



## Qualitätsbericht 2017

**Kantonsspital Glarus AG**  
**Burgstrasse 99**  
**8750 Glarus**

Nach den Vorgaben von H+ qualité®

## 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 2017.

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

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

### 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 2017

Frau  
Katharina Camen  
Qualitätsbeauftragte  
055 646 31 75  
[katharina.camen@ksgl.ch](mailto:katharina.camen@ksgl.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	16
4.5 Registerübersicht .....	17
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	18
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>19</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	20
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	21
5.3 Beschwerdemanagement .....	22
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
8.1 Eigene Befragung .....	23
8.1.1 Mündliche, strukturierte Befragung der zuweisenden Ärztinnen / Ärzte .....	23
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>24</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	24
<b>10 Operationen</b> .....	<b>26</b>
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	26
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>27</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	27
<b>12 Stürze</b> .....	<b>29</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	29
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>30</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	30
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Am Kantonsspital Glarus werden keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen durchgeführt. Patienten mit entsprechender Diagnose werden verlegt.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>32</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	32
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

17

Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>34</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	34
18.1.1	Aktuelle Projekte .....	34
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 .....	34
18.2.1	Abgeschlossenes Projekt .....	34
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	34
18.3.1	SanaCERT .....	34
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>35</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>36</b>
Akutsomatik .....		36
<b>Anhang 2</b> .....		<b>38</b>
<b>Herausgeber</b> .....		<b>39</b>

## 1 Einleitung

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

Das Kantonsspital Glarus stellt seit über 130 Jahren die Spitalversorgung für die rund 40'000 Einwohner des Kantons Glarus sicher. Dabei erbringt es rund 5'000 stationäre und 25'000 ambulante Fälle. Wie Anhang 1 in diesem Qualitätsbericht zeigt, ist das Leistungsspektrum für ein Grundversorgungsspital äusserst breit. Deshalb verwundert es auch nicht, dass der Schweregrad im Jahr 2017 bei hohen 0.933 liegt. Das KSGL gehört mit seinen rund 600 Mitarbeitenden - davon sind rund 80 in Ausbildung - zu den grössten Arbeitgebern im Kanton Glarus.

Im 2017 ist das KSGL erneut von SanaCert Suisse für sein hervorragendes Qualitätsmanagement zertifiziert worden. An einem zweitägigen Audit wurden am Kantonsspital Glarus von externen Fachleuten acht Qualitätsbereiche, sogenannte Qualitätsstandards überprüft. Bei sechs Standards wurde dem Spital durch die Experten der unabhängigen Stiftung sanaCERT Suisse die höchste und bei zweien die zweithöchste Note verliehen. Damit hat das Spital die Re-Zertifizierung nicht einfach nur bestanden, sondern hat die geforderte Punktezahl weit übertroffen. Mit dem erfolgreich bestandenen Zertifizierungsaudit wird dem Kantonsspital Glarus bescheinigt, dass es über ein sehr gut funktionierendes Qualitätsmanagement verfügt.

Die SanaCert-Zertifizierung ist nur ein Beispiel der umfassenden, integrierten Qualitätsanstrengungen am Kantonsspital Glarus. Erfahren Sie in diesem Bericht im Detail, wie wir Qualität verstehen, wie wir sie messen, welche Ergebnisse wir erreichen und welche Ziele wir anstreben. Ihr Interesse an unserer Qualität und an unserem Spital freut uns sehr.

