KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

# Qualitätsbericht 2013

## nach der Vorlage von H+

**Akutsomatik**

**KLINIK SEESCHAU AG**
**Bernrainstrasse 17**

**8280 KREUZLINGEN**

**www.klinik-seeschau.ch**

**Freigabe am:** **11.06.2014**
**durch:** **Juchli Christian, Direktor**

© H+ Die Spitäler der Schweiz I Les Hôpitaux de Suisse I Gli ospedali Svizzeri

# 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, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

## Zielpublikum

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

## Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

# Inhaltsverzeichnis


**A Einleitung ..... 1**
**B Qualitätsstrategie ..... 2**
B1 Qualitätsstrategie und -ziele ..... 2
B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013 ..... 2
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013 ..... 2
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ..... 2
B5 Organisation des Qualitätsmanagements ..... 3
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ..... 4
**C Betriebliche Kennzahlen und Angebot ..... 4**
C1 Angebotsübersicht ..... 4
C2 Kennzahlen 2013 ..... 5
C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz ..... 6
**D Zufriedenheitsmessungen ..... 7**
D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit ..... 7
D2 Angehörigenzufriedenheit ..... 9
D3 Mitarbeiterzufriedenheit ..... 10
D4 Zuweiserzufriedenheit ..... 11
**E Nationale Qualitätsmessungen ANQ ..... 12**
**E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik ..... 12**
E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® ..... 13
E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® ..... 14
E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso ..... 15
E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ ..... 17
E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik ..... 20
E1-6 Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik ..... 20
E1-7 SIRIS Implantatregister ..... 22
**F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013 ..... 22**
F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso) ..... 22
F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) ..... 24
F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) ..... 25
F5 Dauerkatheter ..... 26
F6 Weiteres Messthema ..... 27
**G Registerübersicht ..... 28**
**H Verbesserungsaktivitäten und -projekte ..... 33**
H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards ..... 33
H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte ..... 33
H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte ..... 34
**I Schlusswort und Ausblick ..... 35**
**J Anhänge ..... 36**

# A Einleitung

**Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz**

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung Patienten Sicherheit Schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „Progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 der Klinik Seeschau AG wertvolle Informationen liefern zu können.

Jahresrückblick 2013

*Das Geschäftsjahr 2013* stand ganz im Zeichen der Konsolidierung der Veränderungen, welche im Vorjahr in Kraft getreten waren und auch dieses Geschäftsjahr nachhaltig geprägt haben. Zudem stand auch die Qualitätssicherung im Vordergrund; waren doch alle Klinikbereiche mit diesem Thema das ganze Geschäftsjahr hindurch aktiv beschäftigt.

Alle angebotenen medizinischen Fachbereiche arbeiteten im Geschäftsjahr 2013 sehr erfolgreich und im stationären Behandlungsbereich konnten die Fallzahlen und somit die stationäre Auslastung gesteigert werden. Auch das per 01.01.2012 neu eingeführte Dienstarztsystem bewährte sich; die Zusammenarbeit zwischen den Belegärzten und den JDMT – Dienstärzten konnte intensiviert und verbessert werden.
Im Fachbereich Urologie konnte mit Frau Dr. med. Susanne Huber, Fachärztin FMH für Urologie, eine weitere Verstärkung dazugewonnen werden Den Fachbereich Chirurgie konnten wir mit Herrn Dr. med. Kai Stoltenberg, Facharzt FMH für Chirurgie, verstärken. Mit Herrn Dr. med. Hans – Peter Schmid, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin konnte ein erfahrener Internist für die Klinik gewonnen werden, der dank seiner grossen Erfahrung die akkreditieren Belegärzte optimal unterstützen kann. Herr Dr. med. Hans – Peter Schmid deckt zudem den als Spitallistenauflage geforderten spitalinternistischen Dienst ab und übernimmt in dieser Funktion auch die fachliche Verantwortung für die JDMT – Dienstärzte.

Im Qualitätsbereich können wir die erfolgreiche Zertifizierung nach ISO 9001:2008 sowie die erste Requalifizierung der Vereinigung „The Swiss Leading Hospitals“ vermelden. Zudem hat die Klinik Seeschau in diesem Berichtsjahr an folgenden ANQ – Qualitätsmessungen teilgenommen.

- Reoperation und Rehospitalisation
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus
- Siris - Register (Schweizer Implantat Register)
- Postoperative Wundinfektionen (SwissNoso)
- Nationale Patientenbefragung (ANQ)
- Erweiterte Patientenbefragung mit MECON

Abschliessend möchte ich mich bei allen Belegärztinnen und Belegärzten, bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie bei allen externen Partnern für die sehr gute Zusammenarbeit herzlich bedanken. Vor allem danken möchte ich auch allen Beteiligten für den ausserordentlichen Arbeitseinsatz im Rahmen der Zertifizierung nach ISO 9001:2008 und der SLH – Requalifizierung.

Christian Juchli
Direktor

# B Qualitätsstrategie

## B1 Qualitätsstrategie und -ziele

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.

## B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Überarbeitung/Anpassung der Qualitätsdokumentation nach ISO Norm 9001:2008
- Erstzertifizierung ISO Norm 9001:2008
- Requalifikation der SLH Qualitäts und Leistungskriterien
- Schulung der QMS-Verantwortlichen
- Einführung von CIRS

