



**KLINIK SEESCHAU**  
AM BODENSEE

# Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

22.05.2025  
Christian Juchli, Direktor

Version 3



**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 2024.

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 Patient:innen 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 aktuell 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 2024

Herr  
Mario, Müller  
Stv. Qualitätsleiter  
071 677 53 53  
[mueller.mario@klinik-seeschau.ch](mailto:mueller.mario@klinik-seeschau.ch)

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

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

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitatsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitatsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitatsvertrag finden Sie auf der H+ Website: [www.hplus.ch](https://www.hplus.ch) – [Qualität – Qualitatsvertrag](#). Als Publikationsort wurde die Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](https://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 diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>10</b>
2.1 Organigramm .....	10
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	10
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>11</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024 .....	11
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024 .....	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	11
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen 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 .....	14
4.5 Registerübersicht .....	15
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	15
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>16</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>17</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>17</b>
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene .....	17
5.2 Eigene Befragung .....	19
5.2.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung stationär mit Mecon Measure & Consult GmbH .....	19
5.2.2 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung ambulant durch interne Messverfahren .....	20
5.3 Beschwerdemanagement .....	20
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>21</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>21</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>21</b>
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....	21
<b>10 Operationen</b> .....	<b>23</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	23
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>24</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	24
<b>12 Stürze</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>13 Dekubitus</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>0</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Symptombelastung psychischer Störungen</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	

<b>Messungen in der Rehabilitation .....</b>	<b>0</b>
<b>16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>Weitere Qualitätsaktivitäten .....</b>	<b>0</b>
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18 Projekte im Detail .....</b>	<b>27</b>
<b>18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte .....</b>	<b>27</b>
<b>18.1.1 Fallwagenprojekt .....</b>	<b>27</b>
<b>18.1.2 Ausbildung von dipl. Fachfrau/Fachmann Operationstechnik HF .....</b>	<b>27</b>
<b>18.1.3 Personalreglement .....</b>	<b>28</b>
<b>18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024 .....</b>	<b>29</b>
<b>18.2.1 Hotellerie Projekt .....</b>	<b>29</b>
<b>18.2.2 Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements .....</b>	<b>30</b>
<b>18.2.3 Datenschutzgesetz (nDSG) .....</b>	<b>30</b>
<b>18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....</b>	<b>31</b>
<b>18.3.1 Zertifizierungsprojekte .....</b>	<b>31</b>
<b>19 Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>32</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot .....</b>	<b>33</b>
Akutsomatik .....	33
<b>Anhang 2 .....</b>	<b>34</b>
<b>Herausgeber .....</b>	<b>37</b>

# 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 2024 verzeichneten wir mit 2'167 stationären Austritten einen Austritt mehr als in der Vorjahresperiode. Die ambulanten Fallzahlen erhöhten sich leicht von 4'318 auf 4'379 ambulante Behandlungen.

## Zentrale Themen im Berichtsjahr

### Evaluation Ablösung bestehendes ERP

Um die relevanten Anforderungen und Spezifikationen für die Beschaffung eines Enterprise Ressourcen Planungs (ERP)-Systems festzulegen, wurde ein Pflichtenheft für die Ausschreibung erstellt. Qualifizierte Anbieter wurden eingeladen, ihr Angebot für die Implementierung und den Support eines ERP-Systems vorzustellen. Dies mit dem Ziel, anfangs 2025 den Entscheid für ein neues ERP-System zu treffen.

### Optimierung der internen Logistikprozesse (OP-Bereich)

Das Fallwagenprojekt der Klinik Seeschau AG in Zusammenarbeit mit Post CH AG hat sich als wichtiger Meilenstein in der Optimierung der internen Logistikprozesse etabliert. Ziel des Projekts ist die effiziente, fallbezogene Materialbewirtschaftung durch eine Just-in-Time-Anlieferung, die sowohl Kosten senkt als auch den Klinikalltag erheblich erleichtert.