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

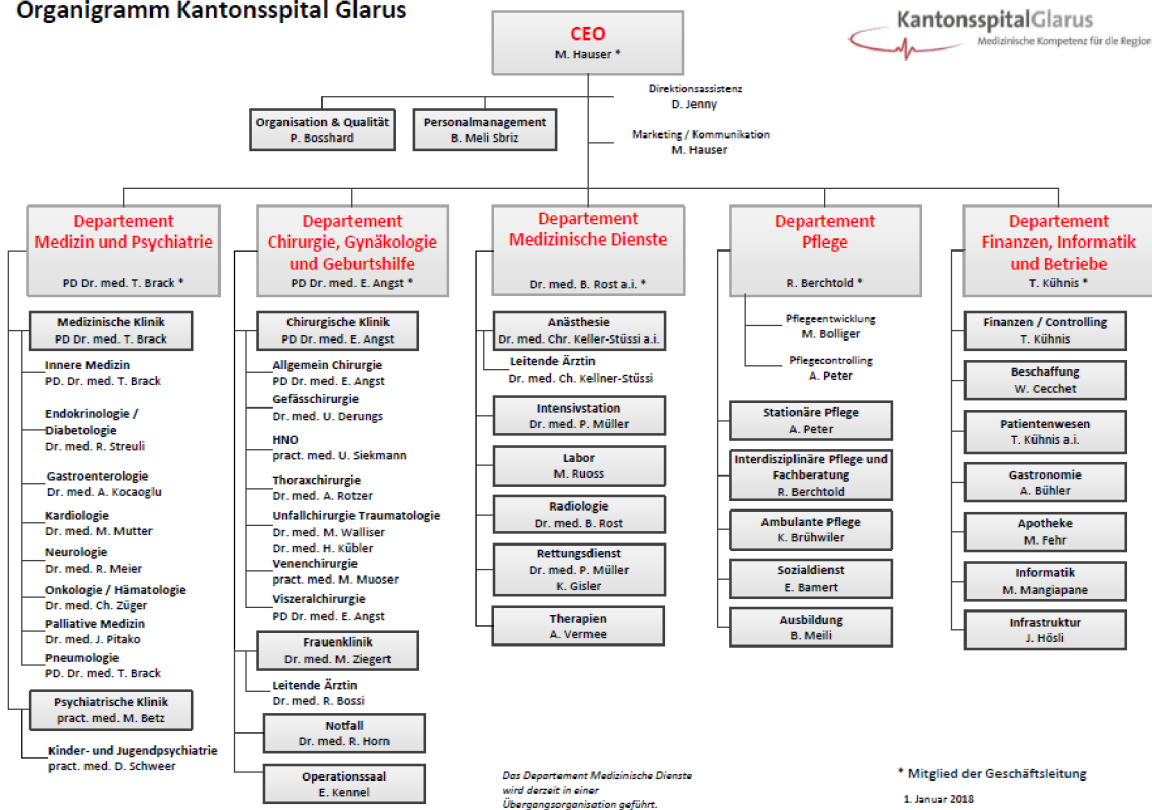
Glarus 4. Mai 2018  
Markus Hauser, CEO

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Organigramm Kantonsspital Glarus



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion dem CEO unterstellt

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Markus Hauser  
Direktor  
Kantonsspital Glarus AG  
055 646 31 00  
[markus.hauser@ksql.ch](mailto:markus.hauser@ksql.ch)

Frau Katharina Camen  
Qualitätsbeauftragte  
Kantonsspital Glarus AG  
055 646 31 75  
[katharina.camen@ksql.ch](mailto:katharina.camen@ksql.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### **Vision**

Das Kantonsspital Glarus bildet ein Zentrum, in dem vernetzt vielfältige Gesundheitsleistungen in sympathischer und vertrauensvoller Atmosphäre angeboten werden. Es ist ein Ort der Begegnung für kranke und gesunde Menschen.

#### **Mission**

*„Medizinische Kompetenz für die Region“*

Das Kantonsspital Glarus ist in der Behandlungskette eine zentrale Drehscheibe der Gesundheitsversorgung des Kantons Glarus und der angrenzenden Region. Es ist das Spital der Glarner Bevölkerung und ist deshalb nicht wegzudenken. Der Patient steht im Mittelpunkt des täglichen Handelns. Das Kantonsspital Glarus steht für eine gute Qualität. Es ist medizinisch kompetent, sei dies als diagnostizierender, behandelnder oder triagierender Leistungserbringer. Es bietet unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit ein breites Behandlungs- und Therapiespektrum an. Dazu nutzt es die Vorteile von Kooperationen. Das Kantonsspital Glarus wird getragen von gut ausgebildeten und motivierten Mitarbeitenden. Es verfügt über eine moderne Infrastruktur und ist gut ausgerüstet. Das Kantonsspital Glarus bietet eine gepflegte Hotellerie und liegt in einer intakten Umwelt.