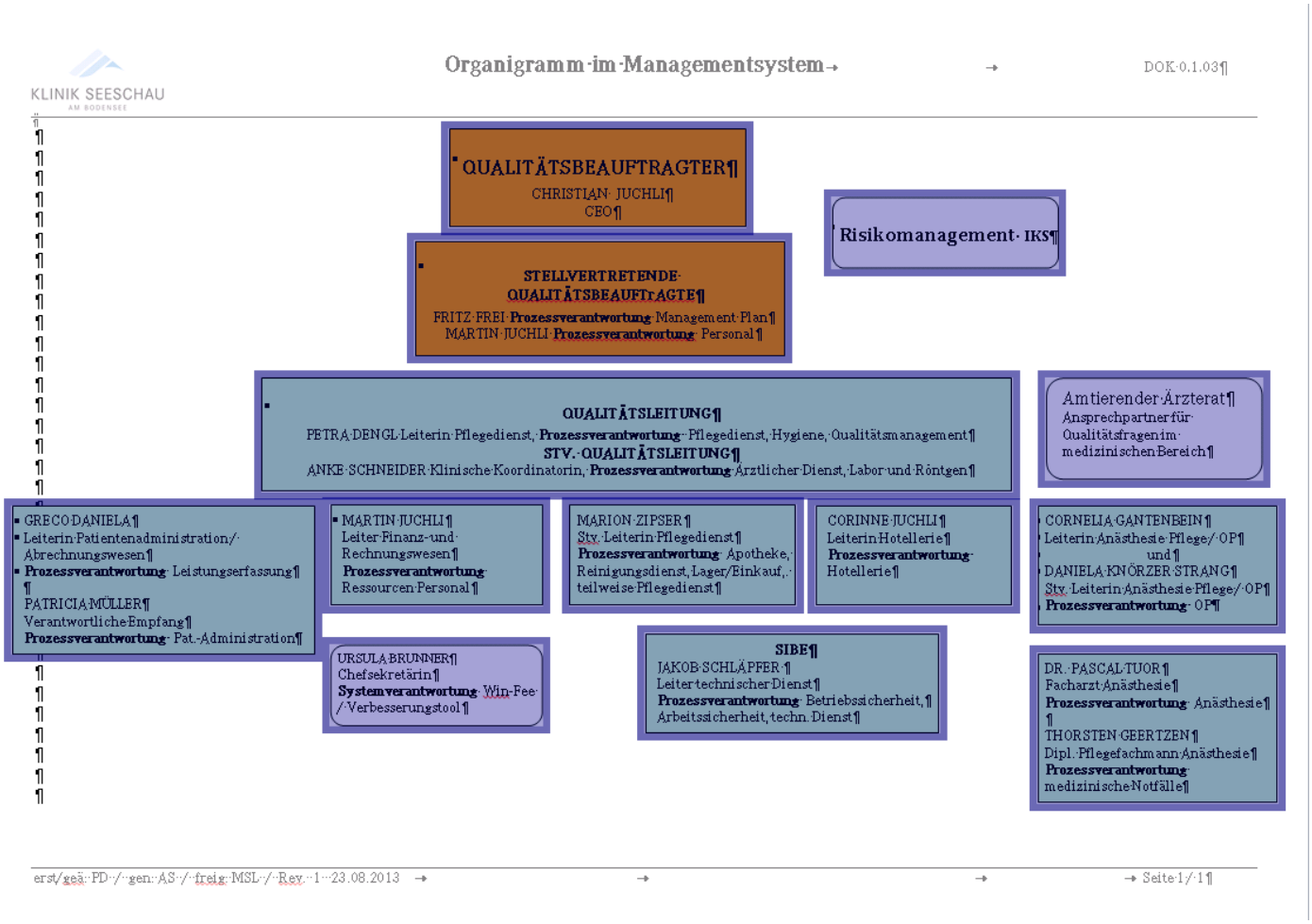
## B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

- Die Erstzertifizierung nach ISO Norm 9001:2008 wurde mit sehr gutem Ergebnis erreicht
- Die Requalifikation SLH wurde erfolgreich durchgeführt.
- Es konnten 5 interne Auditoren ausgebildet werden und die ersten internen Audits wurden durchgeführt
- Das interne Notfallhandbuch wurde fertig gestellt und das Gesamtkonzept Brandschutz/Evakuation mit externer Beratung überprüft und angepasst.
- Erste CIRS-Meldungen sind eingegangen

## B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- In den nächsten Jahren geht es vor allem um die Stabilisierung und Konsolidierung des Qualitätsmanagement, damit ein tragbares Fundament entsteht, auf dem die zukünftigen Entwicklungsphasen aufgebaut werden können.
- Änderungen, die sich auf das QM auswirken können (neue Normen, Richtlinien, Gesetze…) müssen frühzeitig erkannt werden um das ISO- Zertifikat und die Mitgliedschaft in der SLH langfristig sicher zu stellen.
- Alle Prozesse im Rahmen der Sicherheit haben einen hohen Stellenwert und müssen laufend überprüft und ggf. angepasst werden.

## B5 Organisation des Qualitätsmanagements




| | | | |
|---|---|---|---|
| ☒ | 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. | | |
| ☐ | Andere Organisationsform: | | |
| Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt | 80 % | Stellenprozente zur Verfügung. | |

