



**SPITALREGION**  
RHEINTAL  
WERDENBERG  
SARGANSERLAND

## QUALITÄTSBERICHT 2023



## 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 2023.

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

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2023

Dipl. Ing. FH - NDS  
Goar Hutter  
QM-Verantwortlicher  
+41 76 348 25 35  
[Goar.Hutter@kssg.ch](mailto:Goar.Hutter@kssg.ch)

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

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

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verscharfren die Situation weiter. Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitatsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitatsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	11
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	13
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	17
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	25
4.5 Registerübersicht .....	26
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	28
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>29</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>30</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	30
5.2 Eigene Befragung .....	32
5.2.1 Patientenbefragung in Anlehnung ans Kantonsspital .....	32
5.3 Beschwerdemanagement .....	32
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>33</b>
6.1 Eigene Befragung .....	33
6.1.1 Lob und Kritik .....	33
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>34</b>
8.1 Eigene Befragung .....	34
8.1.1 Kontinuierliche Befragungen .....	34
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>35</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>35</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>35</b>
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....	35
9.2 Eigene Messung .....	37
9.2.1 Wiedereintritte im Kontext der Codierung .....	37
<b>10 Operationen</b> .....	<b>38</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	38
10.2 Eigene Messung .....	40
10.2.1 Auswertung via Codierung .....	40
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>41</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	41
<b>12 Stürze</b> .....	<b>45</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	45
12.2 Eigene Messung .....	47
12.2.1 Auswertung Meldeportal .....	47
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>48</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	48

13.2	Eigene Messungen .....	50
13.2.1	Datenauswertung Klinikinformationssystem .....	50
	Messungen in der Psychiatrie .....	0
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
15	Symptombelastung psychischer Störungen	
	Messungen in der Rehabilitation .....	0
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten .....</b>	<b>51</b>
17	<b>Weitere Qualitätsmessung .....</b>	<b>51</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	51
17.1.1	Stroke Unit Reporting (Akutsomatik).....	51
18	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>52</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	52
18.1.1	Aufbau kantonsübergreifendes Quality Dash-Board.....	52
18.1.2	Ausbau Prozessmanagement .....	53
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 .....	54
18.2.1	Überwachungsaudit SanaCERT im Juni 2023.....	54
18.2.2	Einführung kontinuierliche Patientenbefragung .....	54
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	55
18.3.1	Qualitätslabel "Qualität im Palliative Care" .....	55
18.3.2	Überwachungsaudit SanaCERT - Spital Altstätten .....	55
19	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>56</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>	<b>57</b>
	Akutsomatik .....	57
	<b>Herausgeber .....</b>	<b>60</b>

# 1 Einleitung

Die drei Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt wurden im Jahr 2003 zur Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SR RWS) zusammengeschlossen. Seither wurde im Interesse der Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen, der Mitarbeitenden und auch der Zuweiser ein Qualitäts- und Prozessmanagement-System aufgebaut und fortlaufend weiterentwickelt. In der Zwischenzeit hat es sich in der SR RWS bestens etabliert und hilft mit, den Leistungsauftrag in der geforderten Qualität umzusetzen und weiter zu entwickeln.

Die Planung und Umsetzung der Zusammenführung der kantonalen Spitalverbunde auf den 1.1.2025 zu einem Unternehmen prägen unser Wirken sehr. Die Supportprozesse wurden bereits mehrheitlich am Kantonsspital zusammengeführt. Der Spitalstandort Walenstadt wurde per Ende 2022 ans Kantonsspital Chur übergeben.

Die SR RWS hat in den letzten Jahren die horizontale Departementalisierung und ihre Leistungskonzentrationen ausgebaut. Diese Massnahmen unterstützen die Qualitäts-Optimierungen wesentlich. Kooperationen und Kollaborationen mit dem Kantonsspital St. Gallen werden umgesetzt, wo diese sinnvoll sind. Im Jahr 2016 hat die SR RWS begonnen, den Lean Hospital-Ansatz einzuführen. Inzwischen wurden zahlreiche Massnahmen und verschiedene Projekte erfolgreich in den Praxisalltag überführt. Die nächsten Etappen von Neubauobjekten am Spital Grabs konnte gestartet werden.

Die Homepage [www.srrws.ch](http://www.srrws.ch) ist auf die Anspruchsgruppen Patienten und Patientinnen, Zuweisende, Bewerbende und Besuchende fokussiert und wird konsequent aktualisiert.

Der gegenwärtige Schwerpunkt liegt auf der stetigen Optimierung und Anpassung des Qualitäts- und Prozessmanagements und der Integration und Umsetzung der externen Anforderungen. Zur Unterstützung dieser Themen ist ein umfassendes und flexibles Dokumenten-Management-System zur Lenkung und Identifikation der Dokumente und Daten im Einsatz. Parallel zu diesen Aktivitäten wird das Projekt- und Wissensmanagement weiter ausgebaut. Mit einem internen Meldecenter werden Prozessverbesserungen, Meldepflichten sowie Reporting-Grundlagen systematisch erfasst und gelenkt. Im Jahr 2023 wurde das kantonsübergreifendes Konzept für das Prozessmanagement weiter erarbeitet.

Die Bereitschaft zur transparenten Offenlegung unserer Leistungs- und Angebots-Daten äussert sich in der Publikation dieses Qualitätsberichtes und in der Publizierung der Ergebnisse auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch). Dieser Bericht ist integraler Bestandteil des Geschäftsberichtes der SR RWS, welcher auch auf der Homepage aufgeschaltet ist.

Im Kalenderjahr 2023 konnten wir die Vorgaben unseres Gesundheitsdepartements, von SanaCERT suisse (Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen) und ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) sowie von anderen Fachgremien erfolgreich erfüllen. Die aktive Mitarbeit bei der Umsetzung der Führungs- und Organisations-Strukturen (FOS) der Spitalregion zeigt sich in der detaillierten Aufbauorganisation der Organisationseinheiten. Die FOS prägt unser Qualitätsmanagement- (QM) System bezüglich der Prozess-Architektur und -Ausgestaltung in der Ablauforganisation. Die einheitliche Festlegung der Schlüsselbegriffe (= Abkürzungen der Organisationseinheiten) stellt die uneindeutige Nachvollziehbarkeit sicher.

Beim Überwachungsaudit durch SanaCERT vom 6. Juni 2023 wurden vier aktive Standards am Standort Altstätten überprüft.

Wir haben im Jahr 2023 Cliniserve in Grabs ausgerollt. Ein qualifiziertes Patiententrufsystem, dass der Patientenzufrieden sehr dienlich ist.

