



KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

28.05.2020
Christian Juchli, Direktor

Version 2



Klinik Seeschau AG

www.klinik-seeschau.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2019.

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

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2019

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: www.patientensicherheit.ch/momo.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	9
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	10
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	12
4.5 Registerübersicht	12
4.6 Zertifizierungsübersicht	13
QUALITÄTSMESSUNGEN	14
Befragungen	15
5 Patientenzufriedenheit	15
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	15
5.2 Eigene Befragung	17
5.2.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon	17
5.3 Beschwerdemanagement	18
6 Angehörigenzufriedenheit Da wir sehr viele Kurzaufenthalte haben ist nicht viel Kontakt zu Angehörigen	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	19
7.1 Eigene Befragung	19
7.1.1 Mitarbeiterbefragung ganze Klinik	19
8 Zuweiserzufriedenheit	20
8.1 Eigene Befragung	20
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit	20
8.1.2 Belegarztzufriedenheit	20
Behandlungsqualität	21
9 Wiedereintritte	21
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	21
10 Operationen wird bei ANQ nicht mehr ausgewertet	
11 Infektionen	22
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	22
12 Stürze	24
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	24
13 Wundliegen	26
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	26
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	

Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.

17 **Weitere Qualitätsmessungen**
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18 Projekte im Detail 28

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 28

18.1.1 Optimierung der Materialbewirtschaftung 28

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019 29

18.2.1 Kein Qualitätsprojekt im Berichtsjahr abgeschlossen 29

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 29

18.3.1 Kein Zertifizierungsprojekt im aktuellen Berichtsjahr 29

19 Schlusswort und Ausblick 30

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 31

Akutsomatik 31

Anhang 2 32

Herausgeber 35

1 Einleitung

Klinikportrait

Als Listenspital des Kantons Thurgau bietet die Klinik Seeschau ein umfassendes Leistungsspektrum in der operativen Medizin an. Dazu zählen Gynäkologie, Orthopädie, Urologie, Viszeralchirurgie, Handchirurgie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Ophtalmologie sowie Anästhesiologie / Schmerztherapie. Der Fachbereich Urologie ist in das innovative Netzwerk Uroviva eingebunden. Als einzige Belegarztambulanz im Kanton Thurgau bietet die Klinik Seeschau eine qualitativ hochstehende Alternative zum öffentlichen Behandlungsangebot.

Entwicklung

Die Klinik Seeschau blickt auf ein durchzogenes Geschäftsjahr 2019 zurück. Im stationären Bereich sind die Fallzahlen mit total 1'862 Austritten um 2.7% leicht rückläufig. Dafür konnte bei den ambulanten Behandlungen von total 2'527 mit 0.6% eine leichte Zunahme verzeichnet werden.

Bei den regelmässig durchgeführten Messungen der Patientenzufriedenheit mit MECON measure & consult GmbH kann sich die Klinik Seeschau auch 2019 auf sehr hohem Niveau behaupten. In der Jahresauswertung erzielte die Klinik Seeschau wiederum das gesamthaft beste Resultat aller SLH-Akutekliniken im Vergleich (Best Practice). Auch im Vergleich mit den gemessenen Belegarzt-Kliniken gehört die Klinik Seeschau in allen Bereichen zu den Besten.

Die Digitalisierung wurde auch 2019 weitergeführt. Die IT-Anbindung der Belegarztpraxen konnte zu zwei Dritteln realisiert werden. Durch den digitalen Datenaustausch mit den Belegarztpraxen werden die administrativen Arbeiten deutlich vereinfacht. Weiter wurde das Projekt «Einführung des elektronischen Patientendossiers» in Angriff genommen und weitgehend abgeschlossen. Die digitale Materialbewirtschaftung ist eingeführt, die bestehenden Prozesse müssen aber noch weiter optimiert werden. Die Anbindung als Mitglied an eine Einkaufsgemeinschaft Schweizer Spitäler und Kliniken steht.

Durch die Zusammenarbeit mit dem Ostschweizer Kompetenzzentrum OSKI+ konnte die Spitalhygiene professionell ausgebaut werden. Heute erfüllen wir die strukturellen Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen zu einem grossen Teil.

