



**KLINIK SEESCHAU**  
AM BODENSEE

# Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

10.05.2023  
Christian Juchli, Direktor

Version 4



**Klinik Seeschau AG**

[www.klinik-seeschau.ch](http://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 2022.

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 2022

Herr  
Mario Müller  
Pflegedienstleitung  
071 677 53 53  
[mueller.mario@klinik-seeschau.ch](mailto:mueller.mario@klinik-seeschau.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	13
4.5 Registerübersicht .....	13
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	14
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>15</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>16</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>16</b>
5.1 Eigene Befragung .....	16
5.1.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon Measure & Consult GmbH .....	16
5.2 Beschwerdemanagement .....	17
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>18</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>18</b>
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen .....	18
<b>10 Operationen</b> .....	<b>19</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	19
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>20</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	20
<b>12 Stürze</b> .....	<b>23</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	23
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>25</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	25
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18 Projekte im Detail</b> .....	<b>27</b>

18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	27
18.1.1	Optimierung der interdisziplinären Tagesorganisation.....	27
18.1.2	Digitale Integration des CIRS-Meldesystems in das QMS.....	28
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022.....	28
18.2.1	Kein abgeschlossenes Projekt im aktuellen Berichtsjahr.....	28
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte.....	28
18.3.1	Kein Zertifizierungsprojekt im aktuellen Berichtsjahr .....	28
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>29</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>30</b>
Akutsomatik.....		30
<b>Anhang 2 .....</b>		<b>31</b>
<b>Herausgeber .....</b>		<b>34</b>

# 1 Einleitung

## Klinikportrait

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

## Entwicklung

Zusammen mit der Orthopädie am See ist die Klinik Seeschau seit 2021 Medical Partner des Eishockeyclubs HC Thurgau, des Handball Sportclubs Kreuzlingen und von LINDAREN Volleyamriswil. Aufgrund dieser Partnerschaften konnte der Fachbereich Orthopädie im 2022 weiter ausgebaut werden, was entsprechende Auswirkungen auf die Anzahl der Hospitalisationen hatte. Die Fallzahlen im stationären Bereich sind mit total 2'331 Austritten um 13,4 % höher als im Vorjahr. Mit 4'519 ambulanten Behandlungen wird eine Zunahme um 40.5 % verzeichnet. Die Steigerung im ambulanten Bereich beruht hauptsächlich auf die ab Mitte Jahr 2021 eingeführte Erfassung der präoperativen Abklärungen.

Nach zweijähriger Bauzeit wurde im April 2022 der neue Eingangsbereich, die Erweiterung des Patientenempfangs sowie die Cafeteria in Betrieb genommen. Durch das grosse Oberlicht und die Höhe über zwei Stockwerke ist der Eingangsbereich sehr grosszügig und hell gestaltet. Zusätzliche Sitzgelegenheiten ermöglichen eine angenehme Wartezeit. Für die Patientenaufnahme wurden drei zusätzliche Arbeitsplätze in separaten Büros eingerichtet. So können Aufnahme- und Abklärungsgespräche mit Patienten in einem ruhigen und diskreten Rahmen stattfinden. Die neue Cafeteria mit schönem Aussenbereich lädt zum gemütlichen Verweilen für Patienten und deren Angehörige ein.

Klinikintern wurde die Prozessoptimierung im OP-Bereich weiter vorangetrieben. Ziel ist es, die Leistungserfassung in der Operationsabteilung zu vereinfachen und weitgehend zu automatisieren. Dieses Projekt wird die Klinik Seeschau auch in den kommenden Jahren beschäftigen. Eine weitere Verbesserung konnte in der Hotellerie umgesetzt werden. Neu werden sämtliche Zusatzbestellungen in den Patientenzimmern mittels Tablets erfasst und digital an die Leistungserfassung des KIS übermittelt. Dies gewährleistet eine schnelle Rechnungsgenerierung bei Austritt und ist somit eine enorme Vereinfachung der Arbeitsabläufe in der Patientenbetreuung. Im Pflegebereich fand ein extern begleitetes Teambuilding zur Stärkung der Zusammenarbeit statt, welches mit grossem und gleichzeitig nachhaltigem Erfolg durchgeführt werden konnte. Die Weiterentwicklung der Pflegestandards zur Optimierung der Prozessabläufe bildete einen weiteren zentralen Bestandteil im Pflegebereich.

