



Spital Lachen

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

10.04.2026
Heidi Zbinden, CEO

Version



Spital Lachen AG

www.spital-lachen.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2025.

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 schweizerische Spital- und Kliniklandschaft ist sehr heterogen, entsprechend unterschiedlich sind auch die Fallzahlen. Werte von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen sind statistisch weniger robust und mehr von zufälligen Schwankungen betroffen. Auch lassen sich aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf die Fallschwere der Patientinnen und Patienten und den damit verbundenen Behandlungs- und Ressourcenaufwand der Institutionen ableiten.

In Bezug auf die nationalen Qualitätsmessungen des ANQ ist insbesondere zu erwähnen, dass bei der Publikation der Ergebnisse sorgfältig auf faire Spital- und Klinikvergleiche geachtet wird. Von Spital- oder Klinikranglisten sieht der ANQ entschieden ab. Sämtliche Resultate der Qualitätsmessungen geben nur Teilaspekte der Gesamtqualität eines Spitals oder einer Klinik wieder und jede Methode hat ihre Chancen und Grenzen.

Zudem 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 2025

Frau
Claudia Wussow
Leitung Qualitätsmanagement
0554513085
claudia.wussow@spital-lachen.ch

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

Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Die Informationen hierzu werden auch in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt.

Die Qualitätsentwicklung wird von den Spitälern und Kliniken mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen vorangetrieben. Als Basis für die Deklaration und Publikation dient der Qualitatsvertrag gemäss Art. 58a KVG (QV58a). Weitere Informationen zum Qualitatsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – [Qualität – Qualitatsvertrag](#). Die Selbstdeklarationen werden durch die Spitäler und Kliniken mindestens einmal jährlich aktualisiert. Im Qualitätsbericht 2025 sind diese Angaben nun erstmals automatisch integriert und entsprechen dem Stand Ende Jahr 2025.

Die Vorlage zum Qualitätsbericht 2025 umfasst weiterhin die Aktivitatstypen: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. 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.

Um das Ausfllen der Vorlage zum Qualitätsbericht zu vereinfachen und den Aufwand zu reduzieren, sind unter anderem neu direkte Links zu den Nationalen Messungen und Befragungen (ANQ) auf den jeweiligen Spitalprofilen auf spitalinfo.ch gesetzt worden.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das unermüdliche Engagement, mit dem sie – zusammen mit den breitgefächerten Aktivitäten – weiterhin eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen können. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG	11
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen <i>Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben</i>	
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	13
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	19
4.6 Registerübersicht	21
4.7 Zertifizierungsübersicht	24
QUALITÄTSMESSUNGEN	26
Erhebung der Patientenerfahrung	27
5 Patientenerfahrung	27
5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik	27
5.2 Beschwerdemanagement	28
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern <i>es liegt kein Leistungsauftrag für Kinder vor</i>	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	29
7.1 Eigene Befragung	29
7.1.1 Keine Befragung im Berichtsjahr	29
8 Zuweiserzufriedenheit	30
8.1 Eigene Befragung	30
8.1.1 Rotthaus.com	30
Behandlungsqualität	32
Messungen in der Akutsomatik	32
9 Wiedereintritte	32
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	32
10 Operationen	33
10.1 Hüft- und Knieprothetik	33
11 Infektionen	34
11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen	34
12 Stürze	36
12.1 Eigene Messung	36
12.1.1 Interne Erhebung im Beobachtungsfall	36
13 Dekubitus	37
13.1 Eigene Messungen	37
13.1.1 Interne Erhebung im Beobachtungsfall	37
Psychiatriespezifische Messungen	38
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung	38
14.1 Eigene Messung	38

14.1.1	Punktprävalenzmessung.....	38
	Rehaspezifische Messungen	0
15	Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit	
	<i>Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.</i>	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	39
16	Weitere Qualitätsmessung	39
16.1	Weitere eigene Messung	39
16.1.1	Qualitätssicherungsstudie Herniamed (Akutsomatik)	39
17	Projekte im Detail	40
17.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	40
17.1.1	Dokumentenmanagementsystem "Kompass".....	40
17.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025	41
17.2.1	Kein Projekt im Aktuellen Berichtsjahr	41
17.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte.....	41
17.3.1	Keine aktuellen Zertifizierungsprojekte	41
18	Schlusswort und Ausblick	42
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	43
	Akutsomatik.....	43
	Herausgeber	45

1 Einleitung

Das Jahr 2025 stand für die Spital Lachen AG im Zeichen der konsequenten Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagements – mit dem klaren Anspruch, Qualität noch systematischer zu steuern, messbarer zu machen und stärker im klinischen Alltag zu verankern.

Als CEO erfüllt es mich mit grosser Wertschätzung gegenüber unseren Mitarbeitenden, auf ein Jahr zurückzublicken, in dem wir zentrale strukturelle Grundlagen geschaffen und gleichzeitig konkrete Verbesserungen in der Patientenversorgung umgesetzt haben.

Qualität verstehen wir dabei nicht als isolierte Disziplin, sondern als integralen Bestandteil unserer Unternehmensführung und unseres täglichen Handelns. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen bleiben anspruchsvoll: steigende regulatorische Anforderungen – insbesondere im Kontext des nationalen Qualitätsvertrags gemäss Art. 58a KVG –, zunehmender Effizienzdruck sowie der anhaltende Fachkräftemangel prägen unser Umfeld.

Gerade in diesem Spannungsfeld ist es entscheidend, Qualität gezielt zu steuern und konsequent an der Patientensicherheit, der Behandlungsqualität und der Patientenerfahrung auszurichten.

Im Berichtsjahr haben wir wichtige Fortschritte erzielt:

Die Weiterentwicklung unserer Qualitätsstrategie, der Aufbau klarer Steuerungs- und Governance-Strukturen – unter anderem mit der Vorbereitung einer bereichsübergreifenden Qualitätskommission – sowie die konsequente Ausrichtung auf Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) bilden zentrale Pfeiler unserer Arbeit.