## B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

| Titel, Vorname, NAME | Telefon (direkt) | E-Mail | Stellung / Tätigkeitsgebiet |
|---|---|---|---|
| Juchli Christian | 071 677 53 53 | juchli.christian@klinik-seeschau.c h | Direktor, Qualitätsbeauftragter |
| Frei Fritz | 071 677 53 53 | frei.fritz@klinik-seeschau.ch | Stellvertreter Qualitätsbeauftragter Prozessverantwortung Managementplanung |
| Dengl Petra | 071 677 53 53 | dengl.petra@klinik-seeschau.ch | Qualitätsleitung<br>Leiterin Pflegedienst<br>Prozessverantwortung für Pflegedienst, Hygiene, Qualitätsmanagement |
| Juchli Martin | 071 677 53 53 | juchli.martin@klinik-seeschau.ch | Stellvertreter Qualitätsbeauftragter, Prozessverantwortlicher Personal |
| Greco Daniela | 071 677 53 53 | greco.daniela@klinik-seeschau.ch | Leiterin Patientenadministration<br>Prozessverantwortliche Patientenadministration |
| Schneider Anke | 071 677 53 53 | schneider.anke@klinik-seeschau.ch | Stellvertretende Qualitätsleiterin<br>Klinische Koordinatorin, Prozessverantwortliche Ärztlicher Dienst, Labor, Röntgen |
| Gantenbein Cornelia | 071 677 53 53 | gantenbein.cornelia@klinik-seeschau.ch | Leiterin OP/Anästhesiepflege<br>Prozessverantwortliche OP |
| Dr. med. Tuor Pascal | 071 677 53 53 | tuor.pascal@klinik-seeschau.ch | Leitender Arzt Anästhesie<br>Prozessverantwortlicher Anästhesie |
| Geertzen Thorsten | 071 677 53 53 | geertzen.thorsten@klinik-seeschau.ch | Anästhesiepfleger Prozessverantwortlicher<br>Medizinische Notfälle |
| Zipser Marion | 071 677 53 53 | zipser.martion@klinik-seeschau.ch | Stellvertretende Leiterin Pflegedienst<br>Prozessverantwortliche Apotheke und Reinigungsdienst |
| Dr. med. Stephan Heinz | 071 677 53 53 | stephan.heinz@oas.ch | Ärztlicher Ansprechpartner QM |
| Juchli Corinne | 071 677 53 53 | juchli.corinne@klinik-seeschau.ch | Leiterin Hotellerie Prozessverantwortliche Hotellerie |
| Schläpfer Jakob | 071 677 53 53 | schlaepfer.jakob@klinik-seeschau.ch | Leiter technischer Dienst<br>SIBE, Prozessverantwortlicher Betriebssicherheit, Arbeits-sicherheit, technischer Dienst |

# C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

| |
|---|
| http://www.spitalinformation.ch/uploads/tx_hplusinfo/jahresberichte/721_2013_de-CH_pdf.pdf |

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → KLINIK SEESCHAU AG → Kapitel „Leistungen“.

## C1 Angebotsübersicht

| **Angebotene medizinische Fachgebiete** | **Zusammenarbeit im Versorgungs-netz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.) |
|---|---|
| Allgemeine Chirurgie | Belegärzte |
| Anästhesiologie und Reanimation *(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensiv-medizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)* | Belegarzt - Anästhesieärzte |
| Gynäkologie *(Frauenheilkunde)* | Belegärzte |
| Handchirurgie | Belegärzte |
| Ophthalmologie *(Augenheilkunde)* | Belegarzt |
| Orthopädie und Traumatologie *(Knochen- und Unfallchirurgie)* | Belegärzte |
| Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie | Belegärzte |
| Konventionelles Röntgen, Ultraschall *(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)* | Belegarzt |
| Urologie *(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)* | Belegärzte |

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

| **Angebotene therapeutische Spezialisierungen** | **An den Standorten** | **Zusammenarbeit im Versorgungsnetz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.) |
|---|---|---|
| Diabetesberatung | | |
| Ergotherapie | | |
| Ernährungsberatung | | |
| Neuropsychologie | | |
| Physiotherapie | | Niedergelassene Therapeuten |

## C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

| |
|---|
| http://www.spitalinformation.ch/uploads/tx_hplusinfo/jahresberichte/721_2013_de-CH_pdf.pdf |
| **Bemerkung** |

## C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

**A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?**

- Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialisten** zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit Schluck-therapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

| Eigene externe Angebote in anderen Spitälern / Kliniken | stationär | ambulant |
|---|---|---|
| | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |

| Nächstgelegenes Spital, Ort | Leistungsangebot / Infrastruktur | Distanz (km) |
|---|---|---|
| Herz-Neurozentrum, Kreuzlingen | Intensivstation in akutsomatischem Spital | 2 km |
| Kantonsspital Münsterlingen | Notfall in akutsomatischem Spital | 6 km |

| Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken | Fachgebiet |
|---|---|
| Dr. med. Peter Schmid Frauenfeld | Innere Medizin |
| Fr. Karin De Martin | Titel |

# D Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

## D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

| **Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?** | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | **Nein**, unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit **nicht**. | | |
| | Begründung | | |
| ☒ | **Ja,** unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit. | | |
| | ☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt. | | |
| | ☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2012 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014 |

| **An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?** | | | |
|---|---|---|---|
| ☒ | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | ☐ ...nur an folgenden Standorten: | |
| ☒ | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | ☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |

| **Messergebnisse der letzten Befragung** | | |
|---|---|---|
| | **Zufriedenheits-Wert** | **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen** |
| **Gesamter Betrieb** | 91.5 | Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von **0 (= minimale Zufriedenheit)** bis **100 (= maximale Zufriedenheit)**.Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen. |
| **Resultate pro Bereich** | **Zufriedenheits-Wert** | **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen** |
| Ärzte | 95.2 | 7 Fragen zum Messthema „Ärzte“ |
| Pflege | 88.7 | 7 Fragen zum Messthema „Pflege“ |
| Organisation | 90.0 | 7 Fragen zum Messthema „Organisation“ |
| Essen | 85.7 | 3 Fragen zum Messthema „Essen“ |
| Wohnen | 92.2 | 3 Fragen zum Messthema „Wohnen“ |
| Öffentliche Infrastruktur | 91.7 | 5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“ |
| ☐ | Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert: | |
| ☐ | Die Auswertung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| ☐ | Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |
| ☒ | Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark). | |

| **Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☒ Mecon | ☐ Anderes externes Messinstrument | | | |
| ☐ Picker | Name des Instruments | | Name des Messinstituts | |
| ☐ PEQ | | | | |
| ☐ MüPF(-27) | | | | |
| ☐ POC(-18) | | | | |
| ☐ PZ Benchmark | | | | |
| ☐ Eigenes, internes Instrument | | | | |
| Beschreibung des Instruments | | | | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt | | | |
| | Ausschlusskriterien | Kinder werden nicht befragt | | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 68 Fragebogen | | | |
| Rücklauf in Prozent | | 75.6% | Erinnerungsschreiben? | ☒ Nein | ☐ Ja |

