



KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

26.05.2021
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 2020.

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 2020

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

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	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.5 Registerübersicht	16
4.6 Zertifizierungsübersicht	17
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Befragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 Eigene Befragung	19
5.1.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon	19
5.2 Beschwerdemanagement	20
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	21
7.1 Eigene Befragung	21
7.1.1 Mitarbeiterbefragung ganze Klinik	21
8 Zuweiserzufriedenheit	22
8.1 Eigene Befragung	22
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit	22
8.1.2 Belegarztzufriedenheit	22
Behandlungsqualität	23
9 Wiedereintritte	23
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	23
10 Operationen wird ab 2017 nicht mehr ausgewertet	
11 Infektionen	24
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	24
12 Stürze Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
13 Wundliegen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16 Zielerreichung und Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
17 Weitere Qualitätsmessungen	

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18	Projekte im Detail	26
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	26
18.1.1	Optimierung der Materialbewirtschaftung	26
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020	27
18.2.1	Optimierung der Materialbewirtschaftung	27
18.2.2	Einführung inesKIS Pflegelösung.....	28
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	28
18.3.1	Kein Zertifizierungsprojekt im aktuellen Berichtsjahr	28
19	Schlusswort und Ausblick	29
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		30
Akutsomatik		30
Anhang 2		31
Herausgeber		34

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

Das Jahr 2020 war auch in der Klinik Seeschau von der Corona-Pandemie geprägt. Ab dem 20. März 2020 mussten gemäss der bundesrätlichen Verordnung sämtliche nicht dringend angezeigten Eingriffe oder Therapien verschoben werden. Ab dem 30. März 2020 wurde der Operationsbetrieb ganz eingestellt. Die Klinik Seeschau wurde als stationäre Bettenstation für Covid-19-Patienten vorgesehen und musste sämtliche Betten bereitstellen. Ab dem 27. April 2020 konnte das OP-Programm sukzessive wieder hochgefahren werden. Die Klinik musste aber weiterhin Kapazitäten zur Verfügung stellen, um kurzfristig Covid-19-Patienten stationär aufnehmen zu können.

Gemäss kantonalem Entscheid vom 23. Oktober 2020 wurde die Klinik Seeschau dazu verpflichtet, Teile ihres Fachpersonals für den Betrieb der IPS-Plätze der Spital Thurgau AG (STGAG) zur Verfügung zu stellen. Dies war ab dem 26. November 2020 auch der Fall. Deshalb musste die Operationstätigkeit ab diesem Datum erneut um 50% reduziert werden.

Die Pandemie forderte eine enorme Flexibilität in allen Klinikbereichen. Trotz eines hohen organisatorischen Aufwands gelang es der Klinik Seeschau, alle kantonalen und nationalen Anforderungen erfolgreich in die Prozesse zu integrieren und umzusetzen.

Die Fallzahlen im stationären Bereich sind mit total 1'943 Austritten um 4,4 % höher als im Vorjahr. Im Gegenzug verzeichneten die 2'393 ambulanten Behandlungen einen Rückgang um 5,3 %.

Unabhängig von der Pandemie konnten die internen Prozesse weiter optimiert werden. Das bestehende Pflegemodul von porabo wurde durch ines erfolgreich abgelöst. Auch die IT-Anbindung der Belegarztpraxen konnte weiter ausgebaut werden. Für das Projekt «Einführung des elektronischen Patientendossiers» wurde 2020 ein neues, datenbankbasiertes Berichtswesen im ines KIS aufgebaut und in den klinikinternen Praxen Urologie und Schmerztherapie bereits eingesetzt. Im Januar 2021 soll dieses dann in allen Bereichen eingeführt werden. Mit den Vorarbeiten in den beiden Jahren 2019 und 2020 ist die Klinik Seeschau somit bereit für die Einführung des EPD im nächsten Jahr.

Bei den regelmässig durchgeführten Messungen der Patientenzufriedenheit mit MECON measure & consult GmbH kann sich die Klinik Seeschau weiterhin auf einem Top - Niveau behaupten. In der Jahresauswertung erzielte die Klinik Seeschau wiederum das gesamthaft beste Resultat aller akutsomatischen SLH-Kliniken im Vergleich (Best Practice). Auch im Vergleich mit den gemessenen Belegarztkliniken gehört die Klinik Seeschau in allen Bereichen zum besten Viertel.

