



KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.05.2019
Christian Juchli, Direktor

Version 1



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 2018.

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

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel 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.

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 2018

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	9
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	9
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	10
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	12
4.5 Registerübersicht	12
4.6 Zertifizierungsübersicht	13
QUALITÄTSMESSUNGEN	14
Befragungen	15
5 Patientenzufriedenheit	15
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	15
5.2 Eigene Befragung	17
5.2.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon	17
5.3 Beschwerdemanagement	18
6 Angehörigenzufriedenheit Die Aufenthaltsdauern sind in unserem Betrieb relativ kurz, so dass der Kontakt zu Angehörigen eher gering ist	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	19
7.1 Eigene Befragung	19
7.1.1 Mitarbeiterbefragung ganze Klinik	19
8 Zuweiserzufriedenheit	20
8.1 Eigene Befragung	20
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit	20
8.1.2 Belegarztzufriedenheit	20
Behandlungsqualität	21
9 Wiedereintritte	21
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	21
10 Operationen wird seit 2017 von ANQ nicht mehr ausgewertet.	
11 Infektionen	22
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	22
12 Stürze	24
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	24
13 Wundliegen	26
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	26
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	28
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	28
18.1.1	Optimierung der Materialbewirtschaftung	28
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	29
18.2.1	Neustrukturierung der Spitalhygiene	29
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	29
18.3.1	Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr	29
19	Schlusswort und Ausblick	30
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		31
	Akutsomatik	31
Anhang 2		32
Herausgeber		35

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 Belegarztambulanz im Kanton Thurgau bietet die Klinik Seeschau eine qualitativ hochstehende Alternative zum öffentlichen Behandlungsangebot.

Entwicklung

Die Klinik Seeschau blickt nach der Fertigstellung des Erweiterungsprojekts «SeeschauNext» auf ein weiteres erfolgreiches Geschäftsjahr 2018 zurück. Im stationären Bereich konnten die Fallzahlen um 11.7 % auf total 1'914 Austritte gesteigert werden. Aufgrund des Weggangs des Ophthalmologen waren die ambulanten Behandlungen von total 2'512 mit 12.9 % rückläufig.

Bei den regelmässig durchgeführten Messungen der Patientenzufriedenheit mit MECON measure & consult GmbH konnte sich die Klinik Seeschau auch im 2018 auf einem sehr hohen Niveau behaupten. In der Gesamtauswertung für das Berichtsjahr 2018 erzielte die Klinik Seeschau auf Vergleichsebene ganzes Spital über alle fünf Bereiche (Ärzte, Pflege, Organisation, Hotellerie und Öffentliche Infrastruktur) das beste Resultat aller SLH - Kliniken (Best Practice).

Die Digitalisierung forderte uns auch im 2018. Mit der IT - Anbindung der Belegarztpraxen wurde ein Projekt umgesetzt, das uns auch im 2019 beschäftigen wird. Die Digitalisierung bietet diesbezüglich neue Möglichkeiten, die Kommunikation und den Datenaustausch mit den Belegarztpraxen zu vereinfachen bzw. zu optimieren. Zudem wurden im Berichtsjahr 2018 alle Privatzimmer vollständig renoviert und mit mehr Patientenkomfort ausgestattet. Die beiden neuen, zusätzlichen OP - Säle 4 und 5 wurden in Betrieb genommen und die bestehenden OP - Säle 1 bis 3 ebenfalls vollständig digitalisiert, vernetzt und auf den neusten technischen Stand gebracht.