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerde-management oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

| Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle? | | |
|---|---|---|
| ☐ | **Nein**, unser Betrieb hat **kein** Beschwerdemanagement / **keine** Ombudsstelle. | |
| ☒ | **Ja,** unser Betrieb hat **ein Beschwerdemanagement** | |
| | Bezeichnung der Stelle | Qualitätsleitung |
| | Name der Ansprechperson | Petra Dengl |
| | Funktion | Leiterin Pflegedienst |
| | Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten) | 071 677 53 53 dengl.petra@klinik-seeschau.ch |
| | Bemerkungen | In enger Zusammenarbeit mit der Klinikdirektion |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|---|---|---|---|
| **Titel** | **Ziel** | **Bereich** | **Laufzeit** (von … bis) |
| Betreuungskontinuität sicherstellen. Zu häufiger Personalwechsel wird vermieden | Pat. weiss immer, wer von den Pflegenden zuständig ist und erhält durch mehr Kontinuität keine widersprüchlichen Informationen | Pflegedienst | Febr.- Sept. 2014 |

## D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

| **Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?** | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | **Nein**, unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit **nicht**. | | |
| | Begründung | | |
| ☒ | **Ja,** unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit. | | |
| | ☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt. | | |
| | ☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2011 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014 |

| **An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?** | | | |
|---|---|---|---|
| ☒ | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | ☐ | ...nur an folgenden Standorten: |
| ☒ | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | ☐ | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| **Messergebnisse der letzten Befragung** | | |
|---|---|---|
| | **Zufriedenheits-Werte** | **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen** |
| **Gesamter Betrieb** | 75.25 % | <50% schlecht, >50 % ausreichend<br>>70% gut > 80 % sehr gut |
| **Resultate pro Bereich** | **Ergebnisse** | **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen** |
| Mitwirkung am Arbeitsplatz | 76.25 % | GUT |
| Organisation | 72.25 % | GUT |
| Führung | 73.00 % | GUT |
| Sozialgestaltung | 81.75 % | SEHR GUT |
| Institution / Zusammenarbeit | 78.75 % | GUT |

| | | |
|---|---|---|
| ☒ | Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert: | H+ Qualitätsbericht 2012 |
| ☐ | Die Auswertung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| ☐ | Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |
| ☐ | Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark). | |

| **Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung** | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | Externes Messinstrument | | |
| | Name des Instruments | | Name des Messinstituts |
| ☒ | Eigenes, internes Instrument | | |
| Beschreibung des Instruments | Online Fragebogen | | |

| **Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter | Einschlusskriterien | Alle Mitarbeiter der Klinik | | | |
| | Ausschlusskriterien | Praktikantinnen | | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 47 | | | |
| Rücklauf in Prozent | | 60 % | Erinnerungsschreiben? | ☐ Nein | ☒ Ja |
| | | | | | |

| **Verbesserungsaktivitäten** | | | |
|---|---|---|---|
| **Titel** | **Ziel** | **Bereich** | **Laufzeit** (von … bis) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Anpassungen Infrastruktur Station/ Patientenzimmer | Ruhigeres Arbeiten<br>Verbesserung der Arbeitsabläufe | Pflegedienst / Station<br>Patientenzimmer | 2012-2015 |
| Ausbau Pausenraum | Neuer Pausenraum mit mehr Platz | Personal | 2013-2016 |

## D4 Zuweiserzufriedenheit

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

| **Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?** | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | **Nein**, unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit **nicht**. | | |
| | Begründung | | |
| ☒ | **Ja,** unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit. | | |
| | ☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt. | | |
| | ☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2011 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014 |

| **An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?** | | | |
|---|---|---|---|
| ☒ | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | ☐ ...nur an folgenden Standorten: | |
| ☒ | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | ☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |

| **Messergebnisse der letzten Befragung** | | |
|---|---|---|
| **Messergebnisse** | **Zufriedenheits-Wert** | **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen** |
| **Gesamter Betrieb** | 91.25 % | Wertung <50% schlecht, >50 % gut, >80% sehr gut |
| **Resultate pro Bereich** | **Ergebnisse** | **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen** |
| Kompetenz der Ärzte | 98.00 % | sehr gut |
| Zusammenarbeit mit den Belegärzten | 87.00 % | sehr gut |
| Patienten Zufriedenheit Öffentlichkeitsarbeit | 88.75 % | sehr gut |

| | | |
|---|---|---|
| ☒ | Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert. | H+ Qualitätsbericht 2012 |
| ☐ | Die Auswertung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| ☐ | Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |
| ☐ | Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark). | |

| **Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung** | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | Externes Messinstrument | | |
| | Name des Instruments | | Name des Messinstituts |
| ☒ | Eigenes, internes Instrument | | |
| Beschreibung des Instruments | Online Fragebogen | | |

| **Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv** | | |
|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden | Einschlusskriterien | Zuweisende Hausärzte |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Zuweiser | Ausschlusskriterien | Eigene Belegärzte | | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | | | | |
| Rücklauf in Prozent | | 20 % | Erinnerungsschreiben? | ☐ Nein | ☒ Ja |

| **Verbesserungsaktivitäten** | | | |
|---|---|---|---|
| **Titel** | **Ziel** | **Bereich** | **Laufzeit** (von … bis) |
| Einladung für die Vorstellung der Praxen in unserer Gazette | Einblick in die Arbeiten von Hausärzten für die Patienten | Patienten-Information | 2013 - 2015 |
| | | | |

# E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs 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 Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

## E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

| **Messbeteiligung** | | | |
|---|---|---|---|
| Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik: | Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil: | | |
| | Ja | Nein | Dispens |
| Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape® | ☒ | ☐ | ☐ |
| Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape® | ☒ | ☐ | ☐ |
| Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swissnoso | ☒ | ☐ | ☐ |
| Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ | ☒ | ☐ | ☐ |
| Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ | ☒ | ☐ | ☐ |
| Patientenzufriedenheit | ☒ | ☐ | ☐ |
| SIRIS Implantat-Register | ☒ | ☐ | ☐ |
| **Kinderspezifischer Messplan** | | | |
| Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien | ☐ | ☐ | ☐ |
| Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Nationale Elternbefragung | ☐ | ☐ | ☐ |
| Bemerkung | | | |
| | | | |