In baulicher Hinsicht wurde mit den Vorbereitungsarbeiten für die im 2021/2022 geplante Erweiterung des Eingangsbereichs begonnen.

Seit dem 01. Mai 2020 verstärken zwei neue Belegärzte den Fachbereich Urologie. Dr. med. Gregor Kadner und Dr. med. Gabriel Schell haben nach mehrjähriger Tätigkeit am Kantonsspital Frauenfeld ihre eigene urologische Facharztpraxis in Amriswil eröffnet. Ebenfalls seit dem 01. Mai 2020 ergänzt Dr. med. Felix Häberlin den Fachbereich Gynäkologie. Er ist stellvertretender ärztlicher Leiter des Milagro Kinderwunsch- und IVF-Zentrums in Kreuzlingen. Für den Fachbereich Orthopädie konnte per 01. Juli 2020 Dr. med. Michael Schüler gewonnen werden. Über mehr Jahre war er Chefarzt der Klinik

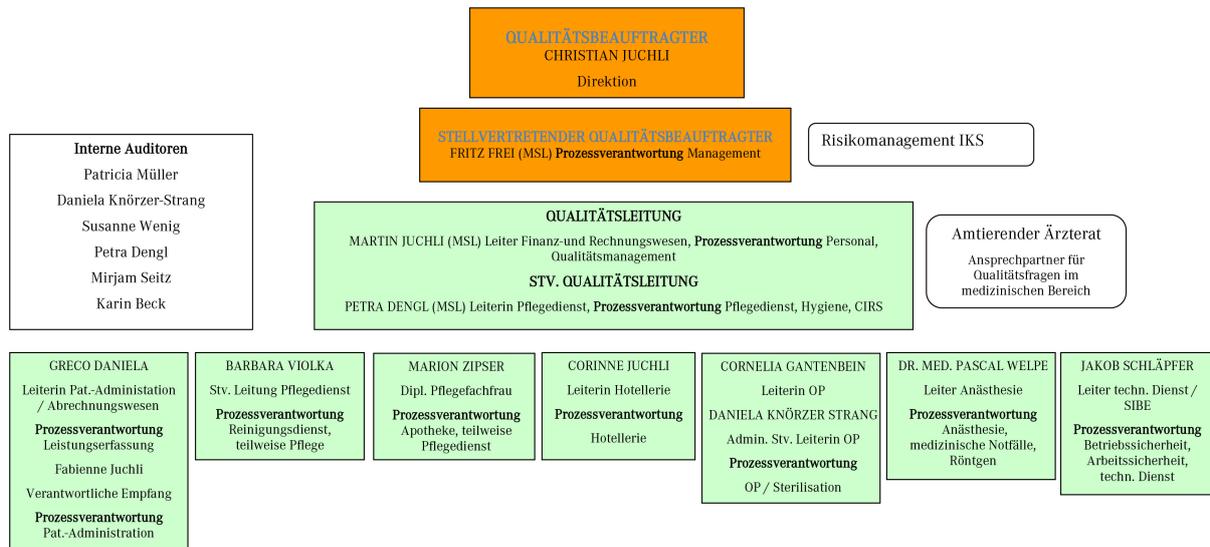
für Orthopädie und Traumatologie am Kantonsspital Münsterlingen und nun Teil der Praxisgemeinschaft Orthopädie am See in Kreuzlingen.

Im Berichtsjahr 2020 sind drei Belegärzte in den verdienten Ruhestand getreten. Dr. med. Alfred Meyer, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Dr. med. Susanne Mondy und Dr. med. Kai Stoltenberg, beides Fachärzte für Chirurgie. Ein besonderer Dank gilt Herrn Dr. med. Alfred Meyer. Er hat in seiner 28-jährigen Belegarztstätigkeit wesentlich zum Aufbau der Gynäkologie (und bis im 2014 auch der Geburtshilfe) an der Klinik Seeschau beigetragen.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Christian Juchli
Qualitätsbeauftragter