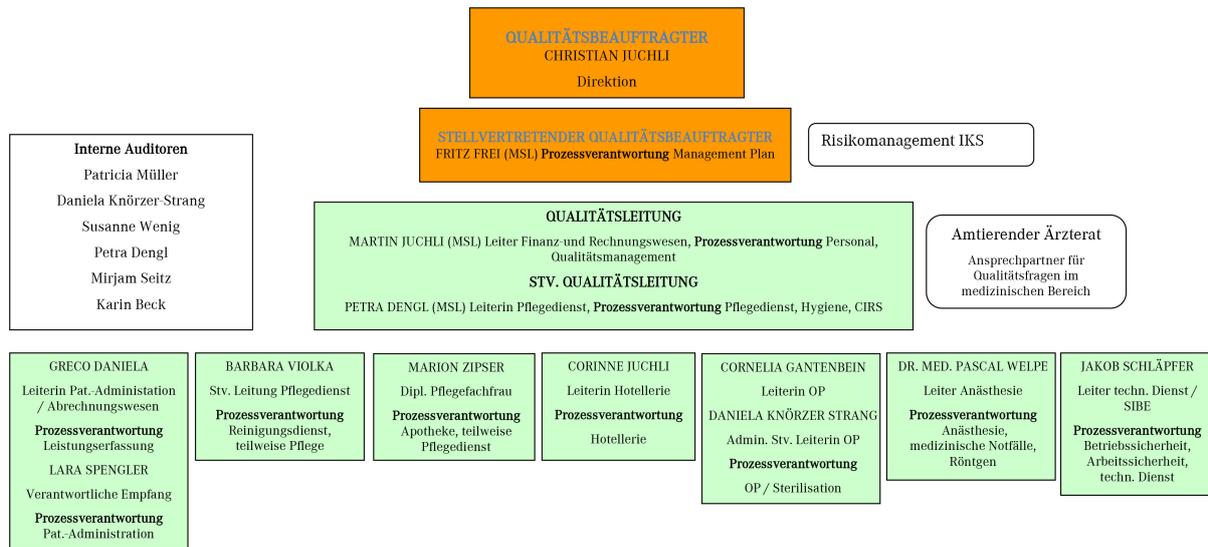
Ein weiteres Highlight war die Schaffung der Veranstaltungskonzepts SEESCHAU FORUM. Als medizinisches Kompetenzzentrum möchte die Klinik Seeschau eine breit abgestützte Plattform für Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen der Medizin bieten, um den Wissens- und Erfahrungsaustausch zu fördern. Der erste Anlass widmete sich dem Thema Indikationsqualität.

Anlässlich der Weihnachtsfeier im Dezember 2018 durften wir unseren langjährigen ärztlichen Leiter Dr. med. Sami Khuri in den wohlverdienten Ruhestand verabschieden. Unter seiner Führung konnte das Belegärzteam kontinuierlich erweitert und die bestehenden Fachbereiche weiter ausgebaut werden. Wir danken Herrn Dr. med. Sami Khuri für seine langjährige und aktive Mitarbeit und wünschen ihm alles Gute. Sein Nachfolger wird per 01.01.2019 Herr Dr. med. Tobias Ritzler, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Per 01.08.2018 konnten wir mit Herrn Dr. med. Frank Gebhard unser Belegärzteam im Fachbereich Orthopädie erweitern. Der erfahrene Facharzt in der Fusschirurgie und in der Kinderorthopädie ist Inhaber und Leiter des Orthopädie Zentrums Amriswil.

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

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

3 Qualitätsstrategie

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Die Umsetzung des SLH – Excellence – Profils «Kommunikation mit Patienten und Angehörigen» wurde in Angriff genommen
- Die Umsetzung des SLH – Excellence – Profils «Fehlerkultur als Entwicklungschance» wurde zu 50% erreicht.
- Die Schwerpunkte der neuen ISO Norm 9001:2015 wurden herausgearbeitet und erfolgreich ins Qualitätsmanagementsystem integriert.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- Die Anforderungen des SLH – Excellence – Profils «Fehlerkultur als Entwicklungschance» wurden umgesetzt und sind fester Bestandteil der entsprechenden Prozessabläufe.
- Die neue Anforderung SLH Excellence Profil „Kommunikation mit Patienten und Angehörigen“ ist mit einem Erreichungsgrad von > 25% umgesetzt
- Gemäss der externen Patientenzufriedenheitsmessung mit MECON measure & consult GmbH hat die Klinik Seeschau AG im Benchmark wieder ein ausgezeichnetes Jahresergebnis erzielt.
- Das vorhandene Hygienekonzept wurde grundlegend überarbeitet und die angepassten Richtlinien auf der Homepage „guidelines.ch“ online zur Verfügung gestellt.
- Die Anpassung der QM-Dokumentation auf ISO 9001:2015 war erfolgreich, was uns durch das erste Überwachungsaudit nach der neuen Norm bestätigt wurde.
- Alle Personaldossiers stehen jetzt elektronisch zur Verfügung, so dass ein rascher Zugriff auf alle Personalinformationen gewährleistet ist