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

## E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®[1] wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

| **An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☒ | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | ☐ | ...nur an folgenden Standorten: | |
| ☒ | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | ☐ | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |

| **Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: 2011** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Beobachtete Rate** | | **Erwartete Rate** | **Vertrauensintervall der erwarteten Rate** (CI = 95%) | **Ergebnis**[2] A, B oder C |
| **Intern** | **Extern** | | | |
| 1.30% | 0.21% | 1.97% | 1.82% - 2.13% | ~~A~~ |
| **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen** | | | | |
| Positives Ergebnis, keine Massnahmen nötig | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist **nicht abgeschlossen**. | |
| ☐ | Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |

| **Informationen für das Fachpublikum** | |
|---|---|
| Auswertungsinstanz | Bundesamt für Statistik BFS[3] |

| **Informationen für das Fachpublikum: 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. |
| Anzahl auswertbare Austritte | | 925 |
| Bemerkung | | |

| **Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten** | | | |
|---|---|---|---|
| **Titel** | **Ziel** | **Bereich** | **Laufzeit** (von … bis) |
| | | | |
| | | | |

[1] SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

[2] A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

[3] Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

## E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

| **An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?** | | | |
|---|---|---|---|
| ☒ | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | ☐ | ...nur an folgenden Standorten: |
| ☒ | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | ☐ | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| **Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:** | | | |
|---|---|---|---|
| **Beobachtete Rate** | **Erwartete Rate** | **Vertrauensintervall der erwarteten Rate** (CI = 95%) | **Ergebnis**[4] A, B oder C |
| 1.81% | 2.06 | 1.80% - 2.13% | **B** |
| **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen** | | | |
| Gutes Ergebnis, keine Massnahmen nötig | | | |

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist **nicht abgeschlossen**. | |
| ☐ | Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |

| **Informationen für das Fachpublikum** | |
|---|---|
| Auswertungsinstanz | Bundesamt für Statistik BFS[5] |

| **Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv** | | |
|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder) |
| | Ausschlusskriterien | Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.). |
| Anzahl auswertbare Operationen | | 997 |
| Bemerkung | | |

| **Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten** | | | |
|---|---|---|---|
| **Titel** | **Ziel** | **Bereich** | **Laufzeit** (von … bis) |
| | | | |
| | | | |

[4] A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

[5] Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

## E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthalts.
Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitälern und Kliniken im März 2015.

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

| **Informationen für das Fachpublikum** | |
|---|---|
| Auswertungsinstanz | Swissnoso |

| **An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?** | | | |
|---|---|---|---|
| ☒ | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | ☐ | ...nur an folgenden Standorten: |
| ☒ | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | ☐ | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| **Ergebnisse der Messperiode:** 1. Oktober 2012 – 30. September 2013 | | | | | **Vorjahreswerte** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:** | **Anzahl beurteilte Operationen** (Total) | **Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen** (N) | **Infektionsrate %** | **Vertrauens-intervall [6] CI = 95%** | **Infektionsrate %** (Vertrauens-intervall CI = 95%) |
| ☐ Gallenblase-Entfernungen | | | % | | % ( ) |
| ☐ Blinddarm-Entfernungen | | | % | | % ( ) |
| ☒ Hernienoperationen | 153 | 1 | 0.65% | 0.1 - 4.3 | 0.96% (0.1-4.6 ) |
| ☐ Dickdarm (Colon) | | | % | | % ( ) |
| ☐ Kaiserschnitt (Sectio) | | | % | | % ( ) |
| ☐ Magenbypassoperationen (optional) | | | % | | % ( ) |
| ☐ Rektumoperationen (optional) | | | % | | % ( ) |
| **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen** | | | | | |
| | | | | | |
| ☐ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse. | | | | | |
| Begründung | | | | | |

[6] Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

| **Ergebnisse der Messperiode:** 1. Oktober 2011 – 30. September 2012 | | | | | **Vorjahreswerte** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:** | **Anzahl beurteilte Operationen** (Total) | **Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen** (N) | **Infektionsrate %** | **Vertrauens-intervall[7] CI = 95%** | **Infektionsrate %** (Vertrauens-intervall CI = 95%) |
| ☐ Herzchirurgie | | | % | | % ( ) |
| ☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen | 66 | 1 | 1.52% | 0.2 - 7.7 | Keine % ( ) |
| ☒ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen | 74 | 0 | 0.0% | -------- | Keine % ( ) |
| **Wertung der Ergebnisse** | | | | | |
| Vorjahreswerte liegen keine vor, da wir erst 2011 mit der Erfassung begonnen haben | | | | | |
| ☐ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse. | | | | | |
| Begründung | | | | | |

| **Informationen für das Fachpublikum: 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 Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden. |
| | Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche | Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden. |
| | Ausschlusskriterien | Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern. |
| Bemerkung | | |

| **Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten** | | | |
|---|---|---|---|
| **Titel** | **Ziel** | **Bereich** | **Laufzeit** (von … bis) |
| | | | |
| | | | |

[7] Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

## E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung[8] Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

| **Informationen für das Fachpublikum** | |
|---|---|
| Messinstitution | Berner Fachhochschule |

### Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

| **An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?** | | | |
|---|---|---|---|
| ☒ | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | ☐ | ...nur an folgenden Standorten: |
| ☒ | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | ☐ | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| **Deskriptive Messergebnisse 2013** | | | |
|---|---|---|---|
| **Anzahl hospitalisierte Patienten,** die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. | | | **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen[9]** |
| 0 | In Prozent | 0% | |
| ☐ | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| | Begründung | | |

| **Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.<br>- Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. | | |
| | Ausschlusskriterien | - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,<br>- Säuglinge der Wochenbettstation,<br>- Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre)<br>- Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. | | |
| Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten | | 26 | Anteil in Prozent (Antwortrate) | 88% |
| Bemerkung | | | | |

| **Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten** | | | |
|---|---|---|---|
| **Titel** | **Ziel** | **Bereich** | **Laufzeit** (von … bis) |
| keine | | | |
| | | | |

