2010

Klinik Seeschau AG
Bernrainstrasse 17

8280 Kreuzlingen TG

Akutsomatik

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung ... 3
B Qualitätsstrategie ... 4
B1 Qualitätsstrategie und -ziele ... 4
B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010 ... 4
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010 ... 4
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ... 4
B5 Organisation des Qualitätsmanagements ... 5
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ... 5
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot ...
C1 Angebotsübersicht ... 6
C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010 ... 7
D Qualitätsmessungen ... 8
D1 Zufriedenheitsmessungen ... 8
D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit ... 8
D1-2 Angehörigenzufriedenheit ... 10
D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit ... 11
D1-4 Zuweiserzufriedenheit ... 12
D2 ANQ-Indikatoren ... 13
D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape ... 13
D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape ... 14
D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO ... 15
D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ) ... 16
D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010 ... 17
D3-6 Weiteres Messthema ... 17
D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung ...
E Verbesserungsaktivitäten und -projekte ... 17
E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards ... 17
E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte ... 18
E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte ... 18
F Schlusswort und Ausblick ... 19
G Impressum ... 20

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes 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.

A Einleitung

Die Klinik Seeschau AG in Kreuzlingen sieht sich als ein Mitglied im Thurgauisch Gesundheitswesen, welches die Leistungen in den Fachbereichen Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Ophthalmologie, Viszeral- und Urologie sowie im Bereich der rekonstruktiven wiederherstellenden Chirurgie in einem diskreten und privaten Umfeld zur Verfügung stellt und welches auf die Wünsche zur Gesundung der Patienten mit einem eingespielten Team eingehen kann.

Wir freuen uns, dass wir uns mit der Aufnahme im September 2010 in die „Swiss Leading Hospitals“ mit unserem Qualitäts-Management erfolgreich beweisen konnten.

THE SWISS LEADING HOSPITALS
Best in class.

Die **Klinik Seeschau AG** bietet hochwertige ärztliche Dienstleistungen durch ein erfahrenes Belegarzt-Team in allen erwähnten Fachbereichen nach den Kriterien von höchster Qualität und Sicherheit an.

Unser Qualitätsmanagement basiert auf der Kundenorientierung, Prozessorientierung Mitarbeiterorientierung, Qualität-/Ergebnis-Orientierung sowie der laufenden Optimierung — allesamt Grundorientierungen, welche sich aus unserem Leitbild ableiten.

Hohe Patientenzufriedenheit sowie Sicherheit sollen durch hervorragende Qualität der medizinischen und allgemeinen Dienstleistungen erreicht werden. Gesundheit und Sicherheit für unsere Patienten, Mitarbeitenden und Besucher sowie Umweltschutz sind Bestandteil unserer unternehmerischen Tätigkeit; wir integrieren **G** und **S** (Gesundheit und Sicherheit) in die Messung der stetigen Verbesserung.

Die Finanzielle Unabhängigkeit der Familienaktiengesellschaft und der unternehmerische Erfolg mit einer kompetenten Führung, die offene interne Kommunikation und ständige Motivation der Mitarbeitenden „auf allen Stufen“, sowie der Einbezug von Partnern und Lieferanten sind uns ein Anliegen zur ständigen Verbesserung unserer Leistungen.

Dass diese Grundsätze laufend überprüft werden, sichert unser Management System welches durch regelmässige Audits die gesetzten Nomen überprüft.

KLINIK SEESCHAU AG

CEO Christian Juchli

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Wir betreiben im Sinne unseres Leitspruchs „Menschlich nah. Kompetent und privat“ ein Qualitätsmanagement, dass die individuelle Betreuung unserer Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt. Qualitätsmanagement ist in unserer Führungsstrategie verankert und wird im Klinikalltag gelebt und laufend weiterentwickelt. Dies ist das Fundament für eine langfristige Positionierung auf dem Schweizer Spitalmarkt.

Ziele:

1.Definitive Aufnahme auf die kantonale Spitalliste mit allen fachlichen Bereichen

2.Langfristige Sicherstellung einer kontinuierlichen Auslastung

3.Sicherstellung der Arbeitsplätze

4.Hohe Kundenzufriedenheit

5.Umsetzung der Qualitätsziele SLH

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

Erstellen unseres Qualitäts-Handbuches. Umsetzung der Qualitätsvorgaben der Swiss Leading Hospitals für die definitive Aufnahme. Qualitäts-Messung mit internem Self Assessment EFQM und daraus resultierendem Massnahmenplan, Messung der Zufriedenheit der Mitarbeiter, der Belegärzte und zuweisenden Ärzte. Aufbau Verbesserungsmanagement.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