#### **Werte**

Was wir machen, machen wir gut.

Was ich mache, mache ich gut.

#### *Patienten und Kunden*

Wir bieten eine freundliche und angenehme Atmosphäre.

Die Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patienten und Kunden stehen im Mittelpunkt.

Wir fühlen uns den Patienten verbunden und gehen menschlich mit ihnen um.

Wir bieten eine Gesamtbetreuung, in der wir die Angehörigen miteinbeziehen.

#### *Kommunikation*

Kommunikation ist eines unserer wichtigsten Werkzeuge.

Wir legen Wert auf eine klare und verständliche Sprache.

Wir gehen respektvoll miteinander um und führen einen Dialog über Ebenen und Bereiche hinweg.

#### *Mitarbeitende*

Meinungen werden gehört und ernst genommen. Wir pflegen kurze Informations- und Entscheidungswege. Wir fördern unsere Mitarbeitenden. Eine gute Balance zwischen Arbeit und Freizeit / Familie ist uns wichtig.

#### *Fachkompetenz, Freude und Engagement*

Für unsere Aufgaben sind wir bestens qualifiziert. Freude an der Arbeit ist uns wichtig.

Wir sind offen für Neues und entwickeln uns mit den Herausforderungen weiter.

#### *Qualität und Wirtschaftlichkeit*

Wir tragen die Verantwortung für unser Spital.

Wir setzen unsere Ressourcen für eine hohe Qualität ein. Wir handeln und wirtschaften im Sinne einer erfolgreichen Zukunft für unser Spital.

#### *Wertschätzung und Vertrauen*

Wir begegnen einander wertschätzend und nehmen Sorgen, Fragen, Anregungen und Wünsche ernst.

Wir erkennen und anerkennen den Wert unserer Mitarbeitenden und nutzen deren Qualitäten.

Unsere Begegnungen und Tätigkeiten, mit allen Partnern, beruhen auf gegenseitigem Vertrauen.

**Strategielandkarte**

Die Strategielandkarte (Anhang 2) ist aus dem Leitbild (Vision, Mission, Werte) abgeleitet. Jede Zieldimension aus der Strategielandkarte ist mit ausformulierten strategischen Zielen konkretisiert. Im Kapitel Qualitätsentwicklung sind diese strategischen Ziele aufgeführt. Die strategischen Ziele wiederum werden jeweils mit Jahreszielen Schritt um Schritt angestrebt.

**3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017**

- Ein neues CIRS wird erfolgreich eingeführt
- Lean Management ist pilotmässig umgesetzt
- Eine Zuweiserbefragung wird durchgeführt
- Die Sanacert Rezertifizierung wird bestanden
- Verhinderung der Legung unnötiger Blasenkateter, dadurch Verkürzung der Liegedauer
- Akutgeriatrie: Anbringung von Patiententafeln zur Information der wichtigsten Ansprechpartner

**3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017**

- Ein neues CIRS wurde erfolgreich eingeführt
- Lean Management wurde pilotmässig umgesetzt
- Die Zuweiserbefragung wurde durchgeführt
- Die Sanacert Rezertifizierung wurde bestanden
- Alle vorgegebenen ANQ-Messungen wurden durchgeführt

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Strategielandkarte gemäss Anhang 2 zeigt im Überblick auf, in welchen Dimensionen das Kantonsspital Glarus (KSGL) Ziele anstrebt. Die strategischen Ziele finden sich nachfolgend.

