den medizin-therapeutischen Dienstleistungen umfasst nachfolgende Bereiche:

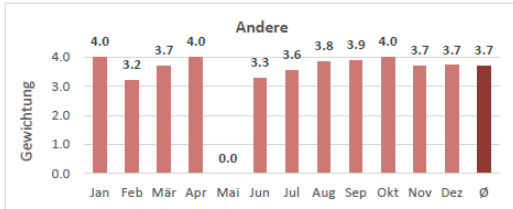


**Legende:**  
 0 keine Angaben  
 1 sehr unzufrieden  
 2 unzufrieden  
 3 zufrieden  
 4 sehr zufrieden

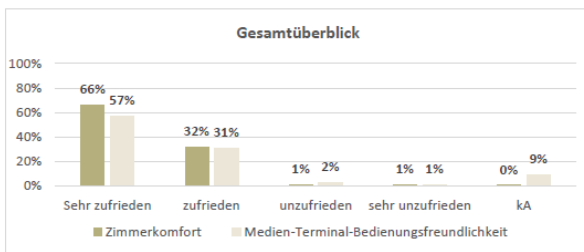




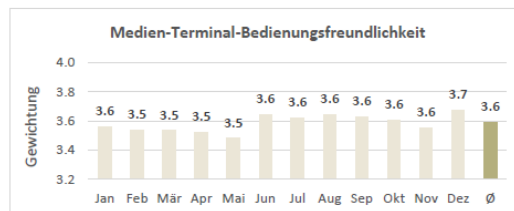
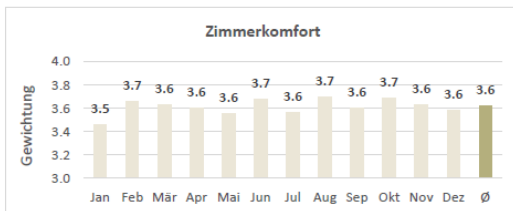
**Legende:**  
 0 keine Angaben  
 1 sehr unzufrieden  
 2 unzufrieden  
 3 zufrieden  
 4 sehr zufrieden



**Wie zufrieden waren Sie mit der Infrastruktur?**

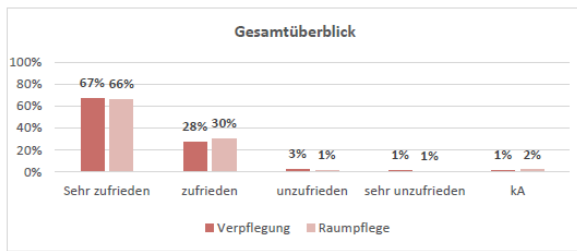


Die Befragung zu Infrastruktur ist aufgeteilt in zwei Unterfragen. Die Auswertungen der jeweiligen Unterfragen sind die Folgenden:

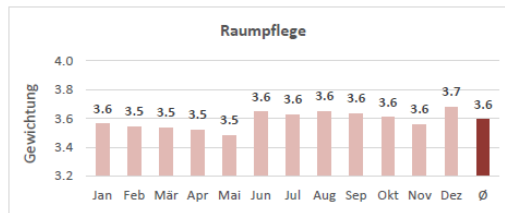
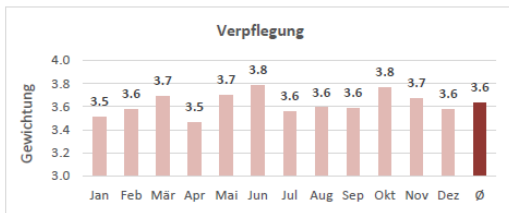


**Legende:**  
 0 keine Angaben  
 1 sehr unzufrieden  
 2 unzufrieden  
 3 zufrieden  
 4 sehr zufrieden

**Wie zufrieden waren Sie mit der Hotellerie?**



Die Befragung zu Hotellerie ist aufgeteilt in zwei Unterfragen. Die Auswertungen der jeweiligen Unterfragen sind die Folgenden:



**Legende:**  
 0 keine Angaben  
 1 sehr unzufrieden  
 2 unzufrieden  
 3 zufrieden  
 4 sehr zufrieden

**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

97% der Patienten sind mit dem Spitalaufenthalt zufrieden. Die Mehrheit (93%) würde für die gleiche Behandlung wiederkommen. Die Kompetenz des medizinischen Personals wurde mit einer Zufriedenheit von 98% (bei regulärem Eintritt) als sehr positiv bewertet, ebenso die Freundlichkeit mit 97%. Die Mehrheit der Patienten war mit dem Eintrittsverfahren zufrieden (98% sehr zufrieden, 95% zufrieden). Die Wartezeit schnitt ebenfalls gut ab, mit einer Zufriedenheit von 98% bei regulären Eintritten, 92% bei Eintritten über den Notfall. Die Zufriedenheitsmessung zeigt Unterschiede in der Bewertung verschiedener Bereiche innerhalb des KSGs auf. Während einige besonders positiv abschneiden, gibt es Bereiche mit Verbesserungspotenzial. Mögliche Gründe für diese niedrigeren Bewertungen werden analysiert und bei Bedarf Patienten gezielt zu diesen Themen befragt. Dadurch können punktuell Massnahmen zur Optimierung ergriffen werden.

**Angaben zur Messung**

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

**5.3 Beschwerdemanagement**

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Kantonsspital Glarus AG**

Stefanie Schmidt  
 Qualitätsbeauftragte  
 055 646 31 75  
[qualitaet@kschl.ch](mailto:qualitaet@kschl.ch)  
 Montag bis Freitag 08:00-17:00 Uhr

## 7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 TOP JOB-Mitarbeiterbefragung

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit ist entscheidend, da sie Einblicke in das Wohlbefinden, die Motivation und das Engagement der Mitarbeitenden bietet, was sich direkt auf die Produktivität, die Arbeitsqualität, die Mitarbeiterbindung und auch die Atmosphäre im Spital auswirkt. Das Ziel besteht darin, die Arbeitsumgebung für das Personal kontinuierlich zu verbessern, indem auf die Feedbacks und Bedürfnisse der Mitarbeitenden eingegangen wird, um langfristig eine positive und produktive Arbeitskultur und eine angenehme Atmosphäre für Mitarbeitende und Patienten zu fördern.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 06.11.2024 bis 20.12.2024 durchgeführt. Alle Mitarbeitende des KSGLs wurden befragt.

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Institut für Führung und Personalmanagement Universität St. Gallen
Methode / Instrument	Tobjob Mitarbeitendebefragung/Kulturaudit

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserbefragung Frauenklinik 2024

Die Zuweisebefragung wurde mit folgenden Zielen durchgeführt:

- Gezielte Stabilisierung der Fallzahlen und Hebung der Marktpotentiale der Frauenklinik
- Verbesserung der Handlungsfähigkeit des Spitals
- Verbesserung der Zuweiserzufriedenheit Frauenklinik

Hierzu wurden die Zuweisenden telefonisch kontaktiert und gezielt befragt. Es wurde ein individueller Interviewleitfaden mit einer externen Firma entwickelt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom April 2024 bis Juni 2024 durchgeführt.

Die Befragung wurde durch die Abteilung Stab Direktion organisiert und die Interviews durch eine externe Firma durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse liegen bisher als Rohdaten vor, welche den Rahmen dieses Berichts sprengen würde.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	rotthaus medical GmbH
Methode / Instrument	Telefonische Zuweiserbefragung

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 9 Wiedereintritte

##### 9.1 Eigene Messung

###### 9.1.1 Rehospitalisationen

Es wird gemessen wie viele Patientinnen und Patienten nach ihrem Aufenthalt innerhalb von 18 Tagen wieder spitalisiert werden müssen. Ziel ist es die Zahlen zu tracken und mittels definierter Massnahmen zu senken.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Sie wird im ganzen Akutbereich des Spitals durchgeführt.