Bei den regelmässig durchgeführten Messungen der Patientenzufriedenheit mit MECON measure & consult GmbH kann sich die Klinik Seeschau weiterhin auf einem hohen Niveau behaupten. In der Jahresauswertung erzielte die Klinik Seeschau in den Bereichen Pflege Kriterium Menschlichkeit, Hotellerie und Infrastruktur das gesamthaft beste Resultat aller SLH-Kliniken der Akutsomatik.

Am 24. Mai 2022 hat die Klinik Seeschau die Rezertifizierung nach REKOLE® erfolgreich bestanden: Die Klinik Seeschau AG verfügt über angemessene systemtechnische und personelle Ressourcen, um eine aussagekräftige Kosten- und Leistungsrechnung in Übereinstimmung mit den Vorgaben aus dem Handbuch REKOLE® 5. Ausgabe 2018, den Corrigenda und den verschiedenen REK-Entscheiden zu ermöglichen.

Am 19. August 2022 wurde die Klinik Seeschau erneut nach der Norm ISO 9001:2015 erfolgreich rezertifiziert: Das QM-System ist etabliert. Verbesserungsmöglichkeiten werden aufgegriffen und realisiert. Die Dokumentation ist klar strukturiert und nachvollziehbar. Gesetzliche Anforderungen

werden angewendet. Die QM-Vorgaben werden von den Mitarbeitenden umgesetzt. Der Managementreview ist aussagekräftig. Notwendige Veränderungen zur Erhöhung der Qualität werden initiiert und umgesetzt.

### **Belegärzte**

Seit dem 01. September 2022 verstärkt Dr. med. Peter Moreno den Fachbereich Chirurgie. Er hat die bestehende Praxis von Dr. Peter Saurenmann übernommen. Per 31. Dezember 2022 sind Dr. med. Peter Saurenmann, Fachbereich Chirurgie, Dr. med. Maria Ziembrowski, Fachbereich Urologie und Dr. med. Werner Neuer, Fachbereich Orthopädie in den verdienten Ruhestand getreten. Ein besonderer Dank gilt Herrn Dr. med. Werner Neuer und Dr. med. Peter Saurenmann. Sie haben in ihrer langjährigen Belegarztztätigkeit wesentlich zum Aufbau der entsprechenden Fachbereiche an der Klinik Seeschau beigetragen. Im Berichtsjahr hat zudem Dr. med. PhD Matthias Erschbamer seine Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis Orthopädie am See und somit auch die Belegarztztätigkeit an der Klinik Seeschau aufgegeben.

### **Personal**

Seit 01. Januar 2022 ist Philipp Juchli neuer Leiter der Patientenadministration. Per 01. Oktober 2022 hat Alen Grgic die Leitung Technischer Dienst von Jakob Schläpfer infolge Pensionierung übernommen. Herrn Jakob Schläpfer danken wir an dieser Stelle für die langjährige und ausgezeichnete Zusammenarbeit.

Im Berichtsjahr konnten drei Mitarbeiterinnen der Klinik Seeschau ihr 10-Jähriges Dienstjubiläum feiern: Leonida Balaj, Sachbearbeiterin Patientenabrechnung, Birgit Steckeler, dipl. Operationspflegefachfrau, Katarina Ovcarikova, Mitarbeiterin Reinigungsdienst.

