



**KLINIK SEESCHAU**  
AM BODENSEE

# Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

27.05.2016  
Christian Juchli, Direktor und Qualitätsbeauftragter

Version



**Klinik Seeschau AG**

[www.klinik-seeschau.ch](http://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 2015.

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 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 2015

Frau  
Petra Dengl  
Pflegedienstleitung, Stv. Qualitätsleitung  
071 677 58 50  
[dengl.petra@klinik-seeschau.ch](mailto: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 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitaleintritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

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 Methode / 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 adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015 .....	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 zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.4 Registerübersicht .....	15
4.5 Zertifizierungsübersicht .....	16
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>17</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>18</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>18</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	18
5.2 Eigene Befragung .....	20
5.2.1 detaillierte Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon .....	20
5.3 Beschwerdemanagement .....	21
<b>6 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
6.1 Eigene Befragung .....	22
6.1.1 Befragung der Mitarbeiter .....	22
<b>7 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
7.1 Eigene Befragung .....	23
7.1.1 Befragung der Belegärzte .....	23
7.1.2 Befragung der Zuweiser .....	23
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>8 Wiedereintritte</b> .....	<b>24</b>
8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	24
<b>9 Operationen</b> .....	<b>26</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	26
<b>10 Infektionen</b> .....	<b>28</b>
10.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	28
<b>11 Stürze</b> .....	<b>30</b>
11.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	30
<b>12 Wundliegen</b> .....	<b>32</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	32
<b>13 Projekte im Detail</b> .....	<b>34</b>
13.1 Aktuelle Qualitätsprojekte .....	34
13.1.1 Neustrukturierung / Überarbeitung vom QM-Handbuch .....	34
13.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015 .....	34
13.2.1 Teamentwicklung im Pflegedienst .....	34
13.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	35
13.3.1 Rezertifizierung ISO 9001:2008 .....	35
13.3.2 Rezertifizierung SLH .....	35

<b>14</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>36</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>	<b>37</b>
	Akutsomatik .....	37
	<b>Anhang 2 .....</b>	<b>39</b>
	<b>Herausgeber .....</b>	<b>42</b>

# 1 Einleitung

## Entwicklung

Die Realisation eines Geschäftsberichtes ist stets auch mit einer Standortbestimmung verbunden. Bezüglich der Klinik Seeschau darf ich erfreulicherweise feststellen, dass die positive Entwicklung der beiden Vorjahre auch in diesem Berichtsjahr fortgesetzt werden konnte. Wir steigerten die stationäre Fallzahl um 1,1 %, die ambulante um 0,4 % gegenüber dem Vorjahr.

Auch die wichtige Nachfolgeregelung im gynäkologischen Belegärzteam konnte erfolgreich realisiert werden. Für die gynäkologische Praxis von Dr. med. Andrea Mohr konnte mit Dr. med. Thomas Eggimann, vormals im MILAGRO Kinderwunschzentrum Kreuzlingen tätig und ehemaliger Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe am Kantonsspital Münsterlingen, ein fachlich bestens ausgewiesener Nachfolger gefunden werden. Im Berichtsjahr 2015 wurde die Bautätigkeit für unser Erweiterungsprojekt in Angriff genommen. Mit dem Aushub und dem weit fortgeschrittenen Rohbau nimmt das Projekt nun Gestalt an. Diese Phase der Erweiterung hatte noch keine Beeinträchtigungen des Klinikbetriebs zur Folge. Gegen Ende 2016 werden wir die Erweiterung in Betrieb nehmen und mit den Umbau - / Anpassungsarbeiten im Bestand beginnen können. Im Sommer 2017 sollte dann das ganze Projekt abgeschlossen und dem Betrieb übergeben werden können.

## 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 2015

Die Klinik nimmt jedes Jahr an allen für den Akutbereich vorgegebenen ANQ - Messungen teil und führt zusätzlich eine Patientenzufriedenheitsmessung mit MECON durch. Die Ergebnisse, insbesondere bei der nationalen Patientenbefragung, haben sich gegenüber dem Vorjahr nochmals verbessert. Im Vergleich mit den gemessenen Akutkliniken positioniert sich die Klinik Seeschau wieder innerhalb der besten 10 %.