Dank der standardisierten Fallwagenbelieferung konnten Lagerflächen im OP-Bereich reduziert werden und das Klinikpersonal kann sich auf seine Kerntätigkeiten fokussieren. Die Einführung des Fallwagens führte zu einer verbesserten Planbarkeit der Eingriffe und einer Erhöhung der OP-Kapazitäten. Zudem gewährleistet die Digitalisierung der Prozesse von der Beschaffung bis zur Rechnungsstellung eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit.

Die Klinik definiert für jeden Eingriff spezifische Stücklisten, auf deren Basis der externe Dienstleister die benötigten Materialien kommissioniert und just-in-time liefert. Die Annahme, Kontrolle und Bereitstellung der Fallwagen erfolgt durch das Logistikteam der Klinik, während die Rückführung von nicht verwendeten Materialien effizient organisiert ist. Das externe Lager- und Retourenmanagement stellt sicher, dass ungenutzte Ressourcen optimal verwertet werden.

Durch die Zentralisierung, Automatisierung und Standardisierung der Logistikprozesse konnten signifikante Einsparungen bei Personal-, Lager- und Prozesskosten erzielt werden. Gleichzeitig verbessert die Überwachung von Mindesthaltbarkeiten die Materialnutzung und reduziert Verluste.

Regelmäßige Berichte und Dashboards ermöglichen eine detaillierte Analyse des Materialverbrauchs, wodurch der Prozess stetig optimiert wird. Die enge Zusammenarbeit zwischen Klinik und Post CH AG sorgt für eine kontinuierliche Anpassung an den realen Bedarf.

### Pflegedienst

Die Weiterentwicklung der Tagesabläufe des diplomierten und Pflegeassistentenpersonals führte zu einer Verbesserung der Arbeitssituation. Verbunden mit einer Optimierung von eingesetztem Material und Hilfsmitteln haben unsere Pflegenden nun mehr Zeit für ihre Kernaufgabe – unsere Patientinnen und Patienten.

Im August 2024 wurde neu die Messung der Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich lanciert. Die Klinik führt diese nun fortlaufend nach einem eigenen entwickelten Messverfahren durch. Wichtig hierbei ist mögliche Verbesserungspotenziale zu erkennen und gemäss dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess umzusetzen.

### **Umstrukturierung der administrativen Bereiche**

Die administrativen Bereiche der Klinik werden aufgrund verschiedener Thematiken (bspw. Datenschutz, Systempflege) immer umfangreicher und zusammenhängender. Es hat sich gezeigt, dass es für die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Weiterentwicklung der Klinik Sinn macht, alle administrativen Bereiche unter einer Leitung zusammenzufassen. Aus diesem Grund hat Herr Philipp Juchli, Leiter Patientenadministration, per 01. Juli 2024 zusätzlich zur Patientenabrechnung die administrative Leitung der Bereiche Stationssekretariat, Urologie, Debitorenbuchhaltung und IT übernommen. Die Stellvertretung übernimmt Frau Fabienne Juchli, Leiterin Patientenempfang für administrative Angelegenheiten und Herr Mario Müller, Leiter Pflegedienst, für die fachlichen Themen und Schnittstellen zum Pflegebereich.

Im Zuge der Umstrukturierung wurde die Stelle «ICT- und Applikationsverantwortung» neu geschaffen, welche per 1. Juni 2024 besetzt werden konnte. Der ausgebildete IT-Fachmann wird mit seinem Know-how helfen, die IT-Landschaft der Klinik Seeschau zu optimieren, besser aufeinander abzustimmen und die gesamte Klinik im Anforderungsbereich der Digitalisierung weiter zu entwickeln.

### **Die Klinik Seeschau wird Ausbildungsbetrieb im Bereich Operationssaal**

In der thematischen Ausbildung ist dies ein weiterer wichtiger Meilenstein für die Klinik Seeschau und für die regionale Begegnung des immer weiter voranschreitenden Fachkräftemangels. Mitte September 2024 hat die erste Studierende im OP die Ausbildung zur diplomierten Fachfrau Operationstechnik HF begonnen. Die Berufsbildungsverantwortliche hat die Hauptverantwortung in der praktischen Ausbildung. Unterstützt wird sie durch das gesamte OP-Team und die OP-Leitung.