#### **Führung mit Finanz- und Leistungszahlen**

Zuverlässige und notwendige Führungs- und Controlling-Instrumente zur zielorientierten Steuerung des Unternehmens sind vorhanden und werden als Führungshilfe genutzt. Zuverlässige, visualisierte und aktuelle Finanz-, Qualitäts- und Leistungsdaten sind eine wesentliche Grundlage zur Beherrschung der Fallkosten, zur Erreichung eines positiven Rechnungsabschlusses sowie zur Verbesserung der Qualität. Die Indikatoren sind zur dezentralen Führung geeignet.

#### **Wirtschaftliche und wettbewerbsfähige Fallkosten**

Unter DRG bestimmen die Fallkosten die Wirtschaftlichkeit eines Spitals. Bei einem hohen Anteil an Fixkosten können Fallkosten auf der einen Seite mit einem hohen Case Mix (hohe Fallzahlen) und auf der anderen Seite mit wirksamen, interdisziplinären Prozessoptimierungen positiv beeinflusst werden. Die wesentlichen Kostenblöcke eines Falls müssen bekannt sein und optimiert werden.

#### **Bekanntheit und Vertrauen in der Bevölkerung**

Das KSGL steht permanent im Licht der Öffentlichkeit. Durch gezielte, positive Auftritte nach aussen gewinnen wir Vertrauen und steigern so unser Image. Eine klare und positive Kommunikation unseres breiten Leistungsangebotes nach aussen leistet einen wesentlichen Beitrag dazu, dass die Patienten aus dem Glarnerland und der angrenzenden Region das KSGL wählen und dass die angestrebten Fallzahlen damit erreicht werden. Unsere Mitarbeitenden treten in der Rolle als Fachspezialisten öffentlich auf. Unser Leistungsangebot wird der Bevölkerung auf unterschiedlichen Kanälen präsentiert.

#### **Zufriedene Patientinnen und Patienten**

Unsere Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen sind mit den Leistungen des KSGL zufrieden, weil:

- . das Leistungsangebot den Bedürfnissen der Patienten entspricht
- . die Kommunikation mit ihnen adäquat ist und sie dadurch gut informiert werden
- . sie fachlich kompetent behandelt und betreut wurden
- . kleine Dinge möglich gemacht wurden
- . sie sich bei uns wohl aufgehoben und ernst genommen fühlen
- . sie merken, dass das KSGL die Prozesse - auch interdisziplinär - beherrscht.

#### **Verlässlicher Partner in der Behandlungskette**

Das KSGL versteht sich als verlässlicher Partner von Spitex, Hausärzten, Pflegeheimen, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Institutionen in der Behandlungskette. Partner sein heisst Know-how teilen, voneinander lernen, gesprächsbereit sein und lösungsorientiert zusammenarbeiten. Wir sind bereit für die Mitgestaltung des Behandlungsprozesses bei vor- und nachgelagerten Leistungserbringern. Damit sichern wir unsere starke Stellung in der Gesundheitsversorgung des Kantons Glarus. Die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte werden als Botschafter des KSGL gewonnen.

#### **Kooperationsvorteile nutzen**

Das KSGL nutzt Kooperationsvorteile konsequent aus, ohne dabei die Selbstständigkeit zu verlieren. Dazu prüfen wir bei neuen Vorhaben immer auch Kooperationsmöglichkeiten mit externen Partnern, primär mit dem Kantonsspital Graubünden (KSGR) und den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR).

#### **Weiterentwicklung der Behandlungs- und Pflegequalität**

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

Die Messergebnisse analysieren wir und setzen Verbesserungsmaßnahmen im Sinn des PDCA-Kreislaufes konsequent um. Wir suchen laufend nach Prozessoptimierungen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit, zur Effizienzsteigerung und zur Beherrschung von Risiken. Konzepte des Lean Management werden umgesetzt. Unsere Prozesse werden im Prozesshandbuch dokumentiert.