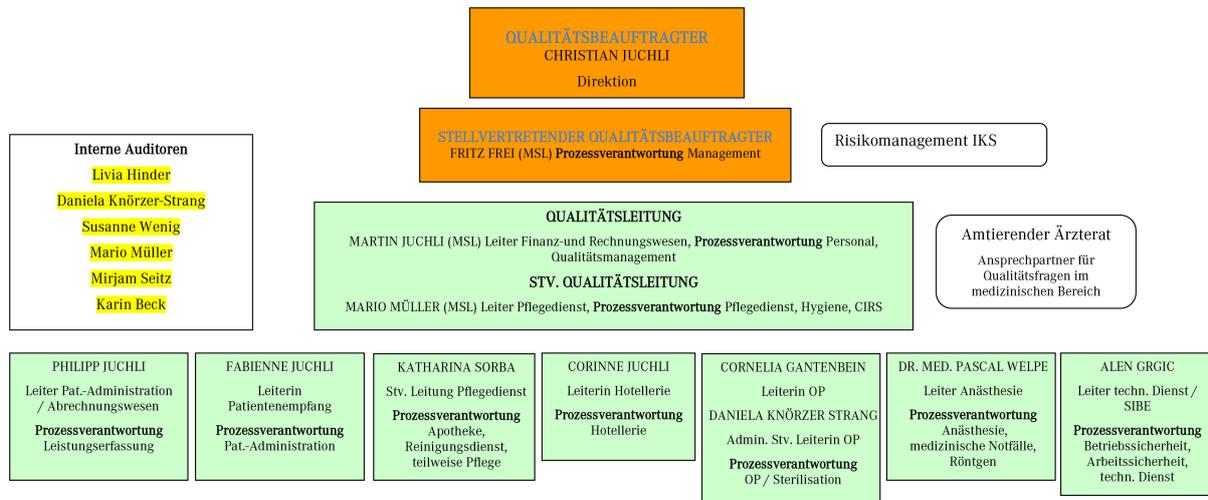
Weiter hat Frau Michelle Buder Ihr Berufslehre Fachfrau Gesundheit (EFZ) mit Auszeichnung abgeschlossen.

Generell spürt auch die Klinik Seeschau die angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt. Die Suche nach Fachpersonal gestaltet sich zunehmend schwieriger. Trotz dieser Umstände gelingt es der Klinik die Herausforderungen grösstenteils erfolgreich zu meistern.

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](mailto:juchli.christian@klinik-seeschau.ch)

Herr Martin Juchli  
Stv. Qualitätsbeauftragter, Qualitätsleitung  
071 677 53 53  
[juchli.martin@klinik-seeschau.ch](mailto:juchli.martin@klinik-seeschau.ch)

Herr Mario Müller  
Pflegedienstleitung, Stv. Qualitätsleitung  
071 677 53 53  
[mueller.mario@klinik-seeschau.ch](mailto:mueller.mario@klinik-seeschau.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

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

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

- Umsetzung aller kantonalen und nationalen Anforderungen im Rahmen der Corona- Pandemie. Flexible Anpassung der internen Prozesse mit dem Ziel, trotz erheblichem organisatorischem Mehraufwand die Fallzahlen bei gleichbleibend hoher Qualität stabil zu halten.
- Rezertifizierung SLH - The Swiss Leading Hospitals nach dem Kriterienkatalog 2019.
- Projekt zur Optimierung der interdisziplinären Tagesorganisation.

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

- Eine Steigerung der stationären Fallzahlen wurde trotz Corona-Pandemie erreicht und die wiederum sehr hohe Patientenzufriedenheit zeigt uns, dass sich der organisatorische Mehraufwand gelohnt hat.
- Das Berichtswesen ist optimiert und wird vollumfänglich angewendet.
- Die Re-Qualifizierung SLH wurde erfolgreich bestanden.

#### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

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

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

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

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen</li> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> <li>▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)</li> </ul>

#### Bemerkungen

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

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

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Interne Audits

<b>Ziel</b>	Verbesserung der internen Prozessabläufe
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganzer Betrieb
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2013
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	laufende Überprüfung der Prozesse im Sinne des PDCA-Zyklus: Werden die Prozesse gelebt? Entsprechen sie der Norm ISO 9001:2015
<b>Methodik</b>	Audit mit systematischer Befragung und Begehungen vor Ort
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	ganze Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	2022 konnten 4 interne Audits durchgeführt werden. Es ergab sich eine untergeordnete Nichtkonformität und mehrere hilfreiche Hinweise zur Verbesserung der entsprechenden Prozesse.