### **Patientenzufriedenheit**

Bei den regelmässig durchgeführten Messungen der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich mit MECON measure & consult GmbH kann sich die Klinik Seeschau weiterhin auf einem sehr hohen Niveau behaupten. In der Jahresauswertung 2024 erzielte die Klinik in den Bereichen Pflege, Hotellerie und Infrastruktur, sowie über das gewichtete Mittel aller 5 Bereiche das gesamthaft beste Resultat aller SLH-Kliniken der Akutsomatik.

### **Neues Mitglied im Verwaltungsrat der Klinik Seeschau AG**

Im November 2024 wurde Herr Prof. Dr. med. Roland Albrecht zum neuen Mitglied des Verwaltungsrates der Klinik Seeschau AG gewählt. Prof. Dr. med. Roland Albrecht ist Chefarzt und Mitglied der Geschäftsleitung der Schweizerischen Rettungsflugwacht Rega, sowie Chefarzt der alpinen Rettung Schweiz (ARS). Er ist Facharzt FMH für Anästhesiologie und für Intensivmedizin und lehrt als Titularprofessor an der Universität Bern.

### **Kooperationsvertrag Tumorboard**

Die Kooperation mit einem Tumorboard ist eine Spitallistenauflage für die Leistungsbereiche Gynäkologie, Viszeralchirurgie, Urologie und HNO. Ende 2024 konnte der Kooperationsvertrag Tumorboard mit der Spital Thurgau AG abgeschlossen werden.

### **Sechs neue Belegärzte für verschiedene Fachbereiche**

Seit dem 1. Februar 2024 verstärkt Dr. med. Peter Ehrhardt den Fachbereich Orthopädie. Dr. med. Peter Ehrhardt ist Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und ist Teil der Praxisgemeinschaft Orthopädie am See in Kreuzlingen.

Per 1. März 2024 konnte mit Dr. med. Jörg Hainich ein Belegarzt für den Fachbereich Handchirurgie akkreditiert werden. Dr. med. Jörg Hainich war bis anhin Chefarzt a. i. an der Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen.

Mit PD Dr. med. René Fahrner und Dr. med. Charles de Montmollin konnten zwei Belegärzte für den Fachbereich Chirurgie gewonnen werden. PD Dr. med. René Fahrner ist Facharzt für Chirurgie, speziell Viszeralchirurgie. Er ist leitender Arzt in der Klinik für Chirurgie am Spital Thun und Oberarzt im Universitätsklinikum für Gefässchirurgie, Universitätsspital Bern. PD Dr. med. René Fahrner arbeitet seit dem 15. Juli 2024 in einem Teilpensum in der Praxis von Dr. med. Peter Moreno. Dr. med. Charles de Montmollin ist Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Spezialisierte Traumatologie (SGC und SO). Dr. med. Charles de Montmollin arbeitet seit dem 1. August 2024 in einem Teilpensum in der Praxis von Dr. med. Barbara Peter-Hauser.

Der Fachbereich Gynäkologie wird ab 1. August 2024 durch Dr. med. Matthias Werner verstärkt. Dr. med. Matthias Werner ist Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, speziell Operative Gynäkologie und Geburtshilfe, speziell Urogynäkologie. Seine neu eröffnete Praxis «Gynäkologie am See» befindet sich direkt an der Klinik Seeschau im alten Klinikgebäude.

Ebenfalls für den Fachbereich Gynäkologie konnte Prof. Dr. med. Verena Geissbühler per 1. Oktober 2024 gewonnen werden. Prof. Dr. med. Verena Geissbühler ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, speziell Operative Gynäkologie und Geburtshilfe, speziell Urogynäkologie. Prof. Dr. med. Verena Geissbühler ist zusammen mit Dr. med. Matthias Werner in der Praxis «Gynäkologie am See» tätig.

