klinik im hasel

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Psychiatrie

www.klinikimhasel.ch

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 2025.

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 sind im Inhaltsverzeichnis 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.

Die schweizerische Spital- und Kliniklandschaft ist sehr heterogen, entsprechend unterschiedlich sind auch die Fallzahlen. Werte von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen sind statistisch weniger robust und mehr von zufälligen Schwankungen betroffen. Auch lassen sich aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf die Fallschwere der Patientinnen und Patienten und den damit verbundenen Behandlungs- und Ressourcenaufwand der Institutionen ableiten.

In Bezug auf die nationalen Qualitätsmessungen des ANQ ist insbesondere zu erwähnen, dass bei der Publikation der Ergebnisse sorgfältig auf faire Spital- und Klinikvergleiche geachtet wird. Von Spital- oder Klinikranglisten sieht der ANQ entschieden ab. Sämtliche Resultate der Qualitätsmessungen geben nur Teilaspekte der Gesamtqualität eines Spitals oder einer Klinik wieder und jede Methode hat ihre Chancen und Grenzen.
Zudem werden jeweils die aktuell, 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 2025

Frau
Julia Schlundt
Qualitätsmanagerin
062 738 63 92
jschlundt@kih.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Die H+ Qualitätsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Die Informationen hierzu werden auch in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt.

Die Qualitätsentwicklung wird von den Spitälern und Kliniken mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen vorangetrieben. Als Basis für die Deklaration und Publikation dient der Qualitätsvertrag gemäss Art. 58a KVG (QV58a). Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Die Selbstdeklarationen werden durch die Spitäler und Kliniken mindestens einmal jährlich aktualisiert. Im Qualitätsbericht 2025 sind diese Angaben nun erstmals automatisch integriert und entsprechen dem Stand Ende Jahr 2025.

Die Vorlage zum Qualitätsbericht 2025 umfasst weiterhin die Aktivitätstypen: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

Um das Ausfüllen der Vorlage zum Qualitätsbericht zu vereinfachen und den Aufwand zu reduzieren, sind unter anderem neu direkte Links zu den Nationalen Messungen und Befragungen (ANQ) auf den jeweiligen Spitalprofilen auf spitalinfo.ch gesetzt worden.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das unermüdliche Engagement, mit dem sie – zusammen mit den breitgefächerten Aktivitäten – weiterhin eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen können. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen **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 2025 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025 9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 9

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **10**
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG 10
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen 11
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen 11
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 12
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte 13
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 14
4.6 Registerübersicht 14
4.7 Zertifizierungsübersicht 15

QUALITÄTSMESSUNGEN **16**

Erhebung der Patientenerfahrung **17**

5 Patientenerfahrung **17**
5.1 Eigene Befragung 17
5.1.1 QuaTheSi 17
5.1.2 Zuf8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit 18
5.1.3 Katamnese 18
5.2 Beschwerdemanagement 18

6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

7 Mitarbeitendenzufriedenheit **19**
7.1 Eigene Befragung 19
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit 19

8 Zuweiserzufriedenheit **20**
8.1 Eigene Befragung 20
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit 20

Behandlungsqualität **21**

Messungen in der Akutsomatik **0**

9 Wiedereintritte
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

10 Operationen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

11 Infektionen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

12 Stürze
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

13 Dekubitus
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

Psychiatriespezifische Messungen **21**

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung **21**
14.1 Symptombelastung psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie 21
14.2 Eigene Messung 22

14.2.1 Erfassung FU Massnahmen ... 22
Rehaspezifische Messungen ... 0
15 Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
Weitere Qualitätsaktivitäten ... 0
16 Weitere Qualitätsmessungen
Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.
17 Projekte im Detail ... 23
17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte ... 23
17.1.1 Qualitätsvertrag KVG 58a ... 23
17.1.2 Evaluation KIS ... 23
17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025 ... 23
17.2.1 TKL 2 - Halbtagesprogramm ... 23
17.2.2 Einführung MIS ... 23
17.2.3 ERP Migration ... 23
17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte ... 23
17.3.1 keine weiteren Zertifizierungsprojekte ... 23
18 Schlusswort und Ausblick ... 24
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot ... 25
Psychiatrie ... 25
Herausgeber ... 26

1 Einleitung

Geschichte der Klinik Im Hasel

Die Klinik Im Hasel wurde 1973 am Standort Gontenschwil eröffnet, 1990 erweitert und 2010 umfassend saniert. In ihrer 50-jährigen Geschichte entwickelte sie sich zur führenden Institution der stationären Behandlung von Menschen mit Substanzstörungen im Kanton Aargau. Zur Leistungserweiterung wurde 2011 das Ambulatorium in Lenzburg eröffnet, und im Jahr 2014 folgte die Einweihung der Tagesklinik in Lenzburg. Im Dezember 2020 erfolgte am Standort in Gontenschwil ein Ausbau der Bettenanzahl von 60 auf 72 Betten und am Standort in Lenzburg wurden die ambulanten Bereiche erweitert.

