PDAG

Für Ihre psychische Gesundheit

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	04.05.2026	Version 2
Durch:	Beat Schläfli, CEO	

Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)

Psychiatrie

www.pdag.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

Herr
Jonas Herzog
Leiter Qualitätsmanagement
056 462 27 71
jonas.herzog@pdag.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 15
4.6 Registerübersicht
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.
4.7 Zertifizierungsübersicht 16
QUALITÄTSMESSUNGEN **19**
Erhebung der Patientenerfahrung **20**
5 Patientenerfahrung **20**
5.1 Eigene Befragung 20
5.1.1 PoC18 stationär 20
5.1.2 Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 20
5.2 Beschwerdemanagement 21
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern **22**
6.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für Kinder / Jugendliche / Eltern 0
7 Mitarbeitendenzufriedenheit **23**
7.1 Eigene Befragung 23
7.1.1 Mitarbeitenden-Befragung 23
8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.
Behandlungsqualität **24**
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 **24**
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung **24**
14.1 Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie 24
14.2 Symptombelastung psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie 25

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
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

17 Projekte im Detail **26**
17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 26
17.1.1 Aufbau eines digitalen Qualitätsdashboards 26
17.1.2 ProMo 26
17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025 27
17.2.1 Sturzprävention 27
17.2.2 Mitarbeitendenbefragung 27
17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 28
17.3.1 EFQM Re-Zertifizierung 2027 28

18 Schlusswort und Ausblick **29**

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot **30**
Psychiatrie 30

Herausgeber **31**

1 Einleitung

Die Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG) untersuchen, behandeln und betreuen psychisch kranke Menschen aller Altersgruppen mit sämtlichen psychiatrischen Krankheitsbildern. Ein massgeschneidertes Angebot – ob ambulant, aufsuchend oder stationär – garantiert die Behandlungsart, die zum Patienten, seiner Krankheit und Lebenssituation passt. Unsere Psychiater erstellen zudem Gutachten, beispielsweise in Rechtsfällen (Forensische Psychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie, Alters- und Neuropsychiatrie sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) und können von somatischen Spitälern und Heimen beigezogen werden. Die Konsiliar- und Liaisondienste versorgen die Spitäler und die Pflegeinstitutionen im Kanton und sind an den Kantonsspitälern Aarau, Baden und Zofingen permanent vor Ort verfügbar, auch für Kinder und Jugendliche.

Die PDAG gewährleisten die psychiatrische Grundversorgung sowie den Notfalldienst und die Krisenintervention während 24 Stunden an 365 Tagen für die Kantonsbevölkerung. Zu den PDAG gehören die vier Kliniken

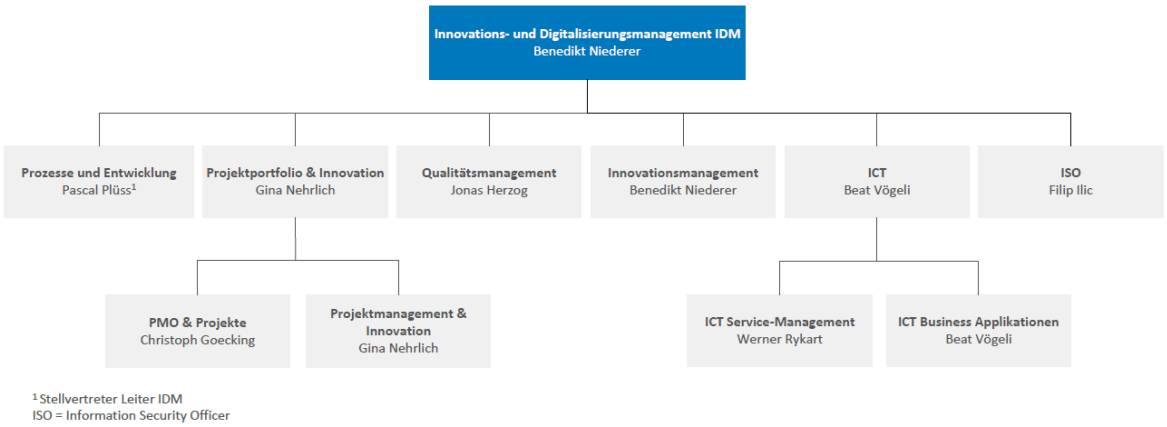
> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
> Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie
> Klinik für Forensische Psychiatrie
> Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Seit 2004 sind die PDAG eine Aktiengesellschaft im Eigentum des Kantons Aargau. Für die PDAG arbeiten über 1'800 Personen in über 40 Berufen. Die PDAG sind ebenfalls Aus- und Weiterbildungsort für Ärzte, Pflegepersonal und weitere Berufe. Im September 2011 wurden die PDAG zum Akademischen Lehrspital der Universität Zürich ernannt.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Gültig ab 01. November 2025

Das Qualitätsmanagement ist im Querschnittsbereich Innovations- und Digitalisierungsmanagement (IDM) angesiedelt.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt ***100*** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Jonas Herzog
Leiter Qualitätsmanagement
+41 56 462 27 71
jonas.herzog@pdag.ch