#### **Zwei Belegarzt-Austritte zum Jahresende**

Per 31.12.2024 verliess Herr Dr. med. Sergey Sarychev, Facharzt für Urologie aus persönlichen Gründen die Klinik Seeschau. In Folge Wohnortwechsel ist es ihm nicht mehr möglich seine Belegarztstätigkeit an der Klinik Seeschau auszuführen.

Per 31.12.2024 ging Herr Dr. med. Felix Häberlin, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in den Ruhestand.

#### **Personalreglement**

Das Personalreglement aus dem Jahr 2014 wurde überarbeitet und die Bestimmungen an das aktuell gültige Schweizer Arbeitsrecht angepasst. Weiter wurden Regelungen, welche innerhalb der Klinik in den letzten 10 Jahren hinzugekommen sind, abgebildet. Mit dieser umfangreichen Überarbeitung wurden ein wichtiges Führungsinstrument sowie eine hohe Transparenz gegenüber den Mitarbeitenden geschaffen.

#### **Gesundheitsmanagement**

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

#### **Employer Branding - Neuer Benefit «Marken für Mitarbeiter»**

Durch die neue Partnerschaft haben alle Mitarbeitenden die Möglichkeit, auf der Online-Plattform kostenlos von einmaligen Vergünstigungen aus den Bereichen Technologie, Mode, Sport, Haushalt, Reisen etc. zu profitieren.

#### **Personal**

2024 schloss Stella Ernst Ihre Berufslehre Fachfrau Gesundheit (EFZ) erfolgreich ab. Herzliche Gratulation.

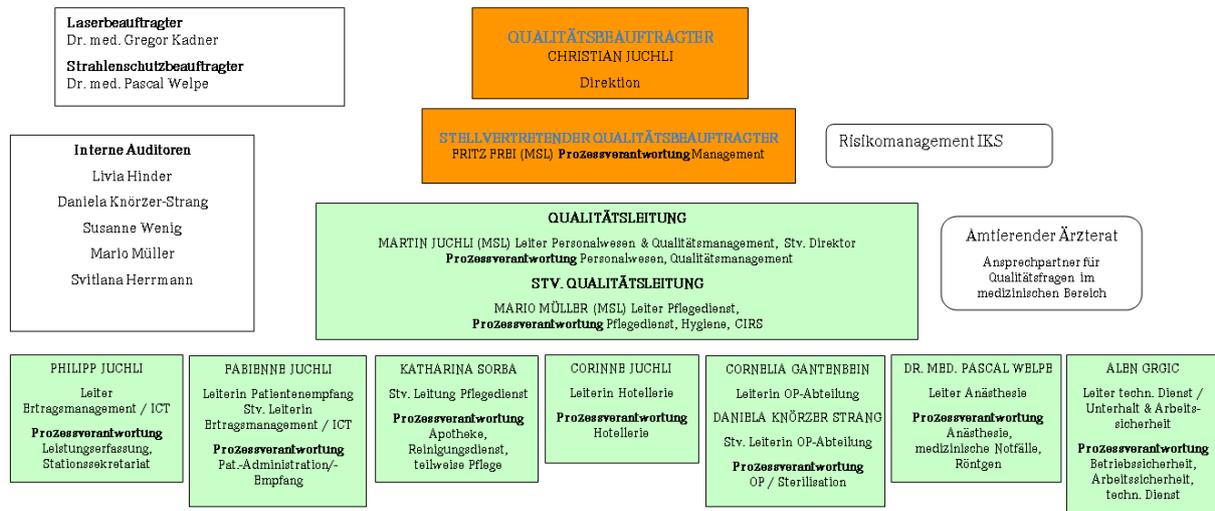
Im Berichtsjahr konnten vier Mitarbeiterinnen der Klinik Seeschau ein Dienstjubiläum feiern: Cornelia Gantenbein, Leiterin OP-Abteilung, 20 Dienstjahre; Carmela Carrozza, Reinigungsdienst, 10 Dienstjahre; Tina Irmscher, OP-Abteilung, 10 Dienstjahre; Karina Zabel, Pflege, 10 Dienstjahre. Die Klinikleitung dankt den 4 Jubilarinnen für Ihre Firmentreue und für ihren langjährigen Arbeitseinsatz für die Klinik Seeschau.