071 677 53 53

juchli.christian@klinik-seeschau.ch

Herr Martin Juchli

Stv. Qualitätsbeauftragter, Qualitätsleitung

071 677 53 53

juchli.martin@klinik-seeschau.ch

Herr Mario Müller

Pflegedienstleitung, Stv. Qualitätsleitung

071 677 53 53

mueller.mario@klinik-seeschau.ch

3 Qualitätsstrategie

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

- Umsetzung aller kantonalen und nationalen Anforderungen im Rahmen der Corona- Pandemie. Flexible Anpassung der internen Prozesse mit dem Ziel, trotz erheblichem organisatorischem Mehraufwand die Fallzahlen bei gleichbleibend hoher Qualität stabil zu halten.
- Überwachungsaudit Hplus Arbeitssicherheit
- Einführung ines Pflegemodul

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

- Eine Steigerung der stationären Fallzahlen wurde trotz Corona-Pandemie erreicht und die wiederum sehr hohe Patientenzufriedenheit zeigt uns, dass sich der organisatorische Mehraufwand gelohnt hat.
- Beim Audit von Hplus Arbeitssicherheit wurden 55 Punkte erreicht. Dies entspricht einem sehr guten Ergebnis.
- Das bestehende Pflegemodul porabo wurde durch das Pflegemodul ines ersetzt. Das Projekt konnte trotz Corona-Pandemie durchgeführt werden, so dass wir im September 2020 erfolgreich mit ines Pflege starten konnten.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

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

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

Wir gehen davon aus, dass uns die Corona-Pandemie auch in den nächsten Jahren noch beschäftigen wird. Wir werden alles daran setzen unseren Patienten trotz dieser neuen Herausforderung eine optimale Sicherheit und Dienstleistung bieten zu können.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso

Bemerkungen

Die Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik findet nunmehr im 2-Jahresrhythmus statt.

Die Nationale Prävalenzmessung Sturz sowie die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus wurde im Jahr 2020 aufgrund der Covid-19-Pandemie verschoben.

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
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> Mitarbeiterbefragung ganze Klinik

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Einführung neues Berichtswesen und elektronisches Patientendossier

Ziel	Fehlerquellen minimieren, Berichte einfacher generieren und verschicken, Einbindung der Belegarztpraxen.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Administration/ Belegärzte
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Juni 2019 - Juli 2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Die Einführung des EPD erforderte eine Anpassung des Berichtswesens.
Involvierte Berufsgruppen	Stationssekretariat / MPA Praxis Urologie / Belegärzte
Evaluation Aktivität / Projekt	Im 2020 konnte die Urologie und die Schmerztherapie eingebunden werden. Das Projekt wird auch 2021 weitergeführt, da sämtliche stationären und ambulanten Berichte noch eingebunden werden müssen.

Einführung vom Pflegemodul ins ins KIS

Ziel	Weniger Aufwand für die Systembetreuung, Optimierung der interdisziplinären Dokumentation und Information.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pflegedienst/medizinischer Bereich
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Oktober 2019 - Oktober 2020
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Bisher wurde mit zwei unterschiedlichen IT- Anbietern gearbeitet. Die Schnittstellen waren nicht immer stabil und machten doppelte Updates nötig, die Ärzte haben die Informationen in der Pflegedokumentation nie gelesen.
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst, Key-User IT, Controlling
Evaluation Aktivität / Projekt	Im September 2020 konnte, wie geplant, produktiv gestartet werden.

CIRS- Prozess überarbeiten

Ziel	CIRS ist besser integriert/ deutliche Erhöhung der Meldungen.
Bereich, in dem das Projekt läuft	ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	September 2019-Dezember 2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	CIRS - Meldungen werden als Instrument "aus Fehlern zu lernen" zu wenig genutzt. Wurde in den externen Audits beanstandet.
Involvierte Berufsgruppen	CIRS- Verantwortliche und Qualitätsleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	2020 gab es gegenüber dem Vorjahr mehr Meldungen. Der CIRS-Prozess wird voraussichtlich 2021 überarbeitet.

Bemerkungen

Einige kleinere Projekt bzw. Qualitätsziele konnten wegen der Corona-Pandemie nicht bearbeitet werden.

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

interne Audits

Ziel	Verbesserung der internen Prozessabläufe
Bereich, in dem die Aktivität läuft	ganzer Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit...)	2013
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	laufende Überprüfung der Prozesse im Sinne des PDCA-Zyklus: Werden die Prozesse gelebt? Entsprechen sie der Norm ISO:9001?
Methodik	Audit mit systematischer Befragung und Begehungen vor Ort
Involvierte Berufsgruppen	ganze Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	2020 konnten nur 5 interne Audits wegen Corona durchgeführt werden. Es ergab sich eine Nichtkonformität und mehrere hilfreiche Hinweise zur Verbesserung.

