



KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.05.2024
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 2023.

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

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2023

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Impressum | 2 |
| Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen | 3 |
| 1 Einleitung | 6 |
| 2 Organisation des Qualitätsmanagements | 9 |
| 2.1 Organigramm | 9 |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 9 |
| 3 Qualitätsstrategie | 10 |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 | 10 |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 | 10 |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 10 |
| 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten | 11 |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen | 11 |
| 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 | 12 |
| 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte | 13 |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen | 15 |
| 4.5 Registerübersicht | 15 |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht | 16 |
| QUALITÄTSMESSUNGEN | 17 |
| Zufriedenheitsbefragungen | 18 |
| 5 Patientenzufriedenheit | 18 |
| 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik | 18 |
| 5.2 Eigene Befragung | 20 |
| 5.2.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon Measure & Consult GmbH | 20 |
| 5.3 Beschwerdemanagement | 21 |
| 6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| 7 Mitarbeitendenzufriedenheit | 22 |
| 7.1 Eigene Befragung | 22 |
| 7.1.1 Mitarbeitendenzufriedenheitsmessung 2023 | 22 |
| 8 Zuweiserzufriedenheit | 23 |
| 8.1 Eigene Befragung | 23 |
| 8.1.1 Zuweiserzufriedenheit 2023 | 23 |
| 8.1.2 Belegarztzufriedenheit 2023 | 24 |
| Behandlungsqualität | 25 |
| Messungen in der Akutsomatik | 25 |
| 9 Wiedereintritte | 25 |
| 9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen | 25 |
| 10 Operationen | 27 |
| 10.1 Hüft- und Knieprothetik | 27 |
| 11 Infektionen | 28 |
| 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte | 28 |
| 12 Stürze | 31 |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz | 31 |
| 13 Dekubitus | 33 |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus | 33 |
| Messungen in der Psychiatrie | 0 |
| 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen | |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| | Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| 15 | Symptombelastung psychischer Störungen | |
| | Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| | Messungen in der Rehabilitation | 0 |
| 16 | Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit | |
| | Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| | Weitere Qualitätsaktivitäten | 0 |
| 17 | Weitere Qualitätsmessungen | |
| | Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt. | |
| 18 | Projekte im Detail | 35 |
| 18.1 | Aktuelle Qualitätsprojekte | 35 |
| 18.1.1 | Optimierung der interdisziplinären Tagesorganisation | 35 |
| 18.1.2 | Überarbeitung der Ressourcenplanung und Organisationsstruktur im OP Bereich | 36 |
| 18.2 | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 | 37 |
| 18.2.1 | Hotellerie Projekt | 37 |
| 18.2.2 | Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements | 38 |
| 18.2.3 | Datenschutzgesetz (nDSG) | 38 |
| 18.3 | Aktuelle Zertifizierungsprojekte | 39 |
| 18.3.1 | Zertifizierungsprojekte | 39 |
| 19 | Schlusswort und Ausblick | 40 |
| | Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot | 41 |
| | Akutsomatik | 41 |
| | Anhang 2 | 42 |
| | Herausgeber | 45 |

1 Einleitung

Klinikportrait

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 Viszeralchirurgie, die Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, die Handchirurgie und die Urologie. Der 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.

Entwicklung

Im Geschäftsjahr 2023 verzeichneten wir mit 2'166 stationären Austritten einen unerfreulichen Rückgang um 7,1 % gegenüber der Vorjahresperiode. Die ambulanten Fallzahlen reduzierten sich ebenfalls und zwar um 4,4 % auf 4'318 ambulante Behandlungen. Per 30. Juni 2023 verliess uns unser langjähriger Belegarzt im Fachbereich Gynäkologie aus privaten Gründen. Weiter verzeichneten wir per Ende des Berichtsjahrs 2022 die Pensionierung von mehreren Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, deren Nachfolger erst im Laufe des vergangenen Geschäftsjahrs ihre Belegarztstätigkeit aufgenommen haben.

Der Bereich OP hat sich intensiv mit seiner Ressourcenplanung und seiner Organisationsstruktur auseinandergesetzt und dabei einige Aufgaben und Zuständigkeiten den Berufsgruppen neu zugeordnet. Durch die optimierten Abläufe konnte die stetige Belastung des Personals reduziert, und die Mitarbeiterzufriedenheit in diesem Bereich verbessert werden. Weiter wurde eine deutliche Effizienzsteigerung mithilfe der Einführung eines neuen Instrumentenmanagementtools in der AEMP (Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte) erzielt.

Im Bereich Pflege führte die Weiterentwicklung der Tagesabläufe des diplomierten und Pflegeassistentenpersonals zu einer Verbesserung der Arbeitssituation. Verbunden mit einer Optimierung des stationären Apothekenbestellprozesses haben die Pflegenden nun mehr Zeit für ihre Kernaufgabe – unsere Patientinnen und Patienten. Diese Optimierungen der Prozessabläufe bildeten einen zentralen Bestandteil im Pflegebereich. Durch das bereichsübergreifende Projekt Tagesorganisation wurde zudem die interdisziplinäre Kommunikation gestärkt.

Im Berichtsjahr konnte das im 2022 begonnene «Hotellerie-Projekt» abgeschlossen werden. Je nach Versicherungsklasse werden verrechenbare Zusatzleistungen von Patient/-innen direkt an die Leistungserfassung des Klinikinformationssystem (KIS) übermittelt. Dabei handelt es sich um die Erfassung von Zusatzkonsumationen über ein Tablet der Hotellerie und bspw. TV-Gebühren, die direkt im jeweiligen Medienterminal am Patientenbett ausgelöst und ans KIS gesendet werden. Der Prozess «Erstellung der Konsumationsrechnung für Patient/-innen» wurde dadurch enorm optimiert. Dies hat wesentlich zu einer Effizienzsteigerung am Patientenempfang beigetragen.

Employer Branding: Per 1. Januar 2023 erhöhte die Klinik bei gleichbleibender Wochenarbeitszeit die Ferientage auf 5 Wochen. Die Mitarbeitenden haben seit Mitte Januar 2023 zudem die Möglichkeit kostenlos den neu eingerichteten Fitnessraum in der Klinik zu nutzen. Weitere Benefits wie z.B. Brands for Employees sind unterjährig hinzugekommen. Diese und weitere Informationen zu den Anstellungsbedingungen erhalten interessierte Bewerberinnen und Bewerber auf der Website unter der neu erstellten Landingpage «Jobs».

Die Implementierung der Kommunikationsplattform Beekeeper wurde im Sommer 2023 erfolgreich abgeschlossen. Beekeeper geniesst mit durchschnittlich 90 % aktiven Nutzern und Nutzerinnen eine sehr hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitenden.