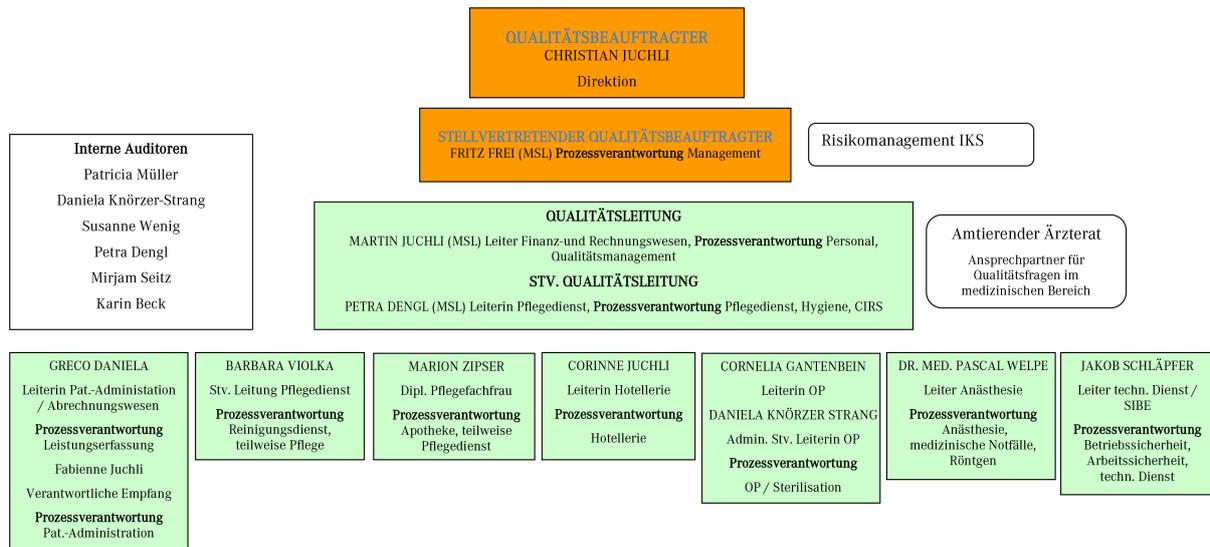
2019 hat die Klinik Seeschau die Rezertifizierung nach der Norm ISO 9001:2015 sowie die Requalifikation nach dem neuen Kriterienkatalog von The Swiss Leading Hospitals (SLH) mit Erfolg bestanden.

Ein besonderes Highlight war der Event «Einblicke in die Klinik Seeschau – Ein Anlass für medizinische Praxisassistentinnen» im SEESCHAU FORUM anfangs Oktober. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, hinter die Kulissen einer modernen Fachklinik zu blicken. Neben einer Führung durch die Klinik mit Themenschwerpunkt Pflegealltag wurde auch ein praxisnaher Einblick in den Operationssaal gewährt. Abgerundet wurde der Event mit einem Apéro. Das Feedback der Teilnehmenden war äusserst positiv!

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Christian Juchli
Qualitätsbeauftragter

071 677 53 53

juchli.christian@klinik-seeschau.ch

Herr Martin Juchli

Stv. Qualitätsbeauftragter, Qualitätsleitung

071 677 53 53

juchli.martin@klinik-seeschau.ch

Frau Petra Dengl

Pflegedienstleitung, Stv. Qualitätsleitung

071 677 53 53

dengl.petra@klinik-seeschau.ch

3 Qualitätsstrategie

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

- Rezertifizierung nach der neuen ISO Norm 9001:2015
- Re-Qualifikation SLH nach dem neuen Kriterienkatalog
- Einführung einer umfassenden, digitalen und prozessorientierten Materialbewirtschaftung

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

- Die Re-Zertifizierung ISO-Norm 9001:2015 wurde erfolgreich bestanden
- Die Re-Qualifizierung SLH wurde erfolgreich bestanden
- Die neuen Materialbewirtschaftungsprozesse sind erstellt
- Das vorhandene Hygienekonzept ist komplett überarbeitet und alle angepassten Richtlinien stehen auf der Homepage „guidelines.ch“ online zur Verfügung
- Auch in diesem Berichtsjahr 2019 dürfen wir auf eine sehr hohe Patientenzufriedenheit stolz sein.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

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

Neben den geplanten externen Messungen und den internen Assessments findet im Jahr 2020 die H+ Requalifizierung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz statt.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonale vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Richtlinien zur Pflegedokumentation