Es ist der SR RWS ein grosses Anliegen, ihre QM-Bestrebungen durch Partizipation in einem breiten

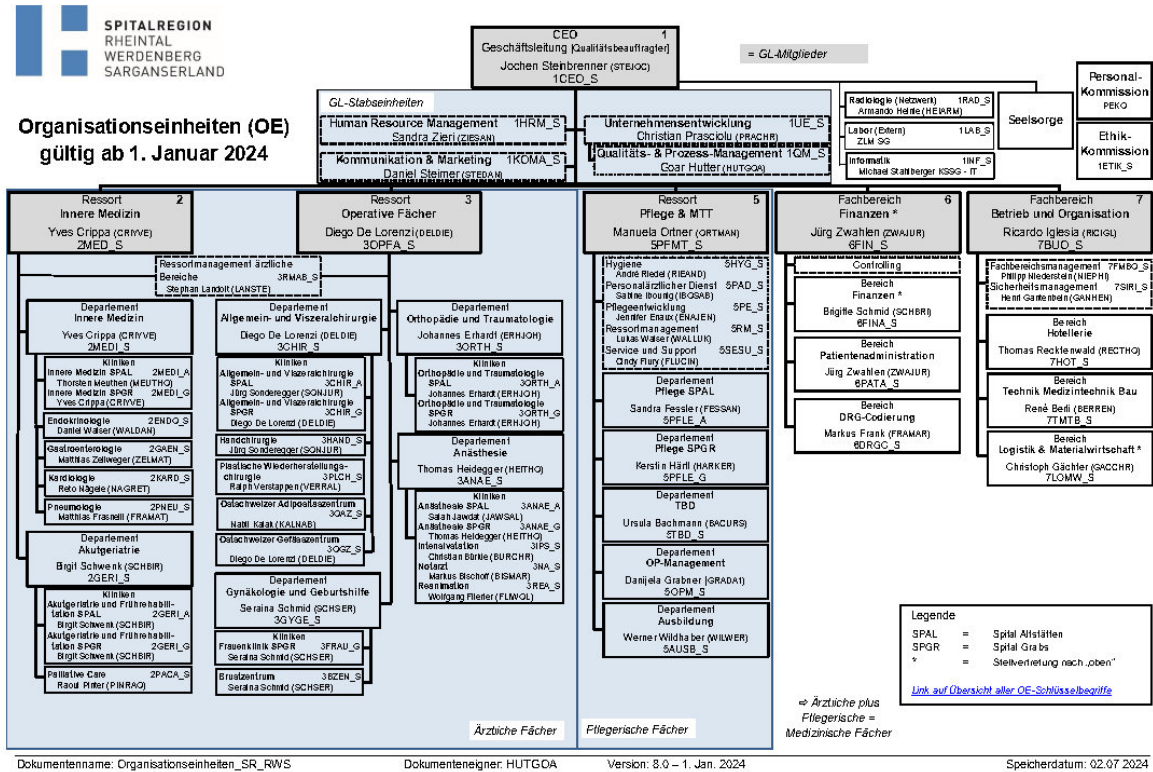
Fachnetzwerk mit anderen Regionen und Spitälern kontinuierlich auszubauen und zu stabilisieren. Dadurch soll für die Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Behandlung und Betreuung ermöglicht werden. Externe aber auch interne Überprüfungen fordern die SR RWS zur kontinuierlichen Verbesserung der Standards auf.

Auf [www.srrws.ch](http://www.srrws.ch) und [www.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.ch) werden unsere Leistungen und Angebote transparent aufgezeigt.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. med. Jochen Steinbrenner  
CEO & Qualitätsbeauftragter  
+41 71 775 81 01  
[Jochen.Steinbrenner@srrws.ch](mailto:Jochen.Steinbrenner@srrws.ch)

Herr André Riedel  
Fachexperte für Infektionsprävention und  
Spitalhygiene  
+41 79 245 86 15  
[Andre.Riedel@srrws.ch](mailto:Andre.Riedel@srrws.ch)

Dr. med. Daniel Stark  
Oberarzt i.V. Orthopädie  
+41 81 772 53 35  
[Daniel.Stark@srrws.ch](mailto:Daniel.Stark@srrws.ch)

Frau Jennifer Eaux  
Leiterin Pflegeentwicklung  
+41 71 772 55 18  
[Jennifer.Eaux@srrws.ch](mailto:Jennifer.Eaux@srrws.ch)



### 3 Qualitätsstrategie

Unser Leitbild ist auf unserer Homepage unter <https://www.srrws.ch/die-sr-rws/organisation/leitbild/> einsehbar. Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen die Patientinnen und Patienten.

Das Leitbild ist eine Orientierungshilfe für die tägliche Arbeit in der SR RWS und wurde von Mitarbeitenden und Geschäftsführung in einem Leitbildprozess gemeinsam entwickelt:

- Wir erbringen hochstehende, für alle zugängliche Gesundheitsleistungen, übernehmen Bildungsverantwortung und gehen mit unseren Ressourcen gewissenhaft um.
- Wir stellen uns stets die Frage, was für die Patientinnen und Patienten das Beste ist - und handeln danach.
- Wir erbringen unsere Leistungen in hoher Qualität und überprüfen unsere Ergebnisse regelmässig.
- Wir haben Freude an unserer Arbeit und identifizieren uns mit unserem Tun.
- Wir hören zu und kümmern uns – aufmerksam, freundlich, partnerschaftlich.
- Wir handeln im Interesse der gesamten Spitalregion RWS und werden als Einheit wahrgenommen.
- Wir entwickeln unsere Kompetenzen in der Zusammenarbeit und Vernetzung stetig weiter.
- Wir pflegen ein Klima des gegenseitigen Respekts und Vertrauens – wir stehen für einander ein.

Das Qualitätsmanagement nimmt eine zentrale Stellung in der Führungs- und Organisationsstruktur der SR RWS ein. Der QM-Verantwortliche fürs Qualitätsmanagement ist seit April 2023 ins QM-Team am Kantonsspital St. Gallen eingebunden. Standortspezifisch ist er direkt dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung/CEO zugeteilt. Der CEO trägt auch die Aufgabe des Qualitätsbeauftragten der Spitalregion. Sämtliche wichtigen Aspekte werden vom ihm mit den Mitgliedern der Geschäftsleitung (GL), welche gemeinsam mit dem QM-Verantwortlichen auch die Aufgabe der Q-Kommission wahrnimmt, behandelt und verabschiedet. Damit ist eine Verankerung des Qualitätsmanagements auf oberster Führungsebene sichergestellt.

Nach Vorgaben des Verwaltungsrates der Spitalverbunde richten sich alle öffentlichen Akutspitäler des Kantons einheitlich nach den Qualitätsstandards der SanaCERT Suisse aus. Dazu sind durch Beschluss des Verwaltungsrates vier Pflichtstandards vorgegeben (Grundstandard Qualitätsmanagement, Infektionsprävention und Spitalhygiene, Sichere Medikation und Umgang mit kritischen Ereignissen). Die Spitalregion RWS definiert weitere für eine Zertifizierung notwendigen Standards einheitlich für alle Spitalstandorte (Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation, Risikomanagement, Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten, Ernährung, Feedbackmanagement und Palliative Betreuung). Weitere Standards sind im Aufbau oder wurden in den Betrieb überführt.