Sachkostenoptimierung: In einem weiteren Schritt wurden alternativ zu den bestehenden Lieferanten

die Angebote anderen Lieferanten getestet. Bezogen auf diverse Einwegartikel konnte so unter Berücksichtigung sämtlicher Qualitätsansprüche erhebliche Kostenersparnisse erreicht und die Vielzahl der einzelnen Produkte reduziert werden.

BGM – Absenzenmanagement: Der Umgang mit Kurz- und Langzeitabsenzen wurde als Prozess definiert und für die Mitarbeitenden in Form von einem Leitfaden sichtbar gemacht. Dank der Kommunikationsplattform Beekeeper konnte der Prozess Krankmeldungen wesentlich vereinfacht und effizient gestaltet werden.

Per 1. September 2023 trat das neue Datenschutzgesetz in Kraft. Die Datenschutzerklärung der Klinik steht allen Anspruchsgruppen auf der Website zur Verfügung. Die damit im Zusammenhang stehenden Dokumente wie z.B. Einwilligungserklärungen für Patienten sind entsprechend im Umlauf. Weitere ergänzende Formulare und Vereinbarungen werden in der ersten Jahreshälfte 2024 ausgearbeitet und abschliessend eingeführt.

Ein besonderes Highlight war die 2023 durchgeführte Mitarbeiterbefragung. Die Klinik führt diese im 3-Jahresrhythmus zusammen mit dem Institut MECON durch. Mit einer Rücklaufquote von 84 % wurde wiederum eine sehr hohe Teilnahme erreicht. Umso aussagekräftiger ist die offizielle Auszeichnung «Top 2023 Arbeitgeber Healthcare / Exzellenter Arbeitgeber im Bereich kleine & mittelgrosse Spitäler Akutsomatik», welche die Klinik erhalten hat.

Bei den regelmässig durchgeführten Messungen der Patientenzufriedenheit mit MECON measure & consult GmbH kann sich die Klinik Seeschau weiterhin auf einem hohen Niveau behaupten. In der Jahresauswertung erzielte die Klinik in den Bereichen Hotellerie und Infrastruktur das gesamthaft beste Resultat aller SLH-Kliniken der Akutsomatik. Im September 2023 hat die KSAG zudem die SLH-Requalifikation erfolgreich bestanden.

Belegärzte

Seit dem 1. Mai 2023 ergänzt Dr. med. Barna Boldog als Belegarzt der Klinik Seeschau AG den Bereich Chirurgie. Dr. med. Barna Boldog ist Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemeinchirurgie und Traumatologie, speziell Viszeralchirurgie mit Praxen in Schaffhausen, Winterthur und Zürich.

Im Fachbereich Urologie haben zwei Ärzte ihre Belegarztstätigkeit an der Klinik Seeschau aufgenommen. Per 1. Juni 2023 PD Dr. med. Niko Zantl und per 1. November 2023 Dr. med. Sergey Sarychev. PD Dr. med. Niko Zantl ist Facharzt für Urologie, speziell operative Urologie mit Praxis am Schlossberg Ärztezentrum in Frauenfeld. Dr. med. Sergey Sarychev ist Facharzt für Urologie, speziell Operative Urologie, Zertifizierter Robotergestützter Operateur (B) mit Praxis in Wil.

Per 30.06.2023 hat Dr. med. Thomas Eggimann seine Praxis für Frauengesundheit an der Klinik aufgegeben. Mit seinem Weggang verliert die Klinik Seeschau eine wichtige Stütze des Fachbereichs Gynäkologie.

Personal

2023 schloss Chiara Fontana Ihre Berufslehre Fachfrau Gesundheit (EFZ) erfolgreich ab. Herzliche Gratulation.

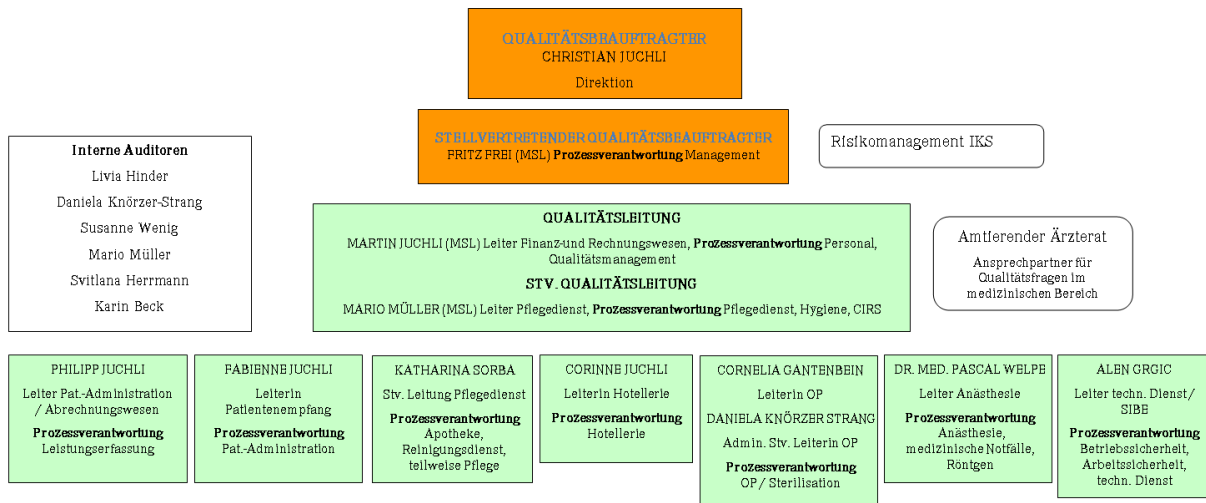
Im Berichtsjahr konnten vier Mitarbeiterinnen der Klinik Seeschau ein Dienstjubiläum feiern: Esther Beck, Dipl. Pflegefachfrau, 40 Dienstjahre; Antonella Bivona, Reinigungsdienst, 20 Dienstjahre; Daniela Knörzer-Strang, Stv. Leitung OP, 20 Dienstjahre; Jacqueline Udry, Verwaltung, 10 Dienstjahre. Die Klinikleitung dankt den 4 Jubilarinnen für Ihre Firmentreue und für ihren langjährigen Arbeitseinsatz für die Klinik Seeschau.