Auch die Ergebnisse von Swissnoso (postoperative Wundinfektionen bei Knie-, Hüftimplantationen und bei Hernien - Operationen) waren sehr zufriedenstellend.

Im Weiteren wurde das Überwachungsaudit ISO Norm 9001:2008 - ohne Abweichungen - bestanden und auch das Überwachungsaudit der Zertifizierung des Rechnungswesens nach REKOLE® - Betriebliches Rechnungswesen im Spital - wurde erfolgreich absolviert. Zudem wurde intensiv an der Qualität der internen Audits gearbeitet und in die Ausbildung der internen Auditoren investiert.

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

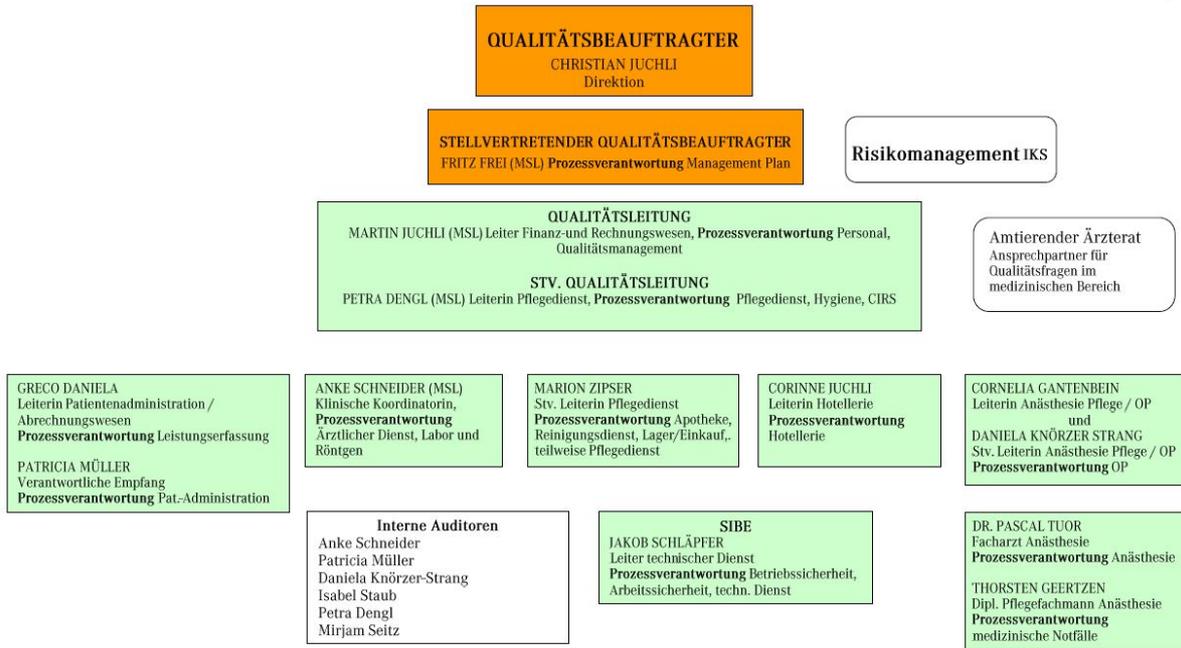
## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



#### Organigramm im Managementsystem

DOK 0.1.03



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](mailto:juchli.christian@klinik-seeschau.ch)

Herr Martin Juchli  
Stv. Qualitätsbeauftragter, Qualitätsleitung  
Klinik Seeschau AG  
071 677 53 53  
[juchli.martin@klinik-seeschau.ch](mailto:juchli.martin@klinik-seeschau.ch)

Frau Petra Dengl  
Pflegedienstleitung, Stv. Q-Leitung  
Klinik Seeschau AG  
071 677 53 53  
[dengl.petra@klinik-seeschau.ch](mailto: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 2015

- Schulung aller internen Auditoren zur Qualitätsverbesserung der internen Audits und deren Berichtswesen.
- 2015 wurden alle Vorgaben für die Branchenlösung H+ für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz eingeführt und umgesetzt.
- Auseinandersetzung mit dem neuen SLH - Kriterienkatalog und der aktuellen Excellence - Thematik.
- Einführung der neusten Systemversion unseres elektronischen QM - Handbuches. Schulung der Prozessverantwortlichen bezüglich Neuerungen und verbesserten Möglichkeiten.

