



KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

25.10.2017
Christian Juchli, Direktor

Version 2



Klinik Seeschau AG

www.klinik-seeschau.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 2016.

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Frau
Petra Dengl
Pflegedienstleitung, Stv. Qualitätsleitung
071 677 53 53
dengl.petra@klinik-seeschau.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.5 Registerübersicht	13
4.6 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Befragungen	16
5 Patientenzufriedenheit	16
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	16
5.2 Eigene Befragung	18
5.2.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon	18
5.3 Beschwerdemanagement	19
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	20
7.1 Eigene Befragung	20
7.1.1 Befragung der Mitarbeiter	20
8 Zuweiserzufriedenheit	21
8.1 Eigene Befragung	21
8.1.1 Befragung der Belegärzte	21
8.1.2 Befragung der Zuweiser	21
Behandlungsqualität	22
9 Wiedereintritte	22
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	22
10 Operationen	24
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	24
11 Infektionen	26
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	26
12 Stürze	28
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	28
13 Wundliegen	29
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	29
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	31
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	31
18.1.1	Neustrukturierung der Spitalhygiene	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	32
18.2.1	Überarbeitung der QM-Dokumentation	32
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	33
18.3.1	Rezertifizierung ISO 9001:2008	33
18.3.2	Umsetzung H+Branchenlösung für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	33
19	Schlusswort und Ausblick	34
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		35
Akutsomatik		35
Anhang 2		37
Herausgeber		40

1 Einleitung

Entwicklung

Trotz der Bautätigkeit und der damit verbundenen Beeinträchtigungen im Klinikbetrieb konnten die stationären Fallzahlen um 3,4 % auf total 1'570 Austritte gesteigert werden. Auch die ambulanten Behandlungen haben um 7,7 % auf total 2'746 zugenommen. Mit 92 % Thurgauer, 56 % allgemein versicherten Patientinnen und Patienten sowie der beträchtlichen Anzahl ambulanter Behandlungen trägt die Klinik Seeschau ihren Anteil an die Versorgung der Bevölkerung des Kantons Thurgau bei. Im Berichtsjahr 2016 konnte erfreulicherweise das Belegärzteteam erneut verstärkt werden. Per 1. Oktober 2016 wurde mit Dr. med. Tobias Ritzler das orthopädische Fachärzteteam erweitert. Dr. med. Tobias Ritzler war zuvor Chefarzt und Mitglied der Geschäftsleitung der Klinik im Hof Weissbad und Belegarzt für orthopädische Chirurgie an den beiden Spitälern Appenzell und Herisau. Ebenfalls per 1. Oktober 2016 konnte die Klinik Seeschau mit Dr. med. Pascal Welpé den Fachbereich Anästhesiologie und Schmerztherapie erweitern und verstärken. Dr. med. Pascal Welpé war zuvor Oberarzt mbF der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin am Kantonsspital Münsterlingen. Per 1. Januar 2017 übernahm er die Leitung dieses Fachbereichs an unserer Klinik von Dr. med. Fuad Albash. Seit 1994 hat Dr. med. Fuad Albash den Fachbereich Anästhesiologie an der Klinik Seeschau aufgebaut und stetig weiterentwickelt. In Zukunft wird er als Belegarzt für Anästhesie weiterhin mit einem reduzierten Pensum an unserer Klinik tätig sein. Wir danken Herrn Dr. med. Fuad Albash an dieser Stelle für seine langjährige und partnerschaftliche Zusammenarbeit sehr herzlich!

Im Berichtsjahr 2016 konnte die Klinikerweiterung auf der Nord- und Ostseite weiter vorangetrieben werden. Der Baufortschritt war nun deutlich erkennbar. Die neuen Räumlichkeiten wie IMCU, Allgmeinzimmer, Radiologie und die Wäscherei wurden Anfang 2017 in Betrieb genommen.

Klinik Portrait

Als Listenspital des Kantons Thurgau bietet die Klinik Seeschau ein umfassendes Leistungsspektrum in der operativen Medizin an. Dazu zählen die Orthopädische Chirurgie, die Gynäkologie, die allgemeine und Viszeralchirurgie, die Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, die Handchirurgie, die Augenheilkunde und die Urologie. Unser Fachbereich Urologie ist in das innovative Netzwerk Uroviva eingebunden. Als einzige Belegarztklinik im Kanton Thurgau bietet die Klinik Seeschau eine qualitativ hochstehende Alternative zum öffentlichen Behandlungsangebot.