Ziel	Einheitliche, verständliche Dokumentation die sich auf das wesentliche beschränkt
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflegedienst ganze Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	es wurde viel zu viel Text geschrieben und Abkürzungen benutzt die ggf. falsch interpretiert wurden
Involvierte Berufsgruppen	Dipl. Pflegefachfrauen
Evaluation Aktivität / Projekt	Durch die neuen Richtlinien hat sich die Qualität, vor allem die Aussagekraft und Verständlichkeit der Dokumentation verbessert. Zeitersparnis

Handlungsanleitungen überarbeitet und mit dem Pflegeprozess verknüpft

Ziel	die Handlungsanleitungen sind aktualisiert und stehen den Pflegenden im Rahmen des Pflegeprozesses digital zur Verfügung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflegedienst ganze Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Insbesondere neue Mitarbeiterinnen können sich rasch informieren über die speziellen Vorgaben der verschiedenen Belegärzte
Involvierte Berufsgruppen	Dipl. Pflegefachfrauen
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Informationen werden rege genutzt und sind sehr hilfreich bei der täglichen Arbeit

Einführung neues Berichtswesen

Ziel	Fehlerquellen minimieren, Berichte einfacher generieren und verschicken
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Administration
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Juni 2019 - Juli 2020
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Einführung von EPD erforderte eine Anpassung vom Berichtswesen
Involvierte Berufsgruppen	Stationssekretariat / MPA Praxis Urologie / Belegärzte
Evaluation Aktivität / Projekt	kann erst im Juli 2020 nach Produktiv-Start beurteilt werden

Einführung vom Pflegemodul INES ins KIS

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

CIRS- Prozess überarbeiten

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

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2013 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

Bemerkungen

- Im Berichtsjahr sind nur 4 CIRS-Meldungen eingegangen. 2 weitere Meldungen entsprachen nicht der Definition von CIRS.
- Alle Massnahmen wurden eingeleitet und umgesetzt.
- Der ganze Prozess CIRS befindet sich in Überarbeitung.

4.5 Registerübersicht

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

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

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

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamter Betrieb	2016	2016	
Operational Qualifikation OQ - Parikelmessung im OP	OP-Abteilung	2008	2019	jährliche externe Messung
Swiss Leading Hospitals (SLH)	Angewendet im gesamten Betrieb	2010	2019	
swissmedic	Sterilisation OP	2008	2019	jährliche Validierung
ISO 9001:2015	Ganze Klinik	2013	2019	neu ab 2018 ISO 9001:2015
REKOLE®-Zertifizierung	betriebliches Rechnungswesen	2014	2018	Mit der erfolgreichen Zertifizierung schafft die Klinik Seeschau AG Transparenz in der Kostenentstehung seiner erbrachten Leistungen. Der Kosten- und Leistungsermittlungsprozess ist national einheitlich.
Audit Strahlenschutz im Operationssaal durch das BAG	OP / Anästhesie	2018	2018	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
Klinik Seeschau AG			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.48	4.54	4.44 (4.30 - 4.58)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.85	4.74	4.88 (4.72 - 5.03)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.78	4.77	4.74 (4.60 - 4.88)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.76	4.64	4.68 (4.49 - 4.88)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.35	4.27	4.30 (4.13 - 4.48)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	95.00 %	96.70 %	95.10 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			149
Anzahl eingetreffener Fragebogen	103	Rücklauf in Prozent	69 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Analyse der Daten zeigt uns, dass wir im Vergleich zum Kollektiv der teilnehmenden Akutspitälern in allen Fragen ein sehr gutes Ergebnis erzielt haben. Auch im Vergleich mit den Vorjahreswerten gab es keine nennenswerten Abweichungen. Dies spricht dafür unsere Qualitätsaktivitäten wie bisher beizubehalten.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Die Befragung hat im ganzen stationären Bereich stattgefunden.

