



ROSENKLINIK  
*Rapperswil*

# Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

31.05.2024  
Fabio Berry, Direktor / vorsitzender der Geschäftsleitung

Version 1



Swiss Medical Network, Rosenklinik  
Rapperswil

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



Akutsomatik

## Impressum

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

Frau  
Magdalena Ludwinek  
Qualität- und Hygieneverantwortliche  
0552207014  
[magdalena.ludwinek@rosenlinik.ch](mailto:magdalena.ludwinek@rosenlinik.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>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 .....	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	15
4.5 Registerübersicht .....	16
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	16
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>17</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>18</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>18</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	18
5.2 Eigene Befragung .....	19
5.2.1 Patientenbefragung stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig .....	19
5.3 Beschwerdemanagement .....	20
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>21</b>
7.1 Eigene Befragung .....	21
7.1.1 Mitarbeiterbefragung .....	21
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
8.1 Eigene Befragung .....	22
8.1.1 Belegarztbefragung .....	22
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>23</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>23</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>23</b>
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....	23
<b>10 Operationen</b> .....	<b>25</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	25
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>26</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	26
<b>12 Stürze</b> .....	<b>28</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	28
12.2 Eigene Messung .....	29
12.2.1 Interne Sturzprotokolle .....	29
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>30</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	30
13.2 Eigene Messungen .....	31
13.2.1 Dekubitus Erfassung .....	31
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>0</b>

<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15</b>	<b>Symptombelastung psychischer Störungen</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	<b>Messungen in der Rehabilitation</b> .....	<b>0</b>
<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>0</b>
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>32</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	32
18.1.1	IMS Implementierung .....	32
18.1.2	Umsetzung Strategie NOSO .....	32
18.1.3	Ausbau der Klinik .....	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 .....	33
18.2.1	Bewerbung für die Spitalplanung des Kantons St. Gallen .....	33
18.2.2	PREMS Erfassung .....	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	33
18.3.1	DIN ISO 9001:2015 .....	33
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>34</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....	<b>35</b>
	Akutsomatik .....	35
	<b>Herausgeber</b> .....	<b>36</b>

## 1 Einleitung

Die Rosenklinik ist eine orthopädische Spezialklinik mit eigenem Sportzentrum und besonderem Fokus auf die Knie- und Hüftprothetik, die insbesondere bei fortgeschrittener Arthrose zum Zug kommt. Wir sind bestrebt, unsere Behandlungen stets entlang der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu optimieren und auf die nächste Stufe zu heben. Ihr Wohlbefinden ist unsere Visitenkarte, denn eine gute Genesung beginnt in einem guten Umfeld.

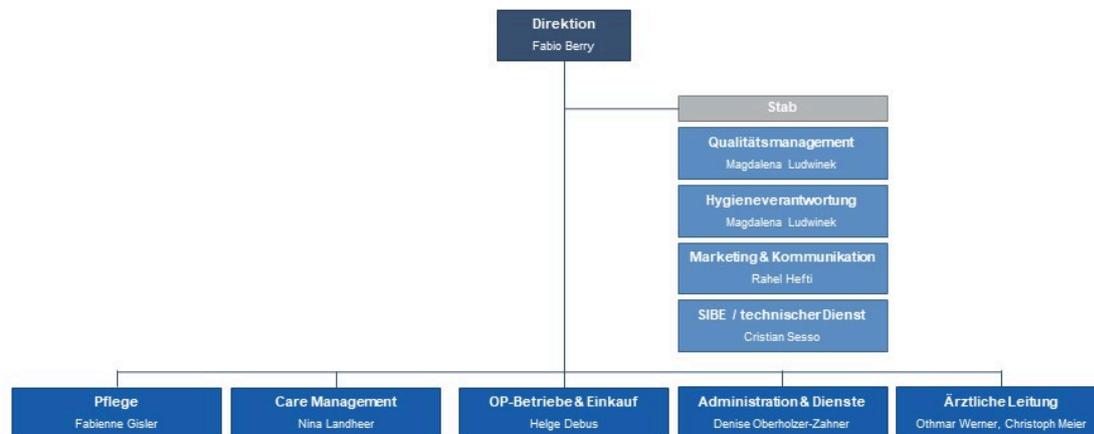
2021 wurde die Rosenklinik in die Swiss Medical Network Gruppe integriert.