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

- 2015 wurde das Überwachungsaudit nach ISO 9001 : 2008 - ohne Abweichung - bestanden und auch das Überwachungsaudit des Rechnungswesens REKOLE<sup>®</sup> wurde erfolgreich absolviert.
- Bei der nationalen Patientenzufriedenheitsmessung ANQ haben wir hervorragende Ergebnisse erzielt und damit unsere Zielsetzung sogar noch übertroffen.
- Die Qualität der internen Audits hat sich durch professionelle Beratung und Schulung deutlich verbessert.
- Das Angebot der internen medizinischen Fachweiterbildungen hat sich mit mindestens 6 Anlässen pro Jahr nachweislich erhöht.
- Der Prozess Kontamination / Stichverletzungen wurde nach den neusten Erkenntnissen überarbeitet.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- 2016 werden wir erstmals für die SLH - Requalifikation mit dem Zusatz SLH - Excellence - Profile (Thema "Klinikinternes Patientenmanagement") auditiert. Diese Thematik haben wir schrittweise in unsere bestehenden Prozesse eingebaut und weiterentwickelt.
- Nach der Rezertifizierung ISO 9001:2008 im September 2016 werden wir die Umstellung auf die neue Norm ISO 9001:2015 in Angriff nehmen. Dieses Rezertifizierungsaudit nach ISO 9001:2015 wird erstmals im Jahr 2018 stattfinden.
- Gesamthaft werden wir durch die Bautätigkeit im Rahmen der Klinikerweiterung 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](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz

## 4.2 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"><li>▪ detaillierte Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon</li></ul>
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Befragung der Mitarbeiter</li></ul>
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Befragung der Belegärzte</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Befragung der Zuweiser</li></ul>

### 4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

#### Klinik internes Patientenmanagement

<b>Ziel</b>	Hohes Niveau von Service und Dienstleistung für Zusatzversicherte
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb / stationär
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	01.11.2015 - 31.12.2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Das Thema wurde von SLH als Zusatzkriterium zur Erreichung des Excellence - Profils vorgegeben. Deutliche Abgrenzung zu den Allgemeinversicherten wird von den Krankenversicherungen gefordert.
<b>Methodik</b>	Projekt in Arbeitsgruppen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegedienst, Hotellerie, Patientenadministration, OP, Anästhesie
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Einführung einer Klinik internen Gästebetreuung im April 2016 als Testphase mit strukturierter Rückmeldung seitens der Gäste und der involvierten Bereiche.

#### Teamentwicklung Pflegedienst

<b>Ziel</b>	Gute Teamatmosphäre / Senkung der Fluktuation im Pflegedienst
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	08.2014 - 23.11. 2015
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Erhöhte Fluktuation im Team wegen verdeckter Konflikte und mangelnder Kommunikation
<b>Methodik</b>	Personalentwicklungsprojekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Pflorgeteam
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Teamgrundsätze wurden gemeinsam erarbeitet und werden im Alltag umgesetzt. Es herrscht eine positive Grundstimmung im Team mit gegenseitiger Wertschätzung und Toleranz. Die Fluktuation gegenüber dem Vorjahr konnte nachweislich reduziert werden.

## Neustrukturierung / Überarbeitung vom QM-Handbuch

<b>Ziel</b>	Reduktion der Dokumentation und bessere Gliederung der Hauptprozesse
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganze Klinik
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	01.11.2015 - 30.06.2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Das elektronische QM-Handbuch ist zu unübersichtlich und zuwenig anwenderfreundlich.
<b>Methodik</b>	Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Prozessverantwortlichen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Nach anfänglichen Schwierigkeiten konnte das Update in unserem elektronischen QMS erfolgreich durchgeführt und die Anwender geschult werden. Mit der Überarbeitung der Dokumente / Prozesse wurde begonnen.