Auf Ebene der Spitalregion werden die einzelnen Standards jeweils durch Steuerungsgruppen geleitet, die sowohl tiefgreifende fachspezifische Kenntnisse als auch themenübergreifende Kompetenzen vereinen. Auf Spitalebene sind bei Bedarf Qualitätszirkel eingesetzt, welche die organisatorischen und dem Leistungsauftrag entsprechenden Spitalstrukturen abbilden und in ihrem Spital für die Umsetzung der Optimierungen und Verbesserungen aus dem QM verantwortlich sind. Neben der Zertifizierung des Gesamtunternehmens unterstützt die GL die Fachbereiche auch zur Erreichung von spezifischen Zertifikaten, Anerkennungen und Labels.

Mit dieser Organisationsform des Qualitätsmanagements ist eine kontinuierliche und sich weiter spezialisierende Durchdringung des Qualitätsgedankens bis auf die Ebene der direkten und indirekten Patientenbetreuung umgesetzt. Es ist ein Anliegen der Verantwortlichen, auch die Rückspiegelung aus Patientensicht zu beachten und in die Qualitätsarbeit einfließen zu lassen. Es besteht ein Organigramm für die externe Kommunikation und eine interne, detaillierte Darstellung der

Organisationseinheiten der SR RWS. Diese interne Darstellung beruht auf einem klar festgelegten Regelsystem mit Schlüsselbegriffen zur Aufbauorganisation und zu den Mitarbeitenden-Abkürzungen.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

Erweiterung und Ausbau der prozessorientierten Qualitätsmanagementsystematik hinsichtlich der überregionalen Unternehmens-Strategie ab 1.1.2025

1. Vorgaben von SanaCERT aus der Rezertifizierung 2022 und dem Überwachungsaudit 2023 konsequent erfüllen und Empfehlungen und Hinweise überprüfen und gegebenenfalls in der Organisation sinnvoll umsetzen.  
Kontinuierliche Mittelfristplanung zu Standardelementen, auch in Abstimmung mit den anderen drei Spitalverbunden des Kantons St. Gallen und in Abgleich mit weiteren Managementsystemen wie ISO 9001 oder EFQM.
2. Optimale Umsetzung der nationalen Forderungen von ANQ zu Messungen der Patientenzufriedenheit, postoperativer Wundinfektion, Dekubitus und Sturz, Rehospitalisation sowie spezifischer Implantat-Register.
3. Robustheit und Funktionalität des Dokumentenmanagements-Systems im Sozialen Intranet und dessen Schulung sicherstellen. Systemausbau im Fokus einer strategischen Erweiterung auf die sich verändernde Spitallandschaft im Kanton.

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

1. Erkenntnisse aus der erfolgreiche Rezertifizierung von **SanaCERT** vom 8. und 9. März 2022 und dem Überwachungsaudit vom 6. Juni 2023 am Standort Altstätten überprüft und nützlich umgesetzt.  
Positiv aufbauende Messresultate der von **ANQ** geforderten Messungen. Daraus abgeleitete Verbesserungen werden gemäss dem PCDA-Zyklus geprüft und wenn sinnvoll umgesetzt.
2. Ausbau, Stabilisierung und Überprüfung bestehender **Qualitäts-Instrumente** - Erarbeitung von und an neuen Schwerpunkten im Fokus der kantonalen Integrationsbestrebungen.
3. Das **Dokumentenmanagementsystem** der SR RWS ist seit dem Jahr 2018 im Einsatz und läuft stabil und dessen Anwendung und Einsatz wird konsequent gefördert. Das ist ein wichtiges Fundament für den Ausbau des integrierten Managementsystems. Dieses System wird seit dem Jahr 2020 am Spital Wil und am Kinderspital St. Gallen eingesetzt. Die Vorbereitungen zur Ausrollung am Kantonsspital St. Gallen konnten Ende des Jahres 2022 abgeschlossen werden und die Ausrollung wurde im Januar 2024 abgeschlossen.
4. Die überregionale **Zusammenarbeit** im Fachbereich QM wurde mittels Integration ins Kantonsspital im April 2023 umgesetzt. Dies im Sinne einer Forderung aus der Spitalstrategie des Kantons St. Gallen.
5. Vereinheitlichung von **Patientenbefragungen** für alle öffentlichen Spitalern des Kantons.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

1. Umsetzung der auf Kantonebene vorgegebenen Spitalstrategie. Dies in Übereinstimmung mit dem Leitbild und der Weiterentwicklung von Vision und Mission der St. Galler Spitäler.
2. Prozessuale und strukturelle Anpassungen im Zusammenhang mit der Spitalstrategie des Kantons St. Gallen ins umfassende QM-System umsetzen und dies auch in der Ablauf- und Aufbauorganisation darstellen.
3. Weiterentwicklung und Überprüfung des prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems. Pflege einer übergreifenden Konzeption und Umsetzung.
4. Pflege des kantonsübergreifenden Dokumentenmanagements und deren Systeme in Kombination mit den verfügbaren Web-Plattformen.
5. Definition und Optimierung weiterer Prozesse im Sinne des KVP (Kontinuierlicher Verbesserungs-Prozess) und auch des Lean-Hospital-Ansatzes.
6. Durchführung der von ANQ geforderten und kontinuierlich optimierten Messungen.
7. Erfolgreiche Rezertifizierungs- und Überwachungs-Audite durch SanaCERT sowie Weiterentwicklung, oder falls nötig, Wechsel von einzelnen Standards nach den für uns geltenden Vorgaben.  
Überprüfung der Anforderungen im Fokus auf unser kantonal geregeltes Risikomanagement.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:		Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<i>Akutsomatik</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> </ul>		√	√

▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	√	√
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)	√	√
▪ Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	√	√

#### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:		Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Albstätten
▪ VR des Kanton verlangt ANQ-Messungen	√	√

### 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:		
	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<i>Patientenzufriedenheit</i>		
▪ Patientenbefragung in Anlehnung ans Kantonsspital	√	√
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>		
▪ Lob und Kritik	√	√
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>		
▪ Kontinuierliche Befragungen	√	√

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:		
	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<i>Wiedereintritte</i>		
▪ Wiedereintritte im Kontext der Codierung	√	√
<i>Operationen</i>		
▪ Auswertung via Codierung	√	√
<i>Stürze</i>		
▪ Auswertung Meldeportal	√	√
<i>Dekubitus</i>		
▪ Datenauswertung Klinikinformationssystem	√	√
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>		

▪ Stroke Unit Reporting	√	
-------------------------	---	--



#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Meldeportal für "Beinahe Ereignisse" (CIRS – Critical Incident Reporting System) (SanaCERT 11)

<b>Ziel</b>	Erfassung von Meldungen zur kontinuierlichen Verbesserung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Spitalregion
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2007
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Intern im Zusammenhang mit SanaCERT/ Möglichkeit der sinnvollen Nutzung aus Erfahrungen mit Beinahe-Zwischenfällen
<b>Methodik</b>	Abgebildete Systematik im Meldeportal
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Systematische Überprüfung und Bearbeitung der Fälle an den mindestens 2 QZ-Sitzungen je Standort und Jahr
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet: PORTALE & SERVICES - Meldecenter Übersicht