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Um auch langfristig konkurrenzfähig zu bleiben, werden immer wieder Strategien entwickelt um den Patienten noch mehr Komfort anzubieten.
- Mit dem Aufbau einer Materialbewirtschaftung (MAWI - elektronische Bewirtschaftung des Einkaufs und Lagers), der Optimierung der internen Materialbewirtschaftungsprozesse sowie der Einkaufskonditionen werden zwei wichtige Projekte langfristig umgesetzt.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

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"> ▪ detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Optimierung der Materialbewirtschaftung

Ziel	Prozessoptimierung in den Bereichen Einkauf, Lagerhaltung, Rechnungskontrolle, laufendes Inventar
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Dezember 2017- Juni 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Kosteneinsparung durch optimierte Lagerhaltung, Einsparung personeller Ressourcen
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Vorprojekt:Optimierungspotential wurde ermittelt. Evaluation unterschiedlicher Anbieter. Im Juli 2018 Kick Off. Go Life geplant fürs 1. Quartal 2019. Neben intensiver Schulung der Verantwortlichen und der Anwender lag ein Schwerpunkt in der Aufbereitung der Stammdaten, die Abklärung der EDV Schnittstellen und die Zusammenführung unterschiedlicher Interessen der involvierten Bereiche.

Neustrukturierung der Spitalhygiene

Ziel	Aufbau einer Spitalhygiene nach hochstehenden professionellen Standards
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	29.02.2016 bis Dezember 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Verschlanung des Hygienekonzepts, immer auf dem aktuellsten Wissenstand, rascher Informationsfluss, rasche Reaktionszeit für Massnahmen, Reduktion vom Schulungsaufwand da die Informationen systematischer und differenzierter zur Verfügung stehen
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst / OP
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Spitalhygiene ist fest etabliert.Das vorhandene Hygienekonzept wurde grundlegend überarbeitet und ca. 90% der angepassten Richtlinien wurden auf der Webseite «guidelines.ch» online zur Verfügung gestellt.
Weiterführende Unterlagen	guidelines.ch

Anpassung des Qualitätsmanagementsystems auf die neue ISO Norm 9001:2015

Ziel	Erfolgreiche Rezertifizierung 2019
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganze Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Oktober 2017- August 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Umstellung ist Voraussetzung für den Erhalt des ISO-Zertifikats. Ablauf der Gültigkeit Norm 9001:2008
Methodik	Externe Beratung und Workshops
Involvierte Berufsgruppen	Prozessverantwortliche, interne Auditoren
Evaluation Aktivität / Projekt	Im Überwachungsaudit nach der neuen Norm 9001:2015 im August 2018 konnten keine Nichtkonformitäten festgestellt werden.

Beitritt zur Einkaufsgemeinschaft

Ziel	Optimierung der Einkaufspreise – Rabatte / Konditionen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Einkauf medizinischer Bereich, Buchhaltung
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Dezember 2017 bis Dezember 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Überprüfung der Einkaufsmargen durch die Firma Hospital Partners hat den Hinweis gegeben, dass wir diesbezüglich die Preise der Lieferanten überprüfen sollten
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, Buchhaltung, EDV, PDL, OP-Leitung
Evaluation Aktivität / Projekt	Detaillierte Evaluation der Einkaufsgenossenschaften mit anschließender Entscheidungsfindung und Einführung der Einkaufsgenossenschaft.

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.

Bemerkungen

Im Berichtsjahr sind 7 CIRS-Meldungen eingegangen. Alle entsprechenden 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 und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

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

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamter Betrieb	2016	2016	
Operational Qualifikation OQ - Parikelmessung im OP	OP-Abteilung	2008	2018	jährliche externe Messung
Swiss Leading Hospitals (SLH)	Angewendet im gesamten Betrieb	2010	2016	
swissmedic	Sterilisation OP	2008	2018	jährliche Validierung
ISO 9001:2015	Ganze Klinik	2013	2016	neu ab 2018 ISO 9001:2015
REKOLE®-Zertifizierung	betriebliches Rechnungswesen	2014	2018	Mit der erfolgreichen Zertifizierung schafft die Klinik Seeschau AG Transparenz in der Kostenentstehung seiner erbrachten Leistungen. Der Kosten- und Leistungsermittlungsprozess ist national einheitlich.
Audit Strahlenschutz im Operationssaal durch das BAG	OP / Anästhesie	2018	2018	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
Klinik Seeschau AG		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.48	4.54 (4.40 - 4.69)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.85	4.74 (4.59 - 4.89)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.78	4.77 (4.62 - 4.91)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.76	4.64 (4.42 - 4.85)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.35	4.27 (4.09 - 4.45)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	95.00	96.70 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		130
Anzahl eingetreffener Fragebogen	93	Rücklauf in Prozent 72 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 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.