Im Jahr 2022 wurde das einzigartige agile+® Programm registriert. agile+® ist das hochspezialisierte Prothetik-Programm der Rosenklinik und steht für eine patientenzentrierte Behandlung in allen Phasen der Genesung (präoperativ, stationär, postoperativ). Das Programm wurde von der Rosenklinik basierend auf internationalen Studien und vergleichbaren Konzepten entwickelt. Operations- und Anästhesieverfahren wurden angepasst und Klinikprozesse konsequent darauf ausgerichtet.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement in der Rosenklinik ist ein strategisches Führungs- und Steuerungselement, das aktiv gelebt wird und seit 2022 als Koordinationsstelle innerhalb vom Swiss Medical Network auf Gruppenebene agiert. Das Qualitätsmanagement ist innerhalb vom Swiss Medical Network auf Regionen unterteilt, wobei jede Region von einer verantwortlichen Person koordiniert wird. Die Organisation des Qualitätsmanagements innerhalb der Kliniken ist autonom. Sämtliche Mitarbeitenden der Rosenklinik teilen eine Mitverantwortung für die ausgezeichnete Qualität. Die Ausführung der Qualitätsentwicklung wird durch eine für die Qualität verantwortliche Person gewährleistet. Die Qualitätsanforderungen und -themen werden in regelmässigem Austausch mit dem Geschäftsleitungsvorsitzenden evaluiert.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **30** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Magdalena Ludwinek  
 Qualität- und Hygieneverantwortliche  
 055 220 70 14  
[magdalena.ludwinek@rosenklinik.ch](mailto:magdalena.ludwinek@rosenklinik.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Eine ausgezeichnete Qualität steht im Swiss Medical Network an oberster Stelle, wobei die Patienten stets im Zentrum stehen. Auch in der Rosenklinik ist ein nachhaltiges Qualitätsmanagement von grösster Bedeutung. Wir kontrollieren unsere Handlungen und Prozesse, um Qualität und Leistungen kontinuierlich zu verbessern. Zur noch besseren Erfüllung unserer eigenen Qualitätsansprüche wird das Qualitätsmanagementsystem nach der DIN ISO 9001:2015 Norm aufgebaut und zertifiziert. Als Basis für die Qualitätsstrategie in der Rosenklinik wurde der PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) angewendet. Der Fokus liegt auf folgenden Aspekten:

- Patientensicherheit
- Kundenzufriedenheit
- Professionalität
- Integration in die Versorgung
- nachhaltige Entwicklung
- Versorgung und Indikationsqualität.

Um unsere bereits hohe Qualität aufrechtzuerhalten, setzen wir uns ferner neue Ziele an. Dazu gehören:

- Implementierung eines klinikübergreifenden Qualitätsmanagementsystems
- Einführung eines umfassenden Risikomanagements zur Minimierung von Risiken
- Zertifizierung des Qualitätsmanagements nach der DIN ISO 9001:2015 Norm
- Optimierung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)
- Überprüfung und Optimierung von unseren internen und externen Prozessen
- Beibehaltung der hohen Patientenzufriedenheit
- Regelmässige Überprüfung und Aktualisierung der bereits hohen Hygienestandards
- Verbesserung und Weiterentwicklung des agile+®-Programms
- Umsetzung der Anforderungen der Spitalliste im Kanton St. Gallen

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

- Einreichung des Antrags für die Spitalliste im Kanton St. Gallen
- Weiterentwicklung der Patientensicherheit und der Betreuungsqualität
- Überprüfung des bestehenden Qualitätsmanagementsystems

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

- Verbesserung der Zufriedenheit von unseren externen Partnern
- Erzielen von sehr guten Ergebnissen in der nationalen Patientenumfrage
- Verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Kliniken der Gruppe Swiss Medical Network
- Evaluation des bestehenden Qualitätsmanagementsystems und Definition der Verbesserungsmassnahmen
- Erfolgreiche Aufnahme der Klinik in die Listenspitäler im Kanton St. Gallen für die Jahre 2024-2031
- Weiterentwicklung des agile+® Programms

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Qualitätsmanagement der Rosenklinik wird in den kommenden Jahren stetig weiterentwickelt. Oberstes Ziel ist die Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2015. Die Qualitätsentwicklung orientiert sich an der internen Qualitätspolitik, der kantonalen Qualitätsstrategie und nationalen Qualitätszielen.