Per 31.12.2023 zählt die Klinik Seeschau 111 Beschäftigte. Die VZÄ (Vollzeitäquivalente) über das ganze Jahr beträgt 85.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

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

Herr Mario Müller
 Leiter Pflegedienst, Stv. Qualitätsleitung
 071 677 53 53
mueller.mario@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 die hohen Q - Standards 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 2023

- Rezertifizierung SLH - The Swiss Leading Hospitals nach dem Kriterienkatalog 2022.
- Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements für die Mitarbeitenden.
- Umsetzung des neuen Datenschutzgesetzes (revDSG).

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

- Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement für die Mitarbeitenden.
- Die Re-Qualifizierung SLH wurde erfolgreich bestanden.
- Erfolgreiche Einführung einer betrieblichen Kommunikationsplattform.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Unsere Struktur- und Prozessqualität wird weiter verbessert, das heisst sämtliche Prozesse in der Zusammenarbeit zwischen den Belegärzten, den Pflegenden, den Mitarbeitenden des technischen Dienstes, der Administration und der Hauswirtschaft werden laufend überprüft, angepasst und optimiert.

Die zunehmende Digitalisierung in allen Klinikbereichen bringt neue Möglichkeiten und trägt zu mehr Behandlungssicherheit und einer verbesserten Informationsqualität bei. Die Einführung des elektronischen Patientendossiers ist in der finalen Umsetzungsphase.

Die bauliche Erweiterung des Eingangsbereichs bringt durch seine Helligkeit nicht nur eine optische Aufwertung. Es werden auch ausreichend Räumlichkeiten für diskrete Patientengespräche eingerichtet, so dass der ganze Eintrittsprozess optimiert werden kann. Auch die neue Cafeteria bietet unseren Patienten und Besuchern ein schönes Ambiente zur Geselligkeit und Entspannung.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

| Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen: |
|---|
| <i>Akutsomatik</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus ▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS) ▪ Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik |

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 Measure & Consult GmbH |
| <i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Mitarbeitendenzufriedenheitsmessung 2023 |
| <i>Zuweiserzufriedenheit</i> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Zuweiserzufriedenheit 2023 |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Belegarztzufriedenheit 2023 |

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Interne Audits

| | |
|--|--|
| Ziel | Verbesserung der internen Prozessabläufe |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | ganzer Betrieb |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | 2013 |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | laufende Überprüfung der Prozesse im Sinne des PDCA-Zyklus: Werden die Prozesse gelebt? Entsprechen sie der Norm ISO 9001:2015 |
| Methodik | Audit mit systematischer Befragung und Begehungen vor Ort |
| Involvierte Berufsgruppen | ganze Klinik |
| Evaluation Aktivität / Projekt | 2023 konnten die internen Audits zum grössten Anteil gemäss der Planung erfolgreich durchgeführt werden. Es ergaben sich mehrere hilfreiche Hinweise zur Verbesserung der entsprechenden Prozesse. |

Patientenzufriedenheitsmessung ganzjährig

| | |
|--|---|
| Ziel | Steigerung der Patientenzufriedenheit, Analyse von Verbesserungspotentialen |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | ganzer Betrieb |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | 2016 |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt. |
| Begründung | Die Patientenzufriedenheit ist für uns ein wichtiger Hinweis ob unsere Qualitätsbemühungen erfolgreich sind |
| Methodik | Benchmark fähiger Fragebogen der extern ausgewertet wird |
| Involvierte Berufsgruppen | ganzer Betrieb |
| Evaluation Aktivität / Projekt | 2023 erneut "Best Practice" aller teilnehmenden SLH Akutkliniken im Bereich Hotellerie und öffentliche Infrastruktur. Gleichwohl ergaben sich wertvolle Hinweise für neue Qualitätsziele. |

Bearbeitung aktueller Themen/Massnahmen innerhalb der Spitalhygiene

| | |
|--|---|
| Ziel | Infektionsprävention |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | ganzer Betrieb/medizinischer Bereich |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | November 2017 |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt. |
| Begründung | Laufende Überprüfung ob die strukturellen Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierten Infektionen (HAI) vorhanden und umgesetzt werden |
| Involvierte Berufsgruppen | Hygienekommission (Pflege, OP, Ärzte, Fachexpertin für Infektionsprävention, LINK-Nurse) |

Überarbeitung des CIRS-Melde- und Auswertungsprozesses

| | |
|--|---|
| Ziel | CIRS ist digital integriert und es findet eine deutliche Erhöhung der Anzahl an Meldungen statt. |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | ganzer Betrieb |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | September 2019-Frühjahr 2023 |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Die digitale Integration des CIRS in das bestehende Qualitätsmanagementsystem hilft der Klinik die damit verbundenen Prozesse besser zu steuern und zu bearbeiten |
| Involvierte Berufsgruppen | CIRS- Verantwortliche und Qualitätsleitung |
| Evaluation Aktivität / Projekt | 2023 gab es gegenüber dem Vorjahr mehr Meldungen. Der CIRS-Prozess wurde bis zum Frühjahr 2023 überarbeitet. |

Optimierung der interdisziplinären Tagesorganisation

| | |
|--|--|
| Ziel | Die Zielstellung beinhaltet, dass der Patient von der Eintrittsplanung bis hin zum Austritt und einer möglichen Nachbetreuung umfassende Informationen bzgl. seines Aufenthaltes/individuellen Tagesablaufes erhält. |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | ganze Klinik |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | seit 2021 |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Der Patient und seine Bedürfnisse stehen bei uns im Fokus. Aus diesem Grund möchten wir den Aufenthalt so qualitativ hochwertig wie möglich gestalten. |
| Involvierte Berufsgruppen | Ärzte, Pflege, OP, Patientenaufnahme, Stationssekretariat, Hotellerie, Hausdienst, Physiotherapie |

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2013 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

- Im Berichtsjahr sind 45 CIRS-Meldungen eingegangen.
- Die daraus resultierenden Massnahmen wurden eingeleitet und umgesetzt.
- Der gesamte CIRS-Prozess befand sich bis zum Frühjahr 2023 in Überarbeitung.