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Analyse der Daten zeigt uns, dass wir im Vergleich zum Kollektiv der teilnehmenden Akutspitälern in allen Fragen ein sehr gutes Ergebnis erzielt haben. Dies spricht dafür unsere Qualitätsaktivitäten wie bisher beizubehalten.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 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

Ziel ist neben der Nationalen Patientenbefragung noch detailliertere Informationen / Rückmeldungen zur Patientenzufriedenheit im stationären Bereich zu erhalten, um daraus Verbesserungspotential (KVP) abzuleiten. Auch der Benchmark mit anderen, ähnlichen Spitälern ist für uns eine wichtige Aussage 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 für Fragen zu den aktuellen SLH - Themen genutzt haben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die Befragung hat im ganzen stationären Bereich stattgefunden.

Einschlusskriterium:

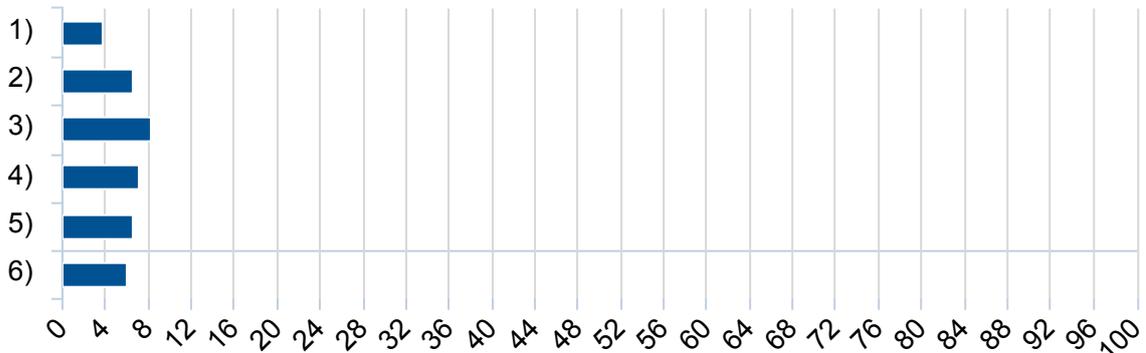
Die Befragung wurde ausschliesslich an stationär behandelte Patienten versendet mit einer

Aufenthaltsdauer von mehr als 2 Tagen

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

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



0 = sehr zufrieden / 100 = sehr unzufrieden

■ Klinik Seeschau AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Seeschau AG	3.80	6.60	8.30	7.10	6.60

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Klinik Seeschau AG	6.00	481	60.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

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

Sehr erfreulich war, dass wir im Vergleich mit weiteren 9 SLH Kliniken schon das zweite Jahr in Folge mit Best Practice abgeschlossen haben.

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

Petra Dengl

Pflegedienstleitung

071 677 53 53

dengl.petra@klinik-seeschau.ch

Mo-Fr 08:30-17:30 Uhr

arbeitet eng mit der Klinikdirektion zusammen

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung ganze Klinik

Die Fragen beziehen sich jeweils auf die Themen "Mitwirkung am Arbeitsplatz, Organisation, Führung, Sozialgestaltung, Infrastruktur/Arbeitsplatz und die Zusammenarbeit innerhalb der Institution".

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

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Es werden alle Mitarbeiter der Klinik befragt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserzufriedenheit

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

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Befragt werden jeweils die 50 zuweisenden Hausärzte mit der höchsten Zuweisungsrate

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

8.1.2 Belegarztzufriedenheit

Befragt werden die Belegärzte jeweils zu den Themen "Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung, Infrastruktur, Patientenzufriedenheit/Öffentlichkeitsarbeit, Anmeldeprozess, Leistungen der Schnittstellen und Fragen zum Pflegedienst"

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Es werden alle Belegärzte befragt

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017
Klinik Seeschau AG			
Anteil externer Rehospitalisationen	-	42.20%	31.15%
Verhältnis der Raten*	0.95	0.99	1.05
Anzahl auswertbare Austritte:			1309

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

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Unser Ergebnis liegt in der Norm, es wurden keine Massnahmen eingeleitet