Es wurden alle Patientinnen und Patienten bei der Messung berücksichtigt, die innerhalb der gegebenen Frist rehospitalisiert wurden.

	Anzahl Wiedereintritte	Anzahl alle Eintritte	Wiedereintritte in %
Medizinische Klinik	64	1800	4
Chirurgische Klinik	57	1933	3
Frauenklinik	7	766	1
Summe Akut	128	4499	3

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 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: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %			Adjustierte Revisionsrate %
			2018 - 2021	2018 - 2021	2015 - 2018	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
Primäre Hüfttotalprothesen	253	0.00%	1.70%	0.40%	0.00%	0.00%
Primäre Knieprothesen	207	1.00%	2.80%	1.20%	0.00%	1.00%

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

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

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen\*\*\*.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulen Chirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (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 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2021/2022	2022/2023	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	6	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	28	3	0.00%	33.30%	5.71%	10.71% (2.30% - 28.20%)
Kaiserschnitt (Sectio)	111	5	1.64%	1.22%	2.41%	4.50% (1.50% - 10.20%)

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

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2021/2022	2022/2023	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	102	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/).

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

Im Berichtsjahr traten bei Kniegelenksprothesen sowie Blinddarmentfernungen bei Patienten unter 16 Jahren keine Infektionen auf – ein erfreuliches Ergebnis.

Bei Kolon-Operationen lag unsere Infektionsrate bei 10,7 % und damit unter dem schweizweiten Durchschnitt von 11,6 %. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Rate zwar verdoppelt, jedoch ist dies nicht besorgniserregend, da bereits geringe Schwankungen bei einer relativ niedrigen Anzahl von Eingriffen (ca. 30 OPs) das prozentuale Ergebnis erheblich beeinflussen.

Ein ähnlicher Effekt zeigt sich bei Kaiserschnitten. Im Berichtsjahr wurden 111 Kaiserschnitte durchgeführt, mit einer Infektionsrate von 4,5 %. Dies entspricht fast einer Verdopplung im Vergleich zum Vorjahr. Besonders auffällig ist, dass dieser Wert deutlich über dem schweizweiten Durchschnitt von 2,67 % liegt. Daher werden wir die Entwicklung genau beobachten.

Die Spitalhygiene wird während des laufenden Jahres den Trend der Infektionszahlen beobachten und bei Auffälligkeiten dem Chefarzt der Frauenklinik umgehend informieren.

**Angaben zur Messung**

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

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 12 Stürze

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

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

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

### 12.1 Eigene Messung

#### 12.1.1 Sturzmessung

Das Ziel der Erfassung ist es, Routinedaten im KIS-System zu erfassen und entsprechende Massnahmen daraus abzuleiten. Die Messungen werden fortlaufend durchgeführt, sodass nicht nur an definierten Stichtagen Vergleichsdaten vorhanden sind, wie es beispielweise bei der ANQ-Messung der Fall ist.

Die Sturzerfassung findet im KIS-System statt, dafür gibt es ein Sturzprotokoll, welches die Sturzort, -art, -zeit und Sturzfolgen erfasst sowie die präventiven als auch die eingeleiteten Massnahmen nach einem Sturz.

Die Sturzgefährdung wird standardmässig im epa-Ac (elektronisches PflegeAssessment Acute Care) bei allen Patienten ab Spitaleintritt erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Alle stationären Bereiche, in welchen Patientinnen und Patienten betreut werden (Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Familienabteilung, Intensivstation).

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse und deren Auswertungen sind zu komplex, als dass sie in diesem Bericht sinnvoll abgebildet werden könnten.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Verwendung von Routinedaten
---	-----------------------------

## 13 Dekubitus

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

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

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

### 13.1 Eigene Messungen

#### 13.1.1 Dekubitusmessung

Das Ziel der Erfassung ist es, Routinedaten im KIS-System zu erfassen und entsprechende Massnahmen daraus abzuleiten. Die Messungen werden fortlaufend durchgeführt, sodass nicht nur an definierten Stichtagen Vergleichsdaten vorhanden sind, wie es beispielweise bei der ANQ-Messung der Fall ist.