##### Patientenzufriedenheitsmessung ganzjährig

<b>Ziel</b>	Steigerung der Patientenzufriedenheit, Analyse von Verbesserungspotentialen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganzer Betrieb
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2016
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Die Patientenzufriedenheit ist für uns ein wichtiger Hinweis ob unsere Qualitätsbemühungen erfolgreich sind
<b>Methodik</b>	Benchmark fähiger Fragebogen der extern ausgewertet wird
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	ganzer Betrieb
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	2022 erneut "best practice" aller teilnehmenden SLH Akutkliniken im Bereich Pflege Kriterium Menschlichkeit, Hotellerie und öffentliche Infrastruktur. Gleichwohl ergaben sich wertvolle Hinweise für neue Qualitätsziele.

### Bearbeitung aktueller Themen/Massnahmen innerhalb der Spitalhygiene

<b>Ziel</b>	Infektionsprävention
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganzer Betrieb/medizinischer Bereich
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	November 2017
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Laufende Überprüfung ob die strukturellen Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare assoziierten Infektionen (HAI) vorhanden und umgesetzt werden
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Hygienekommission (Pflege, OP, Ärzte, Fachexpertin für Infektionsprävention, LINK-Nurse)
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Im Jahr 2022 stand die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Massnahmen im Vordergrund

### Überarbeitung des CIRS-Melde- und Auswertungsprozesses

<b>Ziel</b>	CIRS ist digital integriert und es findet eine deutliche Erhöhung der Anzahl an Meldungen statt.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganzer Betrieb
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	September 2019-Frühjahr 2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Die digitale Integration des CIRS in das bestehende Qualitätsmanagementsystem hilft der Klinik die damit verbundenen Prozesse besser zu steuern und zu bearbeiten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	CIRS- Verantwortliche und Qualitätsleitung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	2022 gab es gegenüber dem Vorjahr mehr Meldungen. Der CIRS-Prozess wird bis voraussichtlich zum Frühjahr 2023 überarbeitet.

### Optimierung der interdisziplinären Tagesorganisation

<b>Ziel</b>	Die Zielstellung beinhaltet, dass der Patient von der Eintrittsplanung bis hin zum Austritt und einer möglichen Nachbetreuung umfassende Informationen bzgl. seines Aufenthaltes/individuellen Tagesablaufes erhält.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganze Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Frühling 2021 - Herbst 2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Der Patient und seine Bedürfnisse stehen bei uns im Fokus. Aus diesem Grund möchten wir den Aufenthalt so qualitativ hochwertig wie möglich gestalten.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflege, Patientenaufnahme, Stationssekretariat, Hotellerie, Hausdienst, Physiotherapie

#### 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.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

#### Bemerkungen

- Im Berichtsjahr sind 37 CIRS-Meldungen eingegangen.
- Die daraus resultierenden Massnahmen wurden eingeleitet und umgesetzt.
- Der gesamte Prozess CIRS befindet sich in Überarbeitung.

#### 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a> <a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a>	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	2020	mit sehr gutem Ergebnis abgeschlossen
Operational Qualifikation OQ - Partikelmessung im OP	OP-Abteilung	2008	2022	jährliche externe Messung
Swiss Leading Hospitals (SLH)	Angewendet im gesamten Betrieb	2010	2021	Requalifikation
swissmedic	Sterilisation OP	2008	2022	jährliche Validierung
ISO 9001:2015	Ganze Klinik	2013	2022	nächste Re-Zertifizierung 2023
REKOLE®-Zertifizierung	betriebliches Rechnungswesen	2014	2022	nächste Re-Zertifizierung 2026
Audit Strahlenschutz im Operationssaal durch das BAG	OP / Anästhesie	2018	2018	

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Eigene Befragung

##### 5.1.1 detaillierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon Measure & Consult GmbH

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die Befragung hat im ganzen stationären Bereich stattgefunden.