Per 31.12.2024 zählt die Klinik Seeschau 109 Beschäftigte. Die VZÄ (Vollzeitäquivalente) über das ganze Jahr beträgt 84,95.

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

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

Herr Mario Müller  
 Leiter Pflegedienst, Stv. Qualitätsleitung  
 071 677 53 53  
[mueller.mario@klinik-seeschau.ch](mailto: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.

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

- Einführung eines intern entwickelten Messverfahrens zur kontinuierlichen Erhebung der ambulanten Patientenzufriedenheit
- Implementierung und Abbildung der Datenschutzthematik im Qualitätsmanagementsystem

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- Die Re-Zertifizierung nach ISO9001:2015 wurde erfolgreich bestanden.
- Abbildung der Datenschutzthematik im Qualitätsmanagementsystem

#### 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. Hierzu zählt auch die Medienbrüche sukzessive zu reduzieren, um die Klinikprozesse schlanker und durchgängiger zu gestalten. Im Rahmen des Projektes "IT-Strategie 2030" wird die Umstellung des aktuellen ERP-Systemes durchgeführt.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene</li> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso</li> <li>▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)</li> <li>▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen</li> </ul>

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

Neben den national und kantonale 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, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung stationär mit Mecon Measure &amp; Consult GmbH</li> <li>▪ detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung ambulant durch interne Messverfahren</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Interne Audits

<b>Ziel</b>	Verbesserung der internen Prozessabläufe
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganzer Betrieb
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2013
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	laufende Überprüfung der Prozesse im Sinne des PDCA-Zyklus: Werden die Prozesse gelebt? Entsprechen sie der Norm ISO 9001:2015
<b>Methodik</b>	Audit mit systematischer Befragung und Begehungen vor Ort
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	ganze Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	2024 konnten die internen Audits gemäss der Planung erfolgreich durchgeführt werden. Es ergaben sich mehrere hilfreiche Hinweise zur Verbesserung der entsprechenden Prozesse.

##### Patientenzufriedenheitsmessung ganzjährig

<b>Ziel</b>	Steigerung der Patientenzufriedenheit, Analyse von Verbesserungspotentialen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganzer Betrieb
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2016
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Die Patientenzufriedenheit ist für uns ein wichtiger Hinweis ob unsere Qualitätsbemühungen erfolgreich sind
<b>Methodik</b>	Benchmark fähiger Fragebogen der extern ausgewertet wird
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	ganzer Betrieb
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	2024 erneut "Best Practice" aller teilnehmenden SLH Akutkliniken im Pflegebereich, Hotellerie und öffentliche Infrastruktur, sowie über das gewichtete Mittel aller 5 Messkategorien. Gleichwohl ergaben sich wertvolle Hinweise für neue Qualitätsziele.

## Bearbeitung aktueller Themen/Massnahmen innerhalb der Spitalhygiene

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

### 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 44 CIRS-Meldungen eingegangen.
- Die daraus resultierenden Massnahmen wurden eingeleitet und umgesetzt.

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a>  <a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a>	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	2024	jährliche externe Messung
Swiss Leading Hospitals (SLH)	Angewendet im gesamten Betrieb	2010	2023	nächste Requalifikation 2026
swissmedic	Sterilisation OP	2008	2024	jährliche Validierung
ISO 9001:2015	Ganze Klinik	2013	2024	nächste Re-Zertifizierung 2025
REKOLE®-Zertifizierung	betriebliches Rechnungswesen	2014	2022	nächste Re-Zertifizierung 2026
Audit Strahlenschutz im Operationsaal 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 Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

#### 5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

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 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2023	
<b>Klinik Seeschau AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.55	4.44	4.45	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.79	4.78	4.78	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.80	4.74	4.75	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.70	4.64	4.49	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.46	4.35	4.29	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	96.00 %	94.32 %	87.50 %	– %
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				–
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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, 2022 und 2024 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind. Ab 2025 folgt eine neue Befragung in einem erweiterten Format:

Der ANQ-Kurzfragebogen, den die Spitäler und Kliniken seit 2011 für die nationale

Zufriedenheitsmessung einsetzen, bestand aus fünf bis sechs Fragen. Um künftig eine vertiefere Abfrage aller relevanten Dimensionen und ein detaillierteres Monitoring der Patientenperspektive im Langzeitverlauf zu ermöglichen, wird der ANQ-Kurzfragebogen ab 2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst. Zukünftig liegt der Fokus nicht mehr auf der Patientenzufriedenheit, sondern der Patientenerfahrung (PREMs – Patient Reported Experience Measures).

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

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		Unisanté, Lausanne
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patient:innen ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im April – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patient:innen.</li> <li>▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung stationär 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 "Spitalspezifische Fragen" zu stellen, welche wir für den Bereich Anästhesie, OP und Aufwachbereich benutzt haben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Befragung hat im ganzen stationären Bereich stattgefunden.

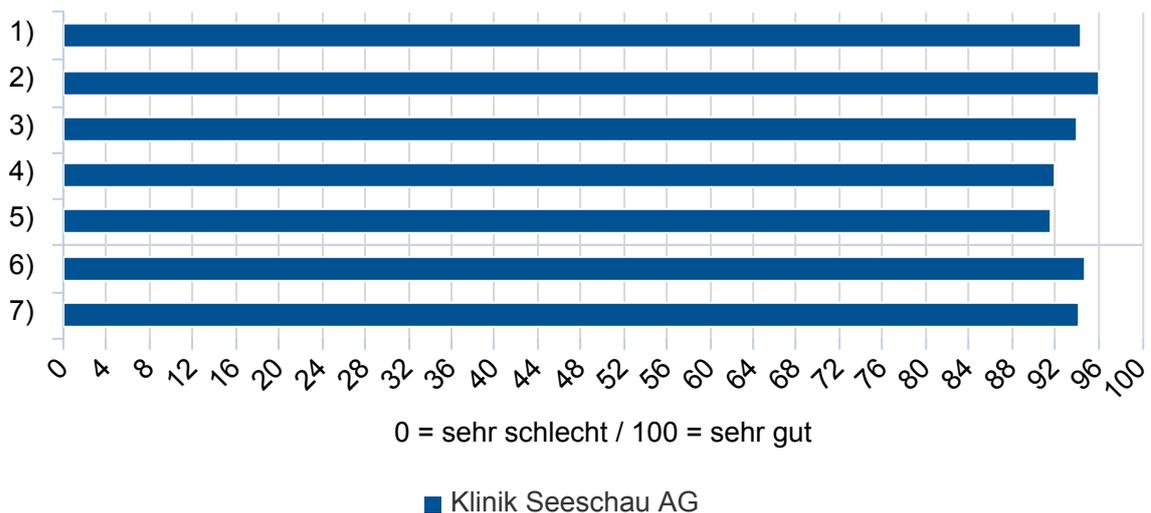
Einschlusskriterium:

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	94.40	96.10	94.10	92.00	91.60

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Klinik Seeschau AG	94.70	94.30	878	59.00 %

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

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

### 5.2.2 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung ambulant durch interne Messverfahren

Ziel ist neben der stationären Patientenbefragung noch detailliertere Informationen / Rückmeldungen zur Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich zu erhalten, um daraus Verbesserungspotentiale (KVP) abzuleiten. Der Standardfragebogen besteht aus 19 Fragen.

Diese Patientenbefragung haben wir vom August 2024 bis Dezember 2024 durchgeführt. Ambulanter Bereich. Kinder wurden nicht befragt.