## Einführung und Umsetzung der Branchenlösung H+ für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

<b>Ziel</b>	Bestehen des 1. Audits durch H+ im Jahr 2016
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganze Klinik
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Laufende Aktivität
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz hat einen hohen Stellenwert im Betrieb.
<b>Methodik</b>	Gefährdungsermittlung mittels Fragebogen, Massnahmenplan wurde erstellt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Bereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Mit dem ersten Audit durch H+ können wir überprüfen, ob die bisherigen Aktivitäten erfolgreich sind.

## Einführung klinischer Dashboards Teil 1

<b>Ziel</b>	Deutliche Zeitersparnis im Austausch von Informationen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Pflege stationär
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Juli 2015 - September 2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	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.
<b>Methodik</b>	Potentialanalyse / Workshop / Arbeitsgruppen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Bereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Strukturierte Rückmeldung der Mitarbeitenden folgt nach Abschluss des Projektes

## 4.3.1 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 4 CIRS- Meldungen eingegangen.

#### 4.4 Registerübersicht

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

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

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

## 4.5 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	ohne Zertifizierung	ohne Zertifizierung	erstes Audit und Bewertung durch H+ im Januar 2016
Operational Qualifikation OQ - Parikelmessung im OP	OP-Abteilung	2008	2015	jährliche externe Messung
Swiss Leading Hospitals (SLH)	Angewendet im gesamten Betrieb	2010	2013	Die Rezertifizierung wurde mit bestem Ergebnis abgeschlossen.
swissmedic	Sterilisation OP	2008	2015	Guidlines für Medizinprodukte
ISO 9001:2008	Ganze Klinik	2013	2013	Das letzte Überwachungsaudit wurde ohne Abweichung bestanden.
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). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
<b>Klinik Seeschau AG</b>				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.60	9.72	9.81	9.74 (9.55 - 9.94)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.50	9.56	9.65	9.61 (9.41 - 9.81)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.63	9.57	9.75	9.58 (9.32 - 9.83)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.63	9.35	9.40	9.55 (9.35 - 9.74)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.82	9.72	9.87	9.76 (9.61 - 9.91)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = 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](http://www.anq.ch).

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

Da sich die sehr guten Ergebnisse im Vergleich zu den Vorjahren kaum verändert haben, konnten keine Massnahmen oder Qualitätsaktivitäten daraus abgeleitet werden.

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut

hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2015 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	
<b>Klinik Seeschau AG</b>			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	104		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	70	Rücklauf in Prozent	67 %

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 detaillierte 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 Spitälern ist für uns eine wichtige Aussage für die Qualität unserer Dienstleistung. Der Fragebogen besteht aus 32 Fragen, die zu 15 Kriterien gruppiert sind und in 5 Bereiche zusammengefasst werden.

Wichtig ist, dass bei dieser Befragung der Unzufriedenheits-Index ermittelt wird.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat September in der Abteilung „stationärer Bereich“ durchgeführt.

Einschlusskriterium:

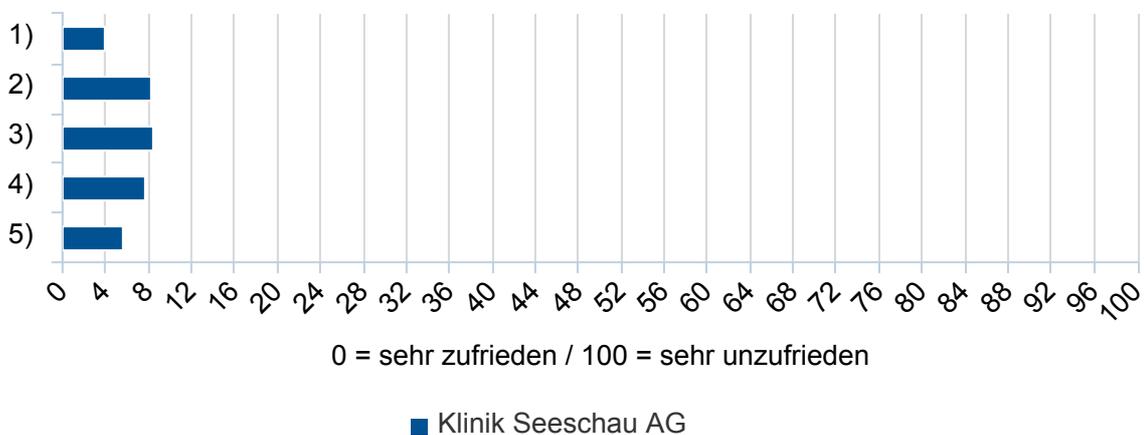
Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2015 das Spital verlassen haben.