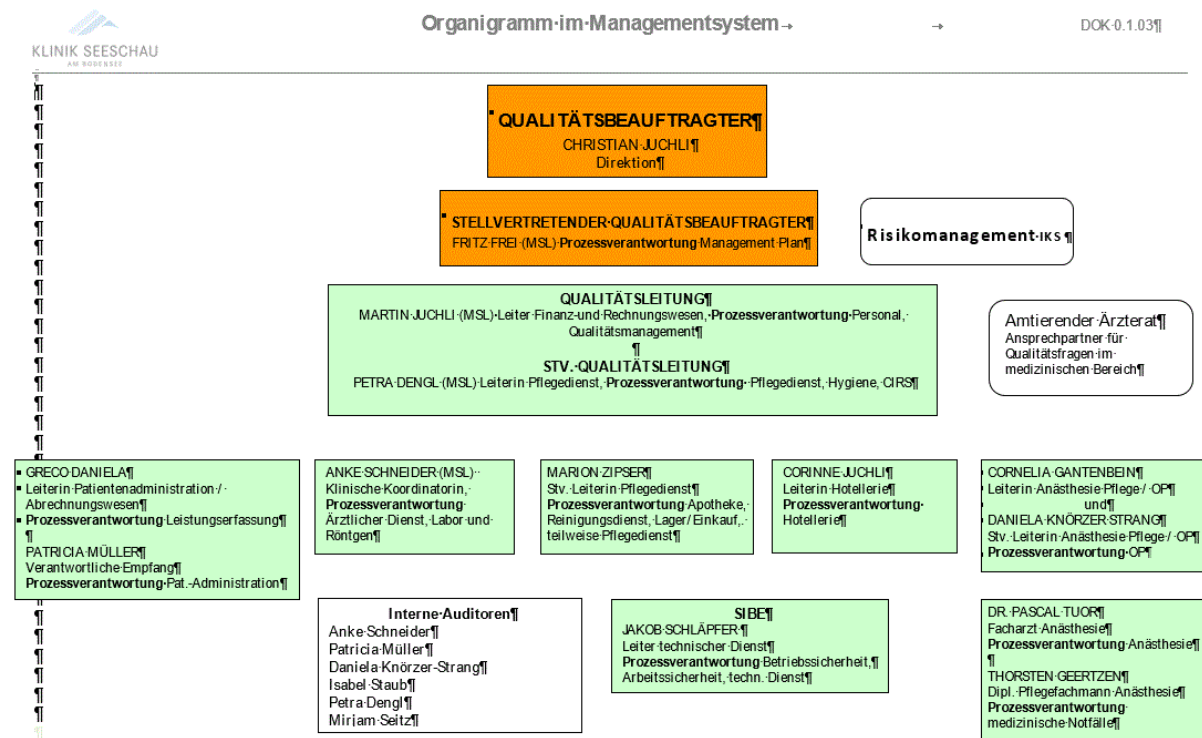
Q – Schwerpunkte 2016

Die Klinik nimmt jedes Jahr an allen für den Akutbereich vorgegebenen ANQ-Messungen teil und führt zusätzlich eine externe Patientenzufriedenheitsmessung mit MECON measure & consult GmbH durch. Vor allem diese externe Patientenzufriedenheitsmessung erfüllt uns mit Stolz, hat doch die Klinik Seeschau in drei von vier Quartalen als gesamthaft beste SLH-Klinik abgeschlossen – und dies trotz der Beeinträchtigungen während der intensiven Bauphase! Auch die Ergebnisse von Swisnoso (postoperative Wundinfektionen bei Knie-, Hüftimplantaten und bei Hernien-Operationen) waren sehr zufriedenstellend. Zudem wurden die Rezertifizierung der ISO-Norm 9001:2008 ohne Abweichungen und die SLH-Requalifikation mit einem sehr guten Resultat bestanden. Auch das Überwachungsaudit der Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE® – betriebliches Rechnungswesen im Spital – wurde erfolgreich absolviert. Die Qualität und die Abläufe der internen Audits konnte nochmals verbessert werden und das Qualitätsmanagementsystem wurde gesamthaft überarbeitet.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Christian Juchli
 Qualitätsbeauftragter
 Klinik Seeschau AG
 071 677 53 53
juchli.christian@klinik-seeschau.ch

Herr Martin Juchli
 Stv. Qualitätsbeauftragter, Qualitätsleitung
 Klinik Seeschau AG
 071 677 53 53
juchli.martin@klinik-seeschau.ch

Frau Petra Dengl
 Pflegedienstleitung, Stv. Q-Leitung
 Klinik Seeschau AG
 071 677 53 53
dengl.petra@klinik-seeschau.ch

3 Qualitätsstrategie

1. Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels der Klinik Seeschau AG ausgerichtet, welche sich als führende Leistungsanbieterin im Akutbereich – Allgemein- und Zusatzversicherungssegment - im Kanton Thurgau differenziert und sich im Markt über seine „Qualitätsführerschaft“ positionieren will.
2. Die Klinik Seeschau AG stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
3. Die Klinik Seeschau AG setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.
4. Die Klinik Seeschau AG verpflichtet sich zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP).
5. Durch die Mitwirkung bei allen ANQ - Messungen macht die Klinik den hohen Q - Standard im Benchmarking mit Vergleichsspitälern sichtbar.
6. Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird jährlich mit internen und externen Audits und durch die Aufrechterhaltung des ISO 9001 - Zertifikats und der SLH - Anerkennung sichergestellt.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

Vorbereitung auf die Re-Zertifizierung ISO-Norm 9001:2008 im September 2016.