- Aufbau des Qualitätsmanagementsystems
- Verbesserung der Fehlerkultur dank des CIRS-Konzepts
- Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMS)
- Weiterentwicklung und Optimierung des agile+®-Programms
- Umsetzung Strategie NOSO
- Durchführung interner Audits zur Proessoptimierung und Definition der Verbesserungsmaßnahmen
- Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso
▪ 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:
▪ ANQ-Messungen
▪ Patienten-, Angehörigen-, Mitarbeitenden- und Zuweiser- Befragungen

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenbefragung stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterbefragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Belegarztbefragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Interne Sturzprotokolle
<i>Dekubitus</i>
▪ Dekubitus Erfassung

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Ausbau der Klinik

<b>Ziel</b>	Ausbau der Infrastruktur in der Klinik zur Prozessoptimierung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	OP, Sportzentrum, Gastrobereich, Bettenstation
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Mitte 2023 bis Ende 2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Steigende Nachfrage und Weiterentwicklung der Klinik benötigen grössere Räumlichkeiten. Die bisherige Infrastruktur ist nicht mehr ausreichend und muss daher erweitert werden.
<b>Methodik</b>	Gemäss Projektplan
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, Stab
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das Sportzentrum wurde im September 2023 in Betrieb genommen. Im Dezember 2023 startete die 2. Bauetappe (Gastronomiezone).
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Baupläne

##### Einführung IMS Premium für Prozess- und Dokumentlenkung

<b>Ziel</b>	Die Prozesse werden standardisiert, um die Effizienz im Alltag zu steigern. Die Dokumente werden einheitlich behandelt.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Mitte 2023 bis Oktober 2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Das IMS-Programm wird als klinikübergreifendes Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Dies ermöglicht prozessorientierte Arbeitsabläufe und somit auch eine gesteigerte Effizienz. Die Dokumentenlenkung verläuft systematisch.
<b>Methodik</b>	Die Prozesse werden mit den Bereichsleitern definiert und anschliessend im IMS abgebildet. Die Dokumente werden durch die Prozesseigner gepflegt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, Bereichsleitungen, Qualitätsmanagement, alle Mitarbeitende
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die ersten Prozesse wurden definiert und im IMS abgebildet. Die Prozesseigner wurden geschult und bereiten aktuell die Dokumente vor.

## Einführung eines elektronischen Patientendossiers

<b>Ziel</b>	Patientendokumentation wird nur noch elektronisch erfasst
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	seit 2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	In allen Kliniken von Swiss Medical Network wird eine einheitliche elektronische Patientendokumentation benutzt.
<b>Methodik</b>	Die Konfiguration der Parameter wird mit den Fachleitungen erarbeitet.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, Bereichsleitungen, Qualitätsmanagement, alle Mitarbeitende
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die vorgeschlagene Konfiguration wird intern beurteilt und evaluiert. Die notwendigen Anpassungen werden mit dem Provider besprochen.

## Implementierung Händehygieneüberwachungstool

<b>Ziel</b>	Verbesserung der Adhärenz der Händehygiene
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2023-2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Vorgaben der Strategie NOSO
<b>Methodik</b>	Projekt in Swiss Medical Network Gruppe
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Mitarbeitende mit Patientenkontakt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Automatisierte Datenanalyse und unmittelbares Feedback an die Mitarbeitende.

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

#### Gastronomiekonzept

<b>Ziel</b>	Optimale Patienten- und Mitarbeitendenversorgung
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Küche/Hotellerie
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Anfang 2023 bis Februar 2024
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Optimierung des Verpflegungsangebots
<b>Methodik</b>	Die Küche wurde neu ausgestattet, Prozesse sowie das Angebot inkl. Preise für Patienten und Mitarbeitende wurden definiert.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Direktion, Hotellerie, externer Partner
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Nach der ersten Testphase wurden Rückmeldungen von Patienten und Mitarbeitenden eingeholt und entsprechende Verbesserungsmassnahmen vorgenommen.