Die Klinik Im Hasel AG wurde zum 1.1.2014 als gemeinnützige AG gegründet. Die Von Effinger Stiftung besitzt 100% der Anteile. Die Klinik Im Hasel betreibt die Einrichtungen: die stationäre Therapie Klinik Im Hasel Gontenschwil (KHG), das Ambulatorium Lenzburg (AML), das Traumaambulatorium Baden (TAB) sowie die Tagesklinik Lenzburg (TKL).

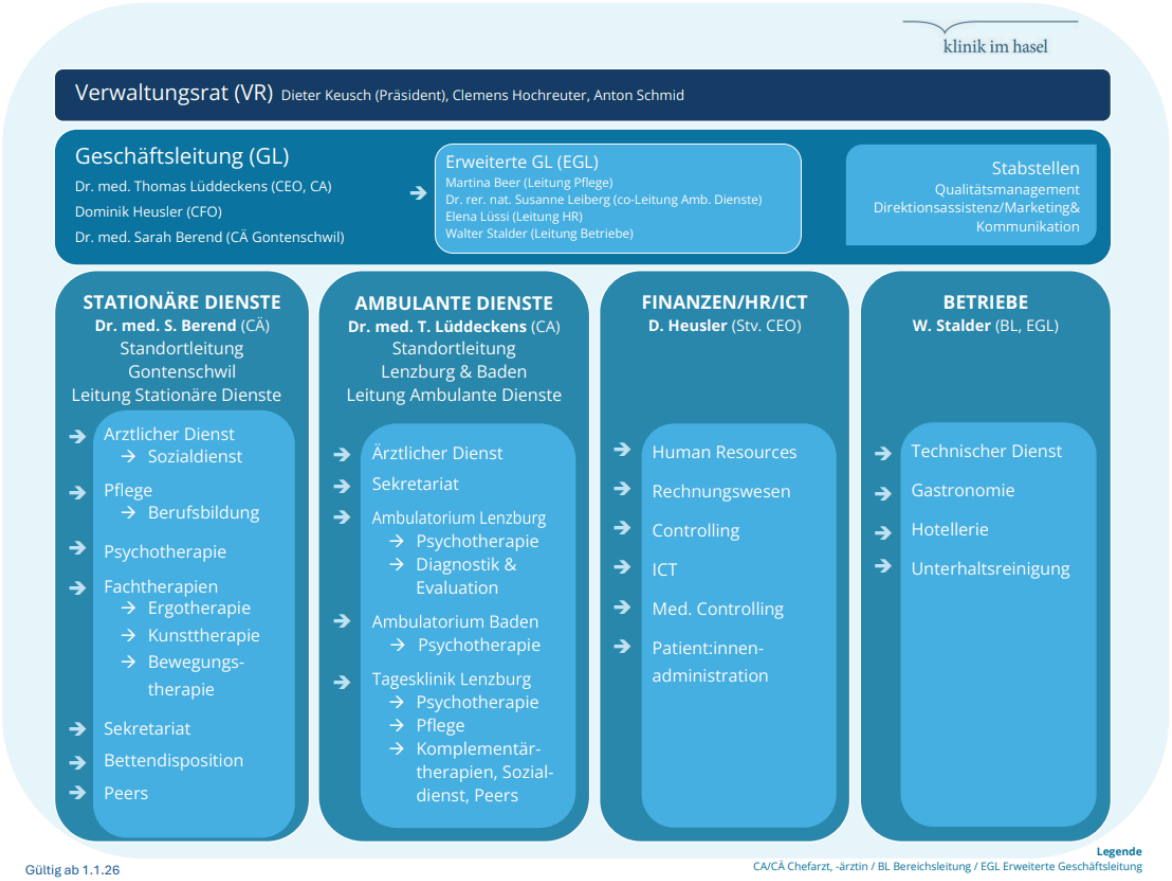
Leitbild der Klinik Im Hasel AG

Unserem therapeutischen Handeln liegt ein humanistisches, von Empathie getragenes Menschenbild zugrunde. Wir respektieren unsere Patientinnen und Patienten als vollständiges, gleichwertiges Gegenüber, versuchen ihre Gefühle und Bedürfnisse verstehend wahrzunehmen und sie auf dem Weg aus der Sucht zu mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu begleiten. Unsere Einrichtung geht sensibel mit der oftmals von Opfer- und Gewalterfahrung geprägten Lebensgeschichte um und hilft den Patientinnen und Patienten dabei, neue sichere Wege zu gehen. Wir anerkennen die Vielfalt der Weltanschauungen, der religiösen Ausrichtungen, der Werte und Lebensziele und begegnen diesen mit Respekt und Toleranz. Wir sind offen für die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe. Die rollen- und geschlechtsspezifischen Bedürfnisse werden im therapeutischen Prozess berücksichtigt. Wir begleiten unsere Patientinnen und Patienten in ihrem Therapieprozess respektvoll und engagiert und unterstützen so ihre Genesung.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Der CEO ist der Qualitätsleiter und sichert das Qualitätsmanagement auf der obersten Ebene ab. Die Qualitätsmanagerin ist für die Betreuung der internen und externen Audits sowie für die Unterstützung der Linien zu Qualitäts- und Managementfragen verantwortlich. Die Bereichsverantwortlichen übernehmen für ihre Abteilungen die inhaltliche Verantwortung und erstellen mit ihrem Team alle notwendigen Prozesse und Hilfsmittel.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. Thomas Lüddeckens
CEO
062 738 60 02
tlueddeckens@kih.ch

Frau Julia Schlundt
Qualitätsmanagerin
062 738 63 92
jschlundt@kih.ch

3 Qualitätsstrategie

Die KIH ist seit dem Jahr 2003 ISO 9001 und QuaTheDa zertifiziert. Die Qualitätsnorm ISO 9001:2015 wird jährlich mit einem Aufrechterhaltungsaudit und alle 3 Jahre mit einem Rezertifizierungsaudit geprüft. Mit der QuaTheDA-Zertifizierung wird attestiert, dass die zertifizierte Suchthilfeeinrichtung die Qualitätsanforderungen des Basismoduls und mindestens eines der zehn Dienstleistungsmodule des QuaTheDA-Referenzsystems erfüllt.