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



Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Messthemen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)	5)		
Klinik Seeschau AG	3.90	8.20	8.50	7.60	5.70	68	65.00 %

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. Gewisse Aspekte aus der Befragung konnten in das Projekt SLH Excellence Profil zum Thema "Klinikinternes Patientenmanagement" einfließen.

**Angaben zur Messung**

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PZ Benchmark

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Klinik Seeschau AG**

Stv. Qualitätsleitung

Petra Dengl

Pflegedienstleitung

071 677 5353

[dengl.petra@klinik-seeschau.ch](mailto:dengl.petra@klinik-seeschau.ch)

Mo-Fr 08:30-17:30 Uhr

arbeitet eng mit der Klinikdirektion zusammen

## 6 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Befragung der Mitarbeiter

Das Ziel dieser Befragung ist die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter zu messen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 in allen Abteilungen durchgeführt. Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 7 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.

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Befragung der Belegärzte

Das Ziel ist mit dieser Befragung die Zufriedenheit unserer Belegärzte zu messen.

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

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

#### 7.1.2 Befragung der Zuweiser

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

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

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## Behandlungsqualität

### 8 Wiedereintritte

#### 8.1 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 werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

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

#### Messergebnisse

		2012	2013	2014	2015
<b>Klinik Seeschau AG</b>					
Beobachtete Rate	Intern:	1.18%	1.03%	0.33%	0.94%
	Extern:	0.23%	0.38%	0.00%	0.55%
Erwartete Rate (CI* = 95%)		1.99%	2.16%	2.12%	2.17% (2.03% - 2.31%)
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.

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

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

Das Ergebnis steht in Klammern, da die Datenqualität in einem Fall nicht ausreichend war. Das Ergebnis kann trotzdem als sehr gut bezeichnet werden, da es unter der zu erwartenden Rate liegt. Es wurden keine Qualitätsaktivitäten / Massnahmen daraus abgeleitet.

#### 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.
<b>Klinik Seeschau AG</b>		
Anzahl auswertbare Austritte 2015:	1274	

## 9 Operationen

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

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

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

#### Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
<b>Klinik Seeschau AG</b>				
Beobachtete Rate	1.81%	1.34%	1.39%	0.73%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	2.06%	1.65%	1.44%	1.27% (1.12% - 121.42%)
Ergebnis** (A, B oder C)	B	A	B	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.

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

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

Das Ergebnis ist sehr gut, da es unter der zu erwartenden Rate liegt. Es wurden keine Qualitätsaktivitäten / Massnahmen daraus abgeleitet.

#### 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 Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
<b>Klinik Seeschau AG</b>		
Anzahl auswertbare Operationen 2015:	1364	

## 10 Infektionen

### 10.1 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 Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 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-chirurgischen Eingriffen) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

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

**Messergebnisse**

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
<b>Klinik Seeschau AG</b>						
Hernienoperationen	193	1	0.96%	0.65%	0.74%	0.52% (0.00% - 6.10%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2013 – 30. September 2014

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2014 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2014 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2014 (CI*)
			2011	2012	2013	
<b>Klinik Seeschau AG</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	134	2	-	1.52%	1.03%	1.49% (0.10% - 4.70%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	132	1	-	0.00%	2.75%	0.76% (0.00% - 5.60%)

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

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

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

Trotz steigender Fallzahlen hat sich die Anzahl der postoperativen Wundinfekte nicht erhöht. Wir sind mit diesem Ergebnis sehr zufrieden. Trotzdem werden wir die Schulungen und das Controlling insbesondere zum Thema Händehygiene weiter intensivieren.