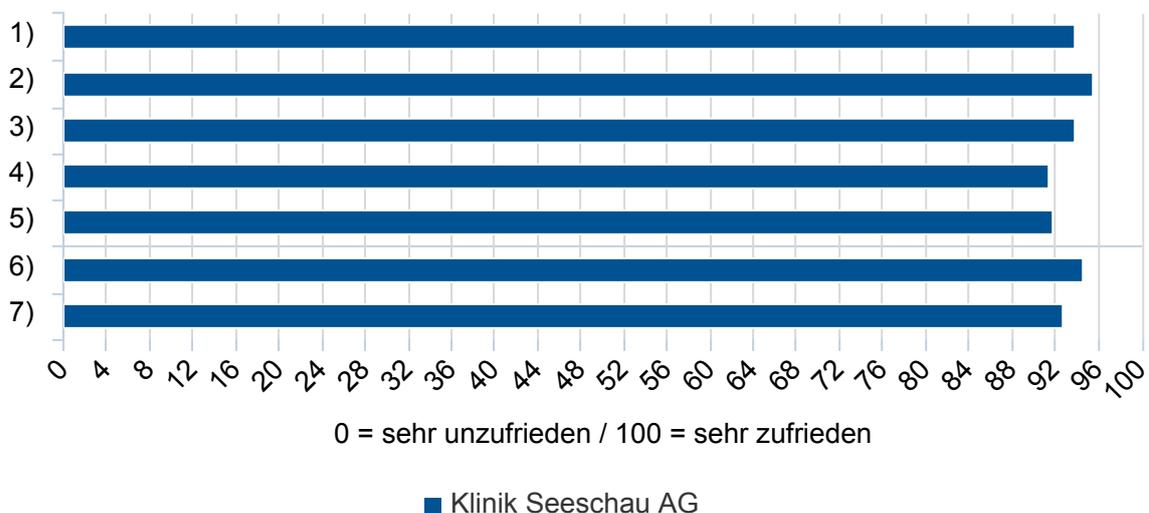
Einschlusskriterium:

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) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Seeschau AG	93.90	95.60	93.90	91.40	91.70

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Klinik Seeschau AG	94.60	92.80	1074	60.10 %

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

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

## 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### Klinik Seeschau AG

Stv. Qualitätsleitung

Mario Müller

Pflegedienstleitung

071 677 53 53

[mueller.mario@klinik-seeschau.ch](mailto:mueller.mario@klinik-seeschau.ch)

Mo-Fr 08:00-16:30 Uhr

arbeitet eng mit der Klinikdirektion zusammen

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2017	2018	2019	2020
<b>Klinik Seeschau AG</b>				
Verhältnis der Raten*	1.05	0.75	1.02	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:	–			

\* 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 potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell 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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

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

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.siris-implant.ch](http://www.siris-implant.ch)

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2016 bis 31.12.2019

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2016 - 2019	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2016 - 2019	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2016 - 2019
<b>Klinik Seeschau AG</b>				
Primäre Hüfttotalprothesen	654	2.10%	2.50%	2.30%
Primäre Knieprothesen	682	3.30%	3.80%	3.20%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2022 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2016 bis Dezember 2019. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2021.

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und 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 oder einer Rehospitalisation 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 Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Gebärmutterentfernungen (Summe)
▪ Gebärmutterentfernungen (vaginal)
▪ Gebärmutterentfernungen (abdominal)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

**Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022**

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. Dezember 2021 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitalern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. März 2022 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
<b>Klinik Seeschau AG</b>						
Hernienoperationen	–	–	0.80%	0.56%	0.00%	– (–)
Gebärmutterentfernungen (Summe)	39	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 0.00%)
Gebärmutterentfernungen (vaginal)	8	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 0.00%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	31	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 0.00%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden neu jeweils zeitgleich durchgeführt.

Infolge der Übergangsphase können im Qualitätsbericht 2022 gleich zwei Messperioden (2020/2021 und 2021/2022) bei den Messungen mit Implantaten ergänzt werden. Jedoch wird nur die neuere Messung (2021/2022) ausführlich dargestellt. Die Ergebnisse der Messperiode mit Implantaten, vom 1. Oktober 2020 – 30. September 2021 (mit Unterbruch infolge Covid-19, 1. November 2020 bis 1. April 2021), werden bereits unter den Vorjahren aufgelistet.