4.5 Registerübersicht

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

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

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen: | | | |
|--|---|--|---------|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab |
| SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS | Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/ | 2012 |

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 | 2020 | mit sehr gutem Ergebnis abgeschlossen |
| Operational Qualifikation OQ - Partikelmessung im OP | OP-Abteilung | 2008 | 2023 | jährliche externe Messung |
| Swiss Leading Hospitals (SLH) | Angewendet im gesamten Betrieb | 2010 | 2023 | Requalifikation |
| swissmedic | Sterilisation OP | 2008 | 2023 | jährliche Validierung |
| ISO 9001:2015 | Ganze Klinik | 2013 | 2023 | nächste Re-Zertifizierung 2024 |
| REKOLE®-Zertifizierung | betriebliches Rechnungswesen | 2014 | 2022 | nächste Re-Zertifizierung 2026 |
| Audit Strahlenschutz im Operationssaal durch das BAG | OP / Anästhesie | 2018 | 2018 | |

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Messergebnisse

| Fragen | Vorjahreswerte | | | Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%) |
|--|----------------|---------------------|---------|--|
| | 2018 | 2019 | 2021 | |
| Klinik Seeschau AG | | | | |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? | 4.44 | 4.55 | 4.44 | 4.45 (4.29 - 4.62) |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? | 4.88 | 4.79 | 4.78 | 4.78 (4.61 - 4.95) |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen? | 4.74 | 4.80 | 4.74 | 4.75 (4.60 - 4.90) |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? | 4.68 | 4.70 | 4.64 | 4.49 (4.28 - 4.69) |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? | 4.30 | 4.46 | 4.35 | 4.29 (4.09 - 4.49) |
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts? | 95.15 % | 96.00 % | 94.32 % | 87.50 % |
| Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023 | | | | 120 |
| Anzahl eingetretener Fragebogen | 72 | Rücklauf in Prozent | | 60 % |

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

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

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | ESOPE, Unisanté, Lausanne |

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

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon Measure & Consult GmbH

Ziel ist neben der Nationalen Patientenbefragung noch detailliertere Informationen / Rückmeldungen zur Patientenzufriedenheit im stationären Bereich zu erhalten, um daraus Verbesserungspotentiale (KVP) abzuleiten. Auch der Benchmark mit anderen, ähnlichen Spitälern ist für uns eine wichtige Aussage über 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 Aufwachbereich benutzt haben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt. Die Befragung hat im ganzen stationären Bereich stattgefunden.

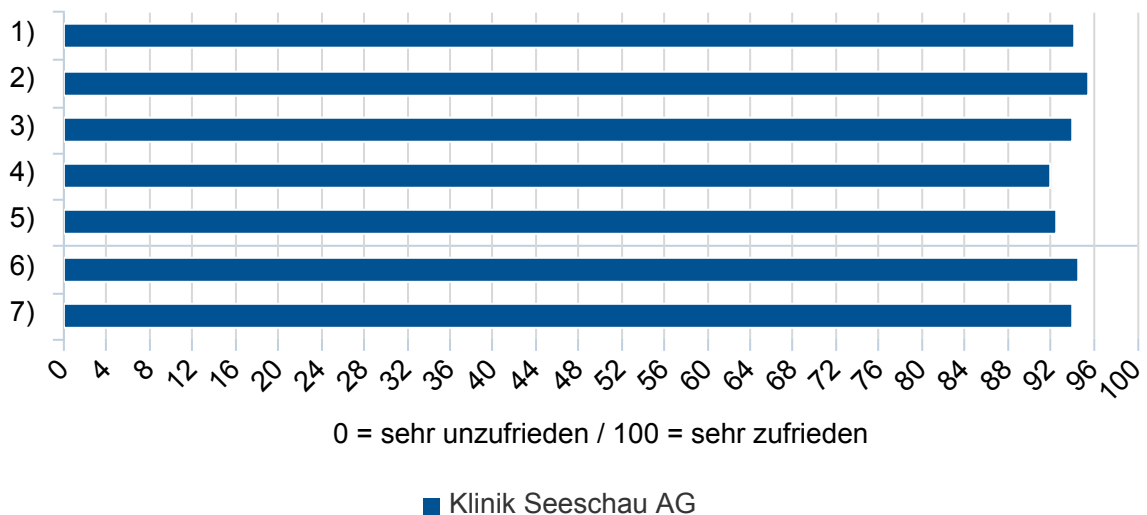
Einschlusskriterium:

Die Befragung wurde ausschliesslich an stationär behandelte Patienten versendet mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als 2 Tagen. Kinder wurden nicht befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | |
| | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
| Klinik Seeschau AG | 94.20 | 95.60 | 94.00 | 91.90 | 92.50 |

| Messergebnisse in Zahlen | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------|--------------------------|-----------------|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| | 6) | 7) | | |
| Klinik Seeschau AG | 94.50 | 94.00 | 1051 | 65.70 % |

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

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Mecon |
| Methode / Instrument | MECON-Standardfragebogen |

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Seeschau AG

Stv. Qualitätsleitung

Mario Müller

Leiter Pflegedienst

071 677 53 53

mueller.mario@klinik-seeschau.ch

Mo-Fr 08:00-16:30 Uhr

arbeitet eng mit der Klinikdirektion zusammen

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeitendenzufriedenheitsmessung 2023

Das Ziel der Befragung ist, Unzufriedenheiten der Mitarbeitenden frühzeitig zu erkennen und Verbesserungspotentiale herauszufinden.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Monat Oktober durchgeführt.

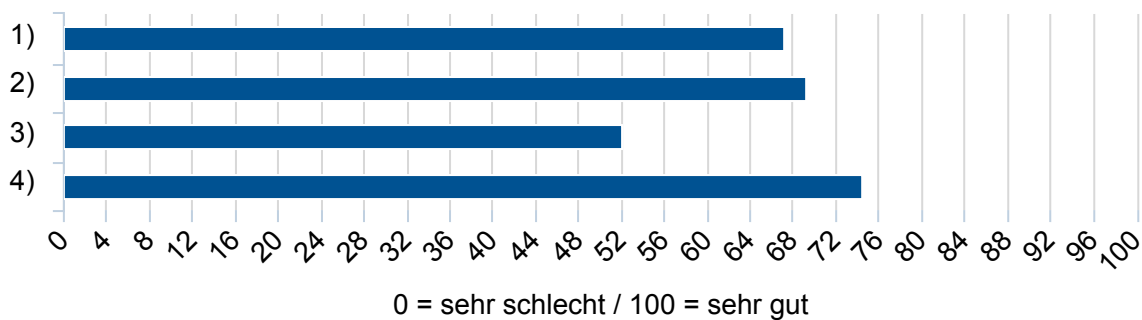
Es wurden alle Klinikbereiche befragt.

Für die Erhebung wurden alle Mitarbeitenden schriftlich befragt.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Berufsgruppen

- 1) Alle Mitarbeitenden
- 2) Pflegepersonal
- 3) Hauswirtschaftspersonal
- 4) Verwaltungspersonal



■ Klinik Seeschau AG

| Messergebnisse in Zahlen | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|--------------------------|-----------------|
| | Mittelwerte pro Berufsgruppen | | | | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| | 1) | 2) | 3) | 4) | | |
| Klinik Seeschau AG | 67.10 | 69.30 | 52.00 | 74.50 | 87 | 83.70 % |

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Klinik Seeschau AG wurde als "Top Arbeitgeber Healthcare 2023" im Berichtsjahr ausgezeichnet.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Mecon |
| Methode / Instrument | MECON-Standardfragebogen |

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserzufriedenheit 2023

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

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2026.