Die Dekubituserfassung findet im KIS-System statt, sie wird im epa-AC (elektronisches PflegeAssessment Acute Care) bei Eintritt der Patienten erhoben. Bei Dekubitusrisiko werden präventive Massnahmen eingeleitet. Falls es zu einem Dekubitus kommt, wird der Dekubitus als Wunde dokumentiert und behandelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Alle stationären Bereiche, in welchen Patientinnen und Patienten betreut werden (Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Familienabteilung, Intensivstation).

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse und deren Auswertungen sind zu komplex, als dass sie in diesem Bericht sinnvoll abgebildet werden könnten.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Verwendung von Routinedaten
---	-----------------------------

# Messungen in der Psychiatrie

## 15 Symptombelastung psychischer Störungen

### 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), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patient:innen 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 Patient:innen 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 eine/r Patient:in mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eine/r Patient:in mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patient:innen (Selbstbewertung).

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

#### Messergebnisse

HoNOS Adults	2020	2021	2022	2023
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	2.60	2.20	1.60	0.30
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	0.87	0.71	0.21	-1.14
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	50.7	3.6	2.9	1.7
Anzahl auswertbare Fälle 2023				135
Anteil in Prozent				100 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2020	2021	2022	2023
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
BSCL Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	4.10	1.40	10.50	3.00
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	7.16	10.50	0.70	-8.30
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	15.43	13.34	20.28	14.27
Anzahl auswertbare Fälle 2023				57
Anteil in Prozent				70.9 %

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

\* Der dargestellte Vergleichswert (Vergleichsgrösse) gibt an, wieviel geringer oder grösser die Reduktion der Symptombelastung jeder Klinik im Vergleich zum Durchschnitt der Vergleichsgruppe ist

(Qualitätsparameter – Mittelwert).

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.

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind 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). Die Messergebnisse der Erwachsenenpsychiatrie werden nach Kliniktypen separat ausgewiesen.

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 Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle stationären Patient:innen der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung) mit einem stationären Aufenthalt grösser als 24 Stunden.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen 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 Weiterentwicklung des E-Learning-Angebots

**Projektname:**

Optimierungsprojekt zur Weiterentwicklung des E-Learning-Systems für Spitalmitarbeitende.

**Projektziel:**

Ziel ist es, das E-Learning-Angebot für die Spitalmitarbeitenden kontinuierlich zu erweitern und sicherzustellen, dass regelmässig neue, obligatorische E-Learnings mit abschliessendem Quiz bereitgestellt werden können. Ein nachhaltiger Prozess zur Erstellung und Verwaltung der E-Learnings soll etabliert werden.

**Projekttablauf:**

Das Projekt startete im Januar 2024 mit einem E-Learning-Plan, geriet jedoch ins Stocken, da Schlüsseüersonen für die notwendige E-Learning-Software ausschieden. Eine Schulung zur Software-Nutzung ist für Q1 2025 geplant, um den Jahresplan fortzuführen und zu klären, ob E-Learnings ausschliesslich intern oder mit externer Unterstützung erstellt werden.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltung, Direktion, IT-Abteilung

## 18.1.2 Implementierung SanaCERT Standard 33 - Feedbackmanagement.

**Projektname:**

Implementierung des SanaCERT Standards 33 - Feedbackmanagement anstelle des Standards 14 - Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

**Projektziel:**

Das Hauptziel des Projekts ist die Implementierung des neuen SanaCERT Standards 33 - Feedbackmanagement, der im Jahr 2026 den bisherigen Standard 14 - Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation ersetzt. Der neue Standard zielt darauf ab, ein strukturiertes, kontinuierliches Feedbackmanagementsystem zu etablieren, das die Zufriedenheit und Sicherheit der Patienten sowie die Qualität der Zusammenarbeit mit Dienstleistern, Partnern und anderen Stakeholdern verbessert. Das Feedback wird regelmässig von verschiedenen Zielgruppen eingeholt, um langfristig die Patientensicherheit und -zufriedenheit zu verbessern. Durch die Einbindung externer Partner und Dienstleister werden auch deren Bedürfnisse besser adressiert, was die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördert.