**Angaben zur Messung**

Auswertungsinstitut	Swissnoso
---------------------	-----------

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 11 Stürze

### 11.1 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.

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
<b>Klinik Seeschau AG</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	0	0	0	0
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Bei den hier publizierten Ergebnissen 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](http://www.anq.ch).

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

Da die Anzahl der teilnehmenden Patienten so gering ist und Stürze bei uns extrem selten vorkommen, können wir daraus keine Massnahmen ableiten.

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,</li> <li>▪ Säuglinge der Wochenbettstation,</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre)</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Klinik Seeschau AG</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	19	Anteil in Prozent (Antwortrate)	90.50%

## 12 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.

### 12.1 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.

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			Anzahl Erwachsene mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
<b>Klinik Seeschau AG</b>						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1-4	1	1	2	0	0.00%
	ohne Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	1	1	1	0	0.00%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0	1	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	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](http://www.anq.ch).

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

Keine Ereignisse. Da die Anzahl der teilnehmenden Patienten so gering ist, können wir daraus keine Massnahmen ableiten.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,</li> <li>▪ Säuglinge der Wochenbettstation,</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre)</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Klinik Seeschau AG</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	19	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	90.50%

## 13 Projekte im Detail

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

### 13.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 13.1.1 Neustrukturierung / Überarbeitung vom QM-Handbuch

Aufgrund der umfangreichen Erneuerungen aus dem Update unseres QMS wurde beschlossen, dass die darin enthaltenen Prozesse und Dokumentationen überarbeitet und aktualisiert werden sollen. Ziel ist es, das QMS übersichtlicher zu gestalten, überflüssige Dokumente zu entfernen, Formulare bedienerfreundlicher zu gestalten und die Ablagestruktur zu erneuern.

Projektstart: 30.06.2015 mit der Präsentation der neuen Anwendungen aus dem Update von WinF.E.E. 4.0. bei allen im QM involvierten Mitarbeitern über alle Berufsgruppen. Zeitgleich wurde der Auftrag zur Überarbeitung des QMS mit den entsprechenden Etappenzielen erteilt und dokumentiert. Im September 2015 konnte die Schulung im QMS abgeschlossen werden, bei welcher die Vorteile der neuen Strukturmöglichkeiten erkennbar wurden. Bis am 30.06.2016 wird das Überarbeiten abgeschlossen sein. Im September 2016 finden die Rezertifizierungen von ISO 9001:2008 und SLH mit dem überarbeiteten QMS statt. Mit den beiden Audits erhalten wir auch eine objektive Bewertung von unserer überarbeiteten Dokumentation.

### 13.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

#### 13.2.1 Teamentwicklung im Pflegedienst

Es handelte sich um ein Personalentwicklungsprojekt an dem das ganze Pflorgeteam teilgenommen hat.

Projektziel: Bessere Zusammenarbeit im Pflorgeteam, gemeinsame Zielsetzungen entwickeln und umsetzen, Fluktuation im Pflegedienst reduzieren, effizientes Arbeiten durch Vermeidung von Konflikten und Diskussionen

Um die Zielsetzung zu erreichen, wurde eine externe Diplom - Psychologin als Trainerin beigezogen. Es fanden insgesamt 4 Workshops / Trainingstage im Laufe eines Jahres statt, die sich aufeinander aufbauten.

1. Förderung des gegenseitigen Verständnisses durch kennenlernen der unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen und der Unterschiede innerhalb der Generationen.
2. Unsere Vision, wo wollen wir hin?
3. Erarbeiten von Teamgrundsätzen, die für alle Gültigkeit haben.
4. Umgang mit Konflikten und Entwicklung einer positiven Feedbackkultur.

Jeder Trainingstag wurde einzeln ausgewertet, die Rückmeldungen der Teilnehmer waren durchwegs positiv. Es hat sich gezeigt, dass es sich lohnt, in die Teamentwicklung zu investieren. Das Team hat heute ein gemeinsames Verständnis, was ein "gutes Team" ausmacht. Jeder Einzelne wird in seiner Persönlichkeit respektiert und geschätzt. Neue Mitarbeiterinnen werden rasch integriert und fühlen sich von Anfang an wohl. Die Fluktuation gegenüber dem Vorjahr ist deutlich gesunken.