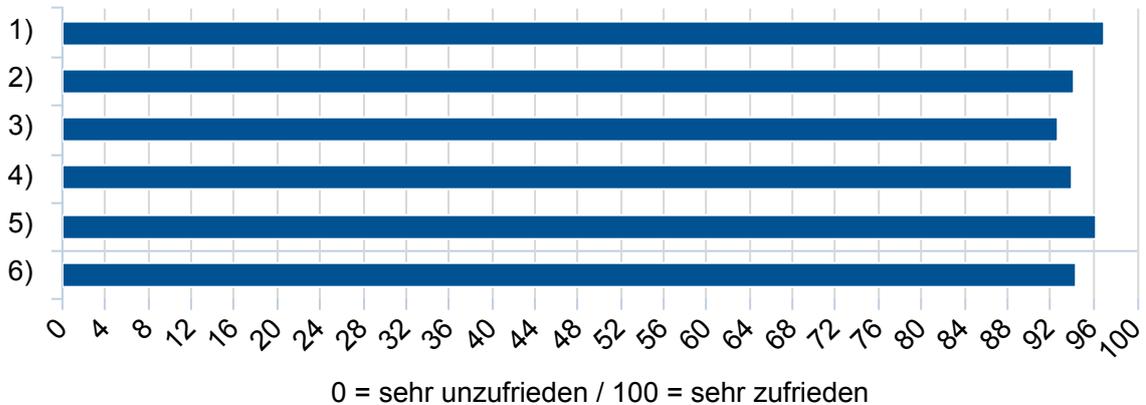
Einschlusskriterium:

Die Befragung wurde ausschliesslich an stationär behandelte Patienten versendet mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als 2 Tagen. Kinder wurden nicht befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

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



■ Klinik Seeschau AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Seeschau AG	97.00	94.20	92.70	94.10	96.20

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Klinik Seeschau AG	94.30	567	71.10 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

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

Sehr erfreulich war, dass wir im Vergleich mit weiteren 10 SLH Kliniken schon das dritte Jahr in Folge mit Best Practice abgeschlossen haben. Vor allem hat der Bereich Pflege im vergangenen Jahr in allen drei Kriterien (Kompetenz, Information, Menschlichkeit) überzeugt und das beste Ergebnis erzielt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Seeschau AG

Stv. Qualitätsleitung

Petra Dengl

Pflegedienstleitung

071 677 53 53

dengl.petra@klinik-seeschau.ch

Mo-Fr 08:30-17:30 Uhr

arbeitet eng mit der Klinikdirektion zusammen

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung ganze Klinik

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

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

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Es werden alle Mitarbeiter der Klinik befragt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserzufriedenheit

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

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Befragt werden jeweils die 50 zuweisenden Hausärzte mit der höchsten Zuweisungsrate.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

8.1.2 Belegarztzufriedenheit

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

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Es werden alle Belegärzte befragt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017
Klinik Seeschau AG			
Anteil externer Rehospitalisationen	33.50%	42.20%	31.15%
Verhältnis der Raten*	0.95	0.99	1.05
Anzahl auswertbare Austritte 2017:			1309

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2018 – 30. September 2019

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
Klinik Seeschau AG						
Hernienoperationen	222	2	1.00%	1.00%	0.70%	0.80% (0.00% - 2.00%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Klinik Seeschau AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	197	0	1.50%	2.20%	1.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	204	2	0.90%	1.40%	0.40%	0.80% (0.00% - 1.90%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

	2016	2017	2018	2019
Klinik Seeschau AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	1	0	0
In Prozent	0.00%	4.50%	0.00%	0.00%
Residuum* (CI** = 95%)	-0.09 (-1.10 - 0.92)	0.03 (-0.38 - 0.44)	-0.02 (-0.46 - 0.42)	-0.03 (-0.56 - 0.50)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	28	Anteil in Prozent (Antwortrate)		82.40%

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

13 Wundliegen

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

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

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

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

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			2019	In Prozent
		2016	2017	2018		
Klinik Seeschau AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.06 (-1.17 - 1.06)	-0.06 (-1.13 - 1.02)	-0.01 (-0.31 - 0.30)	-0.02 (-0.80 - 0.77)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019		28	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		82.40%	

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Optimierung der Materialbewirtschaftung

Ausgangslage:

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

Projektziel:

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

Projekttablauf:

- Kick Off am 06. Juli 2018
- Go-Live Phase 1&2 (Bestellungen über HBS-Shop sowie Mobile per 02. Januar 2019)
- Go-Live Phase 3 (Digitale Lieferscheine - und Rechnungsverwaltung Mai 2019)

Involvierte Berufsgruppen:

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

Projektelevaluation / Konsequenzen

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

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

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

Im Berichtsjahr noch offen: Einbindung der Spitalpharmazie Thurgau ins HBS.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

18.2.1 Kein Qualitätsprojekt im Berichtsjahr abgeschlossen

Das grosse Projekt Materialbewirtschaftung hat viele Ressourcen gebunden, so dass weitere Projekte zwar begonnen wurden, aber erst im 2020 abgeschlossen werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Kein Zertifizierungsprojekt im aktuellen Berichtsjahr

Unsere regelmässigen Zertifizierungen werden nicht im Rahmen eines Projekts bearbeitet.