Aufnahme als Vollmitglied in die Swiss Leading Hospitals. Die Messungen der Zufriedenheit der Mitarbeiter, der Belegärzte sowie der zuweisenden Ärzte konnten erfolgreich abgeschlossen werden. Die Ergebnisse wurden analysiert, in den Kadersitzungen zur Diskussion gestellt und in den laufenden Verbesserungsprozess eingebaut. Interne Patienten Zufriedenheitsmessung mit hoher Zufriedenheitsquote abgeschlossen.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Umsetzung der eingegangenen Verbesserungsvorschläge aus den Umfragen der Mitarbeiter, Belegärzte, Zuweisenden Ärzte und der Patienten. Aufbau des internen regelmässigen Audits über alle Fachbereiche. Weiterhin jährliche Teilnahme an 1-2 externen Qualitätsumfragen zu ausgewählten Themen, um sich mit anderen Kliniken vergleichen zu können. Weitere Optimierung der Prozesse und deren Umsetzung. Erarbeitung neuer Standards und neuer Konzepte, insbesondere unter dem Aspekt der Patientensicherheit. Mitgliedschaft SLH langfristig absichern (Re-Audit 2014)

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, nämlich:		
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	071 672 55 15	Juchli.christian@klinik-seeschau.ch	CEO
Frei Fritz	071 672 55 15	Frei.fritz@klinik-seeschau.ch	Management Planung
Petra Dengl	071 672 55 15	Dengl.petra@klinik-seeschau.ch	Leitung Pflegedienst Qualitätsbeauftragte
Daniela Greco	071 672 55 15	Greco.daniela@klinik-seeschau.ch	Leitung Patienten-Administration
Anke Schneider	071 672 55 15	Schneider.anke@klinik-seeschau.ch	KIS - DRG
Cornelia Gantenbein	071 672 55 15	Gantenbein.cornelia@klinik-seeschau.ch	OP-Leitung
Ursula Brunner	071 672 55 15	Brunner.ursula@klinik-seeschau.ch	Personal Administration STV Qualitätsbeauftragte
Dr. Urs Bühler	071 672 55 15	Bühler.urs@klinik-seeschau.ch	Anästhesie
Marion Brombacher	071 672 55 15	Brombacher.marion@klinik-seeschau.ch	Apotheke – STV Pflegedienstleitung
Dr. Sami Khuri	071 672 55 15	Sami.khuri@hin.ch	Ärztliche Leitung
Corinne Juchli	071 672 55 15	Juchli.corinne@klinik-seeschau.ch	Hotellerie, Hauswirtschaft
Peter Mahlbacher	071 672 55 15	p.mahlbacher@klinik-seeschau.ch	Technischer Dienst

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Klinik Seeschau AG 8280 Kreuzlingen TG
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete
Allgemeine Chirurgie
Anästhesiologie und Reanimation *(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)*
Gynäkologie und Geburtshilfe *(Frauenheilkunde)*
Handchirurgie
Ophthalmologie *(Augenheilkunde)*
Orthopädie und Traumatologie *(Knochen- und Unfallchirurgie)*
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
Radiologie *(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)*
Urologie *(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)*

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	**Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)**
Physiotherapie	Physiotherapie der Orthopädie am See Praxis Hussein

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl **ambulante** behandelter Patienten,	1980	1607	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	
Anzahl **stationär** behandelter Patienten,	1184	1182	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	79	88	
Geleistete Pflegetage	7745	7326	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	34	34	inkl. 10 Tagesklinikbetten
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.5	6.2	

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. Bsp. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patientinnen und 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, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten 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.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote	Stationär	ambulant

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Herz + Neurozentrum Bodensee, 8280 Kreuzlingen	Intensivstation in akutsomatischem Spital	.2.. km
Kantonsspital Münsterlingen	Notfall in akutsomatischem Spital	6.. km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Kinderärzte Kreuzlingen	Kinderheilkunde/ Neonatologie
Kantonsspital Münsterlingen	Neonatologie
Herz- Neurozentrum	Kardiologie
Praxis Flückiger und Wirth	Gastroenterologie
Frau Karin De Martin	Hygiene

© 2011, H+ qualité® / Version 4

D Qualitätsmessungen

D1 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 Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 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 nicht** die Patientenzufriedenheit.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:** 10.09	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:** 11.11	
	☒	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	**93,6 Punkte**	**Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von O (=minimale Zufriedenheit) bis 100 (=maximale Zufriedenheit)** Die Gesamtzufriedenheit wird aus den 3 Amtsbereichen berechnet.
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Ärzte	95.3 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Ärztliche Versorgung“
Pflege	93.0 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Pflegerische Versorgung und Betreuung“
Organisation	92.4 Punkte	5 Fragen zum Messbereich „Organisation, Management und Service“
☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