Bearbeitung aktueller Themen/Massnahmen innerhalb der Spitalhygiene

Ziel	Infektionsprävention
Bereich, in dem die Aktivität läuft	ganzer Betrieb/medizinischer Bereich
Aktivität: Laufzeit (seit...)	November 2017
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Begründung	Laufende Überprüfung ob die strukturellen Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierten Infektionen (HAI) vorhanden und umgesetzt werden
Involvierte Berufsgruppen	Hygienekommission (Pflege, OP, Ärzte, Fachexpertin für Infektionsprävention)
Evaluation Aktivität / Projekt	laufende Anpassung der Guidelines. Im Jahr 2020 stand die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Massnahmen im Vordergrund

Patientenzufriedenheitsmessung ganzjährig

Ziel	Steigerung der Patientenzufriedenheit, Analyse von Verbesserungspotentialen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	ganzer Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit...)	2016
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Begründung	die Patientenzufriedenheit ist für uns ein wichtiger Hinweis ob unsere Qualitätsbemühungen erfolgreich sind
Methodik	Benchmark fähiger Fragebogen der extern ausgewertet wird
Involvierte Berufsgruppen	ganzer Betrieb
Evaluation Aktivität / Projekt	2020 zum vierten Mal in Folge "best practice" aller teilnehmenden SLH Akutkliniken. Trotzdem ergaben sich wertvolle Hinweise für neue Qualitätsziele.

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 10 CIRS-Meldungen eingegangen.
- Die daraus resultierenden Massnahmen wurden eingeleitet und umgesetzt.
- Der gesamte Prozess CIRS befindet sich in Überarbeitung.

4.5 Registerübersicht

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

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

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

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	
KRTG Krebsregister Kanton Thurgau	Alle	www.krtg.ch	

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 - Parikelmessung im OP	OP-Abteilung	2008	2020	jährliche externe Messung
Swiss Leading Hospitals (SLH)	Angewendet im gesamten Betrieb	2010	2019	Requalifikation
swissmedic	Sterilisation OP	2008	2020	jährliche Validierung
ISO 9001:2015	Ganze Klinik	2013	2019	2020 Überwachungsaudit
REKOLE®-Zertifizierung	betriebliches Rechnungswesen	2014	2018	nächste Re-Zertifizierung 2022
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 Eigene Befragung

5.1.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Die Befragung hat im ganzen stationären Bereich stattgefunden.

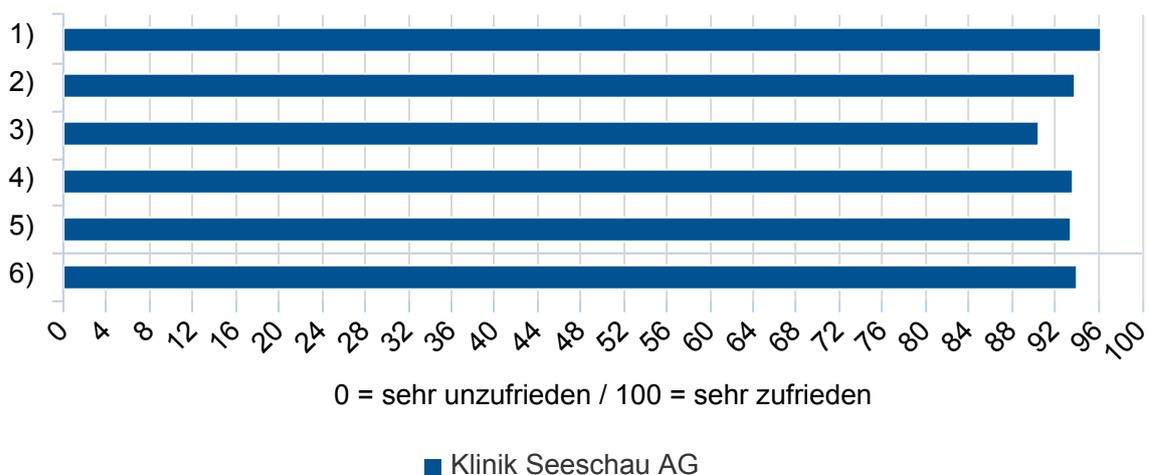
Einschlusskriterium:

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



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Seeschau AG	96.20	93.80	90.50	93.70	93.50

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Klinik Seeschau AG	94.10	538	70.00 %

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 - Bermerkungen wurden systematisch erfasst, bewertet und allenfalls umgesetzt.