#### agile+®

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung zur Effizienzsteigerung
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Care Management
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Fortlaufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Optimierung der Prozesse und fortlaufende Weiterentwicklung des Behandlungspfads
<b>Methodik</b>	Regelmässige Beteiligung an Projektsitzungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, Care Management, alle Mitarbeitenden
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Datenanalyse, Auslastung, Patientenbefragung

## OP-Lenkungsausschuss

<b>Ziel</b>	Optimale Auslastung des Operationssaals
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	OP, Anästhesie, Patientendisposition
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Fortlaufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Effiziente OP-Planung
<b>Methodik</b>	Regelmässige OP-Besprechungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	OP-Leitung, Patientendisposition, Leitung Anästhesie, Pflegedienstleitung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Kennzahlen, wöchentliche OP-Auslastung

### 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 2021 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

#### Bemerkungen

Die Swiss Medical Network Gruppe hat 2021 neues CIRS-Meldungstool eingeführt. Erfasste CIRS-Meldungen können innerhalb der gesamten Gruppe von allen Mitarbeitenden eingesehen werden mit dem Ziel, aus Fehlern zu lernen. Die Gruppe Swiss Medical Network plant weitere Anpassungen.

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>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>	Knie/Hüfte
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	Knie-/Hüftprothese, Cholezystektomie

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
REKOLE	Finanzen	2018	2022	

# **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>Swiss Medical Network, Rosenklinik Rapperswil</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.37	4.41	4.18	4.43 (4.25 - 4.61)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.65	4.70	4.61	4.79 (4.61 - 4.97)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.76	4.61	4.61	4.77 (4.59 - 4.94)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.69	4.78	4.57	4.51 (4.28 - 4.73)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.26	4.36	4.27	4.27 (4.05 - 4.49)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	92.31 %	100.00 %	78.26 %	93.65 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				104
Anzahl eingetretener Fragebogen	64	Rücklauf in Prozent		62 %

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	ESOPÉ, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten ( $\geq 16$ 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 stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig

Die Rosenklinik führt kontinuierliche Befragungen zur Patientenzufriedenheit bei stationären Patienten durch. Der Fragenbogen ist in digitaler Form verfügbar und kann bei Bedarf auch in ausgedruckter Form zu Verfügung gestellt werden. Die Patienten haben die Möglichkeit, die Umfrage bereits während der Hospitalisation auszufüllen. Der Fragenbogen beinhaltet Fragen zu allen Bereichen des Patientenpfades und kann anonym ausgefüllt werden. Folgende Kriterien werden beurteilt:

- Informationen und Eintrittsvorbereitung
- Behandlungsqualität Pflege, OP und Physiotherapie
- Ärztliche Versorgung
- Infrastruktur
- Dienstleistungen und Service
- Austritt

Die Ergebnisse werden regelmässig ausgewertet und Verbesserungsmassnahmen zeitnahe festgelegt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist nicht vorgesehen. Die Ergebnisse werden regelmässig der Geschäftsleitung präsentiert. Die Verbesserungsmassnahmen werden evaluiert und umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Swiss Medical Network, Rosenklinik  
Rapperswil**

Beschwerdemanagement

Rahel Hefti

Leitung Marketing und Kommunikation

055 220 70 11

[rahel.hefti@rosenlinik.ch](mailto:rahel.hefti@rosenlinik.ch)

## 7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterbefragung

Zufriedene Mitarbeitenden bilden den Kern von jedem erfolgreichen Unternehmen. Um eine gute Zusammenarbeit aufrechtzuerhalten und langfristig sicherzustellen, werden in der Rosenklinik regelmässig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Ergänzen werden die Rückmeldungen der Mitarbeitenden während der jährlichen Mitarbeitergespräche erfasst. Der Mitarbeiterfragebogen wurde zuletzt im August per E-Mail an alle Mitarbeitende aus sämtlichen Bereichen verschickt und war nur in digitaler Form verfügbar.

Folgende Punkte wurden erfasst:

- Arbeitsklima
- Arbeitsbedingungen (Sozialleistungen, Arbeitsvolumen, etc.)
- Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten
- Weiterentwicklungsmöglichkeiten

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Monat August durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind für innerbetrieblichen Verbesserungsmassnahmen bestimmt.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 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 Belegarztbefragung

Die Rosenklinik führte 2023 eine Belegarztbefragung durch. Zu diesem Zweck wurde ein digitaler Fragebogen per E-Mail an alle akkreditierten Belegärzte versendet. Erfasst wurden die folgenden Aspekte:- Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung

- Kommunikation in der Klinik
- Anmeldeprozess und Terminvereinbarung
- Zusammenarbeit mit dem OP-Team, den Pflegenden der Bettenstation und der Physiotherapie
- Infrastruktur

Die Ergebnisse wurden in der Geschäftsleitung besprochen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat Mai durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind für innerbetrieblichen Verbesserungsmaßnahmen bestimmt und wurden in der Geschäftsleitung besprochen.