Parallel dazu haben wir mit Projekten wie der Einführung eines Dokumentenmanagementsystems, der Weiterentwicklung des Prozessmanagements und der Stärkung des Feedback- und Beschwerdemanagements wesentliche Grundlagen für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung geschaffen.

Ein besonderer Fokus lag auf der Stärkung der Patientenperspektive. Mit der Einführung neuer Messinstrumente wie den PREMs sowie der systematischen Nutzung von Patientenrückmeldungen schaffen wir eine noch fundiertere Basis, um unsere Leistungen konsequent aus Sicht der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln. Qualität wird damit noch stärker entlang des gesamten Behandlungspfades gedacht.

Gleichzeitig bleibt die Patientensicherheit ein zentraler Bestandteil unserer Qualitätsarbeit.

Instrumente wie CIRS, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie interprofessionelle Lernformate sind Ausdruck einer gelebten Sicherheitskultur, die auf Transparenz, Lernen und kontinuierlicher Verbesserung basiert. Unsere Qualitätsarbeit folgt konsequent dem Prinzip des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Sinne des PDCA-Zyklus.

Ziel ist es, Qualität nicht nur zu sichern, sondern aktiv weiterzuentwickeln – strukturiert, nachvollziehbar und wirksam.

Der vorliegende Qualitätsbericht zeigt transparent auf, wo wir stehen, welche Fortschritte wir erzielt haben und wo wir uns weiterentwickeln wollen. Er ist zugleich Ausdruck unserer Haltung: Qualität ist kein Projekt, sondern ein fortlaufender Führungsauftrag – getragen von allen Mitarbeitenden und verankert in unserer Strategie. Ich danke allen Mitarbeitenden herzlich für ihren grossen Einsatz, ihre Professionalität und ihr Engagement für eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patientinnen und Patienten.

Mit freundlichen Grüssen

Heidi Zbinden
CEO Spital Lachen AG

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

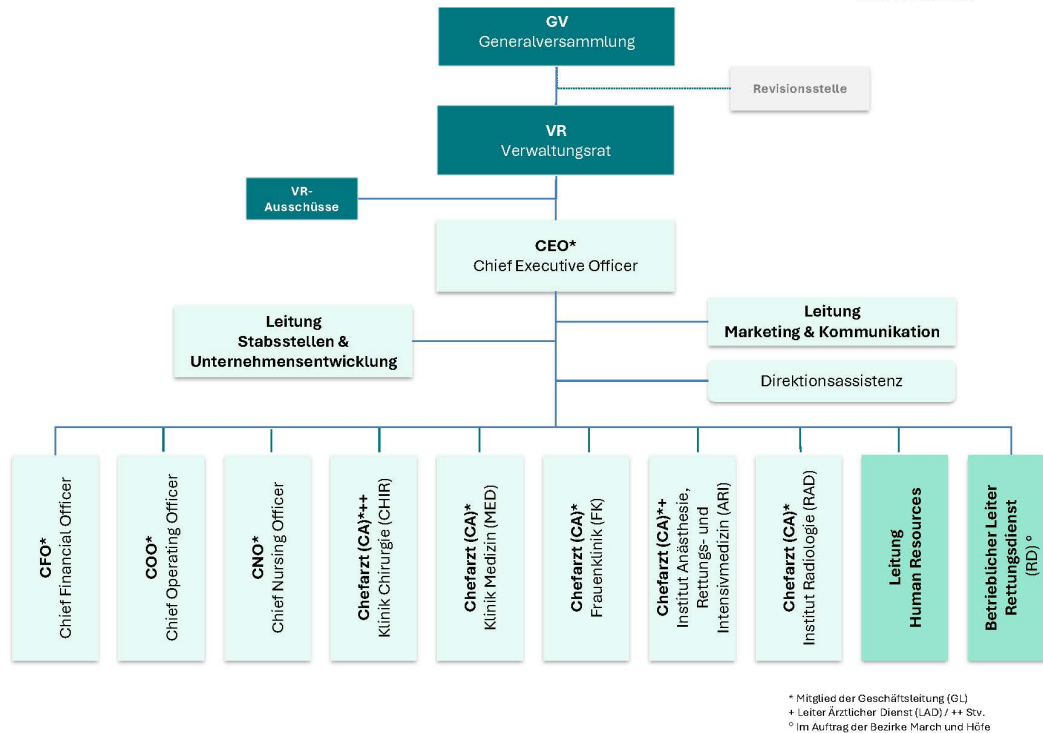
2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Organigramm Spital Lachen AG

gültig ab 01.06.2025



Der Bereich Qualitätsmanagement & Qualitätsentwicklung ist als Stabsstelle der Leitung Stabsstellen und Unternehmensentwicklung unterstellt und in dieser Konstellation direkt der CEO der Spital Lachen AG angegliedert. Die Leitung QM rapportiert regelmässig an die CEO und Geschäftsleitung.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Claudia Wussow
Leitung Qualitätsmanagement
055 451 3085
claudia.wussow@spital-lachen.ch

Frau Heidi Zbinden
CEO
055 451 3003
heidi.zbinden@spital-lachen.ch

Frau Simone Joos-Leiske
Leitung Stab und Unternehmensentwicklung
055 451 30 28
simone.joos-leiske@spital-lachen.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsmanagement ist ein integrierter und etablierter Bestandteil unserer täglichen Arbeit und beinhaltet die kontinuierliche Verbesserung unserer Strukturen und Prozesse sowie der daraus resultierenden Qualität. Damit verfolgen wir das Ziel einer hohen Patientenzufriedenheit, einer sicheren Behandlung und Betreuung, einer hohen Zufriedenheit der zuweisenden Ärzteschaft sowie einer von Respekt und Wertschätzung geprägten Mitarbeitendenzufriedenheit. Aktivitäten zur Qualitätssicherung und -entwicklung sind in allen Bereichen etabliert.