#### **Wertschätzende interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Die Zusammenarbeit und die Kommunikation im KSGl sind geprägt von Offenheit, Respekt, Ehrlichkeit und Freundlichkeit. Sie finden zwischen verschiedenen Organisationseinheiten, Berufsgruppen und Hierarchien statt. Die Vorteile eines kleinen Spitals mit kurzen Wegen sowie einer hohen Flexibilität werden zielgerichtet genutzt. Die Denkhaltung führt dazu, dass bei unterschiedlichen Zielaspekten das Wohl der Gesamtunternehmung jederzeit im Vordergrund steht. Dazu braucht es eine starke Identifikation mit dem Gesamtspital.

#### **Leadership und Führungskompetenz fördern**

Das gesamte Kader des KSGl übernimmt eine klare Führung, die sich einheitlich an unseren Zielen orientiert. Wir fördern die Führungskompetenz, geben den Mitarbeitenden des Kaderns den notwendigen Handlungsspielraum, begrüssen das Kader bei Führungsentscheiden stufengerecht und erreichen damit ein hohes Mass an Loyalität und Vertrauen. Unser Kader zieht am gleichen Strick in die gleiche Richtung. Es übernimmt eine Vorbildfunktion. Unsere Führungskultur erhöht die Zufriedenheit der Mitarbeitenden.

#### **Zufriedene und kompetente Mitarbeitende**

Das KSGl bietet unseren Mitarbeitenden ein attraktives Arbeitsumfeld, zu dem insbesondere marktkonforme Arbeitsbedingungen, zeitgemässe Arbeitsmittel, interessante Arbeitsinhalte, eine zielorientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein gutes Arbeitsklima in und ausserhalb des Teams zählen. Das Wissen und die Kompetenzen unserer Mitarbeitenden werden zum Wohle des Unternehmens eingesetzt und erweitert, sofern dies im Einklang mit den Zielen der Gesamtunternehmung steht. Zufriedene Mitarbeitende erachten wir als wesentliche Grundlage für eine hohe Patientenzufriedenheit sowie für gute Behandlungs- und Pflegeergebnisse. Wir gewährleisten Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz.

#### **Quantitativ und qualitativ optimierte Personalressourcen**

Für den täglichen Betrieb, die Projekte und Vorhaben stehen in quantitativer und qualitativer Hinsicht Personalressourcen zur Verfügung, die unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit geeignet sind, die anstehenden Aufgaben zu bewältigen. Der Stellenetat wird nach unternehmerischen Gesichtspunkten ständig überprüft und aktualisiert (rollender Stellenetat).

## 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 und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erwachsenenpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> <li>– Symptombelastung (Fremdbewertung)</li> <li>– Symptombelastung (Selbstbewertung)</li> <li>– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie</li> </ul> </li> </ul>

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

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

**Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:**

*Zuweiserzufriedenheit*

- Mündliche, strukturierte Befragung der zuweisenden Ärztinnen / Ärzte

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

##### Patienteninformation

<b>Ziel</b>	Die Patienteninformation ist so organisiert, dass sie den künftigen betriebswirtschaftlichen und qualitätsbezogenen Ansprüchen gerecht wird. Der Patient fühlt sich in seinem Aufenthalt sicher und ernstgenommen in seinen Belangen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

##### Risikomanagement

<b>Ziel</b>	Systeme zur Identifikation und Bewertung von Sicherheitsrisiken, zur Ergreifung allfälliger Massnahmen und zur Überprüfung ihrer Wirksamkeit sind eingeführt.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

##### Sichere Medikation

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

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

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

## Schmerzbekämpfung

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

## Stationäre Palliative Care

<b>Ziel</b>	Stationäre Palliative Care Einheit mit optimalem Behandlungspfad.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Abteilung
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Gemäss Zertifizierungszyklus SanaCERT

## Elektronische Kommunikation mit Zuweisern

<b>Ziel</b>	Ein grundlegendes Ziel ist, dass die Informations- und Kommunikationstechnologie so eingesetzt wird, dass die Vernetzung der Zuweiser und Spitäler sichergestellt ist und dass die Prozesse qualitativ besser, sicherer und effizienter sind.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Abteilungen inklusive Ambulatorien
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Oktober 2014 bis Dezember 2017

## Lean Management

<b>Ziel</b>	Prozessoptimierungen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit, zur Effizienzsteigerung und zur Beherrschung von Risiken
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Pilotabteilung Chirurgie 5. Stock
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Oktober 2016 bis Dezember 2017

## CIRS Konzept

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

#### 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 ein CIRS im Jahr 2003 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**

Eine neue Software sowie eine neue Organisationsstruktur des CIRS wurden im Jahr 2017 erfolgreich eingeführt.