Vorbereitung der Re-Qualifizierung SLH im September 2016 und Umsetzung der Anforderung Excellence Profil zum Thema "Klinikinternes Patientenmanagement" mit einem Erreichungsgrad von 25%.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Die Rezertifizierung nach ISO 9001 : 2008 wurde - ohne Abweichung - bestanden.
- Die Re-Qualifizierung SLH wurde ebenfalls bestanden und die Anforderung des Excellence Profil zum Thema "Klinikinternes Patientenmanagement" konnte mit einem Erreichungsgrad von 35% erfolgreich eingeführt werden.
- Das Audit zur Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz wurde im Januar 2016 bestanden. Ausserdem wurde eine Kampagne mit dem Thema Psychosoziale Risiken durchgeführt.
- In der Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon, die wir erstmals kontinuierlich über das ganze Jahr durchgeführt haben, erzielten wir hervorragende Ergebnisse.
- Ein Krisenkommunikationskonzept wurde erarbeitet und in das QMS eingefügt.
- Die gesamte QM -Dokumentation wurde überarbeitet und der neuen Struktur angepasst.
- Das digitale Diktiersystem wurde eingeführt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Das SLH-Excellence - Thema "Klinikinternes Patientenmanagement" wird noch punktuell weiterentwickelt und ausgewertet. Gleichzeitig wird die neue Thematik "Fehlerkultur als Entwicklungschance" im Rahmen eines Projekts gestartet.
- Die Umstellung auf die neue Norm ISO 9001:2015 wird uns noch bis zum nächsten Rezertifizierungsaudit im Jahr 2018 beschäftigen.
- Gesamthaft werden wir im Rahmen der Klinikweiterung während den nächsten 2 Jahren in den unterschiedlichsten Qualitätsthemen und Anpassungen der Prozesse gefordert sein.
- Die Entwicklung neuer Technologien, insbesondere im Bereich der EDV, muss frühzeitig eingeführt werden, um den allgemeinen Vorgaben langfristig gerecht zu werden. Hier gilt es, die Prozessabläufe und den Informationsfluss weiter zu optimieren.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

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>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Klinik internes Patientenmanagement

Ziel	Hohes Niveau von Service und Dienstleistung für Zusatzversicherte
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb / stationär
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.11.2015 - 31.12.2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Das Thema wurde von SLH als Zusatzkriterium zur Erreichung des Excellence - Profils vorgegeben. Deutliche Abgrenzung zu den Allgemeinversicherten wird von den Krankenversicherungen gefordert.
Involvierte Berufsgruppen	Patientenadministration
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Klinik interne Patientenmanagement wurde 2016 erfolgreich eingeführt. Die Ziele und Messgrößen müssen jedoch weiter verfolgt und die Resultate ausgewertet werden. Ggf. sind noch punktuelle Anpassungen notwendig.

Einführung klinischer Dashboards Teil 1

Ziel	Deutliche Zeitersparnis im Austausch von Informationen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflege stationär
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Juli 2015 - September 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Das Dashboard soll das bisherige Whiteboard im Stationszimmer ersetzen. Die wichtigsten Informationen können hier aus dem klinischen Netzwerk abgerufen und die interne Kommunikation kann verbessert werden.
Methodik	Potentialanalyse / Workshop / Arbeitsgruppen
Involvierte Berufsgruppen	alle Bereiche/ Schwerpunkt Pflegedienst
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Laufzeit des Projekts musste wegen technischer Probleme verlängert werden. Strukturierte Rückmeldung der Mitarbeitenden folgt nach Abschluss des Projektes.

Neustrukturierung der Spitalhygiene

Ziel	Aufbau einer Spitalhygiene nach hochstehenden professionellen Standards
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	29.02.2016 bis Dezember 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Verschlinkung vom Hygienekonzept, immer auf dem aktuellsten Wissenstand, rascher Informationsfluss, rasche Reaktionszeit für Massnahmen, Reduktion vom Schulungsaufwand da die Informationen systematischer und differenzierter zur Verfügung stehen
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst/ OP
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Kontrollen durch die Spitalhygiene, interne und externe Audits

Umsetzung H+Branchenlösung für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	Mitgliedschaft und Bestehen des Aufnahme-Audits durch H+
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.07.2014 bis 29.02.2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Einfache und umfassende Umsetzungen der EKAS Richtlinien
Involvierte Berufsgruppen	alle Bereiche
Evaluation Aktivität / Projekt	Am 12.01.2016 wurde die Klinik durch einen Vertreter der AEH Zentrum für Arbeitsmedizin überprüft und wir haben das Audit mit „sehr gut“ bestanden.

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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2013 eingeführt.

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

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

Bemerkungen

Im Berichtsjahr sind nur 7 CIRS- Meldungen eingegangen.

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
KRTG Krebsregister Kanton Thurgau	Alle	www.krtg.ch	2012
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

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
Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamter Betrieb	2016	2016	
Operational Qualifikation OQ - Parikelmessung im OP	OP-Abteilung	2008	2016	jährliche externe Messung
Swiss Leading Hospitals (SLH)	Angewendet im gesamten Betrieb	2010	2016	
swissmedic	Sterilisation OP	2008	2016	Guidlines für Medizinprodukte
ISO 9001:2008	Ganze Klinik	2013	2016	
REKOLE®-Zertifizierung	betriebliches Rechnungswesen	2014	2014	Mit der erfolgreichen Zertifizierung schafft die Klinik Seeschau AG Transparenz in der Kostenentstehung seiner erbrachten Leistungen. Der Kosten- und Leistungsermittlungsprozess ist national einheitlich.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
	2013	2014	2015	
Klinik Seeschau AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	-	-	-	4.48 (4.07 - 4.40)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	-	-	-	4.85 (4.49 - 4.83)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	-	-	-	4.78 (4.57 - 4.88)
Wurde Ihnen der Zick der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	-	-	-	4.76 (4.35 - 4.78)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	-	-	-	4.35 (3.96 - 4.35)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	-	-	-	95.00 (89.60 - 0.00)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert

* 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Erklärung Frage 6 zur Aufenthaltsdauer: Hier wurde das Ergebnis in % angegeben, d.h. Anteil der Patienten, die die Aufenthaltsdauer als genau richtig eingestuft haben.