## Infektionsprävention und Spitalhygiene (SanaCERT 1) - in Betrieb überführt

<b>Ziel</b>	Laufende Optimierung der Aktivitäten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Spitalregion
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2012
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Minimierung der Infektionen und Ansteckungen
<b>Methodik</b>	Vorgaben Swissnoso - ANQ - SanaCERT
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Spezialisierte Ärzte - Pflegende - Fachleute
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Mindestens jährliche systematische Überprüfung und Präsentation der Ergebnisse sowie dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet: ORGANISATION - Infektiologie / Infektionsprävention

## Meldepflichtenregister

<b>Ziel</b>	Alle Mitarbeitenden sollen via einer Übersicht einen raschen Zugriff auf die Informationen unserer Meldepflichten haben
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Spitalregion
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2016
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Ermöglicht einen zentrierten und überprüften Zugriff auf die Informationen
<b>Methodik</b>	Übersichtsliste mit zyklischer Überprüfung anbieten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Überprüfung mindestens je Semester
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet: ORGANISATION - QM - Meldepflichtenregister

## Schmerzkonzept: Schmerzbehandlung / Schmerztherapie (SanaCERT 5) in Betrieb überführt

<b>Ziel</b>	Einheitliche Schmerz-Behandlung und -Therapie
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizinische Fächer
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2012
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Gewährleistung einer hohen Patientenzufriedenheit - im Zusammenhang mit SanaCERT
<b>Methodik</b>	Projektmanagement - Fachwissen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte inkl. spezialisierte Pflegende und Therapeuten
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Systematische Überprüfung der Ergebnisse laut Detailplanung im Cockpit
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet: ORGANISATION - Anästhesie - Schmerztherapie

## Meldeportal zur Materio- / Pharmako- / Hämo- Vigilanzfassung nach Anforderung Swissmedic

<b>Ziel</b>	Erfassung von Vorkommnissen mit fehlerhaften Materialien, Pharma- und Hämo-Produkten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Spitalregion
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	permanenter Betrieb
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Gesetzliche Forderung, welche auch via Inspektion überprüft wird
<b>Methodik</b>	Das Meldecenter ist die digitale Plattform in der die gesetzlich verpflichtend zu meldenden Vorkommnisse erfasst werden. Im Jahr 2021 sind wir erfolgreich auf die neue Lösung Meldecenter von der Firma netrange umgestiegen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Mindestens jährlich via GL-Präsentation
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet: PORTALE & SERVICES - Meldecenter Übersicht

## Abklärung, Behandlung &amp; Betreuung in der Notfallstation (SanaCERT 14)

<b>Ziel</b>	Laufende Optimierung der Aktivitäten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Notfallstationen
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2010
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Möglichkeit der sinnvollen Nutzung von Verbesserungen
<b>Methodik</b>	Intern im Zusammenhang mit SanaCERT/ Systematische Bearbeitung und Massnahmenumsetzung nach PDCA
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Mitarbeitende auf den Notfallstationen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährliche Überprüfung und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet: ORGANISATION - Notfall

## Umgang mit akut verwirrten Patient\*Innen (SanaCERT 18)

<b>Ziel</b>	Laufende Optimierung der Aktivitäten / Systematische Lenkung der Prozesse und deren Bewertung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizinische Fächer
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2012 - SanaCERT-Zertifizierung ab dem Jahr 2022
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	siehe Ziel
<b>Methodik</b>	In Anlehnung an Fachverbände
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte inkl. spezialisierte Pflegende und Therapeuten
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährliche Überprüfung und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet: THEMEN - Delirmanagement

## Risikomanagement (SanaCERT 23)

<b>Ziel</b>	Systematische Identifikation, Bewertung und Klassifizierung unserer Risiken
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Spitalregion
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2010
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Risikominimierung
<b>Methodik</b>	Kantonale Vorgaben und intern im Zusammenhang mit SanaCERT
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Mindestens jährliche Überprüfung und Präsentation an GL Kantonale Auswertungen und auch Massnahmenplanung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet: THEMEN - Sicherheit - Risk Management

## Feedbackmanagement in Referenz auf SanaCERT 33

<b>Ziel</b>	Feedbackmanagement der Ansprechgruppen Zuweiser - Patienten und Mitarbeiter aufbauen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Spitalregion
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2020
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Jahresziele SR RWS
<b>Methodik</b>	In Anlehnung an SanaCERT
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Unternehmen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	-
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet Kantonsspital SG

## Palliative Betreuung (SanaCERT 25)

<b>Ziel</b>	Laufende Optimierung der Aktivitäten / Systematische Lenkung der Prozesse und deren Bewertung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Palliative-Stationen
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2010
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Intern im Zusammenhang mit SanaCERT/ Externe mit qualitépalliative
<b>Methodik</b>	Nach SanaCERT / qualitépalliative
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Palliative-Team
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Mindestens jährliche Überprüfung an einer Steuerungsgruppensitzung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet: THEMEN - Palliative Care

## Sichere Medikation (SanaCERT 26)

<b>Ziel</b>	Möglichkeit der sinnvollen Nutzung von Verbesserungen im Medikationsprozess
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Spitalregion
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2013
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Möglichkeit der sinnvollen Nutzung von Verbesserungen von unseren Patient*innen & Besuchern
<b>Methodik</b>	Intern im Zusammenhang mit SanaCERT
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Mindestens jährliche Überprüfung an einer Steuerungsgruppensitzung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Intranet: THEMEN - Sichere Medikation

## Patientenrückmeldungen

<b>Ziel</b>	Erhebung von Wünschen und Kritik der Patient*innen, Angehörigen und Besucher
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Spitalregion
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2000
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Möglichkeit einer sinnvollen Nutzung von Verbesserungen prüfen
<b>Methodik</b>	Systematische Bearbeitung und Massnahmenumsetzung nach PDCA
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährliche Überprüfung und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Interne jährliche Berichte

## Erfassung postoperativer Wundinfektionen Swissnoso (Teilnahme am nationalen Projekt) (SanaCERT 1)

<b>Ziel</b>	Überwachung von postoperativen Wundinfektionen und Ableitung von Verbesserungsmassnahmen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizinische Fächer
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2012
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	-
<b>Methodik</b>	Gewährleistung der Patientensicherheit - Nach Vorgabe Swissnoso
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Spezialisierte Ärzte - Pflegende - Fachleute
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährliche systematische Überprüfung der Ergebnisse und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>

## Dekubitus - Vollerhebung

<b>Ziel</b>	Präventive Vermeidung von Dekubiti mittels Vollerhebung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Pflegerische Fächer
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2012
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit
<b>Methodik</b>	Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen aus Wissenschaft und Erfahrung sowie nach ANQ-Vorgaben
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegende
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Mindestens jährliche systematische Überprüfung der Ergebnisse und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	www.anq.ch / Intranet: ORGANISATION - Pflege & MTT