© 2011, H+ qualité® / Version 4

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒ Mecon ☐ Picker ☒ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☒ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Standardisierter Kurzfragebogen			
Einschlusskriterien	Alle Patienten mit einem stationären Aufenthalt von mindestens 3 Tagen			
Ausschlusskriterien	Ohne Kinder (<18 Jahre) sowie Verlegungen in ein anderes Akutspital			
Rücklauf in Prozenten	>50%	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 Beschwerdemanagement 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 / eine Ombudsstelle**. Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:	
	Bezeichnung der Stelle	Qualitätsbeauftragte
	Name der Ansprechperson	Petra Dengl
	Funktion	Leitung Pflegedienst
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Tel: 071 677 53 62 dengl.petra@klinik-seeschau.ch
	Bemerkungen	

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit.		
	☐ **Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.		

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		
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
☐	Externes Messinstrument				
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes		
☐	eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes					
Einschlusskriterien					
Ausschlusskriterien					
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?		☐ Nein	☐ Ja

D1-3 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 nicht** die Mitarbeiterzufriedenheit.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	11.10	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:** 11.11
	☒	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

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	**75.85**	**Gut gut** **<50 % schlecht, >50 % ausreichend >70 gut > 80 sehr**
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Mitwirkung am Arbeitsplatz	73.25 %	gut
Organisation	74.25 %	gut
Führung	71.50 %	gut
Sozialgestaltung	80.50 %	sehr gut
Institution / Zusammenarbeit	79.75 %	gut
☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
☐	Externes Messinstrument				
	Name des Instrumentes	Online Fragebogen	Name des Messinstitutes		
☒	eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Online Fragebogen				
Einschlusskriterien	Alle Mitarbeiter der Klinik				
Ausschlusskriterien	Praktikantinnen				
Rücklauf in Prozenten	>60 %	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja	

© 2011, H+ qualité® / Version 4

D1-4 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 nicht** die Zuweiserzufriedenheit.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	11.10	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:** 11.11
	☒	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

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	**91.65**	**sehr gut-**
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Kompetenz der Ärzte	100 %	sehr gut
Zusammenarbeit mit den Belegärzten	87 %	gut
Patientenzufriedenheit – Öffentlichkeitsarbeit	88 %	gut

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
☐	Externes Messinstrument				
	Name des Instrumentes	Online Fragebogen	Name des Messinstitutes		
☒	eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Online Fragebogen				
Einschlusskriterien	Zuweisende Ärzte Thurgau				
Ausschlusskriterien	Eigene Belegärzte				
Rücklauf in Prozenten	>10 %	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja	

© 2011, H+ qualité® / Version 4

D2 ANQ-Indikatoren

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 ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.
Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:
Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape 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 wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com.

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☒	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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:

Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	**Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010**	**Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]**	**Auswertungsinstanz**
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Klinik Seeschau AG ist seit 2010 Mietglied der ANQ			

☒	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	**Präventionsmassnahmen** zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen 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. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.				
	☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	2010	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☒	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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:

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	**Anzahl Reoperationen im Jahr 2010**	**Reoperationsrate: Ergebnis [%]**	**Auswertungsinstanz**
			Bundesamt für Statistik BfS

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Die Klinik Seeschau AG ist Mietglied der ANQ	
☒	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	**Präventionsmassnahmen** zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

© 2011, H+ qualité® / Version 4

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.
Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.
SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.				
	☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2010** (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings **keine Messungen** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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:

Messergebnisse						
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:		**Anzahl beurteilte Operationen**	**Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen**	**Infektions-rate Spital / Klinik**	**Durchschnitt teilnehmende Spitäler[1]**	**Bemerkungen**
☐	Gallenblase-Entfernung				3.9%	
☐	Blinddarm-Entfernung				4.5%	
☐	Hernieoperation				1.1%	
☐	Dickdarm (Colon)				12.7%	
☐	Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
☐	Herzchirurgie	*Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.*				
☐	Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
☐	Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	**Präventionsmassnahmen** zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

[1] Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.
Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
☐	**Nein**, unser Betrieb **mass nicht** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
☒	**Ja,** unser Betrieb **mass** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

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 Medizinische Abteilungen	**Wert**	**Durchschnitt teilnehmende Spitäler[2]**	**Kommentar**
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
☐	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	**Wert**	**Schweizer Durchschnitt [2]**	**Kommentar**
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	**5.71**	**5.53**	**0.18 über dem Durchschnitt**
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	**5.64**	**5.51**	**0.13 über dem Durchschnitt**
Beurteilung der Organisation	**5.61**	**5.4**	**0.21 über dem Durchschnitt**
☐	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

[2] Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	**Anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden**
Was wird gemessen?	**1. Komplikationen der Narkose** **2. Zufriedenheit unserer Patienten bezüglich der Narkose**