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

**Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022**

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
<b>Klinik Seeschau AG</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	171	2	4.10%	1.80%	0.00%	1.70% (0.00% - 3.70%)
Erstimplantationen von Kniegelenkprothesen	230	1	0.40%	1.30%	0.00%	0.40% (0.00% - 1.10%)

\* 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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten ( $\geq 16$ Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten ( $\leq 16$ 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 Patientinnen und 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

#### Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

	2018	2019	2022
<b>Klinik Seeschau AG</b>			
Residuum* (CI** = 95%)	0.02 (0.46 - 0.42)	0.03 (0.56 - 0.50)	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022		Anteil in Prozent (Antwortrate) 2022	-

\* 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.

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/](http://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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) 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

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 Patientinnen und Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

#### Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2022	In Prozent
		2018	2019		
<b>Klinik Seeschau AG</b>					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0		-
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.01 (0.31 - 0.30)	0.02 (0.80 - 0.77)		-
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2022		-	

\* 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/](http://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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Optimierung der interdisziplinären Tagesorganisation

**Projektart:** betriebsinternes Projekt

**Ausgangssituation:** Die Klinik Seeschau führt in enger Zusammenarbeit mit der Firma MECON measure & consult GmbH fortlaufende Befragungen zur Patientenzufriedenheit durch. In diesem Zusammenhang konnten im Bereich Tagesorganisation Verbesserungspotenziale erkannt werden. Da die Klinik im Rahmen ihres Qualitäts- und Serviceanspruches weiterhin als führende Institution in der Patientenversorgung wahrgenommen werden möchte und damit einhergehend für den Patienten ein optimaler Aufenthalt gewährleistet werden soll, wird die interdisziplinäre Tagesorganisation einer detaillierten Situations- und Prozessanalyse unterzogen.

**Projektziel:** Die Zielstellung beinhaltet, dass der Patient von der Eintrittsplanung bis hin zum Austritt und einer möglichen Nachbetreuung umfassende Informationen bzgl. seines Aufenthaltes und individuellen Tagesablaufes erhält. Dies bedeutet, dass sowohl die Prozesse, als auch die entsprechend involvierten Disziplinen und Berufsgruppen einen aufeinander abgestimmten und für den Patienten klar nachvollziehbaren Behandlungspfad erzeugen.

**Projekttablauf / Methodik:** Hierbei gilt es aufzuarbeiten wie die aktuell ablaufenden Prozesse geplant bzw. umgesetzt werden, sowie welche Verbesserungsmöglichkeiten und Lösungsansätze sich daraus ableiten lassen. Ferner gilt es die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation unter allen beteiligten Berufsgruppen zu fördern. Im Anschluss sollen Massnahmen erarbeitet, respektive geltende Prozesse projektgesteuert aktualisiert werden.

**Involvierte Berufsgruppen:** Pflegedienstleitung und projektverantwortliche Pflegefachfrau, Ärztlicher Leiter, Leiterin OP, Leiterin Hotellerie, Leiterin Empfang, Sekretariat, Physiotherapie, EDV-Verantwortliche.

**Projektelevaluation/ Konsequenzen:** Folgende Themenbereiche konnten in der Situations- und Prozessanalyse abgeleitet werden:

- Verbesserung des interdisziplinären Kommunikationsaustausches durch berufsgruppenbezogene Lösungsansätze.
- Gegenseitige Informationsbereitstellung und Abspracheregeln unter stärkerem Einbezug der Möglichkeiten des Klinikinformationssystems.
- Anpassung der Eintrittsmodalitäten durch bauliche und prozessuale Verbesserungen.

Eine finale Evaluation soll im vierten Quartal des Jahres 2023 durchgeführt werden.

## 18.1.2 Digitale Integration des CIRS-Meldesystems in das QMS

**Projektart:** betriebsinternes Projekt mit externem Partner

**Ausgangssituation:** Im Rahmen der fortlaufenden externen Audits wurde der CIRS-Prozess als Nebenabweichung deklariert. Der Prozess werde im Unternehmen zu wenig gelebt, es geht nach wie vor eine begrenzte Anzahl an Meldungen ein. Aussagekräftige Auswertungen sind mit dem vorhandenen Prozess unzureichend möglich.