Sehr erfreulich war, dass wir im Vergleich mit weiteren 10 SLH Kliniken schon das vierte Jahr in Folge mit Best Practice abgeschlossen haben. Zwei Themen mit Verbesserungspotential wurden in die Q-Ziele 2021 übernommen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Seeschau AG

Stv. Qualitätsleitung

Mario Müller

Pflegedienstleitung

071 677 53 53

mueller.mario@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.

Die Befragung wurde erstmals von einem externen Institut entwickelt und ausgewertet, so dass zukünftig ein Benchmark mit anderen teilnehmenden Kliniken möglich ist.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom November 2020 bis Januar 2021 durchgeführt. Es wurden alle Mitarbeiter der Klinik befragt.

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

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

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 2023.

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 2021.

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.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017	2018
Klinik Seeschau AG				
Verhältnis der Raten*	0.95	0.99	1.05	0.75
Anzahl auswertbare Austritte 2018:				1443

* 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 (BFS MedStat) 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 folgender Operationen:
▪ Hernienoperationen
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:
(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2017	2018	2019	
Klinik Seeschau AG						
Hernienoperationen	177	1	1.00%	0.70%	0.80%	0.56% (0.00% - 5.90%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2016	2017	2018	
Klinik Seeschau AG						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	208	2	2.20%	1.00%	0.00%	0.96% (0.20% - 4.90%)
Erstimplantationen von Kniegelenkprothesen	209	1	1.40%	0.40%	0.80%	0.48% (0.00% - 3.90%)

* 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.

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 musste, 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.

Mit Phase 2 konnte im März 2019 begonnen werden: Abgrenzungen der alten Lagerbestände mit den aktuellen Lagerbeständen, Inventur Jahresabschluss bereinigen, Einrichtung der Schrankversorgung, Schulung der Mitarbeitenden im Produktiv, Fehlerbeseitigung.

Freigabe Phase 3 im September 2019: Einrichtung der Digitalisierung Rückdokumente Lieferschein/ Rechnung inkl. Workflow und Archiv, Anbindung an Umsysteme bzw. Fallbezogene Übermittlung der Verbräuche von Konsigantionsmaterial.

Im Berichtsjahr noch offen: vollständige Einbindung der Spitalpharmazie Thurgau ins HBS, "Hochfahren" der eingeführten Systeme.

Freigabe Phase 4 im November 2020: Sachkostenoptimierung, Fallwagen im OP, Entwicklung Bestandeslager mit Definition der Lagerorte.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 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 musste, 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.

Mit Phase 2 konnte im März 2019 begonnen werden: Abgrenzungen der alten Lagerbestände mit den aktuellen Lagerbeständen, Inventur Jahresabschluss bereinigen, Einrichtung der Schrankversorgung, Schulung der Mitarbeitenden im Produktiv, Fehlerbeseitigung.

Freigabe Phase 3 im September 2019: Einrichtung der Digitalisierung Rückdokumente Lieferschein/ Rechnung inkl. Workflow und Archiv, Anbindung an Umsysteme bzw. Fallbezogene Übermittlung der Verbräuche von Konsignationsmaterial.

Im Berichtsjahr ebenfalls umgesetzt: Einbindung der Spitalpharmazie Thurgau ins HBS.

Der Prozess ist in allen Bereichen umgesetzt und wird nun gefestigt. Die Prozessbeschreibung ist noch in der Erarbeitung. Es folgen weiterhin kleine Anpassungen und Ergänzungen. Dennoch sehen wir das Projekt bis und mit Phase 3 als abgeschlossen an.

18.2.2 Einführung inesKIS Pflegelösung

Projektstart/ Ausgangslage

Bisher bestand das KIS aus zwei getrennten Systemen für die Bereiche Pflegedienst und den medizinisch-ärztlichen Bereich. Der Wechsel zwischen den Systemen war langsam und es kam immer öfters zu Schnittstellenprobleme. Auch eine Fehlersuche und die Abstimmung für Updates wurde immer komplizierter. Im Oktober 2019 wurde deshalb entschieden, das bisherige Pflegesystem porabo durch die inesKIS Pflegelösung zu ersetzen.