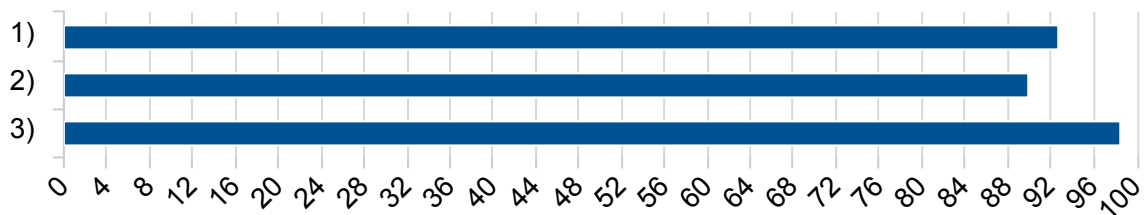
Befragt werden jeweils die 50 zuweisenden Hausärzte mit der höchsten Zuweisungsrate.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat Oktober durchgeführt.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Kompetenz der Ärzte
- 2) Zusammenarbeit mit den Belegärzten
- 3) Patienten, Öffentlichkeitsarbeit



0 = schlecht / genügend / 100 = gut / sehr gut

■ Klinik Seeschau AG

| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------|-------|--------------------------|-----------------|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| | 1) | 2) | 3) | | |
| Klinik Seeschau AG | 92.80 | 90.00 | 98.57 | 14 | 28.00 % |

| Angaben zur Messung | |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |

8.1.2 Belegarztzufriedenheit 2023

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

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 26.04.2023 bis 26.05.2023 durchgeführt. Es gab keine Ausschlusskriterien. Alle Belegärzte, die mit der Klinik vertraglich gebunden sind, konnten teilnehmen.

60 % unserer Belegärzte haben an unserer Befragung teilgenommen. Zufrieden / bzw. sehr zufrieden äusserten sich 94 %. Dieses Ergebnis ist ausgezeichnet, weshalb auf die detaillierte Darstellung der einzelnen Fragen verzichtet wird.

| Angaben zur Messung | |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

| Qualitätsindikatoren | BFS-Daten 2021 |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Klinik Seeschau AG | Risikoadjustierte Rate |
| Spitalweite Kohorte | 5.29 % |
| Chirurgisch-gynäkologische Kohorte | 3.47 % |

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Unser Ergebnis liegt in der Norm. Es wurden keine Massnahmen eingeleitet.
Zu den kardiorespiratorischen-, kardiovaskulären-, neurologischen-, und sonstigen medizinischen Kohorten liegen keine Beurteilungen vor.

Angaben zur Messung

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

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

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2017 bis 31.12.2020

| | Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2017 - 2020 | Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2017 - 2020 | Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate % | | Adjustierte Revisionsrate % 2017 - 2020 |
|----------------------------|--|--|--|-------------|--|
| | | | 2015 - 2018 | 2016 - 2019 | |
| Klinik Seeschau AG | | | | | |
| Primäre Hüfttotalprothesen | 758 | 1.90% | 2.50% | 2.30% | 1.90% |
| Primäre Knieprothesen | 701 | 2.60% | 3.80% | 3.20% | 2.60% |

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

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Gebärmutterentfernungen (Summe)
- Gebärmutterentfernungen (vaginal)
- Gebärmutterentfernungen (abdominal)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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

| Operationen | Anzahl beurteilte Operationen (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % | | | adjustierte Infektionsrate % (CI*) |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|---|-----------|-----------|------------------------------------|
| | | | 2022/2023 | 2022/2023 | 2019/2020 | |
| Klinik Seeschau AG | | | | | | |
| Hernienoperationen | – | – | 0.56% | 0.00% | 0.00% | – (–) |
| Gebärmutterentfernungen (Summe) | 34 | 0 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |
| Gebärmutterentfernungen (vaginal) | 8 | 0 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |
| Gebärmutterentfernungen (abdominal) | 26 | 0 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |

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

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

| Operationen | Anzahl beurteilte Operationen (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % | | | adjustierte Infektionsrate % (CI*) |
|--|---------------------------------------|---|---|-----------|-----------|------------------------------------|
| | | | 2022/2023 | 2022/2023 | 2019/2020 | |
| Klinik Seeschau AG | | | | | | |
| Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen | 276 | 2 | 1.80% | 0.00% | 1.70% | 1.40% (0.00% - 2.80%) |
| Erstimplantationen von Kniegelenkprothesen | 301 | 0 | 1.30% | 0.00% | 0.40% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |

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

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

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|-----------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Swissnoso |

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

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

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

Messergebnisse

| | 2018 | 2019 | 2022 | 2023 |
|--|-----------------------|---------------------------------|-------------------------|----------|
| Klinik Seeschau AG | | | | |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze | 0 | 0 | 0 | – |
| In Prozent | 0.00% | 0.00% | 0.00% | – |
| Residuum* (CI** = 95%) | 0.02 (0.46 - 0.42) | 0.03 (0.56 - 0.50) | -0.01 (-1.12 - 1.09) | – (–) |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023 | – | Anteil in Prozent (Antwortrate) | | – |

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

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

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

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

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

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|---|---------------------|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten | Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. |

13 Dekubitus

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

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

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

| | | Vorjahreswerte | | | 2023 | In Prozent |
|--|---|-----------------------|--|---------------------|------|------------|
| | | 2018 | 2019 | 2022 | | |
| Klinik Seeschau AG | | | | | | |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0 | 0 | 0 | – | – |
| | Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | 0.01 (0.31 - 0.30) | 0.02 (0.80 - 0.77) | 0 (-0.87 - 0.86) | – | – |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023 | | – | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2023 | | – | |

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

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

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

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

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Optimierung der interdisziplinären Tagesorganisation

Projektart: betriebsinternes Projekt

Ausgangssituation: Die Klinik Seeschau führt in enger Zusammenarbeit mit der Firma MECON measure & consult GmbH fortlaufende Befragungen zur Patientenzufriedenheit durch. In diesem Zusammenhang konnten im Bereich Tagesorganisation Verbesserungspotenziale erkannt werden. Da die Klinik im Rahmen ihres Qualitäts- und Serviceanspruches weiterhin als führende Institution in der Patientenversorgung wahrgenommen werden möchte und damit einhergehend für den Patienten ein optimaler Aufenthalt gewährleistet werden soll, wird die interdisziplinäre Tagesorganisation einer detaillierten Situations- und Prozessanalyse unterzogen.