**Projektziel:** Einführung und Integration eines digitalen und benutzerfreundlichen anonymen Meldesystems in das bestehende Qualitätsmanagementsystem zur zeitnahen Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von CIRS-Meldungen unter Abkehr vom aktuell gültigen analogen Prozess. Ferner soll die Meldequalität verbessert werden.

**Projekttablauf / Methodik:**

- Erkennen von prozessualen Schwächen mittels eines Vergleiches von aktuell marktüblichen Meldesystemen
- Lösungserarbeitung unter Einbezug eines externen Partners
- Überarbeitung des aktuell gültigen Prozesses mit Fokus auf die betrieblichen Gegebenheiten

**Involvierte Berufsgruppen:** CIRS-Verantwortliche, Qualitätsleiter, Klinikdirektion

**Projektevaluation/ Konsequenzen:** Nach Einführung des digitalen Meldesystems soll nach einer halbjährigen Testphase der Erfolg innert 2023 evaluiert werden.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

### 18.2.1 Kein abgeschlossenes Projekt im aktuellen Berichtsjahr

Kein abgeschlossenes Qualitätsprojekt im Berichtsjahr.

## 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 des ganzen Qualitätsmanagements steht der Mensch. Die Klinik sieht es als eine Verpflichtung gegenüber ihren Patienten und Patientinnen, die Qualität der Dienstleistungen und der Klinikinfrastruktur laufend zu optimieren. Dabei sind alle gefordert, dem schnellen Wandel und der Entwicklung in der Medizin Rechnung zu tragen.**

### **Wie sieht die Klinik die Qualität in der Zukunft?**

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

Die Qualität steht und fällt mit qualifiziertem Personal. Das Bestreben der Klinik, ist es weiterhin als attraktiver Arbeitgeber im Kanton Thurgau wahrgenommen zu werden. Das damit im Zusammenhang stehende Projekt Employer Branding wird Anfang 2023 aufgenommen, um bereits bis zum 3. Quartal 2023 erste Ziele realisieren zu können.

Die Klinik legt unter anderem den Fokus auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). Durch eine systematische und strukturierte Entwicklung, Planung und Lenkung betrieblicher Strukturen und Prozesse soll die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit der Beschäftigten erhalten und gefördert werden. Im Rahmen dieser Zielsetzung soll z.B. mit der Plattform Beekeeper die Weiterentwicklung in der Kommunikation optimiert werden. Die automatische Integration der Dienstplanung ist ein zentrales Element.

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 die Infrastruktur immer wieder den Bedürfnissen der Patienten angepasst. So kann die Klinik heute allen Patienten einen exklusiven Hotelleriekomfort sowie unseren Belegärzten und Belegärztinnen fünf OP-Säle auf dem höchsten technischen Niveau anbieten.

## 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
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie

Thurgauische Spitalliste Akutsumatik (Version 2023.1) gültig ab 1. Januar 2023

Leistungs-bereich	Leistungs-gruppe	Leistungs-auftrag	Kantonale Leistungserbringer					Ausserkantonale Leistungserbringer						
			Spital Thurgau AG (KSF, KSM, VBK)	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG (Münsterlingen)	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Venenklinik Bellevue AG (Kreuzlingen)	Kantonsspital St.Gallen, (St.Gallen)	Universitätsspital Zürich (Zürich)	Inselsspital Universitätsspital Bern (Bern)	Universitätsspital Balgrist (Zürich)	Schweiz. Epilepsie-Zentrum - Klinik Lengnau (Zürich)	Ostschweizer Kinderspital St.Gallen (OKS) (St.Gallen)	Universitäts-Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung (Zürich)	Leistungserbringer IVHSM
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin		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 (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)												
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)												
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung												
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)					j)							
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie			K										
KIE1	Kieferchirurgie													
Neurochirurgie	NCH1	Kraniale Neurochirurgie		K1										
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie		K1										
	NCH1.1.1	Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)												
	NCH1.1.1.1	Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (IVHSM)												
	NCH1.1.2	Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (IVHSM)												
	NCH1.1.3	Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen (IVHSM)					j)							
	NCH2	Spinale Neurochirurgie		K1										
	NCH2.1	Seltene Rückenmarkstumoren (IVHSM)												
NCH3	Periphere Neurochirurgie		K1											
Neurologie	NEU1	Neurologie		K1										
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems		K1										
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)		K1										
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen	K	K1										
	NEU3.1	Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (IVHSM)					j)							
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik												
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung												
NEU4.2	Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik (IVHSM)					j)								
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie												
	AUG1.1	Strabologie												
	AUG1.2	Orbita, Lieder, Tränenwege												
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie												
	AUG1.4	Katarakt												
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme												
Endokrinologie	END1	Endokrinologie												
Gastro-enterologie	GAE1	Gastroenterologie												
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie												
Viszeral-chirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie			K1									
	VIS1.1	Pankreasresektion (IVHSM)												
	VIS1.2	Leberresektion (IVHSM)												
	VIS1.3	Oesophagusresektion (IVHSM)										i)		
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie												
	VIS1.4.1	Komplexe bariatrische Chirurgie (IVHSM)												
VIS1.5	Tiefe Rektumresektion (IVHSM)													
Hämатologie	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 hämatopoietische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen (IVHSM)													
Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)		K1										
	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)												
	GEFA	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe												
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis		K1										
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe		K1										
	RAD1	Interventionelle Radiologie												
	RAD2	Komplexe Interventionelle Radiologie					j)					j)		