#### 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>Swiss Medical Network, Rosenklinik Rapperswil</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>
Spitalweite Kohorte	4.1 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	3.4 %

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/).

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

Unsere Klinik erfüllt nicht die Mindestfallzahlanforderungen von 10 erwarteten ungeplanten Rehospitalisationen für den statistischen Vergleich mit anderen Kohorten.

#### 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>

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

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

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

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/).

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

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

Die Ergebnisse wurden bis 2020 publiziert. Da die Rosenklinik 2021 ins Swiss Medical Network integriert und alle Belegärzte neu akkreditiert wurden, sind die Ergebnisse nicht mehr repräsentativ.

#### Angaben zur Messung

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Gallenblasen-Entfernungen
▪ 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>Swiss Medical Network, Rosenklinik Rapperswil</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	22	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>Swiss Medical Network, Rosenklinik Rapperswil</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	235	0	2.90%	0.00%	0.80%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	288	2	2.20%	1.40%	0.70%	0.50% (0.00% - 1.30%)

\* 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 (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patientinnen und Patienten (≤ 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>Swiss Medical Network, Rosenklinik Rapperswil</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	0	0	–
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0 (-0.44 - 0.44)	-0.01 (-0.54 - 0.53)	-0.01 (-0.69 - 0.67)	– (–)
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 Interne Sturzprotokolle

Stürze in der Klinik werden im internen Sturzprotokoll erfasst. Die Ergebnisse werden analysiert und präventive Massnahmen eingeführt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse dienen der innerbetrieblichen Qualitätsverbesserung.

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>Swiss Medical Network, Rosenklinik Rapperswil</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0 (-0.31 - 0.31)	-0.01 (-0.79 - 0.78)	0 (-0.87 - 0.86)	–	–
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 Dekubitus Erfassung

Die Ereignisse werden erfasst und ausgewertet. Die präventiven Massnahmen werden definiert und umgesetzt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Auswertung wird zu internen Zwecken genutzt.

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 IMS Implementierung

Das Prozessmanagement- und Dokumentlenkungssystem IMS Premium wurde in allen Kliniken der Swiss Medical Network Gruppe eingeführt. Auch in der Rosenklinik wird es aktuell aufgebaut und implementiert. Im Programm werden die klinikinternen Abläufe abgebildet und für alle Mitarbeitenden der Klinik zugänglich gemacht. Die Standardisierung und prozessorientierte Handlungen sollen zur kontinuierlichen Effizienzsteigerung an den Schnittstellen beitragen, wobei die Patientensicherheit stets die oberste Priorität hat.

Die Prozesse und Dokumente werden überprüft und aktualisiert. Die Mitarbeitenden werden in IMS Premium geschult. Die Einführungsphase wird durch die Prozesseigner eng begleitet.

Die Implementierung für das Jahr 2024 geplant ist, weshalb aktuell noch keine Erkenntnisse präsentiert werden können. Die Überprüfung erfolgt mittels interner Audits.

#### 18.1.2 Umsetzung Strategie NOSO

Das Ziel der nationalen Strategie NOSO ist die Reduktion von healthcare-assoziierten Infektionen in Schweizer Spitälern. Die Umsetzung dieser Strategie ist auch ein wichtiger Punkt in der Spitalplanung des Kantons St. Gallen.

Die Infektionsprävention in der Rosenklinik bildet einen relevanten Aspekt der hohen Betreuungsqualität. Die Schlüsselkomponenten der Strategie NOSO werden in Zusammenarbeit mit einer Fachexpertin Infektionsprävention und einem Facharzt für Infektiologie/Spitalhygiene erarbeitet. An der Umsetzung der entsprechenden Infektionspräventionsmassnahmen beteiligen sich alle Mitarbeitenden.

#### 18.1.3 Ausbau der Klinik

Im Jahr 2023 startete der Ausbau der bestehenden Infrastruktur, um der steigenden Nachfrage in der Orthopädie (ambulante und stationäre Eingriffe) gerecht zu werden und die hohe Betreuungsqualität weiterhin zu gewährleisten. In einem ersten Schritt wurde das Sportzentrum neugestaltet und im September 2023 fertiggestellt. In den neuen Räumlichkeiten werden sowohl Patienten als auch Profisportler und ambitionierte Amateursportler betreut. Der Fokus des Sportzentrums liegt auf Physiotherapie, Rehabilitation, Prävention und Leistungsdiagnostik.