Durch eine gezielte Koordination wird die Vernetzung der Aktivitäten zum Wohl von Patientinnen und Patienten, Mitarbeitenden und Partnern gefördert. Unsere Mitarbeitenden verstehen wir als zentrale Partner für die erfolgreiche Umsetzung der Qualitätsarbeit. Ihr Engagement ist eine wesentliche Voraussetzung für die Weiterentwicklung unserer Qualitätsaktivitäten.

Wir fühlen uns gegenüber unseren Patientinnen und Patienten verpflichtet und richten unsere Qualitätsstrategie konsequent am Nutzen für Patientinnen und Patienten, Zuweisende und Partner sowie an der Qualität unserer klinischen Ergebnisse aus.

Wir sind bestrebt, die notwendigen Strukturen zu unterhalten, regelmässig zu überprüfen und gezielt weiterzuentwickeln. Der Schwerpunkt unserer Aktivitäten liegt auf einem systematischen, patientenorientierten und bereichsübergreifenden Prozessmanagement, welches im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung ausgebaut wird. Damit stärken wir das Vertrauen in unser Leistungsangebot und fördern eine sichere sowie effiziente Versorgung im ambulanten und stationären Bereich.

Durch kontinuierliches Beobachten, Reflektieren und Hinterfragen entwickeln wir uns im Sinne des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) stetig weiter.

Im klinischen Bereich erfolgen Ergebnismessungen und Benchmarks auf Basis der Programme des ANQ sowie im Einklang mit dem nationalen Qualitätsvertrag. Die Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) bildet dabei einen zentralen Bestandteil unserer Qualitätsentwicklung. Ergänzend führen wir interne Messungen, strukturierte Audits sowie die systematische Auswertung von Patientenrückmeldungen und Patientenerfahrungen (PREMs) durch, um zusätzliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit unserer Verbesserungsaktivitäten zu gewinnen.

Mit fachspezifischen Zertifizierungen sichern wir die Qualität unserer klinischen Prozesse und nutzen Selbstevaluationen sowie externe Audits zur kontinuierlichen Weiterentwicklung. Gleichzeitig fördern wir eine offene und lernorientierte Sicherheitskultur als Grundlage für nachhaltige Qualitätsverbesserung.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

Im Berichtsjahr 2025 lag der Fokus auf der gezielten Weiterentwicklung und Strukturierung des Qualitätsmanagements sowie der Stärkung zentraler Qualitätsformate und -instrumente. Bestehende Aktivitäten wurden konsolidiert, weiterentwickelt, fokussiert aufeinander abgestimmt und harmonisiert.

Dazu gehörten insbesondere folgende Schwerpunkte:

- *Weiterentwicklung der Qualitätsstrategie unter Berücksichtigung der Anforderungen des nationalen Qualitätsvertrages sowie der systematischen Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM).*
- *Vorbereitung und Etablierung einer Qualitätskommission (Q-Kommission) als strategisches Gremium*

zur bereichsübergreifenden Steuerung und Weiterentwicklung der Qualitätsaktivitäten.

- Weiterentwicklung des internen Auditwesens mit dem Ziel, Strukturen und Prozesse systematisch zu überprüfen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und die Wirksamkeit von Massnahmen zu erhöhen.
- Weiterentwicklung des Feedbackmanagements für Patientinnen und Patienten mit Fokus auf eine strukturierte Erfassung, Auswertung und Nutzung von Rückmeldungen als Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen.
- Fokussierte Weiterführung des Projektes zur Einführung eines Dokumentenmanagementsystems (DMS) mit dem Ziel, bestehende Dokumente zu konsolidieren, zu strukturieren und die Zugänglichkeit sowie Verbindlichkeit von Regelwerken zu verbessern.
- Weiterentwicklung des Prozessmanagements mit dem Ziel, Transparenz über bestehende Abläufe zu schaffen, Verantwortlichkeiten zu klären und eine Grundlage für zukünftige Optimierungen zu legen.
- Umsetzung und Weiterentwicklung von Massnahmen im Bereich Patientensicherheit, unter anderem durch die Weiterführung etablierter Instrumente wie CIRS, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie interaktive Formate zur Sensibilisierung.
- Fortführung des Projekts "Patientenidentifikation mittels Patientenarmband" mit geplanter Ausweitung auf weitere Bereiche im stationären und ausgewählten ambulanten Setting.
- Weiterführung der Vorbereitungsarbeiten im Zusammenhang mit dem elektronischen Patientendossier (EPD) unter Berücksichtigung externer Rahmenbedingungen.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

Im Berichtsjahr 2025 konnten zentrale Grundlagen für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements geschaffen und erste strukturelle sowie inhaltliche Verbesserungen erfolgreich umgesetzt werden.

- Im Bereich Dokumentenmanagement wurden wesentliche Grundlagen für die Einführung eines Dokumentenmanagementsystems (DMS) erarbeitet. Dazu zählen insbesondere die Definition von Dokumententypen, die Erfassung der Metadaten sowie die Vorbereitungsarbeiten für einheitliche Vorlagenstrukturen. Damit wurde die Basis für eine strukturierte, transparente und verbindliche Dokumentenlenkung geschaffen.
- Das Feedbackmanagement für Patientinnen und Patienten wurde weiterentwickelt und systematisiert. Die strukturierte Erfassung und Auswertung von Rückmeldungen ermöglicht es, wiederkehrende Themen zu identifizieren und gezielt Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.
- Die Weiterentwicklung des Prozessmanagements wurde initiiert. Erste Grundlagen zur Strukturierung von Prozessen sowie zur Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten wurden erarbeitet.
- Im Bereich Patientensicherheit wurden bestehende Instrumente weiter gestärkt. Insbesondere wurde die Bearbeitung und Auswertung von CIRS-Meldungen weiter geschärft und für die Ableitung von Massnahmen systematischer genutzt.
- Die Grundlagen für eine bereichsübergreifende Steuerung der Qualitätsaktivitäten wurden weiterentwickelt. In diesem Zusammenhang wurden konzeptionelle Vorarbeiten zur Etablierung geeigneter Gremien und Austauschformate geleistet.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Qualitätsentwicklung der Spital Lachen AG orientiert sich in den kommenden Jahren konsequent an den Vorgaben des nationalen Qualitätsvertrags und der systematischen Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM). Ziel ist es, Qualität strukturiert, nachvollziehbar und wirksam weiterzuentwickeln.