Bewährte Instrumente zur Qualitätssicherung sind interne Qualitäts- und Prozessaudits, das Critical Incident Reporting System (CIRS), das Beschwerdemanagement sowie die Zufriedenheitsbefragungen. Diese Instrumente sind Teil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Das Qualitätsmanagementsystem (QMS) unterstützt dabei die Prozess- und Ergebnisqualität systematisch zu verbessern und sicherzustellen. Dazu werden Prozesse anhand des Behandlungspfades interdisziplinär dargestellt und mit den dazugehörigen Dokumenten verknüpft, um klare Standards und Verfahren festzulegen. Dies schafft Transparenz und Vergleichbarkeit mit anderen Leistungserbringern.

Die KIH evaluiert kontinuierlich das Therapie- und Behandlungsangebot mithilfe der mehrmaligen Nachbefragung (Katamnese) aller Patientinnen und Patienten zu Therapieerfolg und Zufriedenheit der Behandlung. Seit 2005 untersucht die KIH mithilfe des Instruments QuaTheSI ebenfalls die Zufriedenheit der Patienten mit der Einrichtung und der dort erhaltenen Beratung, Betreuung oder Behandlung. Mithilfe dieser Auswertungen wird die Patientenzufriedenheit an nationalen, unabhängigen ausgewerteten Qualitätsmessungen überprüft und sichergestellt.

Des Weiteren nimmt die KIH seit dem Jahr 2012 auch an den nationalen Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des „Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken“ (ANQ) teil. ANQ ist ein Indikator für die Ergebnisqualität (Differenzwerte der Symptombelastung zwischen Klinikeintritt und -austritt).

Vierteljährlich tauscht sich die KIH über die Kontaktgruppe Qualität, mit anderen Aargauer Kliniken Qualitätsthemen aus. Die Kontaktgruppe steht unter der Leitung des DGS, Leistungs- und Qualitätscontrolling. Auch über die Kantonsgrenze hinweg pflegt die KIH den Austausch zum Thema Qualität mit anderen Kliniken.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

Im Bereich der Qualitätsentwicklung wurden im Berichtsjahr 2025 folgende Unternehmensziele umgesetzt:

Qualitätsmanagement
Unsere Zertifizierungen gemäss den Standards ISO 9001:2015 und QuaTheDa wurden geprüft und verlängert.