Ende Jahr startete der Umbau der Gastronomiezone, die im Rahmen der agile+®-Strategie ein neues Patientenerlebnis ermöglichen sollte. Das Gastronomiekonzept wurde entsprechend an die Bedürfnisse der Patienten und Mitarbeitenden angepasst. Rückmeldungen werden engmaschig erfasst und diskutiert, um das Konzept fortlaufend weiterzuentwickeln und zu optimieren.

Die letzte Phase des Um- und Ausbaus der Rosenklinik erfolgt 2024 und betrifft die Pflegestation (Ausbau von 17 auf 33 Betten) und den Operationstrakt (Bau eines 3. Operationssaals, in dessen Zug bereits 2023 die Sterilisation ausgelagert wurde). Das Projekt wird über eine Projektmanagementgruppe gesteuert.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

### 18.2.1 Bewerbung für die Spitalplanung des Kantons St. Gallen

Der Kanton St. Gallen nahm die Spitalplanung für die Jahre 2024-2031 vor und verteilte Leistungsaufträge für die medizinische Versorgung der Bevölkerung an die Listenspitäler. Die Anforderungen sind für alle Institutionen einheitlich. Ziel der Rosenklinik war die erfolgreiche Aufnahme als Listenspital für elektive Eingriffe. Zu diesem Zweck reichte die Geschäftsleitung fristgerecht die nötigen Bewerbungsunterlagen ein. Dieses Ziel wurde erreicht. Ausstehende Anforderungen werden ergänzt.

### 18.2.2 PREMS Erfassung

In der Prothetik wurden die Behandlungen dank agile+® standardisiert, was eine PREMs-Befragung ermöglicht (Patient Reported Experience Measure). PREMs liefert wertvolle Informationen zu Erfahrungen und Ereignissen der Patienten im Rahmen des Behandlungspfads. Der Fragebogen wurde vom Rosenklinik Care Management entwickelt, das eine zentrale Schlüsselrolle im agile+®-Behandlungspfad einnimmt und als erste Ansprechperson für Patienten funktioniert. Die Befragung ist vollständig digital. Das Erfassungstool für PREMs wurde 2023 eingeführt, um die Patientenbehandlung zu optimieren. Nach der Implementierung erfolgte Evaluation der Rücklaufquote und Qualität der Antworten. Aus der Datenanalyse wurden sodann entsprechende Verbesserungsmassnahmen abgeleitet.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 DIN ISO 9001:2015

Die Rosenklinik bereitet sich auf die Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2015 vor. Die erste Zertifizierung ist auf anfangs 2026 geplant. Der strukturierte Aufbau des Qualitätsmanagementsystems wurde bereits in Angriff genommen. Somit werden die Prozesse optimiert und im Alltag implementiert. Das Projekt betrifft alle Mitarbeitenden der Klinik. Die Projektleitung liegt bei der Direktion und der Qualitätsmanagementverantwortlichen.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Rosenklinik hat sich seit der Übernahme durch das Swiss Medical Network und die Neuausrichtung als orthopädische Spezialklinik sehr gut in der Region etabliert. Die hervorragende Behandlungsqualität ist allgemeinbekannt und spricht sich zunehmend auch ausserregional herum. Eine hohe Zufriedenheit von Patienten, Mitarbeitenden und Belegärzten ist ein zentraler Parameter für den Klinikerfolg. Die Integration ins Swiss Medical Network war ein grosser Schritt. 2024 erfolgt nun auch die vollständige Integration der IT-Systeme in die Gruppenumgebung. Auch in den kommenden Jahren wird sich die Rosenklinik stark weiterentwickeln. Zukunftsorientierte Massnahmen wie die Weiterentwicklung von agile+®, der Klinikausbau, die Eröffnung des Sportzentrums mit einem ergänzenden Angebot für Selbstbezahlende und Profisportvereine, aber auch Einführung eines zertifizierten Qualitätsmanagementsystems sollen zu einem weiteren Wachstum und steigender Relevanz in der Region führen. Viele nationalen und kantonalen Anforderungen werden kontinuierlich umgesetzt. Dabei stehen Patienten und Mitarbeitende stets im Fokus der Handlungen.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie

## 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).