Projektziel: Die Zielstellung beinhaltet, dass der Patient von der Eintrittsplanung bis hin zum Austritt und einer möglichen Nachbetreuung umfassende Informationen bzgl. seines Aufenthaltes und individuellen Tagesablaufes erhält. Dies bedeutet, dass sowohl die Prozesse, als auch die entsprechend involvierten Disziplinen und Berufsgruppen einen aufeinander abgestimmten und für den Patienten klar nachvollziehbaren Behandlungspfad erzeugen.

Projekttablauf / Methodik: Hierbei gilt es aufzuarbeiten wie die aktuell ablaufenden Prozesse geplant bzw. umgesetzt werden, sowie welche Verbesserungsmöglichkeiten und Lösungsansätze sich daraus ableiten lassen. Ferner gilt es die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation unter allen beteiligten Berufsgruppen zu fördern. Im Anschluss sollen Massnahmen erarbeitet, respektive geltende Prozesse projektgesteuert aktualisiert werden.

Involvierte Berufsgruppen: Pflegedienstleitung und projektverantwortliche Pflegefachfrau, Ärztlicher Leiter, Leiterin OP, Leiterin Hotellerie, Leiterin Empfang, Sekretariat, Physiotherapie, EDV-Verantwortliche.

Projektelevaluation/ Konsequenzen: Folgende Themenbereiche konnten in der Situations- und Prozessanalyse abgeleitet werden:

- Verbesserung des interdisziplinären Kommunikationsaustausches durch berufsgruppenbezogene Lösungsansätze.
- Gegenseitige Informationsbereitstellung und Abspracheregulungen unter stärkerem Einbezug der Möglichkeiten des Klinikinformationssystems.
- Anpassung der Eintrittsmodalitäten durch bauliche und prozessuale Verbesserungen.

18.1.2 Überarbeitung der Ressourcenplanung und Organisationsstruktur im OP Bereich

Projektart: betriebsinternes Projekt mit externem Partner

Ausgangssituation: Der Bereich OP setzt sich intensiv mit seiner Ressourcenplanung, seiner Organisationsstruktur und seiner Arbeitsabläufen auseinander. Die Funktionen und Berufsgruppen werden schwerpunktmässig korrekt eingeplant und die Betriebsabläufe besser abgestimmt. Eine zweite Arbeitsschicht stellt sicher, dass die erste Arbeitsschicht ihren Dienst pünktlich beenden kann. Der stets erweiterte Scanprozess bringt eine grosse Zeitersparnis und die überarbeiteten Schemen erleichtern die Vorbereitung der einzelnen Operationen.

Projektziel:

- Reduktion der Belastung der Mitarbeitenden
- Steigerung der Effizienz des Bereiches
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit

Projekttablauf / Methodik:

- Erkennen von prozessualen Schwächen
- Lösungserarbeitung unter Einbezug eines externen Partners
- Überarbeitung der aktuell gültigen Prozesses mit Fokus auf die betrieblichen Gegebenheiten

Involvierte Berufsgruppen: OP-Leitung, Qualitätsleiter, Klinikdirektion

Projektelevaluation/ Konsequenzen: Nach Einführung der überarbeiteten Abläufe soll im Verlauf evaluiert werden.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

18.2.1 Hotellerie Projekt

Projektart: betriebsinternes Projekt.

Ausgangssituation: Die verrechenbaren Leistungen je Versicherungsklasse unterlagen einem grossen manuellen Aufwand in der Erfassung, Bearbeitung und Rechnungsstellung. Dieser grosse manuelle Arbeitsaufwand birgt auch eine entsprechende Fehleranfälligkeit und fordert daher einen erhöhten Kontrollaufwand. Der Prozess wird durch einen durchdringenden digitalen Prozess optimiert und vereinfacht.

Projektziel:

- Reduktion des Arbeitsaufwandes und bereichsübergreifende Entlastung der Mitarbeitenden
- Durchgängiger volldigitalisierter Prozess
- Einbindung des Prozesses in das Klinikinformationssystem

Projekttablauf / Methodik:

- Erkennen von prozessualen Schwächen und Verbesserungspotenzialen
- Lösungserarbeitung unter Einbezug eines externen Partners
- Überarbeitung des aktuell gültigen Prozesses mit Fokus auf die betrieblichen Gegebenheiten

Involvierte Berufsgruppen: Leiterin Hotellerie, Leiterin Patientenempfang, Leiter Patientenadministration, Klinikdirektion,

Projektelevaluation/ Konsequenzen: Nach Einführung des digitalen Prozesses, soll im Verlauf eine Evaluation und ggf. Nachsteuerung stattfinden.

18.2.2 Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements

Projektart: betriebsinternes Projekt mit externem Partner.

Ausgangssituation: Die Klinik verzeichnet einen stetigen Zuwachs an Mitarbeitenden. Damit einhergehend nimmt die Anzahl an Absenzen stetig zu. Umso wichtiger erscheint es ein ganzheitliches Konzept welches sowohl die Arbeitssicherheit, den Gesundheitsschutz, das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement, sowie die Gesundheitsförderung zu entwickeln, zu vereinen und im Sinne der Klinikstrategie nachhaltig zu implementieren.

Projektziel:

- Gesunderhaltung und Förderung der Arbeitskraft der Mitarbeitenden
- Förderung der Mitarbeiterressourcen
- Steigerung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden
- Steigerung der Arbeitgeberattraktivität
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit/Motivation
- Reduktion der Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden
- Reduktion der Krankheitstage/Absenzen

Projekttablauf / Methodik:

- Erkennen von prozessualen Schwächen und Verbesserungspotenzialen
- Lösungserarbeitung unter Einbezug eines externen Partners
- Überarbeitung des aktuell gültigen Prozesses mit Fokus auf die betrieblichen Gegebenheiten

Involvierte Berufsgruppen: Qualitätsleiter, Pflegedienstleiter, Assistentin und Klinikdirektion,

Projektevaluation/ Konsequenzen: Nach erfolgreicher Einführung des Prozesses, soll im Verlauf eine Evaluation und ggf. Nachsteuerung stattfinden.

18.2.3 Datenschutzgesetz (nDSG)

Projektart: betriebsinternes Projekt mit externem Partner.

Ausgangssituation: Am 01. September 2023 tritt das totalrevidierte DSG sowie die dazugehörige Verordnung in Kraft. Alle Unternehmen, so auch die Klinik Seeschau AG, sind davon betroffen.