## Erfassung stationärer Patientenzufriedenheit

<b>Ziel</b>	Systematische Analysen und daraus Einleiten von Verbesserungsmaßnahmen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Spitalregion
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2012
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Teilnahme an nationaler Patientenzufriedenheitserfassung ANQ - Vertiefte Messung und Interpretation
<b>Methodik</b>	ANQ-abteilungsbezogene Auswertung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laut Vorgaben von ANQ
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	www.anq.ch / Intranet: ORGANISATION - QM - QM-Dossiers - Pateientenbefragung



## Sturz - Vollerhebung

<b>Ziel</b>	Minimierung von Stürzen - Reduktion von Sturzfolgen - Präventionsmassnahmen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Kliniken
<b>Standorte</b>	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2012
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Zur Verbesserung der Patienten-Zufriedenheit und -Sicherheit
<b>Methodik</b>	Interne Methoden aus Wissenschaft und Erfahrung sowie nach ANQ-Vorgaben
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegende
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Mindestens jährliche systematische Überprüfung der Ergebnisse und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.anq.ch">www.anq.ch</a> / Intranet: ORGANISATION - Pflege & MTT

## 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2007 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	Standorte
<b>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine <a href="http://www.ssapm.ch/">www.ssapm.ch/</a>	2013 / 3ANAE_S	Alle
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2003 / 3CHIR_S (Chirurgie/ Bariatric/ Wundbehandlung)	Alle
<b>Infreporting</b> MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	2000 / 1QM_S	Alle
<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>	2006 / 3IPS_S - 2MED_W	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs
<b>MIBB</b> Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie c/o Adjumed Services AG <a href="http://www.mibb.ch/">www.mibb.ch/</a>	2012 / 3GYGE_S	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	2000	Alle
<b>Safw DB</b> Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie,	Adjumed Services AG <a href="http://www.safw.ch">www.safw.ch</a>	2013 / 3PLH_S	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital

Wundbehandlung Datenbank	Intensivmedizin			Grabs
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a>  <a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a>	2012 / 3ORTH_S	Alle
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch/">www.smob.ch/</a>	2021 / 3OAZ_S	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch/">www.swissvasc.ch/</a>	2021 / 3OG_Z	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs

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	Standorte
<b>KR Ostschweiz</b> Krebsregister Ostschweiz	Alle	<a href="http://ostschweiz.krebsliga.ch/">ostschweiz.krebsliga.ch/</a>  <a href="http://ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-o...">ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-o...</a>	Alle

### Bemerkungen

Die SR RWS arbeitet am Standort Grabs als Stroke Unit zusätzlich mit dem Swiss Stroke Registry vom Universitätsspital Basel zusammen: Clinical Trial Unit: [www.unispital-basel.ch](http://www.unispital-basel.ch) [2013 / 2MEDI\_G].

Ebenfalls arbeiten wir mit der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK) zusammen: [www.swisscardio.ch](http://www.swisscardio.ch) [2012 / 2MEDI\_S].

Auf der IPS wird das Register von Swisstransplant verwendet: <https://www.swisstransplant.org/de/>.

Es werden auch AGAIM-Datensätze für Begleitforschung erhoben.

Die Resultate werden intern regelmässig ausgewertet, oft an den GL-Sitzungen vorgestellt und besprochen und zu vergleichbaren Spitälern und jenen im

Kanton in Relation gesetzt.

Wenn notwendig werden Massnahmen zur Qualitätsverbesserung erarbeitet, dokumentiert und umgesetzt.

#### 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	Standorte	Kommentare
SanaCERT Suisse (23/2019)	ganze Unternehmung	2010	2022	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten	Rezertifizierung mit 29 von 32 möglichen Punkten erreicht, was auf ein sehr gut funktionierendes Qualitätsmanagementsystem hinweist. Jährliche Prüfung
Krebsliga Schweiz	Brustzentrum	2012	2020	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs	1. Zentrum (in Zusammenarbeit mit KSSG), welches zertifiziert wurde. Prüfung je 4 Jahre
Rekole	Finanzen	2010	2020	Alle	Prüfung je 4 Jahre
Stroke Unit (10.2015)	Stroke Unit Grabs	2013	2022	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs	Prüfung je 5 Jahre
SAfW (2.7/2018)	Wundbehandlung	2014	2021	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs	Selbstdeklaration je 3 Jahre
Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)(2015)	Intensivstation (IPS SR RWS am Standort Grabs	2016	2020	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs	Prüfung je 5 Jahre

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.21	4.27	4.41	4.38 (4.29 - 4.47)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.67	4.71	4.71	4.67 (4.59 - 4.75)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.65	4.72	4.68	4.69 (4.62 - 4.76)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.52	4.46	4.52	4.60 (4.50 - 4.70)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.03	4.05	4.25	4.24 (4.15 - 4.33)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	94.00 %	90.70 %	96.30 %	91.60 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				606
Anzahl eingetretener Fragebogen	268	Rücklauf in Prozent		44 %
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.15	4.13	4.39	4.21 (4.12 - 4.30)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.56	4.50	4.69	4.60 (4.51 - 4.69)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.40	4.41	4.71	4.63 (4.56 - 4.70)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.12	4.02	4.55	4.33 (4.23 - 4.43)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.95	3.95	4.31	4.07 (3.98 - 4.16)

Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	94.00 %	86.10 %	90.90 %	91.60 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				169
Anzahl eingetreffener Fragebogen	58	Rücklauf in Prozent	34 %	

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

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im April 2023 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenbefragung in Anlehnung ans Kantonsspital

Ab Sommer 2022 wurde in 1:1 Anlehnung ans Kantonsspital St. Gallen eine datenbankbasierte Lösung im SAP CRM aufgeschaltet.

Diese Befragung hat auch das Ziel "Lob und Tadel" der Patienten zu erfassen.

Die Beschwerden werden gesamthaft je Standort bearbeitet und ausgewertet.

Per Ende des Jahres 2023 konnten die ersten Aussagen aller Standorte von öffentlichen Spitälern im Kanton gemacht und verglichen werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 an allen Standorten durchgeführt.