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Klinik Seeschau AG						
Hernienoperationen	189	1	1.10%	1.00%	1.00%	0.70% (-0.50% - 1.90%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Klinik Seeschau AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	171	2	0.90%	1.50%	2.20%	1.00% (-0.50% - 2.40%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	215	1	2.70%	0.90%	1.40%	0.40% (-0.40% - 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Resultate der Swissnoso SSI Surveillance wurden innerhalb der Spitalhygiene besprochen: Bei keiner der Indexoperationen finden sich signifikante Abweichungen der adjustierten Infektionsrate im Vergleich zur übrigen Schweiz.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
Klinik Seeschau AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	0	1	0
In Prozent	0.00%	0.00%	4.50%	0.00%
Residuum* (CI** = 95%)		-0.09 (-1.10 - 0.92)	0.03 (-0.38 - 0.44)	-0.02 (-0.46 - 0.42)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018		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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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

13 Wundliegen

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

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

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

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

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Klinik Seeschau AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)		-0.06 (-1.17 - 1.06)	-0.06 (-1.13 - 1.02)	-0.01 (-0.31 - 0.30)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018		24	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		92.30%	

* 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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ 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 Materialbewirtschaftung

Ausgangslage:

Die Materialbewirtschaftung wurde bisher manuell auf Excel Listen geführt. Der Zeitaufwand für die Ausführung einer Bestellung war sehr gross. Die Lagerbewirtschaftung – Nachführen der Preise, Eingangsmeldungen, die Inventarisierung bis hin zur Rechnungskontrolle benötigte sehr viel personellen Aufwand und hatte viele Fehlerquellen. Es konnten keine Auswertungen gemacht werden, so dass der Lagerbestand unübersichtlich wurde und man davon ausgehen konnte, dass die Lagerhaltung unwirtschaftlich war.

Projektziel:

- Prozessoptimierung im Beschaffungs- und Freigabeprozess sowie mittelfristig im Gesamt-Beschaffungsprozess inklusive Kreditoren-Workflow
- Verbesserung der Transparenz als Basis zur Optimierung der Beschaffungskosten, der Artikel-Vielfalt sowie der Abrechenbarkeit
- Erhöhung der Sichtbarkeit von Beständen, Optimierung der Lagerhaltung sowie Verbesserung der Rückverfolgbarkeit von Produkten
- Zentralisierung sowie Digitalisierung der Logistik & Einkaufsprozesse mittels Einsatz von HBS-Applikationen sowie SAP MM «light» integrativ in bestehende IT Landschaft

Projekttablauf:

Kick Off am 06. Juli 2018

Go-Live Phase 1&2 (Bestellungen über HBS-Shop sowie Mobile per 02. Januar 2019)

Go-Live Phase 3 (Digitale Lieferscheine - und Rechnungsverwaltung Mai 2019)

Involvierte Berufsgruppen:

Das Projekt wurde extern unterstützt. Das Kernteam setzte sich aus leitenden Mitarbeitern folgender Bereiche zusammen: Administration, Finanz-und Rechnungswesen, Leitung OP, Leitung Pflege, Leitung Anästhesie, Verantwortliche EDV/Controlling.

Projektelevaluation / Konsequenzen

Aufgrund der Komplexität des Projektes wurde für die Evaluation und Projektleitung ein externer Partner verpflichtet. Mit der technischen Umsetzung konnten wir den Zeitplan einhalten. Unterschätzt wurde der Aufwand für die Bereinigung und Einpflege der Materialstammdaten. Dieser Umstand zeigte sich im gesamten Projekt und beanspruchte sehr viel Personalressourcen und finanzielle Mittel.

Weitere Entwicklungsschritte sind der automatisierte und EDV-basierte Preisabgleich mit den Lieferanten sowie der papierlose Lieferschein- und Rechnungsprozess.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Neustrukturierung der Spitalhygiene

Die Klinik Seeschau AG hatte sich im April 2016 entschieden, dem Ostschweizer Kompetenznetz Infektiologie Plus (OSKI+) beizutreten. Der Vorteil ist, dass die Hygienerichtlinien in «guidelines.ch» online und immer aktualisiert zur Verfügung stehen.

Ziel ist:

- immer auf dem neusten Stand, rascher Informationsfluss, rasche Reaktionszeit für Massnahmen
- Verschlankung des Hygienekonzepts, Reduktion vom Schulungsaufwand da die Informationen systematischer und differenzierter zur Verfügung stehen.