Projektziel:

- Zeitgerechte Umsetzung des nDSG in allen Abteilungen und gegenüber allen Anspruchsgruppen

Projekttablauf / Methodik:

- Erkennen von prozessualen und konzeptionellen Schwächen und Risiken
- Lösungserarbeitung unter Einbezug eines externen Partners
- Überarbeitung des aktuell gültigen Prozesses mit Fokus auf die betrieblichen Gegebenheiten

Involvierte Berufsgruppen: Qualitätsleiter und Datenschutzauftragter, Assistentin und Klinikdirektion,

Projektevaluation/ Konsequenzen: Die erfolgreiche Umsetzung wird mithilfe des externen Partners evaluiert und laufend rückgesprochen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierungsprojekte

Unsere regelmässigen Zertifizierungen werden nicht im Rahmen eines Projekts bearbeitet.

19 Schlusswort und Ausblick

Im Zentrum des ganzen Qualitätsmanagements steht der Mensch. Die Klinik sieht es als eine Verpflichtung gegenüber ihren Patienten und Patientinnen, die Qualität der Dienstleistungen und der Klinikinfrastruktur laufend zu optimieren. Dabei sind alle gefordert, dem schnellen Wandel und der Entwicklung in der Medizin Rechnung zu tragen.

Wie sieht die Klinik die Qualität in der Zukunft?

Sämtliche Prozesse in der Zusammenarbeit zwischen den Belegärzten und Belegärztinnen, den Pflegenden, den Mitarbeitenden des technischen Dienstes, der Administration und der Hauswirtschaft werden laufend überprüft und an die neuen Anforderungen angepasst.

Die Qualität steht und fällt mit qualifiziertem Personal. Das Bestreben der Klinik ist es, weiterhin als attraktive Arbeitgeberin im Kanton Thurgau wahrgenommen zu werden. Das damit im Zusammenhang stehende Projekt Employer Branding wurde 2023 aufgenommen und wird auch 2024 weitergeführt.

Das Personalreglement von 2014 wird überarbeitet. Die Bestimmungen werden an das aktuell gültige Schweizer Arbeitsrecht angepasst. Weiter werden Regelungen, welche innerhalb der Klinik in den letzten 10 Jahren hinzugekommen sind, abgebildet. Mit dieser umfangreichen Überarbeitung schaffen wir ein wichtiges Führungsinstrument sowie hohe Transparenz gegenüber den Mitarbeitenden.

2024 wird die Klinik Seeschau Ausbildungsbetrieb im Bereich OP. In der Thematik Ausbildung ist dies ein weiterer wichtiger Meilenstein sowohl für die Klinik, als auch für die regionale Begegnung des immer weiter voranschreitenden Fachkräftemangels.

Das Schaffen von Informationen und Hilfsmitteln im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) werden die Klinik auch 2024 begleiten. Der in 2023 eingeführte Prozess Absenzenmanagement wird abschliessend geprüft und wo erforderlich justiert. Der Fokus liegt auf der Gesundheitsförderung im Rahmen von Kampagnen. Weiter sollen die aktuellen Vergünstigungen sichtbar gemacht und weitere Benefits ergänzt werden.

Die zunehmende Digitalisierung in allen Klinikbereichen bringt neue Möglichkeiten und trägt zu mehr Behandlungssicherheit und einer verbesserten Informationsqualität bei.

In den vergangenen Jahren wurde die Infrastruktur immer wieder den Bedürfnissen der Patienten angepasst. So kann die Klinik heute allen Patienten einen exklusiven Hotelleriekomfort sowie unseren Belegärztinnen und Belegärzten fünf OP-Säle auf dem höchsten technischen Niveau anbieten.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

| Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen |
|--|
| Basispaket |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin |
| Hals-Nasen-Ohren |
| Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie |
| Bauch (Viszeralchirurgie) |
| Viszeralchirurgie |
| Urologie |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Radikale Prostatektomie |
| Radikale Zystektomie |
| Komplexe Chirurgie der Niere |
| Isolierte Adrenalektomie |
| 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 |
| Gynäkologie |
| Gynäkologie |