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 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](mailto:mueller.mario@klinik-seeschau.ch)

Mo-Fr

08:30-16:30 Uhr

arbeitet eng mit der Klinikdirektion zusammen

## 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	BFS-Daten 2022
<b>Klinik Seeschau AG</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>
Spitalweite Kohorte	5.29 %	4.92 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	3.47 %	3.49 %

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

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website:

[www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

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

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

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

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %			Adjustierte Revisionsrate %
			2018 - 2021	2018 - 2021	2015 - 2018	
<b>Klinik Seeschau AG</b>						
Primäre Hüfttotalprothesen	818	2.10%	2.50%	2.30%	1.90%	2.20%
Primäre Knieprothesen	757	3.20%	3.80%	3.20%	2.60%	3.20%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2024 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2018 bis Dezember 2021. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2023.

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

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle Patient:innen mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, 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](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://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 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
<b>Klinik Seeschau AG</b>						
Gebärmutterentfernungen (Summe)	16	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Gebärmutterentfernungen (vaginal)	6	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	10	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 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
<b>Klinik Seeschau AG</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	266	1	0.00%	1.70%	1.40%	0.30% (0.00% - 1.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenkprothesen	313	1	0.00%	0.40%	0.00%	0.50% (0.00% - 1.20%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Fallwagenprojekt

##### **Fallwagenprojekt**

Das Fallwagenprojekt der Klinik Seeschau AG in Zusammenarbeit mit Post CH AG hat sich als wichtiger Meilenstein in der Optimierung der internen Logistikprozesse etabliert. Ziel des Projekts war die effiziente, fallbezogene Materialbewirtschaftung durch eine Just-in-Time-Anlieferung, die sowohl Kosten senkt als auch den Klinikalltag erheblich erleichtert.

##### **Effizienzsteigerung und Prozessoptimierung**

Dank der standardisierten Fallwagenbelieferung konnten Lagerflächen im OP-Bereich reduziert und das Klinikpersonal stärker auf seine Kerntätigkeiten konzentriert werden. Dies führte zu einer verbesserten Planbarkeit der Eingriffe und einer Erhöhung der OP-Kapazitäten. Zudem gewährleistet die Digitalisierung der Prozesse von der Beschaffung bis zur Rechnungsstellung eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit.

##### **Ablauf und Verantwortlichkeiten**

Die Klinik definiert für jeden Eingriff spezifische Stücklisten, auf deren Basis der externe Dienstleister die benötigten Materialien kommissioniert und just-in-time liefert. Die Annahme, Kontrolle und Bereitstellung der Fallwagen erfolgt durch das Logistikteam der Klinik, während die Rückführung von nicht verwendeten Materialien effizient organisiert ist. Das externe Lager- und Retourenmanagement stellt sicher, dass ungenutzte Ressourcen optimal verwertet werden.

##### **Nutzen und Kosteneinsparungen**

Durch die Zentralisierung, Automatisierung und Standardisierung der Logistikprozesse konnten signifikante Einsparungen bei Personal-, Lager- und Prozesskosten erzielt werden. Gleichzeitig verbessert die Überwachung von Mindesthaltbarkeiten die Materialnutzung und reduziert Verluste.

##### **Monitoring und Optimierung**

Regelmässige Berichte und Dashboards ermöglichen eine detaillierte Analyse des Materialverbrauchs, wodurch der Prozess stetig optimiert wird. Die enge Zusammenarbeit zwischen Klinik und Post CH AG sorgt für eine kontinuierliche Anpassung an den realen Bedarf.

##### **Ausblick**

Das Fallwagenprojekt hat sich als nachhaltige Lösung bewährt und wird im kommenden Jahr weiter verfeinert. Zukünftige Massnahmen beinhalten eine noch präzisere Bedarfsprognose und die weitere Automatisierung logistischer Abläufe, um die Effizienz und Versorgungssicherheit weiter zu steigern.