[8] Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

[9] Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

## Dekubitus (Wundliegen)

Ein 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 Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen 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.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

| **An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?** | | | |
|---|---|---|---|
| ☒ | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | ☐ ...nur an folgenden Standorten: | |
| ☒ | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | ☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |

| **Deskriptive Messergebnisse 2013** | | Anzahl Erwachsene mit Dekubitus | In Prozent |
|---|---|---|---|
| **Dekubitus-prävalenz** | Total: Kategorie 1 - 4 | 0 | % |
| | ohne Kategorie 1 | 0 | % |
| **Prävalenz nach Entstehungsort** | Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1 | 1 | % |
| | Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1 | 0 | % |
| | In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1 | 0 | % |
| | In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1 | 0 | % |

| **Deskriptive Messergebnisse 2013** | | Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus | In Prozent |
|---|---|---|---|
| **Dekubitus-prävalenz** | Total: Kategorie 1 - 4 | | % |
| | ohne Kategorie 1 | | % |
| **Prävalenz nach Entstehungsort** | Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1 | | % |
| | Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1 | | % |
| | In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1 | | % |
| | In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1 | | % |

| **Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen** | |
|---|---|
| | |
| ☐ | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| | Begründung |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien Erwachsene | - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.<br>- Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. | | |
| | Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche | - Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care)<br>- Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung | | |
| | Ausschlusskriterien | - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,<br>- Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen<br>- Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. | | |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene | | 26 | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | % |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche | | 0 | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | % |
| Bemerkung | | | | |

| Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
|---|---|---|---|
| **Titel** | **Ziel** | **Bereich** | **Laufzeit** (von … bis) |
| keine | | | |
| | | | |

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

## E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

| **An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☒ | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | ☐ | ...nur an folgenden Standorten: | |
| ☒ | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | ☐ | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |

| **Aktuelle Messergebnisse** | | | |
|---|---|---|---|
| **Gesamter Betrieb** | **Zufriedenheits-Wert** (Mittelwert) | **Vertrauens-intervall**[10] CI=95% | **Wertung der Ergebnisse** |
| Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen? | 9.72 | 9.56-9.88 | 0 = auf keinen Fall<br>10 = auf jeden Fall |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben? | 9.56 | 9.39-9.72 | 0 = sehr schlecht<br>10 = ausgezeichnet |
| Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | 9.57 | 9.35-9.78 | 0 = nie<br>10 = immer |
| Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | 9.35 | 9.11-9.59 | 0 = nie<br>10 = immer |
| Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | 9.72 | 9.58-9.86 | 0 = nie<br>10 = immer |
| **Bemerkungen** | | | |
| | | | |
| ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | | | |

| **Informationen für das Fachpublikum** | |
|---|---|
| Auswertungsinstanz | hcri AG und MECON measure & consult GmbH |

| **Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben. | | |
| | Ausschlusskriterien | - Im Spital verstorbene Patienten<br>- Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.<br>- Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. | | |
| Anzahl angeschriebene Patienten | | 90 | | |
| Anzahl eingetroffener Fragenbogen | | 68 | Rücklauf in Prozent | 75.6% |
| Bemerkung | | | | |

[10] Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

## E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

| **An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☒ | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | ☐ | ...nur an folgenden Standorten: | |
| ☒ | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | ☐ | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |

| **Messergebnisse** |
|---|
| Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlich: www.anq.ch |
| **Bemerkung** |
| Erst begonnen im 2012 |

| **Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv** | | |
|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate |
| | Ausschlusskriterien | Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben |
| Bemerkung | | |

| **Informationen für das Fachpublikum** | |
|---|---|
| Auswertungsinstanz | Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO) |

# G 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.

| **Nimmt der Betrieb an Registern teil?** | | |
|---|---|---|
| ☒ | **Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil. | |
| | Begründung | Teilnahme läuft über den einzelnen Belegarzt, nicht über den Betrieb |
| ☐ | **Ja,** unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil. | |

| **Registerübersicht**[11] | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Bezeichnung** | **Fachrichtungen** | **Betreiberorganisation** | **Seit/Ab** | **An den Standorten** |
| **AMDS**<br>Absolute Minimal Data Set | Anästhesie | Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation<br>www.iumsp.ch/ADS | | |
| **AMIS Plus**<br>Acute Myocardial Infarction in Switzerland | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin | AMIS Plus Data Center<br>www.amis-plus.ch | | |
| **AQC**<br>Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie | Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie | Adjumed Services AG<br>www.aqc.ch | | |
| **ASF**<br>Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken | Gynäkologie und Geburtshilfe | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe<br>www.sevisa.ch | | |
| **E-IMD**<br>European registry and network for intoxication type metabolic disorders | Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Intensivmedizin | Universitätsklinikum Heidelberg<br>www.e-imd.org | | |
| **FIVNAT-CH**<br>Fécondation In Vitro National | Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie | FIVNAT - CH: Kommission der SGRM<br>www.fivnat-registry.ch/ | | |
| **IDES Register**<br>Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks-prothesen | Orthopädische Chirurgie | MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie<br>www.memcenter.unibe.ch | | |
| **KTRZ**<br>Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie | Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, | Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel<br>www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute- | | |