Im Berichtsjahr 2018 traf sich die Spitalhygiene wiederum zu vier Sitzungen:

- der Schwerpunkt lag in der Vernehmlassung der restlichen überarbeiteten Richtlinien. Bis März 2019 sind alle Richtlinien online in «guidelines.ch» aufgeschaltet.
- Die Markierung von Patienten mit einem epidemiologischen Problem konnte EDV-technisch gelöst werden, so dass diese Information bei Wiedereintritt zur Verfügung steht.
- Information der Belegärzte ist erfolgt.

Es kann festgestellt werden, dass fachliche Fragen zum Thema Hygiene sehr schnell bearbeitet und professionell beantwortet werden. Die Richtlinien in guidelines.ch stehen auf jedem Computer aktuell zu Verfügung und werden genutzt. Das Projekt ist abgeschlossen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr

19 Schlusswort und Ausblick

Im Zentrum unseres ganzen Qualitätsmanagements steht der Mensch. Wir sehen es als eine Verpflichtung gegenüber unseren Patientinnen und Patienten, die Qualität unserer Dienstleistungen und der Klinikinfrastruktur laufend zu optimieren. Dabei sind wir alle gefordert, dem schnellen Wandel und der Entwicklung in der Medizin Rechnung zu tragen.

Durch die baulichen Massnahmen im Zusammenhang mit der Klinikerverweiterung und Renovation am Bestand konnten wir unsere Struktur- und Prozessqualität weiter verbessern. Die zunehmende Digitalisierung in allen Klinikbereichen bringt zudem neue Möglichkeiten und kann für mehr Behandlungssicherheit und eine verbesserte Informationsqualität beitragen.

Eine aktive Beteiligung an den nationalen ANQ-Messungen, die Patientenbefragungen mit dem externen Messsystem von MECON measure & consult GmbH und die regelmässigen internen und externen Assessments unserer Arbeitsprozesse geben uns laufend neue Erkenntnisse, die wir mit konkreten Verbesserungsmassnahmen umsetzen.

Wir freuen uns, aus den vorliegenden Benchmark-Vergleichen feststellen zu können, dass wir auf dem richtigen Weg sind und beste Ergebnisse vorweisen können. Wir erzielen weiterhin eine sehr hohe Patientenzufriedenheit und somit eine grosse Akzeptanz im Gesundheitsmarkt des Kantons Thurgau.

Wie sehen wir die Qualität in der Zukunft?

Nebst den geplanten externen Messungen und den internen Assessments werden wir im Jahr 2019 nach der neuen Norm ISO 9001:2015 rezertifiziert und nach dem neuen Kriterienkatalog von „The Swiss Leading Hospitals“ requalifiziert.

Die Digitalisierung geht auch 2019 weiter. Mit der IT - Anbindung der Belegarztpraxen wird die Kommunikation und der Datenaustausch mit den Belegarztpraxen vereinfacht bzw. optimiert. Die fristgerechte Einführung des elektronischen Patientendossiers auf April 2020 ist ein weiteres Projekt, welches 2019 in einer ersten Etappe in Angriff genommen wird. In diesem Zusammenhang wird auch das bestehende Berichtswesen durch ein leistungsfähigeres System abgelöst. Mit dem Aufbau der Materialbewirtschaftung (MAWI - elektronische Bewirtschaftung des Einkaufs und Lagers), der Optimierung der internen Materialbewirtschaftungsprozesse sowie der Einkaufskonditionen werden zudem zwei wichtige Projekte abgeschlossen.

Sämtliche Prozesse in der Zusammenarbeit zwischen den Belegärzten, den Pflegenden, den Mitarbeitenden des technischen Dienstes, der Administration und der Hauswirtschaft werden laufend angepasst und optimiert.

Alle unsere Bemühungen zielen dabei auf die Steigerung der Zufriedenheit unserer Patienten, Belegärzte und Mitarbeiter und auf die Beibehaltung unseres Qualitätsstandards.