Leistungsentwicklung
Projektstart stationäre Kurzzeittherapie und Erweiterung Trauma in Q3 2025 erfolgt.
Tagesklinische Angebotserweiterung erfolgreich realisiert. Betriebsstart geglückt, Leistungsziele 2025 übertroffen.

Personalentwicklung
Absenzenmanagement wurde ausgerollt/geschult. Kennzahlenreporting noch offen.
Arbeitsgruppe für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz wurde gegründet.

Massnahmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden umgesetzt.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

Im Bereich der Qualitätsentwicklung wurden im Berichtsjahr 2025 folgende Unternehmensziele umgesetzt:

- *Aufbau und Etablierung des neuen tagesklinischen Angebots (Neues Halbtagesprogramm)*
- *Digitalisierung: Upgrade des ERP Systems (Applikationsstrategie)*
- *Überarbeitung der aktuellen Prozesslandkarte*
- *Etablierung des Absenzen Managements*
- *Weiterentwicklung Akademie: Zielgerichtete Weiterbildungen (intern und extern)*
- *Öffentlichkeitsarbeit verstärkt - Präsenz an Kongressen, Vertretung in Fachorganisationen*

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Über die Qualitätsentwicklung der nächsten Jahre gibt der Business Plan detaillierte Auskunft.
Die Jahresziele für das Jahr 2026 sind Bestandteil der Strategieentwicklung.

- *Bauprojekt: Neubauprojekt zur nachhaltigen Verbesserung der strukturellen und prozessualen Versorgungsqualität*
- *Qualitätsvertrag: Planung und Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahmen in den entsprechenden Handlungsfeldern*

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG

Deklaration und Publikation der Qualitätsentwicklung nach QV Art.58a KVG: Stand Ende Jahr (31.12.2025).

Selbstdeklaration[1]: 27.11.2025		**Externe Überprüfung QV58a KVG[2]**			
		Ergebnis		Prüfstelle	Kommentar Spital
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	✓	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Qualitätszirkel	✓				
Patientensicherheit	-	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Medication Review	◌				
▪ Sturzprävention	◌				
▪ Systematische Suizidprävention	◌				

Erläuterungen

Die Selbstdeklaration (1) erfolgt jährlich. Die Spitäler und Kliniken deklarieren, welche Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) sie umsetzen und welchen Implementierungsstand diese haben. Zudem geben sie auch Auskunft darüber, welchen Implementierungsstand die Qualitätskonzepte pro Handlungsfeld haben: ◌ = in Umsetzung, ✓ = umgesetzt.

Alle Spitäler und Kliniken sollen zudem mindestens alle 8 Jahre an einer externen Überprüfung (2) teilnehmen. Die Auswahl erfolgt sowohl nach Zufallsprinzip als auch aufgrund von ANQ-Messergebnissen. Ergebnisse der externen Überprüfung werden jeweils nur während zwei Jahren nach der Durchführung online publiziert:
Dimension kontinuierliche Verbesserung 1: Fehlende Implementierung / 2: Umsetzungsplan mit angemessenem Zeitplan vorhanden (Plan) / 3: Mindestanforderungen sind implementiert (Do) / 4: Die Wirksamkeit wird überprüft (Check) / 5: Korrekturmassnahmen werden definiert und umgesetzt (Act)

Dimension Betriebsdurchdringung 1: Fehlende Implementierung / 2: Mind. 1 Pilotbereich / 3: Einführung in mind. 50% der Bereiche / 4: Einführung in mind. 75% der Bereiche / 5: Vollständige Einführung

4.2 Teilnahme an nationalen Messungen

Im ANQ sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorinnen- und direktorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen prio.swiss und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen (Outcome) in Spitälern und Kliniken und die vergleichende Ergebnispublikation. Ziel ist es, ein innovatives Leistungsangebot für Mitglieder und die ihnen angeschlossenen Organisationen sicherzustellen, um sie bei ihren Aufgaben zur Etablierung einer wirkungsvollen, patientenorientierten Qualitätsentwicklung zu unterstützen. 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 wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Psychiatrie
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung psychischer Störungen

4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ ANQ

4.4 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:
Patientenerfahrung
▪ QuaTheSi
▪ Zuf8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit
▪ Katamnese