## 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 und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	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>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	1990
<b>SIOLD</b> SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois <a href="http://www.siold.ch">www.siold.ch</a>	2010
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2012
<b>KR GG</b> Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	<a href="http://www.ksgr.ch/krebsregister.aspx">www.ksgr.ch/krebsregister.aspx</a>	2009

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
QualiCERT	SanaTrain Physiotherapie	2003	2017	
SanaCert	Gesamtes Spital	2003	2017	
SGI	Intensivstation	2013	2016	
IVR	Rettungsdienst	2015	2015	
SAKR	Ambulante Herzreha	2014	2014	

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

#### Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.17 (4.05 - 4.28)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.62 (4.50 - 4.74)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.56 (4.45 - 4.67)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.55 (4.40 - 4.70)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.05 (3.91 - 4.19)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.50 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

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

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

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

Im Vergleich mit anderen Kliniken schnitt das KSGL bei allen Fragen über dem Durchschnitt ab. Die Patientenzufriedenheit ist nach wie vor hoch.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	342		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	158	Rücklauf in Prozent	46 %

**5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie**

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

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

**Messergebnisse**

Die Messergebnisse 2017 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die von September bis November 2017 ausgetreten sind.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Kantonsspital Glarus AG**

Camen Katharina

Qualitätsbeauftragte

055 646 31 75

[katharina.camen@ksgl.ch](mailto:katharina.camen@ksgl.ch)

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Mündliche, strukturierte Befragung der zuweisenden Ärztinnen / Ärzte

Das Kantonsspital Glarus misst die Zuweiserzufriedenheit alle drei Jahre mit dem Ziel, den persönlichen Dialog mit unseren häufigsten Zuweiserinnen und Zuweisern zu stärken. Eine erste Erfassung der Zufriedenheit mittels standardisierten Interviews wurde durchgeführt. Diese wurden durch die Mitglieder der Geschäftsleitung und durch die Chefärzte durchgeführt. Mehrheitlich fand das Interview in der Praxis statt. Die Auswertung erfolgt im Jahr 2018.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom November 2017 bis Dezember 2017 durchgeführt.

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

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse		2013	2014	2015	2016**
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>					
Beobachtete Rate	Intern:	4.27%	4.13%	4.50%	-
	Extern:	0.49%	0.41%	0.28%	-
Erwartete Rate		4.83%	4.61%	4.46%	-
Verhältnis der Raten***		0.99	0.98	1.07	

\*\* Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

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

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

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

Die Ergebnisse lassen sich nicht in die Tabelle integrieren, da sich die Ergebnisdarstellung geändert hat. Neu werden anstelle der internen und externen Raten eine global beobachtete Rate und den Anteil davon als externe Rehospitalisationen in % dargestellt.

Global beobachtete Rate: 4.82%, extern: 7.88%

Global erwartete Rate: 4.17%, maximal global erwartete Rate: 4.70%

Verhältnis der Raten: 1.16

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>		
Anzahl auswertbare Austritte:	3652	

## 10 Operationen

### 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse	2013	2014	2015	2016 **
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
Beobachtete Rate	1.84%	2.04%	2.30%	2.41%
Erwartete Rate	2.05%	2.02%	2.11%	2.12%
Verhältnis der Raten***	0.9	1.01	1.1	1.14

\*\* Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>		
Anzahl auswertbare Operationen:	2243	

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	5	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 41.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	8	1	18.00%	5.10%	20.10%	12.50% (0.30% - 52.70%)
Kaiserschnitt (Sectio)	111	1	3.80%	1.80%	3.30%	0.90% (0.00% - 4.90%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	5	1	1.30%	0.00%	0.00%	20.00% (0.50% - 71.60%)

\* 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](http://www.anq.ch).