Querschnitts-bereiche	KINM	Kindermedizin	g)				j)	j)						
	KINC	Kinderchirurgie	K3				j)	j)						
	KINB	Basis-Kinderchirurgie					j)	j)						
	KAA	Kinderanästhesie "A"					j)	j)	j)					
	KAB	Kinderanästhesie "B"					j)	j)	j)					
	KAC	Kinderanästhesie "C"					j)	j)	j)					
	KAD	Kinderanästhesie "D"					j)	j)	j)					
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum												
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum												
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker												
	ISO	Sonderisolerstation (GDK-Beschluss)												
	IVHSM	Weitere Leistungsgruppen gemäss IVHSM reduzieren obige Leistungsgruppen und sind allen Leistungserbringern gemäss rechtsgültigen IVHSM Beschlüssen zugeordnet												

KSF: Kantonsspital Frauenfeld, KSM: Kantonsspital Münsterlingen.

VBK: Der Spital Thurgau AG ist gestattet innerhalb ihres Leistungsauftrages einfache elektive Behandlungen in der Venenambulanz Bellevue AG durchzuführen

BP: umfasst insbesondere auch die Leistungen des BPE in den Leistungsbereichen aus denen Leistungsgruppen erteilt sind (z.B. AUG1-1.5 umfasst im BP das "BPEAUG")

BP: Kooperation aller innerkantonalen Kliniken mit der Spital Thurgau AG für die Notfallstation (Erreichbarkeit IVR Rettungsfristen eingehalten).

- 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) GEB1.1.1 und NEO1.1.1 Geburten ab 30. Schwangerschaftswoche mit Geburtsgewicht >=1000g. Drillings- und Vierlingschwangerschaften. Föten und Neugeborene mit einseitigen Nierenleiden. Neugeborene mit kontinuierlicher Beatmung.
- g) inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Liaison mit der Klinik für Kinder- und Jugendliche des KSM.
- h) im bisherigen Leistungsumfang
- i) Ausgenommen Eingriffe der komplexen Leberchirurgie bei Kindern gemäss IVHSM-Spittalliste
- j) soweit Leistungsauftrag vom Standortkanton erteilt

Leistungen der IVHSM sind den innerkantonalen Listenspitälern subsidiär bei fehlenden rechtskräftigen Beschlüssen erteilt

Basis für die Zuteilung der Einzelleistungen zu den Leistungsgruppen ist Version 2023.1 des Leistungsgruppenkonzeptes der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK). Grundvoraussetzung ist eine gültige gesundheitspolizeiliche Bewilligung mit Einhaltung der Anforderungen inkl. Kooperationen in den erteilten Leistungsgruppen.

12. Dezember 2022

## 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/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://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](http://www.spitalinfo.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



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

Siehe auch: [www.anq.ch](http://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](http://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](http://www.samw.ch).