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung
▪ Erfassung FU Massnahmen

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Bauprojekt Girandola

Ziel	*neu ausgebaute Infrastruktur*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Klinik Im Hasel Gontenschwil*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*2026 - 2030*
Begründung	*Erneuerung der stationären Therapie*

Applikationsstrategie

Ziel	*Digitalisierung in allen Bereichen*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Klinik Im Hasel*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*2024 - 2028*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*

Qualitätsvertrag

Ziel	*kontinuierlicher Verbesserungsprozess*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Klinik Im Hasel*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*2025*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*kontinuierlicher Verbesserungsprozess anhand der vorgegebenen Handlungsfelder*

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

QMS Weiterentwicklung

Ziel	*kontinuierlicher Verbesserungsprozess*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Klinik im Hasel*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*2023*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*
Begründung	*Überarbeitung des Prozessmanagements*

4.5.1 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 *2006* 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.

4.6 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	*2015*

4.7 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**
ISO 9001:2015	*Suchthilfe*	*2006*	*2025*	*nächste Rezertifizierung 2028*
QuaTheDA:2020(B, I, II, III)	*Suchthilfe*	*2006*	*2025*	*nächste Rezertifizierung 2028*

QUALITÄTSMESSUNGEN

Erhebung der Patientenerfahrung

5 Patientenerfahrung

PREMs (Patient Reported Experience Measures) machen die Patientenperspektive sichtbar und zeigen, wie Patientinnen und Patienten die erbrachten Gesundheitsleistungen erleben. Die Befragungsergebnisse bieten den Spitälern und Kliniken eine verlässliche Basis, um Massnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustossen, ihre Dienstleistungen weiterzuentwickeln und die Patientenzentriertheit zu stärken.

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 QuaTheSi

QuaTheSI untersucht die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit der besuchten Suchthilfeeinrichtung und der dort erhaltenen Beratung, Betreuung oder Behandlung. Das Projekt ist ein Bestandteil von QuaTheDA, dem Qualitätssicherungssystem des BAG für Institutionen der Suchttherapie.

QuaTheSI-online richtet sich an Institutionen, die im Suchtindex.ch von Infodrog erfasst sind oder über eine QuaTheDA-Zertifizierung verfügen, die Möglichkeit, ihr Angebot aus Sicht ihrer Klientschaft beurteilen zu lassen, sich mit ähnlichen Institutionen zu vergleichen und Verbesserungspotenziale zu identifizieren

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Es nahmen die ambulanten und tagesklinischen Standorte der Klinik im Hasel an der Befragung teil.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden intern im Managementreview beurteilt und Massnahmen zur Verbesserung abgeleitet.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	*ISGF, Institut für Suchtforschung*
Methode / Instrument	*QuaTheSi-I-40*

5.1.2 Zuf8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit

Der Fragebogen Zuf8 erhebt mittels 8 Fragen die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Die interne Evaluation ist Bestandteil der Austrittsdiagnostik und wurde in der Tagesklinik Lenzburg durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	*Auswertung im Haus*
Methode / Instrument	*Zuf 8, nach Schmidt und Wittmann*

5.1.3 Katamnese

Die Klinik im Hasel erhebt bei allen Patient:innen nach 3, 6 und 12 Monaten einen intern entwickelten Katamnesefragobogen. Dieser erlaubt Aussagen in Bezug auf den individuellen Behandlungserfolg zu machen und dient der ständigen Weiterentwicklung der Behandlung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Klinik Im Hasel Gontenschwil

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um ein internes Evaluationsinstrument.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Im Hasel AG
Klinik Im Hasel AG
Dr. Thomas Lüddeckens
CEO
062 738 60 00
beschwerden@kih.ch

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Mitarbeiterbefragung: Job Stress Analysis

- *Die gesundheitszentrierte Mitarbeitendenbefragung mittels „Job Stress Analysis“ von Gesundheitsförderung Schweiz fand vom 22. Mai bis 10. Juni 2024 mit einer Rücklaufquote von 52% statt.*
- *Im Nachfolgeprozess wurden in den Teams Fokusgruppen gebildet, um in den Austausch zu kommen und Ziel war es die Ursachen und Hintergründe zu analysieren sowie Sammlung von Lösungansätzen zu priorisierten Aspekten. Ebenso die Ableitung von direkt umsetzbaren Massnahmen/ Quick-Wins*
- *In den Fokusgruppen wurden insgesamt über 50 kleinere und grössere Verbesserungsmöglichkeiten gesammelt. Einige waren teamspezifisch, andere wiederum betrafen die ganze KIH*