Stationäre Patienten

Stationären Patienten

Die Ergebnisse zeigen einzelne Werte auf, welche in naher Zukunft als Trend und KPI ausgewertet und gelenkt werden können.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### Spitalregion Rheintal Werdenberg

#### Sarganserland, Spital Grabs

Beschwerdemanagement Spital Grabs

Stephan Landolt und sein Team

Ressortmanager ärztliche Bereiche

+41 81 772 53 11

[Stephan.Landolt@srrws.ch](mailto:Stephan.Landolt@srrws.ch)

Per Brief, E-Mail, Internet, Fax und über unser Feedbackformular

### Spitalregion Rheintal Werdenberg

#### Sarganserland, Spital Altstätten

Beschwerdemanagement Spital Altstätten

Dr. med. Salah Jawdat und sein Team

Chefarzt Stv. Anästhesie

+41 71 757 43 68

[Salah.Jawdat@srrws.ch](mailto:Salah.Jawdat@srrws.ch)

Per Brief, E-Mail, Internet, Fax und über unser Feedbackformular



## 6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Lob und Kritik

In Anlehnung an das Beschwerdemanagement: Feedback-Prozess

Angehörige haben die Möglichkeit, sich über das Beschwerdemanagement via Feedbackformular zu melden. Es werden aber natürlich auch alle mündlichen (persönlich/ telefonisch) und schriftlichen, nicht formellen Rückmeldungen aufgenommen und bearbeitet.

Seit 2015 ist das Feedback-Formular auch auf dem Internet verfügbar: <http://www.srrws.ch/patienten/ihr-aufenthalt/patientenrechte/lob-und-kritik.html>

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2023 an allen Standorten durchgeführt.  
Für Besucher, Patienten und Angehörige

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Feedback

## 8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten 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 Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Kontinuierliche Befragungen

An allen Standorten finden laufend Gespräche zwischen den Mitgliedern der einzelnen Ressort- und Departements-Leitungen und den Zuweisenden statt. Dies um die Zufriedenheit und Verbesserungswünsche in Erfahrung zu bringen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2023 an allen Standorten durchgeführt.  
In allen ärztlichen Fächern

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 9 Wiedereintritte

##### 9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden. Von allen Wiedereintritten, die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten, werden lediglich ungeplante Wiedereintritte als Qualitätsauffälligkeit gezählt und berücksichtigt. Dabei werden ungeplante Rehospitalisationen stets als Auffälligkeiten angesehen, unabhängig vom genauen Grund des Wiedereintritts. Geplante Rehospitalisationen hingegen werden nicht berücksichtigt.

Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) um die ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auszuwerten. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels des Algorithmus. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen.

Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eignen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

#### Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>
Spitalweite Kohorte	6.34 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	4.62 %
Kardiorespiratorische Kohorte	15.92 %
Kardiovaskuläre Kohorte	10.57 %
Neurologische Kohorte	9.64 %
Sonstige medizinische Kohorte	7.68 %
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>
Spitalweite Kohorte	5.96 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	4.78 %
Kardiorespiratorische Kohorte	11.69 %
Neurologische Kohorte	6.11 %
Sonstige medizinische Kohorte	7.61 %

Zur Risikoadjustierung der ungeplanten Rehospitalisationen werden das Alter, das Geschlecht und eine Vielzahl möglicher komorbider Nebenerkrankungen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Beurteilt wird dabei der Zustand der Patientinnen und Patienten beim Erstaufenthalt (nicht beim Wiedereintritt).

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

Angaben zur Messung	
Auswertung	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, Universität Luzern
Methode / Instrument	Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), angepasst auf die Schweizer Codier-Regeln. Die angepasste Version für die Schweiz wurde mittels einer Validierungsstudie geprüft.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patientinnen und Patienten.</li> <li>▪ 18 Jahre oder älter.</li> <li>▪ Patient/in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben.</li> <li>▪ Patient/in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen.</li> <li>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes.</li> <li>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation.</li> <li>▪ Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (Krankenhaustypologie «K211» und «K212») oder einer Rehabilitationsklinik («K221») oder Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Hauptkostenstelle («M500»), einer Hauptkostenstelle für Rehabilitation («M950») oder einer pädiatrischen Hauptkostenstelle («M400»).</li> <li>▪ Erstaufenthalt zur ausschliesslichen medizinischen Behandlung eines Krebsleidens, ohne einen chirurgischen Eingriff (dieses Ausschlusskriterium betrifft nur den spitalweiten Indikator und seine Kohorten, weil die diagnose- und eingriffs-spezifischen Indikatoren in jedem Fall auf spezifische Diagnosen bzw. Eingriffe ausgerichtet sind).</li> <li>▪ Fehlen eines ausreichenden Nachverfolgungszeitraumes von 30 Tagen nach der Entlassung (z.B. im Dezember am Ende des Jahres der aktuellen Untersuchungsperiode), sodass nicht bestimmt werden kann, ob eine Rehospitalisation, während 30 Tagen erfolgte.</li> <li>▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden.</li> <li>▪ Patient/in lebt im Ausland.</li> <li>▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.</li> </ul>

## 9.2 Eigene Messung

### 9.2.1 Wiedereintritte im Kontext der Codierung

Bei der Codierung werden Wiedereintritte interne systematisch untersucht und bei einer Häufung Massnahmen festgelegt ->

Im Jahr 2023 gab es keine Häufung.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 an allen Standorten durchgeführt.  
Codierung

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Nur für interne Prozessoptimierung im Kundenfokus

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:		Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs	
		Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten	
▪ Primäre Hüfttotalprothesen		√	√
▪ Primäre Knieprothesen		√	√

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2017 bis 31.12.2020

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2017 - 2020	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2017 - 2020	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %		Adjustierte Revisionsrate % 2017 - 2020
			2015 - 2018	2016 - 2019	
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs</b>					
Primäre Hüfttotalprothesen	403	4.60%	4.60%	5.30%	4.60%
Primäre Knieprothesen	343	5.00%	6.10%	3.80%	4.90%
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten</b>					
Primäre Hüfttotalprothesen	65	3.10%	0.00%	3.20%	3.20%
Primäre Knieprothesen	41	2.60%	6.70%	4.50%	2.80%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2023 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2017 bis Dezember 2020. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2022.

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

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

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

## 10.2 Eigene Messung

### 10.2.1 Auswertung via Codierung

Anhand der Daten aus der Medizin-Codierung werten wir die potentiell vermeidbaren Reoperationen differenziert aus.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 an allen Standorten durchgeführt.  
Alle operativen Kliniken

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Interner Entscheid aus Datenschutz

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	



## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
▪ Blinddarm-Entfernungen	√	√
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	√	√
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)	√	
▪ Magenbypassoperationen	√	
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	√	√

▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	√	√
---	---	---

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs</b>						
Blinddarm-Entfernungen	147	3	2.20%	1.10%	0.70%	2.30% (0.00% - 4.70%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	9	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	111	10	17.90%	10.00%	11.90%	8.60% (3.40% - 13.80%)
Magenbypassoperationen	27	0	-	-	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten</b>						
Blinddarm-Entfernungen	10	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	0	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	164	0	3.90%	4.70%	1.60%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	218	1	1.40%	1.30%	0.00%	0.40% (0.00% - 1.20%)
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten</b>						
Erstimplantation	32	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

von Hüftgelenksprothesen						(0.00% - 0.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	20	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patientinnen und Patienten ( $\geq 16$ Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patientinnen und Patienten ( $\leq 16$ Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

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

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

#### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 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 für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

#### Messergebnisse

	2018	2019	2022	2023
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	1	1	–
In Prozent	1.50%	1.40%	1.40%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0 (-0.43 - 0.43)	0 (-0.56 - 0.46)	0	– (–)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	3	2	–
In Prozent	1.90%	6.80%	4.00%	–
Residuum* (CI** = 95%)	-0.05 (-0.47 - 0.37)	0.03 (-0.47 - 0.63)	0	– (–)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

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

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

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

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

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

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

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Auswertung Meldeportal

Es erfolgt in der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland an allen Standorten eine Vollerhebung der gestürzten Patientinnen und Patienten mittels Meldeportal. Die Daten werden monatlich ausgewertet und beobachtet. Die Mitarbeitenden der Pflegeentwicklung und das Management können somit zeitnah reagieren, falls sich die Daten verändern.