**Projekttablauf:**

2024:

- Freigabe durch die Geschäftsleitung zur Umstellung von Standard 14 auf Standard 33
- Entwurf des Konzepts Feedbackmanagement
- Definieren der Standardgruppe

2025:

- Treffen der Standardgruppe zur finalen Überarbeitung und Freigabe des Feedbackmanagement-Konzepts
- Festlegung der spezifischen Feedbackmethoden für die verschiedenen Zielgruppen
- Involvieren beteiligter Berufsgruppen bezüglich der geplanten Befragungen
- Weitere Schritte planen (durch die Standardgruppe)

2026:

- Umsetzung des Konzepts Feedbackmanagements
- Zertifizierung des SanaCERT Standards 33
- Evaluation und kontinuierliche Verbesserung des Systems basierend auf den erhaltenen Feedbacks und den erzielten Ergebnissen

**Involvierte Berufsgruppen:**

Standradgruppe aus einem internen Arzt, einem zuweisenden Arzt, der Pflege, dem Stab Direktion und der Patientenaufnahme sowie der Hotellerie.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

### 18.2.1 Implementierung interne Audits

**Projektname:**

Implementierung der Internen Audits

**Projektziel:**

Ziel war die Implementierung interner Audits, um die acht zertifizierten SanaCERT Standards sowie Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz und Datenschutz zu überprüfen und zu sichern.

**Projektablauf:**

1. Konzeptentwicklung: Ein Auditkonzept wurde erstellt und durch den Q-Zirkel sowie die Geschäftsleitung genehmigt.
2. Teamaufbau: Das Auditteam wurde zusammengestellt, erfahrene Auditoren als Lead Auditoren und weniger erfahrene als Beisitzer.
3. Planung und Durchführung: Zu Beginn des Jahres wurden die zu auditierenden Bereiche festgelegt, ein Jahresplan erstellt und alle Mitarbeitenden via Intranet und Mitarbeitenden-Information informiert.  
Der Jahresplan konnte wie geplant umgesetzt werden.
4. Evaluation: Am Ende des Jahres wurde der Prozess evaluiert und als erfolgreich implementiert betrachtet.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Alle Personen am KSGL

## 18.2.2 Implementierung des Dialogs zu interprofessionellen Prozessoptimierungen (DIP)

**Projektname:**

Neutrale Stelle für den Dialog bei Prozessstörungen (Dialogs zu interprofessionellen Prozessoptimierungen = DIP)

**Projektziel:**

Das Projekt zielte darauf ab, eine neutrale Stelle zu etablieren, die Mitarbeitenden als Anlaufpunkt bei langandauernden Prozessstörungen dient. Hier können Prozessstörungen lösungsorientiert besprochen und optimiert werden. Die Moderation erfolgt durch die Qualitätsbeauftragte, die eine konstruktive und respektvolle Diskussion ermöglichen soll.

**Projekttablauf:**

1. Initiierung: Der Qualitätszirkel initiiert die neutrale Stelle, die von der Geschäftsleitung unterstützt wird.
2. Zielsetzung klarstellen: Diskussion von Prozessen, Identifikation von Störungen und Erarbeitung von Lösungen.
3. Definieren der verantwortlichen und zu involvierenden Personen für die Dialoge.
4. Abschluss: Der DIP wurde an der Mitarbeitenden-Information kommuniziert und im Berichtsjahr konnte bereits ein DIP erfolgreich umgesetzt und abgeschlossen werden.

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Qualitätsbeauftragte: Moderation des Dialogs.
- Mitarbeitende und Vorgesetzte: Teilnahme am Dialog zur Klärung von Prozessstörungen.
- Geschäftsleitung: Unterstützung der neutralen Stelle.
- Qualitätszirkel: Initiierung des Projekts.