Eine genauere Analyse der Daten zeigt uns, dass wir uns im Vergleich zu den 156 teilnehmenden Akutspitalern unter den 10 Besten platziert haben. Mit diesem Ergebnis können wir sehr zufrieden sein.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH
---------------------	---

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Klinik Seeschau AG

Anzahl angeschriebene Patienten 2016	110		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	83	Rücklauf in Prozent	75 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon

Ziel ist, neben der Nationalen Patientenbefragung noch detailliertere Informationen / Rückmeldungen zur Patientenzufriedenheit im stationären Bereich zu erhalten um daraus Verbesserungspotential (KVP) abzuleiten. Auch der Benchmark mit anderen, ähnlichen Spitälern ist für uns eine wichtige Aussage für die Qualität unserer Dienstleistung. Der Standardfragebogen besteht aus 32 Fragen, die zu 15 Kriterien gruppiert sind und in 5 Bereiche zusammengefasst werden. Zusätzlich gibt es noch die Option Spital spezifische Fragen zu stellen, welche wir für den Bereich Anästhesie, OP und für Fragen zum Patientenmanagement genutzt haben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Befragung hat im ganzen stationären Bereich stattgefunden.

Einschlusskriterium:

Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2015 das Spital verlassen haben.

Ausschlusskriterium:

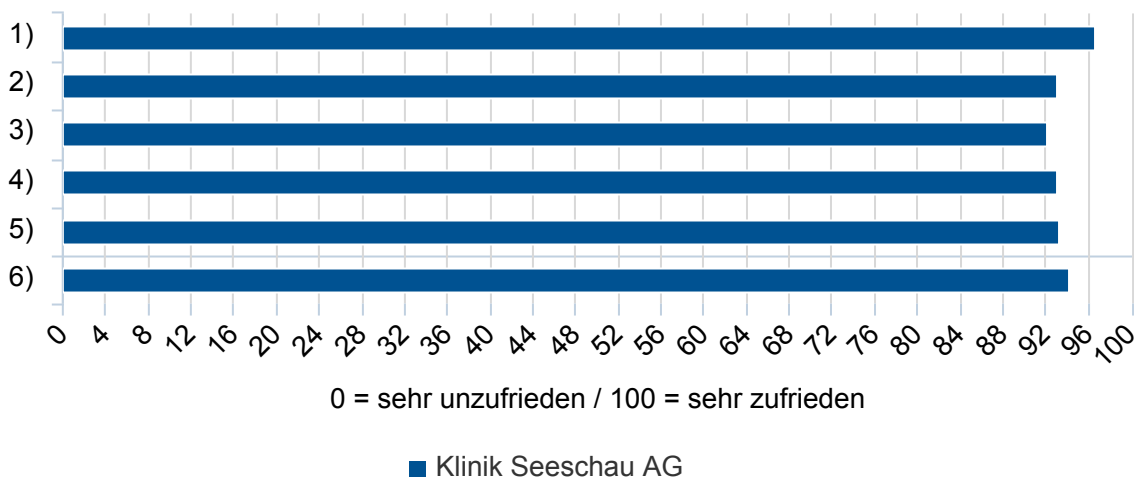
Im Spital verstorbene Patienten, Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.

Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Bereich Ärzte
- 2) Bereich Pflege
- 3) Bereich Organisation
- 4) Bereich Hotellerie
- 5) Öffentliche Infrastruktur
- 6) Gesamtzufriedenheit



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Seeschau AG	96.60	93.10	92.20	93.10	93.30

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %

	6)		
Klinik Seeschau AG	94.20	516	60.80 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Unter allen teilnehmenden Spitälern konnten wir uns auch hier deutlich über dem Mittelwert, im besten Viertel positionieren. Verbesserungsvorschläge aus den Patienten - Bermerkungen wurden systematisch erfasst, bewertet und allenfalls umgesetzt.