**Angaben zur Messung**

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

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	3	1	1
In Prozent	1.70%	6.10%	6.70%	2.60%

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

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

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	Anteil in Prozent (Antwortrate)	-

## 13 Wundliegen

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	2	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4				0	-

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

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

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

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	39	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	69.60%

## 15 Psychische Symptombelastung

### 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

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

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

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

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

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

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

#### Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2013	2014	2015	2016
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	10.50	11.03	13.39	11.91
Standardabweichung (+/-)	5.56	6.23	4.17	4.87
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-	6.23

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2013	2014	2015	2016
<b>Kantonsspital Glarus AG</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	24.05	31.61	39.22	27.80
Standardabweichung (+/-)	28.14	33.75	28.30	33.62
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-	4.48

Wertung der Ergebnisse:

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

\* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Aktuelle Projekte

- Ambulante Voruntersuchung (AVUS): Prozesse werden patientengerecht überarbeitet
- Aufbau einer pädiatrischen Praxis

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

#### 18.2.1 Abgeschlossenes Projekt

Umbau und Erweiterung der Dialysestation

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 SanaCERT

Das nächste Überwachungsaudit wird im November 2018 durchgeführt.

Folgende vier Standards werden überprüft:

- Qualitätsmanagement
- Palliative Betreuung
- Abklärung Behandlung und Betreuung in der Notfallstation
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen

## 19 Schlusswort und Ausblick

Nebst unserem hohen Engagement für eine hohe medizinische Qualität legen wir einen grossen Wert auf unsere gesellschaftliche Verantwortung. Unsere Strategie verlangt, dass wir nach aussen Vertrauen und ein positives Image schaffen und so eine hohe Akzeptanz bei der Bevölkerung erreichen. Dass wir dieses Ziel erreichen, lässt sich eindrücklich mit Zahlen belegen. Das Kantonsspital Glarus behandelt 70% aller stationären Glarner Patienten. Der Marktanteil bei den Leistungen, für die es einen Leistungsauftrag hat, beträgt der Anteil sogar 80%.

Das Kantonsspital Glarus stellt zusammen mit anderen Leistungserbringern wie Hausärzten, Spitex oder Pflegeinstitutionen eine optimale und qualitativ gute Gesundheitsversorgung sicher. Neben den Spitalleistungen helfen wir nach Möglichkeit mit, wenn die Kapazitäten für die Grundversorgung der Bevölkerung an einen kritischen Punkt gelangen. So haben wir beispielsweise einen Leistungsauftrag für die ambulante Pädiatrie oder die ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie übernommen, weil dieser zentrale Versorgungsbereich durch Private nicht mehr abgedeckt wird. Oder wir übernehmen einen Teil des hausärztlichen Notfalldienstes, um die Hausärzte zu entlasten und deren Arbeit attraktiver zu gestalten. Wir tun dies, um die hohe Qualität der Grundversorgung zu erhalten. Vertrauen aufzubauen und zu halten ist ein hochkomplexes Zusammenspiel vielfältiger Faktoren: Wir brauchen zufriedene Patientinnen und Patienten sowie auch zufriedene Hausärztinnen und Hausärzte. Die Basis dafür legen wir mit einer hohen medizinischen Qualität. Unsere Handlungen müssen wir beherrschen. Aber auch eine optimale Spital-Organisation, eine einwandfreie Kommunikation oder eine exzellente Verpflegung, um einige Beispiele zu nennen, sind für ein positives Image und für ein hohes Vertrauen notwendig. Nur mit hoch motivierten, engagierten und zufriedenen Mitarbeitenden können wir die gesellschaftliche Verantwortung für eine hochstehende Grundversorgung erreichen.