[11] Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Neuropathologie, Handchirurgie | abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/ | | |
| Mammaimplantatregister | Plastische Chirurgie | Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch | | |
| **MDSi** Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI | Intensivmedizin | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch | | |
| Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten | Infektiologie, Epidemiologie | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting | | |
| **MIBB** Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien | Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie | MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch | | |
| **OCULA** Register für Linsenimplantate | Ophthalmologie | Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/iefo | | |
| **SAfW DB** Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank | Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin | Adjumed Services AG www.safw.ch | | |
| **SBCDB** Swiss Breast Center Database | Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie | Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch | | |
| **SCCS** Schweizerische Hepatitis-C-Kohorten Studie | Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Medizinische Genetik, Gastroenterologie, Med. Onkologie | Stiftung Schweizerische Hepatitis-C-Kohortenstudie www.swisshcv.ch | | |
| Schweizer Dialyseregister | Nephrologie | Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch | | |
| Schweizer Patientenregister für Duchenne Muskeldystrophie und Spinale Muskelatrophie | Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys. Medizin und Rehabilitation, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie | CHUV und Kinderspital Zürich www.asrim.ch | | |
| **SCQM** Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases | Rheumatologie | SCQM Foundation www.scqm.ch | | |
| **SIBDCS** SWISS IBD Cohort study | Gastroenterologie | Universität Zürich http://ibdcohort.ch/ | | |
| **SIOLD** Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases | Pneumologie | Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch | | |
| **SMOB** Swiss Morbid Obesity | Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie | SMOB Register www.smob.ch | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Register | | | | |
| **SNPSR**<br>Swiss Neuropaediatric Stroke Registry | Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin | Neuropaediatrie, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern | | |
| **SOL-DHR**<br>Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister | Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie | Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/verein.php | | |
| **SPNR**<br>Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister | Pädiatrie, Nephrologie | Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern<br>www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry | | |
| **SPSU**<br>Swiss Paediatric Surveillance Unit | Pädiatrie | Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU)<br>www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de | | |
| **SRRQAP**<br>Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program | Nephrologie | Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern<br>www.srrqap.ch | | |
| **SSCS**<br>Swiss SLE Cohort Study | Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie | Université de Genève und andere Universitäten in der Schweiz<br>www.slec.ch | | |
| **STIS**<br>Swiss Teratogen Information Service | Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie | Swiss Teratogen Information Service STIS<br>www.swisstis.ch | | |
| **SVGO**<br>Frakturregister - Osteoporosefrakturregister | Chirurgie, Orthopädische Chirurgie, Phys. Med. u. Rehabilitation, Endokrinologie/Diabetologie, Rheumatologie, Traumatologie | Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose<br>www.svgo.ch | | |
| Swiss Neonatal Network & Follow-up Group | Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie | Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie<br>www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13 | | |
| Swiss Pulmonary Hypertension Registry | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie | alabus AG<br>www.sgph.ch | | |
| SWISS Spine Register | Orthopädische Chirurgie | Institute for Evaluative Research in Medicine<br>www.swiss-spine.ch | | |
| **SwissNET**<br>Schweizer Register für neuroendokrine Tumore | Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie | Verein SwissNET<br>swissnet.net | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Swissregard - Nationales Register zu plötzlichen Todesfällen von Athleten | Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, Pathologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin | Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern www.swissregard.ch | | |
| **SWISSVASC** Registry | Gefässchirurgie | Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch | | |
| **SWR** Schweizer Wachstumsregister | Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie | Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.ispm.ch | | |
| **TR-DGU** TraumaRegister DGU | Orthopädische Chirurgie | AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de | | |
| **Krebsregister** | **Fachrichtungen** | **Betreiberorganisation** | **Seit/Ab** | **An den Standorten** |
| NICER - Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung | Alle | Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org | | |
| Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR | Alle | www.kinderkrebsregister.ch | | |
| Krebsregister Aargau | Alle | http://krebsregister-aargau.ch/ | | |
| Krebsregister Bern | Alle | www.krebsregister.unibe.ch | | |
| Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB | Alle | www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/ | | |
| Krebsregister Kanton Freiburg - RFT | Alle | www.liguecancer-fr.ch | | |
| Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG | Alle | www.ksgr.ch/Das_Kantonsspital_Graubuenden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.html | | |
| Krebsregister Kanton Genf - RGT | Alle | www.unige.ch/medecine/rgt/index.html | | |
| Krebsregister Kanton Jura - RJT | Alle | - | | |
| Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT | Alle | www.lncc.ch/fr/registre_neuchatelois_des_tumeurs/index.cfm | | |
| Krebsregister Kanton Tessin | Alle | www.ti.ch/tumori | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Krebsregister Kanton Thurgau - KRTG | Alle | www.krtg.ch/ | 2012<br>2013 | |
| Krebsregister St. Gallen-Appenzell<br>- KR SGA | Alle | krebsliga-sg.ch/de/index.cfm | | |
| Krebsregister Kanton Waadt - RVT | Alle | - | | |
| Walliser Krebsregister | Alle | www.ovs.ch/gesundheit/walliser-krebsregister.html | | |
| Krebsregister der Kantone Zürich und Zug | Alle | www.krebsregister.usz.ch | | |
| Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden | Alle | www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html | | |
| | | | | |
| **Bemerkung** | | | | |
| | | | | |

# H Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

## H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

| Angewendete Norm | Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet | Jahr der ersten Zertifizierung | Jahr der letzten Rezertifizierung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| SLH Standards | Ganze Klinik | 2010 | 2013 | |
| Zertifikat nach Tüv-Nord CERT Verfahren | Revalidierung und Routine-Überwachung der Sterilisationsanlagen / OP | 2007 | 2013 | |
| TQM Zertifikat | OP/Räumlichkeiten und Ausrüstung entsprechend den Betriebsanforderungen | 2007 | 2013 | |
| TQM Zertifikat | Hygienekontrolle der Lüftungs- und Klima-Anlagen im Technischen Bereich | 2007 | 2013 | |
| ISO-Norm 9001-2008 | Ganze Klinik | 2013 | | |