Sehr erfreulich war, dass die Bauaktivitäten keinen negativen Einfluss auf das Ergebnis der Patientenzufriedenheit hatten.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Seeschau AG

Stv. Qualitätsleitung

Petra Dengl

Pflegedienstleitung

071 677 53 53

dengl.petra@klinik-seeschau.ch

Mo-Fr 08:30-17:30 Uhr

arbeitet eng mit der Klinikdirektion zusammen

7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Befragung der Mitarbeiter

Das Ziel dieser Befragung ist die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter zu messen und Anhaltspunkte zu erhalten, wo Verbesserungspotential besteht.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Ganze Klinik, alle Bereiche.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Befragung der Belegärzte

Das Ziel ist mit dieser Befragung eine Aussage über die Zufriedenheit unserer Belegärzte zu erhalten und Verbesserungspotential zu erkennen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2017.
Alle Belegärzte.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

8.1.2 Befragung der Zuweiser

Das Ziel dieser Befragung ist die Zufriedenheit der zuweisenden (Haus) Ärzte zu messen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse		2012	2013	2014	2015
Klinik Seeschau AG					
Beobachtete Rate	Intern:	1.03%	0.33%	0.94%	1.31%
	Extern:	0.38%	0.00%	0.55%	0.66%
Erwartete Rate (CI* = 95%)		2.16%	2.12%	2.17%	2.08% (1.41% - 2.74%)
Verhältnis der Raten***					0.95
Ergebnis** (A, B oder C)		A	A	A	A

* 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.

** Wertung der Ergebnisse:

- A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%).)
- B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
- C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse in der Auswertung werden nicht mehr mit A,B oder C bewertet, sondern nur noch "in der Norm" oder "signifikante Abweichung von der Norm. Da die beobachtete Rate tiefer ist als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%) wurde das Ergebnis mit A bewertet.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Klinik Seeschau AG		
Anzahl auswertbare Austritte:	1221	

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse	2012	2013	2014	2015
Klinik Seeschau AG				
Beobachtete Rate	1.34%	1.39%	0.73%	0.62%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	1.65%	1.44%	1.27%	1.51% (0.95% - 2.06%)
Verhältnis der Raten***				0.41
Ergebnis** (A, B oder C)	A	B	A	A

* 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.

** Wertung der Ergebnisse:

A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse in der Auswertung werden nicht mehr mit A,B oder C bewertet, sondern nur noch "in der Norm" oder "signifikante Abweichung von der Norm. Da die beobachtete Rate tiefer ist als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)) wurde das Ergebnis mit A bewertet.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Klinik Seeschau AG		
Anzahl auswertbare Operationen:	1291	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Hernienoperationen
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Klinik Seeschau AG						
Hernienoperationen	175	2	0.60%	0.70%	1.10%	1.00% (0.00% - 2.40%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Klinik Seeschau AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	150	1	-	1.40%	0.90%	1.50% (0.00% - 3.40%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	140	1	-	0.00%	2.70%	0.90% (0.00% - 2.50%)

* 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
Klinik Seeschau AG				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	0	0	0	
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%	-

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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. Säuglinge der Wochenbettstation. Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre). Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.
Klinik Seeschau AG		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016		Anteil in Prozent (Antwortrate)
		-

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Klinik Seeschau AG						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre). ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Klinik Seeschau AG			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	23	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	0.00%

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Neustrukturierung der Spitalhygiene

Die Organisation unserer Spitalhygiene musste dringend neu überdacht werden. Auch unser Hygienekonzept entsprach nicht mehr den neuen Richtlinien. Die Klinik Seeschau AG hat sich deshalb im April 2016 entschieden, dem Ostschweizer Kompetenznetz Infektiologie Plus (OSKI+) beizutreten. Der Vorteil ist, dass die Hygienerichtlinien in "Guidelines.ch" online und immer aktualisiert zur Verfügung stehen.

Im August 2016 wurde der Vertrag zur Zusammenarbeit per 01.01.2017 unterschrieben. Gleichzeitig wurde unsere externe Beraterin für Infektionsprävention und Spitalhygiene in ein festes Anstellungsverhältnis übernommen und eine dipl. Pflegefachfrau zur Link Nurse ausgebildet. Die fachliche Leitung der Spitalhygiene (SH) erfolgt durch den Leitenden Arzt der Inf/SH des Kantonsspitals St.Gallen, welche die Arbeiten vor Ort an einen Kaderarzt für Infektiologie/ Spitalhygiene delegiert. Somit sind die personellen Bedürfnisse der Klinik Seeschau AG im Bereich der Spitalhygiene gut abgedeckt und die notwendige Fachkompetenz steht jederzeit zur Verfügung.

Im Februar 2017 war das Kick-Off der Projektgruppe (alle Mitarbeiter der Spitalhygiene, OP-Leitung und Pflegedienstleitung) für die Planung der weiteren Schritte, um die Neuorganisation der Spitalhygiene umzusetzen.

- ein Hygienereglement wird erstellt
- eine Hygienekommission wird gebildet
- Präsenz/ Erreichbarkeit der Spitalhygiene wird definiert
- die einzelnen fachlichen Aufgaben werden erläutert und in einem Stellenbesrieb festgehalten
- die Richtlinien "Standardmassnahmen" werden online in "guidelines.ch" aufgeschaltet

Nach einer ersten Klinikbegehung durch die Spitalhygiene konnten einzelne Massnahmen zur Verbesserung bereits ermittelt und umgesetzt werden. Dieses Projekt wird uns sicher noch bis Ende 2017 begleiten.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Überarbeitung der QM-Dokumentation

Zielsetzung:

- Erfolgreiche Implementierung der WinF.E.E – Version 4.0 und Umsetzung der erweiterten Möglichkeiten
- Reduktion und Konzentration der einzelnen Dokumente auf ein „Minimum“ zwecks Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit und der Übersichtlichkeit
- Überarbeiten der Dokumente bez. Inhalt, Q – Daten, Aufbewahrungsfristen und Dokumenten–Lenkung unter Berücksichtigung sämtlicher Hinweise aus den Audits

Projekttablauf:

- Präsentation der neuen Version (Klinikleiter, Prozessverantwortliche, Bereichsleiter)
- Implementierung / Schulung WinF.E.E. 4.0 der Projektmitglieder
- Systematische Überarbeitung der Dokumente durch die Prozessverantwortlichen
- Schulung der Anwender (Mitarbeiter) in allen Bereichen

Involvierte Berufsgruppe:

- alle Bereiche

Projektelevaluation/ Konsequenzen:

Aufgrund der definierten Agenda inkl. Zeitstrahl konnte die Überarbeitung termingerecht beendet werden. Geringfügige Verzögerungen wurden gegenüber dem Projektleiter rapportiert, so dass im Juli 2016 sofort mit den Vorbereitungsarbeiten für die Rezertifizierungen ISO 9001:2008 sowie SLH begonnen werden konnte. Die Überarbeitung des QMS hat sehr viele personelle Ressourcen und Zeit beansprucht. Die definierten Zielsetzungen konnten aus der aktuellen Sicht allesamt erreicht werden. Die definitive Bestätigung erhielten wir mit dem positiven Resultat der Rezertifizierung ISO 9001:2008 und dem Anwenderfeedback der Mitarbeiter. Die Anwenderfreundlichkeit konnte verbessert werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Rezertifizierung ISO 9001:2008

Ziel: Erfolgreiche Rezertifizierung ISO 9001:2008

Die Vorbereitungsarbeiten für die Rezertifizierung sind vollumfänglich im Projekt "Überarbeitung der QM- Dokumentation" enthalten.

Die Rezertifizierung wurde im September 2016 erfolgreich bestanden. Nun gilt es, sich auf die neue ISO-Norm 9001:2015 vorzubereiten. Nach dieser Norm werden wir erstmals 2018 auditiert, ein entsprechendes Projekt wird im 2017 gestartet.

18.3.2 Umsetzung H+Branchenlösung für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Bei der Branchenlösung handelt es sich um ein Dienstleistungspaket, mit welchem sich bei einem Beitritt die vielen aufwändigen Einzellösungen erübrigen. Die Mitglieder verpflichten sich zur Umsetzung des Konzepts und erhalten dazu die notwendigen Hilfsmittel. Basierend auf den Anleitungen im Konzeptordner, erstellt der Betrieb ein Leitbild für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Mit den Vorgaben erarbeitet er seine eigenen betrieblichen Ziele und kontrolliert deren Erfüllung.

Ziel:

- Mit der Branchenlösung von Hplus werden alle gesetzlichen Vorschriften abgedeckt
- Eine einfache und umfassende Umsetzungen der EKAS Richtlinien ist sichergestellt
- Das Aufnahme-Audit für die Mitgliedschaft ist bestanden

- 2014 Mitgliedschaft zur H+ Branchenlösung AS & GS, Einreichung der Anmeldung
- 2015 Einführungsschulung und Koordination von AS & GS im Klinikbetrieb für alle Bereichsleiter
- 2015 Gefahren/ Risikoermittlung in allen Bereichen der Klinik, Umsetzung der ermittelten Massnahmen

Nach anfänglichen Schwierigkeiten und mangelhaftem Fragenkatalog zur Gefahren/ Risikoermittlung wurde am 12.01.2016 das Audit (AEH Zentrum für Arbeitsmedizin) mit „sehr gut“ bestanden. Damit wurde die korrekte Umsetzung der Richtlinien und Empfehlungen bezüglich AS & GS in der Klinik Seeschau bestätigt.

19 Schlusswort und Ausblick

Im Zentrum unseres ganzen Qualitätsmanagements steht der Mensch.

Wir sehen es als eine Verpflichtung gegenüber unseren Patientinnen und Patienten, die Qualität unserer Dienstleistungen und der Klinikinfrastruktur laufend zu optimieren. Dabei sind wir alle gefordert, dem schnellen Wandel und der Entwicklung in der Medizin Rechnung zu tragen. Wir werden künftig noch stärker darauf achten, dass unsere Qualitätsbemühungen von unseren Patienten, Mitarbeitenden und Belegärzten wahrgenommen werden.

Wie ist die Qualität zu messen? Eine aktive Beteiligung an den nationalen ANQ-Messungen, die Patientenbefragungen mit dem externen Messsystem von MECON measure & consult GmbH und die regelmässigen internen und externen Assessments unserer Arbeitsprozesse geben uns laufend neue Erkenntnisse, die wir mit konkreten Verbesserungsmassnahmen umsetzen. In der Zusammenarbeit zwischen den Belegärzten, den Pflegenden, den Mitarbeitenden des technischen Dienstes, der Administration und der Hauswirtschaft sind wir bestrebt, sämtliche Prozesse laufend zu optimieren. Wir freuen uns, aus den vorliegenden Benchmark-Vergleichen feststellen zu können, dass wir auf dem richtigen Weg sind und beste Resultate vorzeigen können. Wir erzielen eine sehr hohe Patientenzufriedenheit und eine grosse Akzeptanz im Gesundheitsmarkt des Kantons Thurgau. Im Jahr 2016 haben wir zudem die SLH-Requalifizierung mit einem sehr guten Resultat sowie die ISO-Rezertifizierung ohne Abweichungen bestanden. Die neu erarbeitete Gästebetreuung hat sich im Klinikbetrieb bereits sehr gut etabliert und wird von den zusatzversicherten Patienten sehr geschätzt.