In einem Betrieb mit 600 Mitarbeitenden und rund 30'000 Patientenfällen gibt es immer Verbesserungspotential oder Patienten, deren Erwartungen wir nicht erfüllen können. Wichtig – und das ist der zentrale Punkt im Qualitätsmanagement – ist, dass wir solche Abweichungen erkennen, daraus Massnahmen ableiten und lernen. Aktuelle Umfragen zeigen, dass unsere Patientinnen und Patienten sowie auch unsere Mitarbeitenden im Vergleich der Schweizer Spitäler überdurchschnittlich zufrieden. Darauf sind wir stolz.

Glarus 4. Mai 2018  
Markus Hauser, 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 [spitalinformation.ch](http://spitalinformation.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

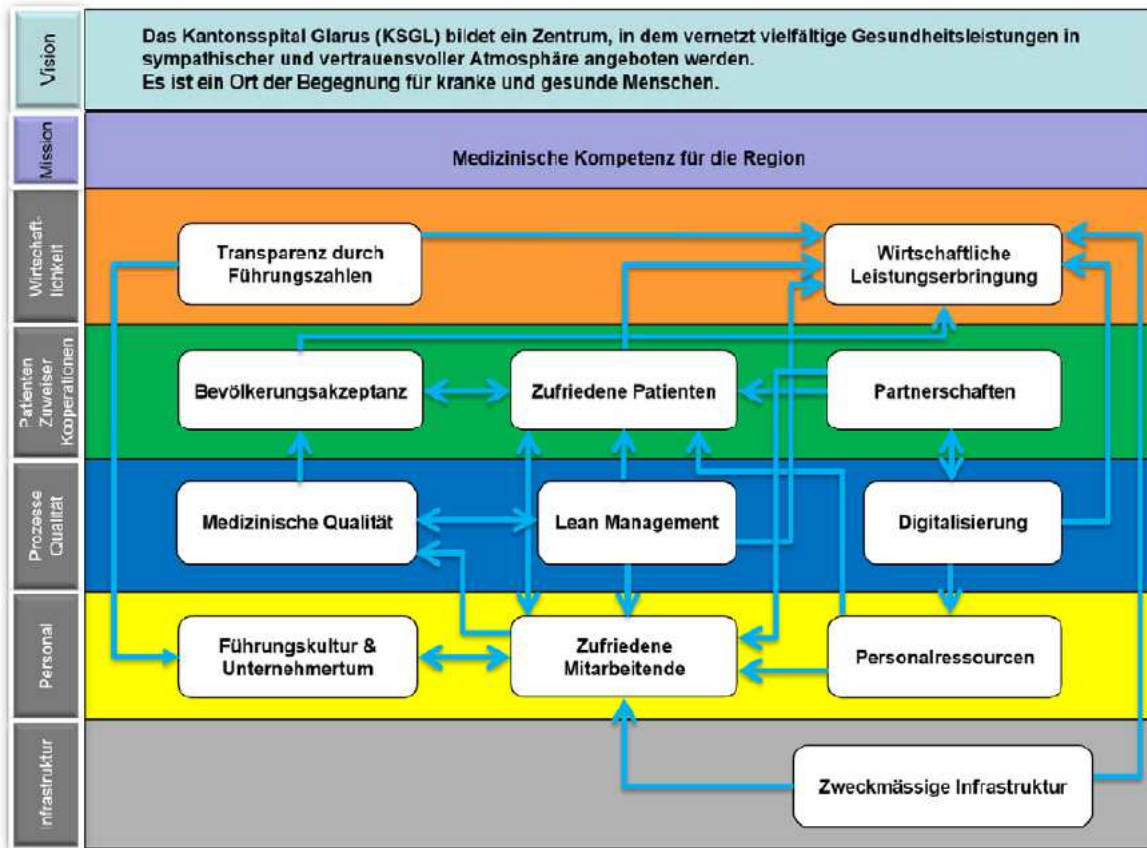
Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

### Akutsomatik

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

Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
<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
Knochentumore
Plexuschirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Strategielandkarte; Stand 2017



## 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/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/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 für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



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.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.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.patientsicherheit.ch](http://www.patientsicherheit.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**).