Ein zentraler Schwerpunkt liegt auf der Etablierung klarer Vorgehensweisen zur Identifikation, Priorisierung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen. Dabei wird der PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) als methodische Grundlage genutzt, um die Wirksamkeit von Massnahmen systematisch zu überprüfen und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Ein weiterer Fokus liegt auf der Weiterentwicklung der Patientenperspektive. Ziel ist es, Patientenurteile systematisch zu erfassen, auszuwerten und gezielt für Verbesserungen zu nutzen. Neben den nationalen Befragungen werden ergänzend eigene Erhebungen weiterentwickelt und schrittweise auch auf den ambulanten Bereich ausgeweitet. Damit soll ein umfassenderes Bild der Patientenerfahrung entlang des gesamten Behandlungspfades gewonnen werden.

Parallel dazu wird das Feedbackmanagement weiter gestärkt, um Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten strukturiert auszuwerten und konsequent in Verbesserungsmassnahmen zu überführen.

Im Bereich der Strukturen und Grundlagen wird die Einführung eines Dokumentenmanagementsystems (DMS) weiter vorangetrieben, um Regelwerke zentral, transparent und verbindlich zu steuern. Ergänzend dazu wird das Prozessmanagement schrittweise weiterentwickelt, mit dem Ziel, Abläufe zu klären, Schnittstellen sichtbar zu machen und die Qualität der Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Die Spital Lachen AG verfolgt damit das Ziel, Qualitätsentwicklung als integralen Bestandteil des klinischen Alltags zu verankern und die Patientensicherheit sowie die Versorgungsqualität langfristig zu stärken.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG

Deklaration und Publikation der Qualitätsentwicklung nach QV Art.58a KVG: Stand Ende Jahr (31.12.2025).

Selbstdeklaration ¹ : 11.12.2025		Externe Überprüfung QV58a KVG ²		Prüfstelle	Kommentar Spital
		Ergebnis			
Qualitätsmanagementsystem	☺	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	☺	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Interaktives Lernen im Room of Horrors	☺				
▪ Mitarbeitendenbefragung	☺				
▪ Qualitätszirkel	☺				
Patientsicherheit	-	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Antimicrobial Stewardship Program (ASP)	☺				
▪ Checkliste sichere Chirurgie	☺				
▪ Patient Blood Management	☺				
▪ Strukturelle Mindestanforderungen zur HAI Prävention	☺				
▪ Sturzprävention	☺				
▪ Surgical Site Intervention (SSI) Modul von Swissnoso	☺				

Erläuterungen

Die Selbstdeklaration (1) erfolgt jährlich. Die Spitäler und Kliniken deklarieren, welche Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) sie umsetzen und welchen Implementierungsstand diese haben. Zudem geben sie auch Auskunft darüber, welchen Implementierungsstand die Qualitätskonzepte pro Handlungsfeld haben: ☺ = in Umsetzung, ✓ = umgesetzt.

Alle Spitäler und Kliniken sollen zudem mindestens alle 8 Jahre an einer externen Überprüfung (2) teilnehmen. Die Auswahl erfolgt sowohl nach Zufallsprinzip als auch aufgrund von ANQ-Messergebnissen. Ergebnisse der externen Überprüfung werden jeweils nur während zwei Jahren nach der Durchführung online publiziert:

Dimension kontinuierliche Verbesserung 1: Fehlende Implementierung / 2: Umsetzungsplan mit angemessenem Zeitplan vorhanden (Plan) / 3: Mindestanforderungen sind implementiert (Do) / 4: Die Wirksamkeit wird überprüft (Check) / 5: Korrekturmassnahmen werden definiert und umgesetzt (Act)

Dimension Betriebsdurchdringung 1: Fehlende Implementierung / 2: Mind. 1 Pilotbereich / 3: Einführung in mind. 50% der Bereiche / 4: Einführung in mind. 75% der Bereiche / 5: Vollständige Einführung

4.2 Teilnahme an nationalen Messungen

Im ANQ sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorinnen- und direktorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen prio.swiss und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen (Outcome) in Spitälern und Kliniken und die vergleichende Ergebnispublikation. Ziel ist es, ein innovatives Leistungsangebot für Mitglieder und die ihnen angeschlossenen Organisationen sicherzustellen, um sie bei ihren Aufgaben zur Etablierung einer wirkungsvollen, patientenorientierten Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln «Nationale Befragungen» bzw. «Nationale Messungen» und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik - Erwachsene
▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen

Bemerkungen

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

4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotthaus.com
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne Erhebung im Beobachtungsfall
<i>Dekubitus</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne Erhebung im Beobachtungsfall
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Punktprävalenzmessung
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherungsstudie Herniamed

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Qualitätsmanagement allgemein

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

Infektionsprävention und Spitalhygiene

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

CIRS (Critical Incident Reporting System) systematisch im Gesamtprozess bearbeiten

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

Morbidity-Mortality-Management Konferenzen (MMM)

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

Sichere Chirurgie

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

Sturzmeldungen (Sturzprävention)

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

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

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

Kontinuierliches Feedback-, resp. Beschwerdemanagement für Patientinnen und Patienten

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

Room of Horror

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

4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2010 ein CIRS eingeführt.