Wie sehen wir die Qualität in der Zukunft? Nebst den geplanten externen Messungen und den internen Assessments werden wir die Vorbereitungen für die Zertifizierung nach ISO 9001:2015 im Jahr 2018 in Angriff nehmen. Dabei werden wir auch die neue Infrastruktur und deren Einfluss in die bestehenden Prozesse berücksichtigen. Wir werden das SLH-Excellence-Profil zum Thema «Klinikinternes Patientenmanagement» abschliessen und das diesjährige Excellence-Profil zum Thema «Fehlerkultur als Entwicklungschance» neu erarbeiten. All unsere Bemühungen zielen dabei auf die Zufriedenheit unserer Patienten, Belegärzte und Mitarbeiter ab. Diese erfährt durch die intensive Bautätigkeit an der bestehenden Infrastruktur eine zusätzliche Herausforderung.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Augen (Ophthalmologie)
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Gefässe
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe

Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und \geq 2000g)
--

Bemerkungen

Die im Anhang 1 : "Überblick über das betriebliche Angebot" aufgeführten Spitalplanungs – Leistungsgruppen entsprechen nicht den erteilten Leistungsaufträgen.

Die Klinik Seeschau ist mit den nachfolgenden Leistungsbereichen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Thurgau aufgeführt:

- Basispaket für elektive Leistungserbringer (eingeschränkt, Notfallstation in Kooperation Kantonsspital Münsterlingen)
- Schild – und Nebenschilddrüsenchirurgie
- Ophthalmologie
- Viszeralchirurgie
- Urologie
- Bewegungsapparat chirurgisch (ohne Wirbelsäulenchirurgie, Knochentumore, Plexuschirurgie und Replantationen)
- Gynäkologie (ohne Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität)

Anhang 2 :

Spitalliste Kanton Thurgau Akutsomatik, gültig ab 1. Januar 2012

Spitalliste Kanton Thurgau Akutsomatik gültig ab 1. Januar 2012

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Leistungsauftrag K Leistungsauftrag in Kooperation K1: STGAG KSM, K2: HNZB, K3: OKS Leistungsauftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeteilten Leistungsgruppen Universitäre und spezialisierte Zentrums- leistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau)	Kantonale Leistungserbringer					Ausserkantonale Leistungserbringer							
			Leistungserbringer	(KSF, KSM, VBK) Spital Thurgau AG	Hetz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Vereinfachtes Bellevue (Kreuzlingen)	Kreuzlingen AG (VBK)	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsspital Zürich	Inselspital Bern	Universitätsspital Balgrist Zürich	Epileptozentrum Zürich Schweiz	Oschweizer Kinderspital St. Gallen (OKS)	Kinderspital Zürich
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin													
	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer (eingeschränkt), Notfallstation in Kooperation KS Münsterlingen													
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)													
	DER1.1	Dermatologische Onkologie													
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen													
	DER2	Wundpatienten													
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)													
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie													
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)													
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen													
	HNO1.2.1	Erweit. Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	K2												
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)													
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und / oder Duraeröffnung	K2												
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)													
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie													
	KIE1	Kieferchirurgie													
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie			K1										
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie			K1										
Neurologie	NEU1	Neurologie			K1										
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems			K1										
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)			K1										
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)			K1										
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit)	K2		K1										
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik													
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung														
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie													
	AUG1.1	Strabologie													
	AUG1.2	Orbitaprobleme													
	AUG1.3	Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme													
	AUG1.4	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)													
	AUG1.5	Glaukom													
	AUG1.6	Katarakt													
AUG1.7	Glaskörper/Netzhautprobleme														
Endokrinologie	END1	Endokrinologie													
Gastro- enterologie	GAE1	Gastroenterologie													
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie													
Viszeral- chirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie			K1										
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe													
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe													
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie													
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie			K2 d)										
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe													
Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien													
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie													
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien													
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome													
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation													
HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)														