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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:

Messergebnisse	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
27 Indikatoren wurden gemessen 4 Indikatoren wurden als Problemantworten eruiert, 23 Indikatoren waren besser als der Durchschnittswert der übrigen Spitäler. (Benchmark)	85 % sehr positives Ergebnis 4 Indikatoren werden geprüft und Verbesserungsmassnahmen eingeleitet

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).
☐	**Präventionsmassnahmen** sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	**Name des Instrumentes:**	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	**Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:**	Outcome

E Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	**Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung**	**Jahr der letzten Rezertifizierung**	**Bemerkungen**
SLH-Qualitätskriterien	Ganze Klinik	2010		Aufnahme in Swiss Leading Hospitals
TQM –Zertifikat	Hygienekontrolle der Lüftungs und Klimaanlagen im Technischen Bereich	2007	2010	
Zertifikat nach TÜV – Nord CERT-Verfahren	Revalidierung und Routineüberwachung der Sterilisationsanlagen / OP	2007	2010	
TQM-Zertifikat	OP/ Räumlichkeiten und Ausrüstung entsprechen den Betreiberanforderungen	2007	2010	

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft**	**Projekte: Laufzeit** (von … bis)
Überarbeitung/Anpassung Hygienekonzept	Umsetzung neuester Richtlinien	Med. Bereich/Pflege	Juni – Sept. 2011
Interne Assessment	Prüfung/Umsetzung der Verbesserungen	Alle Bereiche	Jan – Dez. 2011
Übergeordnete Schulungsprogramme – Reanimation, Arbeits-Sicherheit	Mitarbeiter sind für alle kritischen Situationen geschult	Alle Bereiche	Jan – Dez. 2011
Bauprojekt zur Verbesserung der räumlichen Infrastruktur für HP und Privat Patienten	Höherer Komfort und Zufriedenheit der Patienten	Pflegestation	August-September 2011
Schulung Qualitätsmanagement	Alle Mitarbeiter/innen beteiligen sich aktiv an der ständigen Qualitätsverbesserung	Alle Bereiche	Jan-Dez. 2011
Fortsetzung des Aufbaus und der Umsetzung des Qualitäts-Management-Handbuches Regelmäßiges Traktandum in den Kadersitzungen	Bestehen der nächsten Qualitätsmessung durch Swiss Leading Hospital	Alle Bereiche	Aug-09 bis 30.9.13
Interne Zufriedenheitsmessung Patienten	Verbesserungspotenzial wird erkannt und in den Verbesserungsprozess integriert	Stationärer Bereich	laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitel	Aufbau und Umsetzung des Qualitäts-Management	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Bestehen des Audits für die Aufnahme in die Swiss Leading Hospital	
Beschreibung	Erarbeitung der einzelnen Prozesse und Standards für das Qualitätsmanagement Handbuch	
Projektablauf / Methodik	Vorbereitung mit externer Beratung, Aufnahme der Ist-Situation und Beschreibung der Betriebsablaufprozesse mit der Software WINFEE/ Überprüfung der Umsetzung durch internes Audit nach EFQM	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	...	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Fachbereichsleiter und Mitarbeiter	
Projektevaluation / Konsequenzen	Die Mitgliedschaft der Swiss Leading Hospitals wurde erreicht . Das Qualität-Management muss jedoch laufend überprüft und weiterentwickelt werde.	
Weiterführende Unterlagen		

F Schlusswort und Ausblick

Nur mit einem ganzheiltichen Blick über alle Fachbereiche und Berufsgruppen und einem ausdauernden Engagement aller Beteiligten kann die Sicherheit der Behandlung unserer Patientinnen und Patienten, die Zufriedenheit unserer Kunden und die Wirtschaftlichkeit langfristig gewährleistet werden.

Die laufende Optimierung der Prozesse in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden, Medizintechnik und Administration, eine offene Informationspolitik und die Schulung des Personals sind wichtige Voraussetzungen für das Erreichen unserer Qualitätsziele.

Die Klinik Seeschau AG nimmt teil an verschiedenen Qualitäts-Messungen und stellt damit sicher, dass eine kontinuierliche Entwicklung in der Qualität stattfindet und ein wichtiger Punkt in der Leistungserbringung ist.

Kreuzlingen, 15. Mai 2011

KLINIK SEESCHAU AG
DIREKTION

CH-8280 Kreuzlingen TG

G Impressum

Herausgeber / Lesehilfe

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch

Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

➔ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

➔ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien

Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **Be**rn) erarbeitet. Im Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.
Siehe auch
http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html
voir également
http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html

Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Qu**alitätsmonitoring **Ba**sel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.
Siehe auch http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html

Partner

Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.
Siehe auch http://www.anq.ch