## H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

| **Aktivität oder Projekt** (Titel) | **Ziel** | **Bereich** | **Laufzeit** (von … bis) |
|---|---|---|---|
| Schulung aller Mitarbeitenden im QMS | Die einzelnen Mitarbeitenden finden sich in der elektronischen Q-Dokumentation gut zurecht und finden rasch alle benötigten Informationen | Alle Bereiche | 18.09.2013 bis 31.12.2014 |
| Konsequente Einführung der Patienten-Sicherheitsscheckliste und Durchführung des Team-Time- Out vor Schnitt zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen | Eingriffsverwechslungen kommen bei konsequenter Durchführung nie vor. | In allen chirurgischen Disziplinen<br>Pflegedienst<br>Belegärzte<br>OP/Anästhesie | 01.01.2013- 31.12.2014 |
| Durchführung der Muss-Weiterbildungen (Reanimation, Hygiene, Arbeits- und Betriebssicherheit) | Alle Mitarbeitenden werden in den für sie vorgegebenen Weiterbildungen konsequent geschult | Alle Bereiche | laufend |
| Durchführung interner Audits | Kontinuierliche Überprüfung der Prozesse | Alle Bereiche | Mindesten 3x jährlich |

| **Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?** | |
|---|---|
| ☐ | **Nein**, unser Betrieb hat kein CIRS? |
| Begründung | |
| ☒ | **Ja,** unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt. |
| ☒ | Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert. |
| Bemerkung | |

## H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

| **Projekttitel** | | |
|---|---|---|
| Bereich | ☒ internes Projekt | ☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton) |
| Projektziel | Zertifizierung nach ISO-Norm 9001-2008 | |
| Beschreibung | Nach erfolgreicher Aufnahme bei den SWISS LEADING HOSPITALS (SLH) hat die Geschäftsleitung 2011 entschieden das bereits vorhandene QMS anzupassen und auch nach der ISO-Norm 9001-2008 zertifizieren zu lassen. Zielsetzung war, mit dem nächsten Re-Qualifizierungsaudit der SLH im Sept. 2013 gleichzeitig die Erstzertifizierung nach der ISO-Norm zu erreichen. | |
| Projektablauf / Methodik | Projektschritte:<br>1. Auftrag an einen externen Berater erteilt, Budget erstellt<br>2. Schulung aller Bereichsleiter in den Anforderungen/ Inhalten der ISO-Norm 9001-2008<br>3. Gründung einer internen Projektgruppe mit fachlicher Unterstützung durch einen externen Berater.<br>4. Prüfung der QM-Dokumentation (welche Anforderungen der Norm sind bereits erfüllt? Welche Bereiche müssen überarbeitet / ergänzt werden? Wo kann man streichen? Was fehlt ganz?)<br>5. Aufteilung der Hauptprozesse an die einzelnen Mitglieder der Projektgruppe mit dem Auftrag alle Dokumente in die Revision zu nehmen und im Sinne der Dokumentenlenkung zu überarbeiten.<br>6. Inhaltliche Prüfung der Prozesse durch die Prozessverantwortlichen.<br>7. Freigabe der Dokumente durch die Systemleiter.<br>8. Schulung der internen Auditoren<br>9. interne Audits durchgeführt<br>10. Massnahmen umgesetzt wo notwendig<br>11. Voraudit durchgeführt, Abweichungen korrigiert<br>12. Erstzertifizierung erfolgreich bestanden | |
| Einsatzgebiet | ☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? | |
| | ..... | |
| | ☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. | |
| | ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? | |
| | ..... | |
| | ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? | |
| | | |
| Involvierte Berufsgruppen | Ganzer Betrieb | |
| Projektevaluation / Konsequenzen | Das ganze Projekt war sehr ehrgeizig, aber die QM-Dokumentation ist heute wesentlich schlanker und übersichtlicher geworden, so dass jeder Mitarbeitende die Informationen findet, die er benötigt. Viele Abläufe wurden neu diskutiert, Schwachstellen aufgedeckt und die Ergebnisse in einer Prozessbeschreibung festgehalten. Auch Verantwortlichkeiten sind heute klarer definiert. Das Verbesserungstool wird genutzt, auch wenn es hier noch Optimierungspotential gibt. | |
| Weiterführende Unterlagen | | |

# I Schlusswort und Ausblick

**Die Zukunft der Qualität in der Klinik Seeschau. im Zentrum unserer Tätigkeit!**

Im Zentrum unseres ganzen Qualitätsmanagement steht der Patient. Wir sehen es als eine Verpflichtung gegenüber diesem, unsere Qualität der Dienstleistungen durch laufende Verbesserungen zu optimieren und sicherzustellen.

Dabei sind wir alle gefordert, dem schnellen Wandel in unserer Arbeitswelt Rechnung zu tragen. Es ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe unseren Patienten und Patientinnen die Sicherheit zu geben, dass wir unserer Verantwortung bewusst sind und uns qualitativ laufend weiterzuentwickeln und zu verbessern.

**Wie ist die Qualität zu messen?**

Eine aktive Beteiligung an den Nationalen ANQ Messungen sowie die eigenen Umfragen, die regelmässigen internen und externen Assessments unserer Arbeitsprozesse geben uns laufend neue Erkenntnisse die wir durch effektive Verbesserungsmassnahmen umsetzen.

Mit der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden sowie Mitarbeiter des technischen Dienstes und der Hauswirtschaft sind wir bestrebt, sämtliche Prozesse laufend zu optimieren.

Wir freuen uns, dass wir in den vorliegenden Benchmarkvergleichen feststellen können, dass wir auf dem richtigen Weg sind und beste Resultate vorzeigen können. Wir erzielen sehr hohe Patientenzufriedenheit und grosse Akzeptanz im Gesundheitsmarkt im Kanton TG.

**Wie sehen wir die Qualität in der Zukunft?**

Nebst allen internen und externen Messungen werden wir im Jahr 2014 die Zufriedenheit mit den Umfragen für die Mitarbeiter, Belegärzte und zuweisende Ärzte messen.

**Wir freuen uns auf die Ergebnisse in der Qualitätsentwicklung unserer Klinik.**

THE SWISS LEADING HOSPITALS
Best in class.

KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

certified management system ISO 9001 KASSOWITZ & PARTNER

## 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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht

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

### Beteiligte Gremien und Partner

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

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

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

Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.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). Die Begleitkommission Qualitätsempfehlungen der SAMW prüft die publizierte Qualitätsberichte und befürwortet die einheitliche Verwendung der strukturierten H+ Vorlage.