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

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

Bemerkungen

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

Das Meldecenter ermöglicht allen Mitarbeitenden eine einfache, anonyme und vertrauliche Erfassung von CIRS-Meldungen. Zur Unterstützung steht ein hausinternes E-Learning zur Verfügung, das für verschiedene Berufsgruppen verpflichtend durchgeführt wird. Für Belegärzte sowie ausgewählte Supportbereiche wurden ergänzende Schulungs- und Sensibilisierungsformate etabliert. Ergänzt wird dies durch Fachinputs sowie praxisnahe Lernformate wie den „Room of Horror“.

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

Ein zentrales Gremium bewertet quartalsweise ausgewählte Fälle und die daraus abgeleiteten Massnahmen. Ziel ist es, organisationsweit zu lernen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und Synergien zu nutzen. Ereignisse mit hoher Risikoeinstufung werden gezielt nachverfolgt und hinsichtlich der Wirksamkeit der eingeleiteten Massnahmen überprüft.

Die Massnahmen werden in systembasierte, prozessoptimierende sowie wissens- und bewusstseinsfördernde Massnahmen unterteilt. Insbesondere systembasierte und noch nicht abgeschlossene Massnahmen werden einer strukturierten Wirksamkeitsprüfung unterzogen. Die Ergebnisse fliessen in ein regelmässiges Reporting an die Geschäftsleitung und die beteiligten Gremien ein.

Ein klar definierter Abgrenzungsrahmen stellt sicher, dass CIRS-Meldungen von Schadensereignissen unterschieden werden und Mitarbeitende ohne Vor-Triage-Hürde melden können. Die finale Einordnung erfolgt durch das Qualitätsmanagement. Personendaten werden im Rahmen der Anonymisierung

konsequent entfernt, der Datenschutz ist jederzeit gewährleistet.

Die Spital Lachen AG versteht CIRS als lernendes System mit hoher strategischer Bedeutung. Es ist Ausdruck der gelebten Sicherheitskultur und ein zentrales Instrument zur organisationsweiten Qualitätsentwicklung.

4.6 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	2002
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2002
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2002
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2001
CHPACE WEB Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie www.pacemaker-stiftung.ch www.rhythmologie-stiftung.ch	2005
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit Einführung des Registers
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2008
MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft	2008

Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien		für Senologie c/o Adjumed Services AG www.mibb.ch/	
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	<i>seit Einführung des Registers</i>
SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	2011
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch/	2008
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2009
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch/	2006
VisHSM Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG www.adjumed.net/vis/	2002

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR Zürich/Zug/Schaffhausen/Schwyz Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	www.krebsregister.usz.ch www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/
NICER	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung

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

Bemerkungen

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

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

4.7 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
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2007	2026	Re-Zertifizierung nächstmalg 2030
Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (Notarzdienst/Präklinische Notfallmedizin/Notarzt(SGNOR)	Rettungsdienst Spital Lachen AG	2017	2023	Assessments alle 5 Jahre nächstmalg 2028
SIWF(SSAPM) - Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation Kat. B	Weiterbildungsstätte Anästhesie	2012	2026	Jährliche Ausstellung Zertifikat
SSIPM - Schmerzambulanz Weiterbildungsstätte	Swiss Pain Clinic B	2020	2024	Gültigkeit 5 Jahre, nächste Re-Zertifizierung 2024
SGNOR Weiterbildungsstätte Notarzdienst	Notfallmedizin	2019	2020	Gültigkeit 5 Jahre; nächste Re-Zertifizierung 2025
SGI - Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin	Intensivstation	2012	2022	Re-Zertifizierung nächstmalg 2027
SAfW - Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung	Wundbehandlungszentrum	2011	2023	Re-Zertifizierung nächstmalg 2026
SAKR - swiss association of cardiovascular prävention and rehabilitation	amb. Kardiorehabilitation	2012	2024	jährlich Aufrechterhaltungsassessments
H+ REKOLE	Finanzen	2011	2023	Re-Zertifizierungen alle vier Jahre, nächstmalg 2027
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte	Chirurgie	1997	2026	Re-Zertifizierung 04.07.2026
SMOB (Swiss Society for the	Bariatric Zentrum	2016	2024	regelmässig externe Visitation

<i>Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders)</i>				<i>durch SMOB und immer bei ärztlichem Leitungswechsel</i>
<i>SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte</i>	<i>Kardiologie in der Klinik Medizin</i>	<i>2020</i>	<i>2026</i>	<i>Assessment alle zwei Jahre</i>
<i>SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte B-Klinik</i>	<i>Klinik Innere Medizin</i>	<i>1995</i>	<i>2026</i>	<i>Assessment alle zwei Jahre</i>
<i>SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte Nephrologie</i>	<i>Nephrologie in der Klinik Innere Medizin</i>	<i>2022</i>	<i>2026</i>	<i>Assessment alle zwei Jahre</i>
<i>Arbeitssicherheit H+ (EKAS)</i>	<i>Ganzer Betrieb</i>	<i>2017</i>	<i>2025</i>	<i>Gefährdungsermittlung und H+ Audit</i>
<i>Klinisches Audit Strahlenschutz BAG, nach neuem Strahlenschutzgesetz v. 01.01.2018</i>	<i>Radiologie</i>	<i>2010</i>	<i>2024</i>	<i>Regelmässig BAG; Überprüfung alle 5 Jahre durch BAG</i>
<i>H+ Arbeitssicherheit Managementsystem</i>	<i>Ganzes Unternehmen</i>	<i>2009</i>	<i>2022</i>	<i>Regelmässige Auditierung alle 5 Jahre</i>

Bemerkungen

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

QUALITÄTSMESSUNGEN

Erhebung der Patientenerfahrung

5 Patientenerfahrung

PREMs (Patient Reported Experience Measures) machen die Patientenperspektive sichtbar und zeigen, wie Patientinnen und Patienten die erbrachten Gesundheitsleistungen erleben. Die Befragungsergebnisse bieten den Spitälern und Kliniken eine verlässliche Basis, um Massnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustossen, ihre Dienstleistungen weiterzuentwickeln und die Patientenzentriertheit zu stärken.