Unter anderem wurden folgende Massnahmen im Jahr 2025 umgesetzt:

- *Implementierung eines Absenzenmanagements*
- *Durchführung einer Online-Workshop Serie zum Thema Stress & Erholung für alle Mitarbeitenden*
- *Stärkung des internen Weiterbildungsangebotes*

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr *2024* durchgeführt.
Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr *2027*.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	*Gesundheitsförderung Schweiz*
Methode / Instrument	*Online-Fragebogen (anonym)*

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzt:innen und niedergelassene Spezialärzt:innen) eine wichtige Rolle. Viele Patient:innen lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweisenden den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patient:innen empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserzufriedenheit

Die Zuweiserbefragung wird regelmässig, alle drei Jahre, durchgeführt.
Das Ziel dabei ist die Zusammenarbeit und die zusammenhängenden Prozesse mit unseren Zuweisern zu evaluieren und entsprechend zu verbessern.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr *2024* durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr *2027*.
Die Zuweiserumfrage wird für alle Klinikstandorte erhoben.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	*Findmind*
Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

Psychiatriespezifische Messungen

Der ANQ-Messplan Psychiatrie wurde im Juli 2012 für die stationäre Erwachsenenpsychiatrie eingeführt und ein Jahr später auf die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgeweitet. In beiden Bereichen – der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie – wird die Symptombelastung gemessen und ihre Veränderung während des stationären Aufenthalts erfasst. Dabei werden sowohl die Einschätzungen der Behandelnden als auch die der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Zusätzlich werden die Art und Häufigkeit von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen dokumentiert. Bei den Messungen handelt es sich um Vollerhebungen. Die erhobenen Daten werden einmal pro Jahr ausgewertet.

Die Messergebnisse der Erwachsenenpsychiatrie werden stratifiziert und getrennt nach Kliniktypen ausgewiesen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt keine Stratifizierung.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung

14.1 Symptombelastung psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Symptombelastung zeigt Anzahl und Schweregrad der Symptome einer psychischen Störung. Die Messung erfolgt anhand einer Fremd- und Selbstbeurteilung. Zur Fremdbeurteilung wird der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) im Erwachsenenbereich und der Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) verwendet. Die Selbstbeurteilung wird in der forensischen Psychiatrie und in der Alterspsychiatrie nicht erhoben. Bei den weiteren Kliniken des Erwachsenenbereichs wird die Symptombelastung bei den Patientinnen und Patienten mit der Brief-Symptom-Checklist (BSCL) erfasst. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird die Selbstbeurteilung der Symptombelastung mit der Health oft he Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating (HoNOSCASR) erhoben. Aus der Fremd- und Selbstbeurteilung ergibt sich ein Differenzwert, der die Veränderung der Symptombelastung abbildet. Ein höherer Differenzwert weist auf eine höhere Wirksamkeit der Behandlung hin als ein tieferer.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ verfügbar.

Zu den Messergebnissen:

- Kliniken zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen

14.2 Eigene Messung

14.2.1 Erfassung FU Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen sind in unserer Organisation sehr selten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen sind in unserer Organisation sehr selten.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 Qualitätsvertrag KVG 58a

Der Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG (QV58a) verpflichtet die Einrichtungen, anerkannte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit umzusetzen, deren Umsetzung über Selbstdeklarationen und Audits überprüft wird.

17.1.2 Evaluation KIS

Evaluation KIS - Neu Evaluation aufgrund Ablösung per Ende 2027

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 TKL 2 - Halbtagesprogramm

- erfolgreicher Aufbau und Etablierung des neuen Angebotes

17.2.2 Einführung MIS

- Projekt mit TIP HCe
- Kernziele erreicht
- Erweiterung in Arbeit

17.2.3 ERP Migration

- Projektumsetzung erfolgte im Oktober 2025

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 keine weiteren Zertifizierungsprojekte

Keine weiteren Zertifizierungsprojekte.

18 Schlusswort und Ausblick

Informationen zum Geschäftsgang 2025 entnehmen Sie bitte dem offiziellen Geschäftsbericht auf der Website der Klinik Im Hasel.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: *Jahresbericht*

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

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 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

Die Qualitätsmessungen des **ANQ** wurden aufgenommen und sind im Qualitätsbericht beschrieben.

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.