#### 18.1.2 Ausbildung von dipl. Fachfrau/Fachmann Operationstechnik HF

Der Fachkräftemangel bewegte die Klinik dazu, neue Wege zu gehen. Das Ziel war und ist nach wie vor, qualifizierte Fachkräfte auszubilden. Dadurch sollen die Arbeitgeberattraktivität und Wettbewerbsfähigkeit gesteigert werden. Mit den jungen Talenten werden frische Ideen in die Klinik gebracht und so die Innovation gestärkt. Die Verantwortung als Ausbildungsstätte verteilt sich auf mehrere Mitarbeitende in einem Team resp. Bereich, wodurch sich die Identifikation mit der Institution erhöht. Mit den Studierenden und der Absicht, diese nach der Ausbildung weiter beschäftigen zu können, kann der Rekrutierungsaufwand wesentlich reduziert werden. Dabei werden nicht nur Kosten gespart, sondern auch Stabilität im Team und folglich Know-how für die Klinik sichergestellt.

### 18.1.3 Personalreglement

Per 02. September 2024 wurde das neue Personalreglement mit Gültigkeit ab 01. September 2024 eingeführt. Das Personalreglement löste die Reglemente vom Einführungsjahr 2014 ab. Die neue Fassung, welche juristisch geprüft und freigegeben wurde, beschreibt die betrieblichen Umsetzungen des Arbeitsgesetzes und deren Verordnungen, welche dem aktuellen Standard entsprechen. Es wurde neu die Jahresarbeitszeit eingeführt und damit eine Präzisierung der Arbeits- und Dienstzeiten. Ein weitere wichtige Anpassung musste in Bezug auf das neue Datenschutzgesetz vorgenommen werden. Das Personalreglement ist Bestandteil der vertraglichen Arbeitsverhältnisse und wurde einheitlich im gesamten Betrieb umgesetzt.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

### 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 wird auch in den kommenden Jahren weitergeführt.

Das Fallwagenprojekt hat sich als nachhaltige Lösung bewährt und wird im kommenden Jahr weiter verfeinert. Zukünftige Maßnahmen beinhalten eine noch präzisere Bedarfsprognose und die weitere Automatisierung logistischer Abläufe, um die Effizienz und Versorgungssicherheit weiter zu steigern.

2025 wird sich die Geschäftsleitung für ein neues ERP-System entscheiden und mit den Vorarbeiten zur Einführung beginnen. In diesem Zusammenhang wird auch die IT-Strategie 2030 weiter vorangetrieben. Ziel ist eine moderne, prozessoptimierende IT-Infrastruktur mit standardisiertem Datenaustausch und Schnittstellen.

Mit der Ablösung der veralteten Tarifstruktur TARMED und der geplanten Einführung des TARDOC und der ambulanten Fallpreispauschalen per 01.01.2026 müssen weitere enorme Vorarbeiten in Angriff genommen werden.

Mit der geplanten Pflegeinitiative hat der Kanton Thurgau am 27. August 2024 den Regierungsratsbeschluss 582 betreffend Ausbildungskapazitäten gemäss Krankenversicherungsgesetz und Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege erlassen. Die Klinik Seeschau bildet zum Zeitpunkt des Regierungsentscheides keine Studierenden HF Pflege aus. Folglich ist dieser Beschluss mit den daraus resultierenden Vorgaben ausschlaggebend für die zu erlangende Ausbildungsanerkennung der Klinik. Ziel ist es per März 2026 erste Studierende zu rekrutieren und mit der Ausbildung zu starten.

Der Webauftritt der Klinik soll ein neues Gesicht bekommen. Die Klinik nimmt das End of Life des aktuellen Content Management Systems (CMS) zum Anlass, die Website neu zu programmieren und zu gestalten. Das Go Live ist per Anfang 2026 angesetzt.

Die Klinik Seeschau und die RODIAG planen für 2026 ihre Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Radiologie mit einem unterirdischen Anbau für ein neues MRT – Gerät auszubauen. Die RODIAG wird den Standort an der Löwenstrasse 16 als Backup weiter betreiben. Damit wird auch die radiologische Vorort-Abdeckung erweitert werden können.

In den vergangenen Jahren wurde die Infrastruktur immer wieder den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepasst. So kann die Klinik heute allen Patientinnen und 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
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie

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

Leistungs-bereich	Leistungs-gruppe	Leistungs-auftrag	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 Lengg (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 vaskulären 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"						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) Notfalleinweisung 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-Spittalliste
- 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/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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