5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik

Seit Herbst 2025 ersetzt der Fragebogen Swiss PREMs Acute Care den bisherigen ANQ-Kurzfragebogen. Beim Swiss PREMs handelt es sich um ein differenziertes Befragungsinstrument zur Erhebung der Patientenerfahrung, das in einem aufwändigen Verfahren ausgewählt, gezielt angepasst und in Pilotmessungen getestet wurde.

Der Swiss PREMs Acute Care fragt folgende relevanten Dimensionen ab: Aufnahme/Eintritt, Information/Kommunikation, Pflegepersonal, Ärzteschaft und andere Mitarbeitende, Einbezug in Entscheidungsprozesse, Organisation/Abläufe und Wartezeiten, Vertrauen/Sicherheit bezüglich Behandlung/Betreuung und Aufenthalt, Medikation, Austrittsmanagement. Befragt werden alle Erwachsenen (≥ 16 Jahre), die das Spital oder die Klinik in einem bestimmten Zeitfenster (Erhebungszeitraum) verlassen.

Die Messung erfolgte erstmals im Herbst 2025 und danach im 2-Jahres-Rhythmus.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Spital Lachen AG](#)

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Chancen der nationalen Patientenbefragung

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

Grenzen der nationalen Patientenbefragung

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

Bemerkungen

Die Veröffentlichung der Messergebnisse der ersten nationalen Erhebung der Patientenerfahrung nach PREMs erfolgt im Herbst 2026.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Lachen AG

Beschwerdemanagement

Claudia Wussow

Leitung Qualitätsmanagement

0554513085

qualitaetsmanagement@spital-lachen.ch

Montag - Freitag

8.00 - 17.00 Uhr

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Keine Befragung im Berichtsjahr

Im Jahr 2025 wurde im Spital Lachen keine Mitarbeitendenbefragung durchgeführt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2026.

Die Befragung wird allen Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	joineer
Methode / Instrument	joineer

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Rotthaus.com

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

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

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Januar 2025 bis April 2025 durchgeführt. Die Systematik wird gemeinsam mit den Verantwortlichen des CRM-Teams, den Chefärzten aller Kliniken und dem externen Partner erarbeitet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

Das Spital Lachen hat im Frühjahr 2025 erneut eine umfassende Befragung seiner Zuweisenden durchführen lassen.

Ziel war es, die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten sowie niedergelassenen Fachärzten in der Region zu reflektieren, deren Erwartungen noch besser zu verstehen – und dort anzusetzen, wo Verbesserungen gewünscht sind.

Die Resultate der aktuellen Zuweiserbefragung fallen dabei überaus erfreulich aus.

Insgesamt 95 Zuweisende aus dem Kerngebiet nahmen sich Zeit für ein persönliches oder telefonisches Interview mit einem spezialisierten externen Marktforschungsinstitut. Die Rücklaufquote lag bei über 70 Prozent, was nicht nur eine aussagekräftige Datenlage schafft, sondern auch die enge Verbindung zwischen dem Spital und seinen Partnerpraxen unterstreicht.

Rückhalt in der Region – Vertrauen bei den Zuweisenden

Die grosse Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte beurteilt das Spital Lachen als verlässlichen, kompetenten und gut erreichbaren Partner. Drei Viertel der Teilnehmenden gaben an, dass sie das Image des Spitals als gut oder sehr gut einschätzen. Noch deutlicher fällt die Empfehlung aus: 99 Prozent würden das Spital Lachen ihren Patientinnen und Patienten weiterempfehlen.

Besonders positiv hervorgehoben wurden die hohe fachliche Kompetenz, das breite medizinische

Leistungsspektrum, die familiäre Atmosphäre im Haus sowie die persönlichen Kontakte im Alltag. Bemerkenswert ist auch, dass das Spital Lachen für 65 Prozent der Befragten die erste Anlaufstelle bei Spitalzuweisungen ist – eine Verdoppelung gegenüber der Befragung im Jahr 2020 (33 Prozent).

Medizinisch-pflegerische Leistung mit überdurchschnittlichen Bewertungen

Ebenfalls sehr erfreulich ist die Bewertung der medizinischen und pflegerischen Leistungen, dem eigentlichen Kerngebiet der Zusammenarbeit. In allen abgefragten Bereichen – von Diagnose- und Therapiequalität über die ärztliche und pflegerische Betreuung bis hin zur Notfallversorgung – erreicht das Spital Lachen herausragende Werte.

Kritische Hinweise als Chance

Trotz der insgesamt sehr positiven Rückmeldungen sieht sich das Spital Lachen nicht am Ziel, sondern vielmehr bestätigt in seinem Anspruch, sich laufend weiterzuentwickeln. Einzelne kritische Hinweise betreffen die Erreichbarkeit in bestimmten Fachbereichen sowie die digitale Befundübermittlung.