Leistungs- bereich	Leistungs- gruppe	Leistungsauftrag K Leistungsauftrag in Kooperation K1: STGAG KSM, K2: HNZN, K3: OKS Leistungsauftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeteilten Leistungsgruppen Universitäre und spezialisierte Zentrums- leistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau)	Kantonale Leistungserbringer				Ausserkantonale Leistungserbringer									
			Leistungserbringer (KSF, KSM, VBK) Spital Thurgau AG	Herz- Nieder- Thurgau AG	Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	(VBK) Kreuzlingen AG Venerklinik Bellevue	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsspital Zürich	Inselspital Bern	Universitätsklinik Balgrist Zürich	St. Gallen (OKS)	Ostschweizer Kinderspital Epilepsiezentrum Zürich Schweiz	Kinderspital Zürich	St. Gallen (OKS)	Leistungserbringer IVHSM
Gefässe	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)														
	ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe														
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe														
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe														
	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)														
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe														
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis														
GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe															
RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)															
Herz	KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)														
	KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)														
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)														
	KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)														
	KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)														
	HER1	Einfache Herzchirurgie			e)											
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässchirurgie mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)			e)											
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)															
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie			e) f)												
NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)															
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'														
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'														
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie														
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie														
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilresektion)														
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalectomie														
	URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang														
	URO1.1.6	Plastische Rekonstruktion der Urethra														
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters														
URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial				K1											
Pneumologie	PNE1	Pneumologie														
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie														
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation														
	PNE1.3	Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie														
PNE2	Polysomnographie															
Thorax- chirurgie	THO1	Thoraxchirurgie														
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)														
	THO1.2	Mediastinaleingriffe														
TPL1	Transplantationen solider Organe (IVHSM)															
Bewegungs- apparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat														
	BEW2	Orthopädie														
	BEW3	Handchirurgie														
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens														
	BEW5	Arthroskopie des Knies														
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität														
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität														
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie														
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie														
	BEW9	Knochentumore														
	BEW10	Plexuschirurgie														
BEW11	Replantationen															
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie	g)													
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie	g)													
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie														
	GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina				h)										
	GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix				h)										
	GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri				h)										
	GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars				h)										
	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma				h)										
PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität															

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Beschreibung	Kantonale Leistungserbringer				Ausserkantonale Leistungserbringer							
			(KSF, KSM, VBK) Spital Thurgau AG	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsklinik St. Gallen	Inselspital Bern	Universitätsklinik Balgrist Zürich	Universitätsklinik Balgrist Zürich	St. Gallen (OKS) Ostschweizer Kinderspital Epilepsiezentrum Zürich Schweiz	Kinderspital Zürich	Leistungserbringer IVHSM
Geburtshilfe	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. Schwangerschaftswoche (SSW))												
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)												
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)												
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe												
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)												
	NEO1.1	Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und >= 1250g)												
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (Level III)												
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie												
	RAO1	Radio-Onkologie												
Schwere Verletzungen	NUK1	Nuklearmedizin												
	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)		K1										
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)		K2	K1									
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)												
Querschnittsbereiche	KINM	Kindermedizin	k)											
	KINC	Kinderchirurgie	K3											
	KINB	Basis-Kinderchirurgie												
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum	l)											
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum												
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker	l)											
IVHSM	Weitere Leistungsgruppen gemäss IVHSM reduzieren obige Leistungsgruppen und sind allen Leistungserbringern gemäss rechts gültigen IVHSM Entscheiden zugeordnet													

Spital Thurgau AG umfasst Kantonsspital Frauenfeld (KSF), Kantonsspital Münsterlingen (KSM) und dritter Standort Bellevue Venenklinik als Wochenklinik (VBK).

BP: Kooperation aller Kliniken mit der Spital Thurgau AG für die Notfallstation (Erreichbarkeit Notfallstation ab kooperierender Klinik innert 10 Min.).

a) Notfalleinweisung ohne Notfallstation.

b) Seeschau: Ausnahmebewilligung BPE bezeichnet elektive Leistungen aus BP für AUG, BEW, GYN, URO, VIS1, VIS1.4 und Chirurgie Hauterkrankungen.

c) VBK: Ausnahmebewilligung BPE für DER1, DER2, Phlebologie mit Haut und Weichteilen, Venenchirurgie inkl. Hernien- und Proktochirurgie,

Eingriffe gemäss Weiterbildungstitel Allgemeinchirurgie mit Schwerpunkt Gefässchirurgie soweit in einer Wochenklinik ohne Intensivstation durchführbar.

d) Ohne Magen-Bypass.

e) Inkl. homologer Klappenersatz und Endokardersatz.

f) Ohne Personen mit komplexen, kongenitalen Eingriffen im Kindesalter

g) Zusätzlich Spital Thurgau AG Standort Klinik St. Katharinental, Diessenhofen.

h) Inkl. Chemotherapie.

i) GEB1 ab 36. Schwangerschaftswoche in Kooperation und NEO1 nur gesunde Neugeborene.

j) Inkl. aus GEB1.1.1 und NEO1.1.1 Geburten ab 33. Schwangerschaftswoche mit Geburtsgewicht >=1000g. Drillings- und Vierlingschwangerschaften.

Föten und Neugeborene mit einseitigen Nierenleiden. Neugeborene mit kontinuierlicher Beatmung.

k) Inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Liaison mit der Klinik für Kinder- und Jugendliche des KSM.

l) Leistungen integral als Ganzes vergeben, keine eigene strukturelle Abteilung.

Basis für die Zuteilung der Einzelleistungen zu den Leistungsgruppen ist Version 2.0 des Leistungsgruppenkonzeptes der Gesundheitsdirektorenkonferenz.

Grundvoraussetzung ist eine gültige gesundheitspolizeiliche Bewilligung mit Einhaltung der Anforderungen inkl. Kooperationen in den erteilten Leistungsgruppen.

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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