19 Schlusswort und Ausblick

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

Wie sehen wir die Qualität in der Zukunft?

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

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

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

In den vergangenen Jahren wurde unsere Infrastruktur immer wieder den Bedürfnissen unserer Kunden angepasst. So können wir heute, insbesondere unseren Privatpatienten, einen exklusiven Hotellerie- Komfort bieten und unseren Belegärzten fünf OP Säle auf höchstem technischen Niveau zur Verfügung stellen.

Die baulichen Massnahmen sind grösstenteils abgeschlossen. Eine Erweiterung des Eingangs- und Restaurationsbereichs ist für 2021 geplant.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität

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

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Leistungsauftrag K Leistungsauftrag in Kooperation K1: STGAG KSM, K2: HNZZ, K3: OKS Leistungsauftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeteilten Leistungsgruppen Universitäre und spezialisierte Zentrums- leistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau) Hochspezialisierte Medizin gemäss Beschlüssen	Kantonale Leistungserbringer					Ausserkantonale Leistungserbringer					
			Spital Thurgau AG (KSF, KSM, VBK)	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG (VBK)	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsspital Zürich	Inselsspital Bern	Universitätsklinik Balgrist Zürich	Schweiz. Epilepsiezentrum Zürich	Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (OKS)	Kinderspital Zürich
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin		K1 a)									
	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer (eingeschränkt), Notfallstation in Kooperation KS Münsterlingen			b)	c)							
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)											
	DER1.1	Dermatologische Onkologie											
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen											
	DER2	Wundpatienten											
Hals-Nasen- Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)											
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie											
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)											
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen											
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung											
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie	K2										
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und / oder Duraeröffnung	K2										
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)											
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie											
Neurochirurgie	KIE1	Kieferchirurgie											
	NCH1	Kraniale Neurochirurgie		K1									
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie		K1									
	NCH2	Spinale Neurochirurgie		K1									
Neurologie	NCH3	Periphere Neurochirurgie		K1									
	NEU1	Neurologie		K1									
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems		K1									
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)		K1									
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen		K1									
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)											
Ophthalmologie	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik											
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung (IVHSM)											
	AUG1	Ophthalmologie											
	AUG1.1	Strabologie											
	AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege											
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie											
Endokrinologie	AUG1.4	Katarakt											
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme											
Gastro- enterologie	END1	Endokrinologie											
	GAE1	Gastroenterologie											
Viszeral-chirurgie	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie											
	VIS1	Viszeralchirurgie			K1								
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)											
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM)											
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie (IVHSM)											
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie											
	VIS1.4.1	Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)											
Hämатologie	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)											
	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien											
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie											
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien											
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome											
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation											
HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)												

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

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

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

- a) Notfallaufnahme ohne Notfallstation.
- b) Seeschau: BPE ohne Einschränkung, zusätzlich elektive Leistungen aus BP für AUG, BEW, GYN, URO, VIS1, und Chirurgie Hauterkrankungen.
- c) VBK: Ausnahmegenehmigung BPE für DER1, DER2, Phlebologie mit Haut und Weichteilen, Venenchirurgie inkl. Hernien- und Proktochirurgie, Eingriffe gemäss Weiterbildungstitel Allgemeinchirurgie mit Schwerpunkt Gefässchirurgie soweit in einer Wochenklinik ohne Intensivstation durchführbar.
- d) Inkl. homologer Klappenersatz und Endokardersatz.
- e) Zusätzlich Spital Thurgau AG Standort Klinik St. Katharinental, Diessenhofen.
- f) Inkl. Chemotherapie.
- g) Inkl. aus GEB1.1.1 und NEO1.1 Geburten ab 33. Schwangerschaftswoche mit Geburtsgewicht >=1000g. Drillings- und Vierlingsschwangerschaften. Föten und Neugeborene mit einseitigen Nierenleiden. Neugeborene mit kontinuierlicher Beatmung.
- h) Inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Liaison mit der Klinik für Kinder- und Jugendliche des KSM.

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

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.