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

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen sind wie folgt definiert:

- akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen
- die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten
- nicht Bestandteil der bisherigen Behandlung sind
- geplante Rehospitalisationen werden nicht berücksichtigt

Ab dem BFS-Datenjahr 2020 verwendet der ANQ die Methode «Ungeplante Rehospitalisationen – CH Methode». Diese Methode lehnt sich an den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) an und wurde für die Schweizer Verhältnisse mittels einer Studie angepasst und validiert. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels eines Algorithmus. Der SpiGes Datensatz (ab Daten 2024) dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen. Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eignen sich nur die folgenden 6 Indikatoren:

- Spitalweite ungeplante Rehospitalisationen
- Chirurgisch-gynäkologische Kohorte
- Kardiorespiratorische Kohorte
- Kardiovaskuläre Kohorte
- Neurologische Kohorte
- Sonstige Kohorte

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Spital Lachen AG](#)

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

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

Bemerkungen

Die Datenlage 2023 zeigt in zwei Kohorten leicht steigende Tendenzen, d.h. gering höhere Werte als im CH-Benchmark. im weiteren Verlauf gehen wir nach unserem etablierten Verständnis und Procedere der Fallbesprechungen vor. Nicht zu unterschätzen, dass eine qualitative Betrachtung und Fallanalyse anhand bereits zwei Jahren zurückliegender Daten, die Aussagekraft und das Ableiten konkreter Qualitätsverbesserungsaktivitäten deutlich erschwert.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Im Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie werden alle in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein implantierten künstlichen Knie- und Hüftgelenke registriert. Eingeschlossen sind alle Eingriffe mit Totalprothesen und Teilprothesen, jedoch keine Osteosynthesen. Dabei werden nur die Daten von Patientinnen und Patienten erfasst, die ihr schriftliches Einverständnis zur elektronischen Datenverarbeitung im SIRIS Register gegeben haben. Die SIRIS Stiftung führt das Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie im Auftrag des ANQ.

Bei der Auswertung der Registerdaten stehen die sogenannten 2-Jahres-Revisionsraten im Fokus. Die Raten weisen den Anteil an Folgeoperationen (Revisionen) innerhalb von zwei Jahren nach der ersten Implantation aus und werden für bestimmte Zeitintervalle berechnet. Der ANQ publiziert jährlich die risikoadjustierten 2-Jahres-Revisionsraten für Hüft- und Knie totalprothesen bei primärer Arthrose. Die Berichtsperiode der Publikation beinhaltet jeweils die Anzahl der beobachteten Eingriffe über einen Zeitraum von vier Jahren.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) und www.siris-implant.ch verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Spital Lachen AG](#)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Wo sinnvoll und von Relevanz werden die Ergebnisse direkt auf der Webseite des [ANQ](#) kommentiert.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen

Bei einer Operation wird die schützende Hautbarriere unterbrochen. Gelangen Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen können das Patientenwohl beeinträchtigen und zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt, im Auftrag des ANQ, Wundinfektionsmessungen nach den folgenden Operationen durch:

- Appendektomie (Blinddarmentfernung)
- Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung)
- Colonchirurgie (Dickdarmchirurgie)
- Rektumoperation (Enddarmoperation)
- Magenbypassoperation
- Sectio caesarea (Kaiserschnitt)
- Hysterektomie (Gebärmutterentfernung)
- Laminektomie mit und ohne Implantat (Wirbelsäulenchirurgie)
- Herzchirurgie
 - Aorto-koronarer Bypass (CABG)
 - Klappenersatz
- Elektive Hüftgelenksprothese
- Elektive Kniegelenksprothese
- Gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten (VASCAMI)

Jeder Spital- und Klinikstandort ist verpflichtet, bei Erwachsenen mindestens drei der oben aufgeführten Operationsarten zu überwachen. Die Überwachung von colonchirurgischen Eingriffen (Dickdarmchirurgie) ist für Spitäler mit entsprechendem Angebot verbindlich. Die anderen Eingriffsarten können frei gewählt werden. Bei den gewählten Eingriffsarten ist eine Vollerhebung obligatorisch.

Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre ist zudem die Erfassung von Appendektomien (Blinddarmentfernungen) obligatorisch.

Der klinische Verlauf wird während und nach dem Spitalaufenthalt systematisch durch medizinische Unterlagen und standardisierte Nachbefragungen verfolgt. Der Beobachtungszeitraum beträgt 30 Tage bei Operationen ohne und 90 Tage bei Operationen mit Fremdmaterial. Die Diagnose erfolgt nach internationalen CDC-Kriterien, die zwischen oberflächlichen und tiefen Infektionen an der Schnittstelle sowie Organ- oder Hohlrauminfektionen unterscheiden.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) und bei [Swissnoso](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Spital Lachen AG](#)

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Wundinfektionen müssen immer im Kontext eines chirurgischen Eingriffs betrachtet werden. Wundinfektionen nach Operationen können nie ganz verhindert werden - eine Wundinfektion kann aufgrund der Komplexität und Lokalisation des Eingriffes auch eine erwartbare Komplikation darstellen. Einige Eingriffe sind bereits aufgrund des Operationsgebiets und häufigerem Auftreten als Notfalleingriff risikoreicher, beispielsweise solche in der Dickdarm- oder Enddarmchirurgie (Colonchirurgie). Zusätzlich beobachten mit der demographischen Entwicklung korrelierend, ein älteres und damit kränkeres Patientengut, mit zum Teil erheblichen Nebendiagnosen, welche die Wahrscheinlichkeit einer potentiellen Wundinfektion erhöhen können.

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

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

12 Stürze

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 2023

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.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem [Webportal des ANQ](#).

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Interne Erhebung im Beobachtungsfall

Die Spital Lachen AG führt anhand der bis 2022 etablierten nationalen Erfassungsvorgaben, strukturierte Erhebungen im Beobachtungsfall durch. Diese Erhebungen wurden auch im Jahr 2025 durchgeführt. Alle Bettenstationen, inkl. der Akutgeriatrie mit Ausnahme der Mutter: Kind Station, werden in die Erhebung eingeschlossen.

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Alle Bettenstationen, inkl. Akutgeriatrie mit Ausnahme der Mutter:Kind Station.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 2023

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.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem [Webportal des ANQ](#).

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Interne Erhebung im Beobachtungsfall

Die Spital Lachen AG führt anhand der bis 2022 etablierten nationalen Erfassungsvorgaben, strukturierte Erhebungen im Beobachtungsfall durch. Diese Erhebungen wurden auch im Jahr 2025 durchgeführt. Alle Bettenstationen, inkl. der Akutgeriatrie mit Ausnahme der Mutter: Kind Station (nicht signifikant), werden in die Erhebung eingeschlossen.