### 13.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 13.3.1 Rezertifizierung ISO 9001:2008

Rezertifizierung ISO 9001:2008 gemäss ausstehender Auditagenda am 06.09.2016.  
Vorbereitungsarbeiten sind vollumfänglich im Projekt "Neustrukturierung / Überarbeitung vom QM-Handbuch" enthalten.

#### 13.3.2 Rezertifizierung SLH

Rezertifizierung SLH (Swiss Leading Hospitals) gemäss ausstehender Auditagenda am 08.09.2016.  
Vorbereitungsarbeiten sind vollumfänglich im Projekt "Neustrukturierung / Überarbeitung vom QM-Handbuch" enthalten.

## 14 Schlusswort und Ausblick

### **Die Qualität an der Klinik Seeschau - im Zentrum unserer Tätigkeit!**

Im Zentrum unseres ganzen Qualitätsmanagements steht der Patient. Wir sehen es als eine Verpflichtung gegenüber unseren PatientInnen, unsere Qualität der Dienstleistungen und der Klinikinfrastruktur durch laufende Verbesserungen zu optimieren. Dabei sind wir alle gefordert, dem schnellen Wandel und der Entwicklung in der Medizin Rechnung zu tragen.

Wir werden künftig vermehrt darauf achten, dass unsere Qualitätsbemühungen bei unseren Patienten, Mitarbeitern und Belegärzten wahrgenommen werden.

**Wie ist die Qualität zu messen?** Eine aktive Beteiligung an den Nationalen ANQ – Messungen, die eigenen Umfragen und die regelmässigen internen und externen Assessments unserer Arbeitsprozesse geben uns laufend neue Erkenntnisse, die wir mit konkreten Verbesserungsmassnahmen umsetzen. Mit der Zusammenarbeit zwischen den Belegärzten, den Pflegenden, den Mitarbeitern des technischen Dienstes 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.

**Wie sehen wir die Qualität in der Zukunft?** Nebst den geplanten und notwendigen internen und externen Messungen werden wir im Jahr 2015 die Vorbereitungen für die nächste SLH – Requalifizierung und die nächste ISO – Rezertifizierung im 2016 in Angriff nehmen. Im Zentrum dabei steht die Einführung bzw. Umsetzung des neuen SLH – Kriterienkatalogs.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

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

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

### Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<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
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie

Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
<b>Geburtshilfe</b>
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) Vene Klinik Bellevue	(VBK) Kreuzlingen AG	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsspital Zürich	Inselspital Bern	Universitätsklinik Balgrist Zürich	Universitätsklinik Balgrist Zürich	Epileptozentrum Zürich Schweiz	Otschweizer 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																
	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																
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe																
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe																
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie																
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie																
	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-Neurologisches Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Veneriklinik Bellevue Kreuzlingen AG	Kantonsspital St. Gallen (VBK)	Universitätsspital Zürich	Inselspital Bern	Universitätsspital Balgrist Zürich	St. Gallen (OKS) Ostschweizer Kinderspital Epilepsiezentrum Zürich Schweiz.	Kinderspital Zürich	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 intraabdominelle Gefässe											
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis											
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe											
Herz	RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)											
	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)										
Nephrologie	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											
Thorax- chirurgie	PNE2	Polysomnographie											
	THO1	Thoraxchirurgie											
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)											
THO1.2	Mediastinaleingriffe												
Transplantation	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)	(KSF, KSM, VBK)	(KSF, KSM, VBK)	(KSF, KSM, VBK)	(VBK)	(VBK)	(VBK)	(VBK)	(VBK)	(VBK)	(VBK)	(VBK)		
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	Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und >= 1250g)														
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatalogie (Level III)														
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie														
	RAO1	Radio-Onkologie														
Schwere Verletzungen	NUK1	Nuklearmedizin														
	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)														
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)														
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)														
Querschnittsbereiche	KINM	Kindermedizin														
	KINC	Kinderchirurgie														
	KINB	Basis-Kinderchirurgie														
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum														
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum														
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker														
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 Venenkllinik 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](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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



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**).



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)



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)