Projektziel

- Stabileres System, da Schnittstellen wegfallen
- schnellere Übersicht/Anwenderfreundlichkeit wird gesteigert
- höhere Akzeptanz bei den Ärzten
- Zeit-und Kosteneinsparung bei Updates

Projekttablauf

- Januar 2020: Initialisierung, Vertrag ist unterzeichnet
- März 2020: Projekt-Kickoff und Start des Lösungsdesigns gemäss ines GmbH, «Out-of-the-Box» (ootb) Projektmethodik
- April - Juli 2020: Installation Standardsoftware im Test- und Produktivsystem, Parametrierung, Erstellen Lösungsdesign, Workshops mit Projektverantwortlichen und APV-Schulungen
- August 2020: Testphase, Anwenderschulungen
- September 2020: Test- und Abnahmedokumente sind unterschrieben, Gesamt Lösungsdesign ist erstellt und unterschrieben
- 22. September 2020: Produktivstart
- Oktober 2020: Abschluss Gesamtabnahme

Involvierte Berufsgruppen:

Das Projekt wurde extern unterstützt. Das Kernteam setzte sich aus den Projektverantwortlichen der ines GmbH, vier Mitarbeiterinnen aus dem Pflorgeteam und der internen Applikationsverantwortlichen für inesKIS zusammen.

Projektelevaluation / Konsequenzen

Die erste Planung wurde seitens ines geändert (Änderung der Projektleitung, Reduzierung der Anzahl Workshops). Wegen der Corona-Pandemie und den Kapazitäten der Projektmitglieder wurde der ganze Zeitplan auf Wunsch der KSAG während dem Projekt nochmals angepasst. Leider konnten fast alle Workshops wegen der Pandemie nur online stattfinden (ein Einblick von ines in die Arbeit in der KSAG war daher nicht möglich und erschwerte die Kommunikation bei den Problemstellungen).

Fazit: Das System wird von den Pflegefachkräften gut akzeptiert. Das System ist teilweise schneller durch Wegfall der Schnittstelle zu porabo. Es gibt aber zahlreiche, kleine Verbesserungsvorschläge, die das Arbeiten noch erleichtern würden. Diese wurden während dem Projekt von ines (PL und TPM) entgegengenommen oder nach dem Projekt als Verbesserungsvorschlag im Ticketsystem erfasst.

Die höhere Akzeptanz bei den Ärzten ist noch nicht erreicht, dieses Thema wird weiterverfolgt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Kein Zertifizierungsprojekt im aktuellen Berichtsjahr

Unsere regelmässigen Zertifizierungen werden nicht im Rahmen eines Projekts bearbeitet.

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.

Wie sehen wir die Qualität in der Zukunft?

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

Die Qualität steht und fällt mit qualifiziertem Personal. Da unser Anspruch sehr hoch ist, ist es unser Bestreben, als attraktiver Arbeitgeber im Kanton Thurgau bekannt zu sein.

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

In den vergangenen Jahren wurde unsere Infrastruktur immer wieder den Bedürfnissen unserer Patienten angepasst. So können wir heute, insbesondere unseren Privatpatienten, einen exklusiven Hotelleriekomfort und unseren Belegärzten fünf OP-Säle auf dem höchsten technischen Niveau anbieten.

Als Abschluss des Klinikbauprojekts wird in den kommenden beiden Jahre 2021 und 2022 die Erweiterung bzw. die Erneuerung des Klinikeingangsbereichs umgesetzt.

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)
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
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
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, Lieder, Tränenwege											
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie											
Endokrinologie	AUG1.4	Katarakt											
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme											
Gastroenterologie	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											
	VIS1.4.1	Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)											
Hämатologie	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											
	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	Universitätsklinik St. Gallen	Inselspital Bern	Universitätsklinik 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 intraabdominale 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 Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'												
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstiel '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	THO1	Thoraxchirurgie												
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion)												
THO1.2	Mediastinaleingriffe													
Transplantation	TPL1	Transplantationen solider Organe (IVHSM)												
Bewegungs- apparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat												
	BEW2	Orthopädie												
	BEW3	Handchirurgie												
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens												
	BEW5	Arthroskopie des Knies												
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität												
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität												
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie												
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie												
	BEW9	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+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.