**Ziele des Dialogs:**

- Frustrationen abbauen.
- Prozesse und Störungen reflektieren und optimieren.
- Konstruktive Diskussionen auf Augenhöhe fördern.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 IVR-Rezertifizierung des Rettungsdienstes

**Projektname:**

IVR Re-Zertifizierung des Rettungsdienstes – Erfolgreicher Abschluss mit neuem Zertifikat

**Projektziel:**

Das Ziel dieses Projekts war die erfolgreiche Re-Zertifizierung des Rettungsdienstes gemäss den Anforderungen des IVR (Interverband für Rettungswesen).

**Projektbeschreibung:**

Im Rahmen des Projekts wurden sämtliche Qualitätsmanagementdokumente des Rettungsdienstes überarbeitet und aktualisiert. Dazu wurden alle relevanten Dokumente einer gründlichen Prüfung unterzogen, bei Bedarf angepasst, neu erstellt oder archiviert. Zudem wurden die Prozessdokumentationen im Prozesshandbuch überarbeitet und die Kopf- und Fusszeilen vereinheitlicht, um den Qualitätsvorgaben des gesamten Spitals zu entsprechen.

**Projektergebnis und Nutzen:**

Das Projekt wurde im Berichtsjahr erfolgreich abgeschlossen und der Rettungsdienst hat das neue IVR-Zertifikat erhalten.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Bedeutung einer hohen medizinischen Qualität sowie der Zugang zu hochwertigen Gesundheitsleistungen gewinnen in unserer Gesellschaft zunehmend an Wichtigkeit. Daher ist es essenziell, dass wir uns im Gesundheitswesen kontinuierlich um die Verbesserung unserer Dienstleistungen bemühen und Transparenz gewährleisten.

Seitens des Bundes wird gezielt darauf hingearbeitet, die Qualität im Gesundheitswesen systematisch und nachhaltig zu optimieren. Gesundheitsdaten sollen politischen Entscheidungsträgern ermöglichen, die grössten gesundheitlichen Risiken zu erkennen und die betroffenen Personengruppen zu identifizieren. Auf dieser Basis werden medizinische Leistungen überarbeitet und neu ausgerichtet.

Ein weiteres zentrales Anliegen besteht darin, die Öffentlichkeit umfassender über die Qualität der Gesundheitsversorgung zu informieren. Aus diesem Grund wurde im Berichtsjahr ein nationaler Qualitätsvertrag verabschiedet, der eine einheitliche, verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken sicherstellen soll.

Auch in unserem Haus steht Qualitätsmanagement im Fokus:

Wir messen, optimieren und kommunizieren Qualitätsstandards offen an verschiedene Zielgruppen. Die Steuerung und Verbesserung der Qualität ist komplex und erfordert erheblichen Aufwand, doch sie ist essenziell für unsere zukünftige Entwicklung.

Strukturierte Prozessprüfungen und Optimierungen bilden die Grundlage für eine nachhaltige Qualitätssicherung, da ein Spital ohne gezieltes Qualitätsmanagement langfristig nicht erfolgreich bestehen kann. Es gibt keine allgemeingültige Lösung für erfolgreiches Qualitätsmanagement. Gerade als kleineres Spital sind wir daher auf bewährte Messinstrumente und Qualitätsprogramme angewiesen, wie die Erhebungen des ANQ oder die Initiativen der Stiftung Patientensicherheit. Die konsequente Umsetzung der Massnahmen liegt in unserer Verantwortung und ist uns wichtig.

Unser Ziel ist es, die Qualität unserer Leistungen fortlaufend zu verbessern und unseren Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung zu bieten.

Ihre Sicherheit und Zufriedenheit haben für uns oberste Priorität.

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Qualitätsbericht für das Jahr 2024.

Glarus, 1. Mai 2025

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)
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
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>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
<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
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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