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
Haut (Dermatologie)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
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
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität

Thurgauische Spitalliste 2012 Akutsonomatik (Version 2016.1) gültig ab 1. September 2016

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Leistungsauftrag K Leistungsauftrag in Kooperation K1: STGAG KSM, K2: HNZB, K3: OKS Leistungsauftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeteilten Leistungsgruppen Universitäre und spezialisierte Zentrums- leistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau) Hochspezialisierte Medizin gemäss Beschlüssen	Kantonale Leistungserbringer					Ausserkantonale Leistungserbringer					
			Spital Thurgau AG (KSF, KSM, VBK)	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG (VBK)	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsspital Zürich	Inselsspital Bern	Universitätsklinik Balgrist Zürich	Schweiz. Epilepsiezentrum Zürich	Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (OKS)	Kinderspital Zürich
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin		K1 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											
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie	K2										
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und / oder Duraeröffnung	K2										
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)											
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie											
Neurochirurgie	KIE1	Kieferchirurgie											
	NCH1	Kraniale Neurochirurgie		K1									
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie		K1									
	NCH2	Spinale Neurochirurgie		K1									
Neurologie	NCH3	Periphere Neurochirurgie		K1									
	NEU1	Neurologie		K1									
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems		K1									
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)		K1									
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen		K1									
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)											
Ophthalmologie	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik											
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung (IVHSM)											
	AUG1	Ophthalmologie											
	AUG1.1	Strabologie											
	AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege											
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie											
Endokrinologie	AUG1.4	Katarakt											
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme											
Gastro- enterologie	END1	Endokrinologie											
	GAE1	Gastroenterologie											
Viszeral-chirurgie	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie											
	VIS1	Viszeralchirurgie			K1								
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)											
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM)											
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie (IVHSM)											
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie											
Hämатologie	VIS1.4.1	Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)											
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)											
	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien											
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie											
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien											
Hämатologie	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome											
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation											
	HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)											

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

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Leistungsauftrag K Leistungsauftrag in Kooperation K1: STGAG KSM, K2: HNZB, K3: OKS Leistungsauftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeteilten Leistungsgruppen Universitäre und spezialisierte Zentrums- leistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau) Hochspezialisierte Medizin gemäss Beschlüssen	Kantonale Leistungserbringer				Ausserkantonale Leistungserbringer						
			Spital Thurgau AG (KSF, KSM, VBK)	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG (VBK)	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsklinik Balgrist Zürich	Schweiz. Epilepsiezentrum Zürich	Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (OKS)	Kinderspital Zürich	Leistungserbringer IVHSM	
Geburtshilfe	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. Schwangerschaftswoche (SSW))											
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)											
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)	g)										
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe											
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000g)											
	NEO1.1	Neonatologie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)	g)										
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)	g)										
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatologie (GA <28 0/7 SSW und GG <1000g)											
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie											
	RAO1	Radio-Onkologie											
	NUK1	Nuklearmedizin											
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)		K1									
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)	K2	K1									
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)											
Querschnittsbereiche	KINM	Kindermedizin	h)										
	KINC	Kinderchirurgie	K3										
	KINB	Basis-Kinderchirurgie											
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum											
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum											
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker											
	IVHSM	Weitere Leistungsgruppen gemäss IVHSM reduzieren obige Leistungsgruppen und sind allen Leistungserbringern gemäss rechtsgültigen IVHSM Beschlüssen zugeordnet											

Spital Thurgau AG umfasst Kantonsspital Frauenfeld (KSF), Kantonsspital Münsterlingen (KSM) und dritter Standort Bellevue Venenklinik als Wochenklinik. BP: Kooperation aller Kliniken mit der Spital Thurgau AG für die Notfallstation (Erreichbarkeit Notfallstation ab kooperierender Klinik innert 10 Min.).

- 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) Inkl. Chemotherapie.
- g) Inkl. aus GEB1.1.1 und NEO1.1 Geburten ab 33. Schwangerschaftswoche mit Geburtsgewicht >=1000g. Drillings- und Vierlingsschwangerschaften. Föten und Neugeborene mit einseitigen Nierenleiden. Neugeborene mit kontinuierlicher Beatmung.
- h) Inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Liaison mit der Klinik für Kinder- und Jugendliche des KSM.

Basis für die Zuteilung der Einzelleistungen zu den Leistungsgruppen ist Version 2016.1 des Leistungsgruppenkonzeptes der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Grundvoraussetzung ist eine gültige gesundheitspolizeiliche Bewilligung mit Einhaltung der Anforderungen inkl. Kooperationen in den erteilten Leistungsgruppen.

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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