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Alle Bettenabteilungen, inkl. Akutgeriatrie mit Ausnahme der Mutter:Kind Station.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Psychiatriespezifische Messungen

Der ANQ-Messplan Psychiatrie wurde im Juli 2012 für die stationäre Erwachsenenpsychiatrie eingeführt und ein Jahr später auf die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgeweitet. In beiden Bereichen – der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie – wird die Symptombelastung gemessen und ihre Veränderung während des stationären Aufenthalts erfasst. Dabei werden sowohl die Einschätzungen der Behandelnden als auch die der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Zusätzlich werden die Art und Häufigkeit von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen dokumentiert. Bei den Messungen handelt es sich um Vollerhebungen. Die erhobenen Daten werden einmal pro Jahr ausgewertet.

Die Messergebnisse der Erwachsenenpsychiatrie werden stratifiziert und getrennt nach Kliniktypen ausgewiesen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt keine Stratifizierung.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung

14.1

Eigene Messung

14.1.1

Punktprävalenzmessung

Die Spital Lachen AG hat führt monatlich anhand der bis 2022 etablierten nationalen Erfassungsvorgaben, Punktprävalenzerhebungen/ Messungen durch.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Alle Bettenstationen

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

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

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Weitere Qualitätsaktivitäten

16 Weitere Qualitätsmessung

16.1 Weitere eigene Messung

16.1.1 Qualitätssicherungsstudie Herniamed (Akutsomatik)

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

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Klinik Chirurgie

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	<i>Herniamed</i>
Methode / Instrument	<i>Herniamed</i>

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 Dokumentenmanagementsystem "Kompass"

Projektart: Mai 2025

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

Projektziel

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

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

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

Projekttablauf / Methodik

- Das Projekt ist modular und gestaffelt aufgebaut, wobei jede Komponente in einem eigenen Teilprojekt umgesetzt wird
- Das Projekt berücksichtigt Abhängigkeiten zwischen den Teilprojekten und priorisiert jene Systeme, die für den laufenden Betrieb besonders relevant sind.
- Im November 2025 wurde durch das Projektteam in Abstimmung mit der Geschäftsleitung als Auftraggeberin eine Kurskorrektur für das Gesamtprojekt vorgenommen.
- Hinsichtlich Ressourceneinsatz, Umfang der geplanten Teilprojekte und definierter Vorgehensweise, wurde nach sorgfältiger Evaluation das Gesamtprojekt unter Berücksichtigung des Bedingungsgefüges mit Fokus auf die Einführung des Dokumentenmanagementsystems ausgerichtet.
- Mit der Neuausrichtung ergibt sich eine angepasste Zeitschiene, die uns einen voraussichtlichen Abschluss bis Mitte 2027 ermöglicht.

Involvierte Berufsgruppen

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

- **Ärztlicher Dienst:** Einbindung in die Definition und Umsetzung prozessbezogener und risikorelevanter Anforderungen
- **Pflegedienst:** Beteiligung an der Gestaltung und Nutzung der Führungssysteme, insbesondere in den Bereichen Prozess- und Auditmanagement
- **Therapie:** Mitwirkung bei der Standardisierung von Prozessen entlang der Behandlungspfade
- **Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung:** Federführung im Projektmanagement, Systemeinführung und Schulung
- **IT / Technik:** Technische Umsetzung, Schnittstellenmanagement, Systemintegration
- **Spitalleitung:** Projektsteuerung, strategische Einbindung

Das Projekt wird federführend durch die Leitung Unternehmensentwicklung / Leitung Stabstellen gemeinsam mit den Mitarbeitenden des Qualitätsmanagements geführt.

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Kein Projekt im Aktuellen Berichtsjahr

Im 2025 wurden keine Qualitätsprojekte abgeschlossen.

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 Keine aktuellen Zertifizierungsprojekte

Im Berichtsjahr 2025 sind keine Zertifizierungsprojekte durchgeführt worden.

18 Schlusswort und Ausblick

Qualität bleibt für die Spital Lachen AG ein zentraler Führungsauftrag. Die im Jahr 2025 erarbeiteten Grundlagen und umgesetzten Massnahmen bilden eine wichtige Basis für die weitere Entwicklung unserer Organisation.

In den kommenden Jahren werden wir den eingeschlagenen Weg konsequent weiterverfolgen. Dabei stehen insbesondere die systematische Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen, die weitere Stärkung der Patientenperspektive sowie der Ausbau klarer Steuerungs- und Governance-Strukturen im Fokus.

Ziel ist es, Qualität noch stärker messbar, wirksam und nachhaltig im klinischen Alltag zu verankern. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf der konsequenten Nutzung von Daten und Rückmeldungen liegen – sowohl aus nationalen Messungen als auch aus internen Erhebungen und dem Feedback unserer Patientinnen und Patienten. Diese bilden die Grundlage für fundierte Entscheidungen und gezielte Verbesserungen entlang des gesamten Behandlungspfades.

Gleichzeitig werden wir unsere Strukturen und Prozesse weiterentwickeln, um den steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden und unsere Organisation zukunftsfähig aufzustellen. Qualität verstehen wir dabei als gemeinsame Verantwortung aller Berufsgruppen und als festen Bestandteil unserer Unternehmenskultur.

Ich danke allen Mitarbeitenden sowie unseren Partnerinnen und Partnern herzlich für ihr Engagement, ihre Professionalität und ihren täglichen Einsatz für eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung.

Heidi Zbinden
CEO Spital Lachen AG

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

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

Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen
Wechseloperationen Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Gynäkologische Tumore
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und \geq 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie / Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM)

Herausgeber



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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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

Weitere Gremien



Die Qualitätsmessungen des ANQ wurden aufgenommen und sind im Qualitätsbericht beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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