Thurgauische Spitalliste Akutsumatik (Version 2023.1) gültig ab 1. Januar 2023

| Leistungs- bereich | Leistungs- gruppe | Leistungsbeschreibung | Kantonale Leistungserbringer | | | | | Ausserkantonale Leistungserbringer | | | | | | |
|-----------------------|--|---|--------------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|---------------------------------------|--|--------------------------------------|---|--|--|--------------------------|
| | | | Spital Thurgau AG (KSF, KSM, VBK) | Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG (Münsterlingen) | Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen) | Venenklinik Bellevue AG (Kreuzlingen) | Kantonsspital St.Gallen, (St.Gallen) | Universitätsspital Zürich (Zürich) | Inselsspital Universitätsspital Bern (Bern) | Universitätsspital Balgrist (Zürich) | Schweiz. Epilepsie-Zentrum - Klinik Lengnau (Zürich) | Ostschweizer Kinderspital St.Gallen (OKS) (St.Gallen) | Universitäts-Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung (Zürich) | Leistungserbringer IVHSM |
| Basispaket | BP | Basispaket Chirurgie und Innere Medizin | | a) | | | | | | | | | | |
| | BPE | Basispaket für elektive Leistungserbringer (eingeschränkt), Notfallstation in Kooperation KS Münsterlingen | | | b) | c) | | | | | | | | |
| 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 | Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie) | | | | | | | | | | | | |
| | HNO1.3 | Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen) | | | | | | | | | | | | |
| | HNO1.3.1 | Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung | | | | | | | | | | | | |
| | HNO1.3.2 | Cochlea Implantate (IVHSM) | | | | | j) | | | | | | | |
| HNO2 | Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie | | | K | | | | | | | | | | |
| KIE1 | Kieferchirurgie | | | | | | | | | | | | | |
| Neurochirurgie | NCH1 | Kraniale Neurochirurgie | | K1 | | | | | | | | | | |
| | NCH1.1 | Spezialisierte Neurochirurgie | | K1 | | | | | | | | | | |
| | NCH1.1.1 | Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM) | | | | | | | | | | | | |
| | NCH1.1.1.1 | Neurochirurgische Behandlung von komplexen vasku-lären Anomalien des zentralen Nervensystems (IVHSM) | | | | | | | | | | | | |
| | NCH1.1.2 | Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (IVHSM) | | | | | | | | | | | | |
| | NCH1.1.3 | Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen (IVHSM) | | | | | j) | | | | | | | |
| | NCH2 | Spinale Neurochirurgie | | K1 | | | | | | | | | | |
| | NCH2.1 | Seltene Rückenmarkstumoren (IVHSM) | | | | | | | | | | | | |
| NCH3 | Periphere 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 | K | K1 | | | | | | | | | | |
| | NEU3.1 | Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (IVHSM) | | | | | j) | | | | | | | |
| | NEU4 | Epileptologie: Komplex-Diagnostik | | | | | | | | | | | | |
| | NEU4.1 | Epileptologie: Komplex-Behandlung | | | | | | | | | | | | |
| NEU4.2 | Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik (IVHSM) | | | | | j) | | | | | | | | |
| Ophthalmologie | AUG1 | Ophthalmologie | | | | | | | | | | | | |
| | AUG1.1 | Strabologie | | | | | | | | | | | | |
| | AUG1.2 | Orbita, Lieder, Tränenwege | | | | | | | | | | | | |
| | AUG1.3 | Spezialisierte Vordersegmentchirurgie | | | | | | | | | | | | |
| | AUG1.4 | Katarakt | | | | | | | | | | | | |
| | AUG1.5 | Glaskörper/Netzhautprobleme | | | | | | | | | | | | |
| Endokrinologie | END1 | Endokrinologie | | | | | | | | | | | | |
| Gastro-enterologie | GAE1 | Gastroenterologie | | | | | | | | | | | | |
| | GAE1.1 | Spezialisierte Gastroenterologie | | | | | | | | | | | | |
| Viszeral-chirurgie | VIS1 | Viszeralchirurgie | | | K1 | | | | | | | | | |
| | VIS1.1 | Pankreasresektion (IVHSM) | | | | | | | | | | | | |
| | VIS1.2 | Leberresektion (IVHSM) | | | | | | | | | | | | |
| | VIS1.3 | Oesophagusresektion (IVHSM) | | | | | | | | | | i) | | |
| | VIS1.4 | Bariatrische Chirurgie | | | | | | | | | | | | |
| | VIS1.4.1 | Komplexe bariatrische Chirurgie (IVHSM) | | | | | | | | | | | | |
| VIS1.5 | Tiefe Rektumresektion (IVHSM) | | | | | | | | | | | | | |
| Hämätologie | 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 hämatopoietische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen (IVHSM) | | | | | | | | | | | | | |
| Gefässe | GEF1 | Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell) | | K1 | | | | | | | | | | |
| | ANG1 | Interventionen periphere Gefässe (arteriell) | | | | | | | | | | | | |
| | GEFA | Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe | | | | | | | | | | | | |
| | GEF3 | Gefässchirurgie Carotis | | K1 | | | | | | | | | | |
| | ANG3 | Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe | | K1 | | | | | | | | | | |
| | RAD1 | Interventionelle Radiologie | | | | | | | | | | | | |
| | RAD2 | Komplexe Interventionelle Radiologie | | | | | j) | | | | | j) | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------|---|----|--|--|--|----|----|----|--|--|--|--|
| Querschnitts- bereiche | KINM | Kindermedizin | g) | | | | j) | j) | | | | | |
| | KINC | Kinderchirurgie | K3 | | | | j) | j) | | | | | |
| | KINB | Basis-Kinderchirurgie | | | | | j) | j) | | | | | |
| | KAA | Kinderanästhesie "A" | | | | | j) | j) | j) | | | | |
| | KAB | Kinderanästhesie "B" | h) | | | | j) | j) | j) | | | | |
| | KAC | Kinderanästhesie "C" | | | | | j) | j) | j) | | | | |
| | KAD | Kinderanästhesie "D" | | | | | j) | j) | j) | | | | |
| | GER | Akutgeriatrie Kompetenzzentrum | | | | | | | | | | | |
| | PAL | Palliative Care Kompetenzzentrum | | | | | | | | | | | |
| | AVA | Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker | | | | | | | | | | | |
| | ISO | Sonderisolerstation (GDK-Beschluss) | | | | | | | | | | | |
| | IVHSM | Weitere Leistungsgruppen gemäss IVHSM reduzieren obige Leistungsgruppen und sind allen Leistungserbringern gemäss rechtsgültigen IVHSM Beschlüssen zugeordnet | | | | | | | | | | | |

KSF: Kantonsspital Frauenfeld, KSM: Kantonsspital Münsterlingen.

VBK: Der Spital Thurgau AG ist gestattet innerhalb ihres Leistungsauftrages einfache elektive Behandlungen in der Venenambulanz Bellevue AG durchzuführen

BP: umfasst insbesondere auch die Leistungen des BPE in den Leistungsbereichen aus denen Leistungsgruppen erteilt sind (z.B. AUG1-1.5 umfasst im BP das "BPEAUG")

BP: Kooperation aller innerkantonalen Kliniken mit der Spital Thurgau AG für die Notfallstation (Erreichbarkeit IVR Rettungsfristen eingehalten).

- a) Notfallaufnahme ohne Notfallstation.
- b) Seeschau: BPE ohne Einschränkung, zusätzlich elektive Leistungen aus BP für AUG, BEW, GYN, URO, VIS1, und Chirurgie Hauterkrankungen.
- c) VBK: Ausnahmegenehmigung 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) Inkl. homologer Klappenersatz und Endokardersatz.
- e) Zusätzlich Spital Thurgau AG Standort Klinik St. Katharinental, Diessenhofen.
- f) GEB1.1.1 und NEO1.1.1 Geburten ab 30. Schwangerschaftswoche mit Geburtsgewicht >=1000g. Drillings- und Vierlingschwangerschaften. Föten und Neugeborene mit einseitigen Nierenleiden. Neugeborene mit kontinuierlicher Beatmung.
- g) inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Liaison mit der Klinik für Kinder- und Jugendliche des KSM.
- h) im bisherigen Leistungsumfang
- i) Ausgenommen Eingriffe der komplexen Leberchirurgie bei Kindern gemäss IVHSM-Spitalliste
- j) soweit Leistungsauftrag vom Standortkanton erteilt

Leistungen der IVHSM sind den innerkantonalen Listenspitälern subsidiär bei fehlenden rechtskräftigen Beschlüssen erteilt

Basis für die Zuteilung der Einzelleistungen zu den Leistungsgruppen ist Version 2023.1 des Leistungsgruppenkonzeptes der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK). Grundvoraussetzung ist eine gültige gesundheitspolizeiliche Bewilligung mit Einhaltung der Anforderungen inkl. Kooperationen in den erteilten Leistungsgruppen.

12. Dezember 2022

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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

Weitere Gremien



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**):

www.samw.ch.