Die Fachverantwortlichen der Pflege haben in den Jahren 2020 und 2021 intensive Aktivitäten in das Thema Sturzprävention investiert. Dies im Rahmen von Jahreszielen. Die Ergebnisse wurden im 2021 präsentiert und auch im Juni 2022 und 2023 erfolgt eine erneute Präsentation ihrer Aktivitäten.

#### Vollerhebung der gestürzten Patienten mittels Meldeportal inklusive folgender Daten:

- Erfasste Risikofaktoren
- Pflegediagnostik
- Planung präventiver Pflegeinterventionen
- Sturz-datum,- zeit, -ort, -art, -hergang, -folgen
- Eingeleitete pflegerische Massnahmen nach Sturzereignis

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 an allen Standorten durchgeführt.  
Alle Kliniken

<b>Sturz SR RWS</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Anzahl Stürze	244	285	338	384	381	414	258
Anzahl Stürze / 1000 Pflgetage	2.6	3.1	4.0	5.0	4.8	5.1	4.0
Inzidenz Stürze total in %	1.5	1.7	2.1	2.9	2.72	2.86	2.13
Sturzfolge Verletzung in %	25.4	39.6	25.4	20.0	23.0	25.0	28.0

<b>Sturz Spital Grabs</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Anzahl Stürze	89	95	124	115	136	165	159
Anzahl Stürze / 1000 Pflgetage	2.0	2.1	3	2.9	3.2	3.8	3.6
Inzidenz Stürze total in %	1.0	1.1	1.4	1.5	1.6	1.91	1.73
Sturzfolge Verletzung in %	27	22.1	20.2	16	29.0	24.0	28.0

<b>Sturz Spital Altstätten</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Anzahl Stürze	71	91	85	120	81	103	99
Anzahl Stürze / 1000 Pflgetage	3.2	4.3	4.1	6.4	4.2	4.9	4.7
Inzidenz Stürze total in %	2.2	2.8	2.7	4.4	2.7	3.26	3.42
Sturzfolge Verletzung in %	25.4	25.2	22.4	25.0	23.0	29.0	28.0

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 13 Dekubitus

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

Weitere Informationen:

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

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

#### **Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 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 für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

#### Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2023	In Prozent
		2018	2019	2022		
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	3	0	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.02 (-0.29 - 0.32)	-0.04 (-0.82 - 0.73)	0	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	
<b>Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten</b>						
Nosokomiale Dekubitus-	Im eigenen Spital	0	2	0	–	–



prävalenz	entstanden, Kategorie 2-4					
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.01 (-0.31 - 0.30)	0.12 (-0.61 - 0.86)	0	-	-
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023		-	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		-	

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

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

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

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

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

## 13.2 Eigene Messungen

### 13.2.1 Datenauswertung Klinikinformationssystem

Es erfolgt in der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland an allen Standorten eine Vollerhebung der dokumentierten Dekubiti mittels Wunddokumentation. Die Daten werden monatlich ausgewertet und beobachtet. Die Mitarbeitenden der Pflegeentwicklung und das Management können somit zeitnah reagieren, falls sich die Daten verändern und Optimierungsmassnahmen einleiten.

Ergänzend zu der Anzahl auftretender Dekubitus kann auch der Entstehungsort sowie Kategorisierung und Körperregion abgebildet werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 an allen Standorten durchgeführt.

Alle Kliniken

<b>Dekubitus SR RWS</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Anzahl Dekubitus	221	239	186	221	173	367	251
Davon im Spital erworben	86	88	86	102	87	139	99
Prävalenz Dekubitus in %	1.3	1.4	1.2	1.7	1.2	2.5	2.1
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 1-4	0.5	0.5	0.5	0.8	0.5	0.9	0.8
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 2-4	0.3	0.3	0.3	0.5	0.2	0.5	0.6
Im Spital erworbene in %	38.9	36.8	46.2	46.2	50.3	37.9	39.4
<b>Dekubitus SPGR</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Anzahl Dekubitus	44	57	42	47	49	156	134
Davon im Spital erworben	16	22	16	17	21	57	69
Prävalenz Dekubitus in %	0.5	0.7	0.5	0.6	0.6	1.8	1.5
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 1-4	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.6	0.7
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 2-4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.5
Im Spital erworbene in %	36.4	38.6	38.1	36.2	42.9	36.5	36.5
<b>Dekubitus SPAL</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Anzahl Dekubitus	77	82	77	92	54	99	117
Davon im Spital erworben	24	23	33	32	19	39	29
Prävalenz Dekubitus in %	2.4	2.5	2.4	3.4	1.8	3.1	4.0
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 1-4	0.7	0.7	1	1.2	0.6	1.1	1.0
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 2-4	1.6	1.7	1.7	2.4	0.4	0.6	0.7
Im Spital erworbene in %	31.2	28	42.9	34.8	35.2	39.4	24.8

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## Weitere Qualitätsaktivitäten

### 17 Weitere Qualitätsmessung

#### 17.1 Weitere eigene Messung

##### 17.1.1 Stroke Unit Reporting (Akutsomatik)

Darstellung der Detailergebnisse aus der Behandlung unserer Strokepatienten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 am Standort „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs“ durchgeführt.

... und dies auch in Abgleich mit dem Stroke-Center vom Kantonsspital St. Gallen.

Das Reporting dient einer konsequenten und dynamischen Prozess-Kontrolle und -Lenkung.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Aufbau kantonsübergreifendes Quality Dash-Board

Das Projekt wird an den Standorten „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs“, „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten“ durchgeführt.

##### Projektart

Systemaufbau und kantonsweiter Harmonisierung zur Visualisierung aller öffentlicher Spitäler

##### Projektziel

Ein Quality Dashboard zur Darstellung aber auch Prozesslenkung soll kontinuierlich und zielfokussiert ausgebaut werden

Umsetzung ab 1.1.2025

##### Projekttablauf/ Methodik

- Ausgehend von Lösungen anderer Spitäler und Unternehmungen soll schlank eine Istanalyse erstellt werden.
- Im Fokus unserer Kunden und der Anforderungen von Zertifizierungsstellen soll eine Soll-Konzeption erarbeitet werden.
- Test des Systems
- Die Ergebnisse sollen den einzelnen Ansprechgruppen gezeigt und deren Rückmeldungen eingebunden werden.

##### Involvierte Berufsgruppen

Medizinische Mitarbeitende der Spitalregion

##### Projektelevaluation / Konsequenzen

... folgen nach Umsetzung ...

##### Weiterführende Unterlagen

Regulative, Vorträge, Konzepte, Internet, ...

### 18.1.2 Ausbau Prozessmanagement

Das Projekt wird an den Standorten „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs“, „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten“ durchgeführt.

Projektart:

Systemaufbau in Abgleich mit allen öffentlichen Spitälern im Kanton St. Gallen und/oder Unternehmungen

Projektziel:

Überprüfung bestehender Prozessvorgaben und Ausbau der Prozessmanagementspezifikationen. Dies ist auch eine Forderung von SanaCERT und wird bei der Rezertifizierung im Mai 2025 überprüft. Erarbeitung von standortspezifischen Prozessbeschreibungen bis auf Ebene 4 nach BPMN 2.0

Projektablauf / Methodik

- Istanalyse im Jahr 2021 und kontinuierlich anpassend.
- Sollkonzeption wurde Ende des Jahres 2022 vom CEO-KA verabschiedet.
- Umsetzung läuft ab Sommer.2022

Involvierte Berufsgruppen

Alle

Projektelevaluation / Konsequenzen

Im Projektteam gibt es eine konsequente Projektreflexion zur optimalen Ausgestaltung.

Weiterführende Unterlagen

Regulative, Vorträge, Konzepte, Internet, ...

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

### 18.2.1 Überwachungsaudit SanaCERT im Juni 2023

Das Projekt wurde an den Standorten „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs“, „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten“ durchgeführt.

Erfolgreiche Rezertifizierung nach den Vorgaben der Regulatoren der Version 24/2022

### 18.2.2 Einführung kontinuierliche Patientenbefragung

Das Projekt wurde an den Standorten „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs“, „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten“ durchgeführt.

Projektart:

Systemaufbau in Anlehnung an die Umsetzung vom Kantonsspital St. Gallen

Projektziel:

Retrospektives und kontinuierliches Feedback von Patienten einholen.

Projektlauf / Methodik

- Istanalyse: Erfolgt im Jahr 2021
- Sollkonzeption: Ende 2021 verabschiedet
- Umsetzung: Ab 1.8.2022 realisiert

Involvierte Berufsgruppen

Pflege

Projektelevaluation / Konsequenzen

- System läuft nach Anfangsproblemen stabil
- An Mitte 2023 wird diese Lösung auch an den Standorten Wil und Uznach eingeführt

Weiterführende Unterlagen

Regulative, Vorträge, Konzepte, Internet, ...

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Qualitätslabel "Qualität im Palliative Care"

Die Zertifizierung wird am Standort Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten durchgeführt.

Projektart

- Erreichung Qualitätslabel qualitépalliative

Projektziel

- Die SR RWS strebt für das Jahr 2024 die Anerkennung nach qualitépalliative an

Projekttablauf / Methodik

- Laut aktuellen regulatorischer Vorgaben

Involvierte Berufsgruppen: (Ärzte, Pflege, Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration, etc.)

- Alle oben genannten

Projektelevaluation / Konsequenzen

- Die Erkenntnisse und Massnahmen werden laut regulatorischer Vorgaben umgesetzt

### 18.3.2 Überwachungsaudit SanaCERT - Spital Altstätten

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs“, „Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten“ durchgeführt.

Am 4. Juni 2024 findet in Referenz auf die Regulative 24/2021 ein Überwachungsaudit am Standort Grabs statt.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Der vorliegende Qualitätsbericht 2023 ermöglicht den interessierten Lesenden Einblick in die vielschichtigen Qualitätsaktivitäten der Spitalregion RWS. Trotz erschwerten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und der daraus resultierenden knapper werdenden finanziellen Ressourcen bleibt das erklärte Ziel, die Zufriedenheit der Patient\*innen sowie die hohe Behandlungsqualität sicherzustellen. Dies auch indem wir bestrebt sind, die Mitarbeiterzufriedenheit, kontinuierlich zu verbessern.

Die Spitalregion RWS ist für Innovation und Weiterentwicklung offen, wenn sie zum Nutzen unserer Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. Es ist selbstverständlich, dass eine konsequente und begleitende Qualitätssicherung und Qualitätsüberprüfungen für diese Zielerreichung unerlässlich sind.

Der Qualitätsgedanke darf aber nicht einem Selbstzweck dienen. Wir verstehen unsere Aufgabe darin, die Qualität mit unserem Auftrag der Abklärung, Behandlung und Betreuung der uns anvertrauten Patient\*innen auf hohem Niveau zu verbinden.

Das Prinzip des kontinuierlichen Verbesserungs-Prozesses (KVP) gemäss dem PDCA (Plan-Do-Check-Act) -Zyklus wird als zentraler Pfeiler in der Qualitätsarbeit angesehen. Qualität ist nicht nur das erreichte Ergebnis, sondern auch die Motivation zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.



## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Altstätten
<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	√	√
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)	√	√
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	√	√
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	√	√
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	√	√
Kieferchirurgie	√	√
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>		
Kraniale Neurochirurgie	√	√
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>		
Neurologie	√	√
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	√	√
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)	√	√

Zerebrovaskuläre Störungen	√	√
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>		
Ophthalmologie	√	√
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>		
Endokrinologie	√	√
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>		
Gastroenterologie	√	√
Spezialisierte Gastroenterologie	√	√
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>		
Viszeralchirurgie	√	√
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>		
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	√	√
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	√	√
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)	√	√
<b>Herz</b>		
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	√	√
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	√	√
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	√	√
<b>Nieren (Nephrologie)</b>		
Nephrologie (Nierenversagen)	√	√
<b>Urologie</b>		
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√
Komplexe Chirurgie der Niere	√	√
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>		
Pneumologie	√	√
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>		
Thoraxchirurgie	√	√
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>		
Chirurgie Bewegungsapparat	√	√
Orthopädie	√	√
Handchirurgie	√	√
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	√	√
Arthroskopie des Knies	√	√
Rekonstruktion obere Extremität	√	√
Rekonstruktion untere Extremität	√	√
Wirbelsäulenchirurgie	√	√
Plexuschirurgie	√	√
Replantationen	√	√
<b>Rheumatologie</b>		
Rheumatologie	√	√
Interdisziplinäre Rheumatologie	√	√

<b>Gynäkologie</b>		
Gynäkologie	√	√
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	√	√
<b>Geburtshilfe</b>		
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)	√	√
Spezialisierte Geburtshilfe	√	√
<b>Neugeborene</b>		
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)	√	√
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)	√	√
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und $\geq$ 1000g)	√	√
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>		
Onkologie	√	√
Radio-Onkologie	√	√
<b>Schwere Verletzungen</b>		
Unfallchirurgie (Polytrauma)	√	√
Ausgedehnte Verbrennungen (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/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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