3 Qualitätsstrategie

Die Unternehmensstrategie der PDAG definiert die strategische Ausrichtung und bildet den verbindlichen Rahmen für die Weiterentwicklung von Qualität und Leistungserbringung. Die darin festgelegten strategischen Ziele sowie die gemeinschaftlich in der PDAG erarbeiteten und gelebten Werte dienen als Orientierung für das tägliche Handeln. Sie schaffen die Grundlage für eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte und nachhaltige Versorgung und unterstützen die kontinuierliche Sicherung und Weiterentwicklung der Behandlungsqualität sowie die gezielte Verbesserung des Erlebnisses der Patientinnen und Patienten.

Die vier strategischen Ziele der PDAG

Patienten und Partnerschaften
Wir kennen oder antizipieren die Erwartungen unserer Patientinnen und Patienten sowie Partner und beziehen diese bei der Weiterentwicklung mit ein.

Mitarbeitende
Die PDAG positionieren sich als attraktive Arbeitgeberin.

Prozesse und Innovation
Strukturen, Prozesse und digitale Lösungen werden mit dem Ziel weiterentwickelt, die Produktivität zu erhöhen.

Wirtschaftlichkeit
Wir erwirtschaften genügend Mittel, um finanziell unabhängig zu bleiben und unsere Weiterentwicklung aus eigener Kraft finanzieren zu können.

Auszug aus der Unternehmensstrategie 2025 - 2029.

Die Werte der PDAG

Vertrauen
Wir leben Loyalität und professionelle Zusammenarbeit – sie sind das Fundament unseres Vertrauens.

Engagement
Wir arbeiten gemeinsam mit Herz und Kompetenz.

Mut
Wir bringen unsere Ideen und Meinungen unvoreingenommen und ehrlich ein und schaffen so Raum für ergebnisoffene Prozesse.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

Folgende Projekte und Schwerpunkte gab es im Jahr 2025:

Strukturqualität
- *Umsetzung und Weiterentwicklung des organisationsweiten Qualitätsmanagementsystems gemäss den Anforderungen des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG inkl. Governance, Gremienstruktur und systematischem PDCA-Zyklus*
- *Einführung und verbindliche Nutzung des BIC Prozessportals als zentrale Plattform für Prozess-*

und Dokumentenmanagement

Prozessqualität

- *Verbindliche Modellierung, Pflege und Anwendung der klinischen und administrativen Kernprozesse mit klar definierten Prozessverantwortlichkeiten*
- *Systematische Nutzung des CIRS sowie strukturiertes Massnahmen- und Wirksamkeitscontrolling zur Stärkung der Sicherheits- und Lernkultur*
- *Weiterentwicklung und Vereinheitlichung der Prozesse in den Bereichen Sturzprävention und Mitarbeitendenbefragung*

Ergebnisqualität

- *Durchführung und Auswertung der nationalen Qualitätsmessungen (ANQ) sowie Ableitung konkreter Verbesserungsmassnahmen*
- *Nutzung von Qualitäts- und Ergebniskennzahlen aus Messungen und Befragungen zur Festlegung von Qualitätsschwerpunkten und zur gezielten Weiterentwicklung der Behandlungsqualität*
- *Verständliche Darstellung der wichtigsten Qualitätsergebnisse für Führungsgremien und klinische Bereiche zur Förderung von Transparenz und kontinuierlichem Lernen*

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

- *BIC Prozessportal als zentrales System für Prozessmanagement verbindlich eingeführt*
- *CIRS konsequent genutzt und Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit umgesetzt*
- *Erweiterung des Meldesystems durch "Strafanzeige gegen Patient" zum erweiterten Schutz der Mitarbeitenden*
- *Konzept Mitarbeitendenbefragung entwickelt und im Alltag verankert*
- *Konzept Sturzprävention entwickelt und im Alltag verankert*
- *Nationale Qualitätsmessungen (ANQ) vollständig durchgeführt und ausgewertet*
- *Qualitätsergebnisse für Führung und klinische Bereiche verständlich aufbereitet und genutzt*

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Qualitätsentwicklung der Psychiatrischen Dienste Aargau AG ist darauf ausgerichtet, das etablierte Qualitätsmanagementsystem weiter zu festigen, die Umsetzung im klinischen Alltag zu vertiefen und die Wirksamkeit der Qualitätsmassnahmen kontinuierlich zu überprüfen. In den kommenden Jahren stehen insbesondere folgende Schwerpunkte im Fokus:

- ***Weiterentwicklung und nachhaltige Verankerung des Qualitätsmanagementsystems** gemäss den Anforderungen des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG, inklusive regelmässiger Überprüfung und Anpassung der Qualitätsziele.*
- ***Weiterführung und Ausbau des organisationsweiten Prozessmanagements**, insbesondere durch die Pflege und Aktualisierung der Prozesslandkarte sowie die konsequente Nutzung des BIC Prozessportals als zentrale Plattform und Erweiterung durch das Dokumentenmanagement*
- ***Stärkung der Patientensicherheit**, unter anderem durch die kontinuierliche Nutzung und Weiterentwicklung des CIRS sowie die regelmässige Überprüfung risikorelevanter Prozesse.*
- ***Gezielte Nutzung von Qualitäts- und Ergebnisdaten** aus nationalen Messungen, Meldesystemen und Befragungen zur Steuerung der Qualitätsentwicklung und zur Festlegung von Verbesserungsschwerpunkten.*
- ***Weiterentwicklung der Qualitätskultur**, insbesondere durch Schulungen, transparente Kommunikation von Qualitätsergebnissen und die aktive Einbindung der Mitarbeitenden in Verbesserungsprozesse.*

Die Planung der Qualitätsentwicklung erfolgt im Rahmen des etablierten kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (PDCA-Zyklus) und wird regelmässig durch die Führungsgremien überprüft und angepasst.

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]: 03.12.2025		**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	✓				
Patientensicherheit	-	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen	◌				
▪ 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
– Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)
– Symptombelastung psychischer Störungen
▪ Kinder- und Jugendpsychiatrie
– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für Kinder / Jugendliche / Eltern
– Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)
– 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:
▪ Qualitätsbericht nach Struktur von H+ erstellen

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
▪ PoC18 stationär
▪ Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Aufbau und Weiterentwicklung des Qualitätsdashboards

Ziel	*Darstellung behandlungsrelevanter Indikatoren in einem übersichtlichen Dashboard*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Kernprozess / Kliniken*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*01.10.2023 - 31.03.2026*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Durch die Visualisierung der Daten können jederzeit die aktuellsten Informationen / Kennzahlen zur Verfügung gestellt werden.*
Involvierte Berufsgruppen	*Ärzte, Pflege, Controlling, IT, Qualitätsmanagement*

Neukonzeptionierung des Beschwerdemanagements

Ziel	*Rückmeldungen (z. B. Beschwerden oder auch Lob) werden systematisch bearbeitet und für Verbesserungsaktivitäten genutzt*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Gesamte PDAG*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*01.01.2024 - 31.12.2026*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Das bisherige Beschwerdemanagement-Konzept soll überprüft und an neue Begebenheiten angepasst werden.*
Involvierte Berufsgruppen	*Qualitätsmanagement, CEO, div. Kadermitarbeitende*

ProMo

Ziel	*Neupositionierung Prozessmanagement und Aufbau einer PDAG-weiten Prozesslandkarte mit Dokumentation der Kernprozesse*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Gesamte PDAG*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*01.01.2024 - 31.12.2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Standardisierung der Prozesse, Steigerung der Qualität, Effektivität und Effizienz*
Methodik	*St. Galler Managementmodell und BPMN 2.0*
Involvierte Berufsgruppen	*Prozessmanagement und gesamtes Unternehmen*

Neubau Apotheke inkl. Kommissionierautomat

Ziel	*Neukonzeptionierung Apotheke, Innenausbau und neues Raumlayout inkl. Kommissionierautomat & Digitalisierung des Medikationskreislaufes.*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Apotheke*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*01.05.2024 - 30.06.2026*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Verbesserung Effizienz und Effektivität*
Methodik	*Automatisierung*
Involvierte Berufsgruppen	*Apotheke und Pflege*

Henry

Ziel	*KI Unterstützte Berichterstellung für Fallführende*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Gesamt PDAG*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*01.08.2024 - 31.12.2026*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Qualitätssteigerung Berichte und Entlastung der Mitarbeitenden*
Methodik	*Digitalisierung*
Involvierte Berufsgruppen	*Fallführende, IT, KI-Spezialisten*

Zuweisermanagement

Ziel	*Zuweiserbefragung durchführen, Zuweiserverzeichnis erstellen, Zuweiserprozess optimieren*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Kommunikation*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*01.01.2026 - 30.12.2026*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Effizienzsteigerung und Erfassung der Zufriedenheit der Zuweiser.*
Methodik	*Befragung und Konzeptionierung*
Involvierte Berufsgruppen	*Zuweiser, Kommunikation, Kliniken*

Bemerkungen

Es laufen diverse Aktivitäten und Projekte, die in der Regel alle Einfluss auf die Versorgungs- und Arbeitsqualität in den PDAG haben. Ein internes

Projektcontrolling stellt deren Verbindlichkeit und Zielerreichung sicher.

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 *2012* 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.

4.7 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**
EFQM	*ganzes Unternehmen*	*2010*	*2024*	*Recognised as a 4-star organisation*
Stiftung Natur & Wirtschaft	*Ganzes Unternehmen*	*-*	*-*	*Zertifikat für die naturnahe Gestaltung des Areals Königsfelden*
Eurofins (Lebensmittelsicherheit)	*Ganzes Unternehmen*	*2023*	*2025*	*Zertifikat im Bereich Lebensmittelsicherheit (freiwillige, jährliche externe Überprüfung*
EnAW	*Ganzes Unternehmen*	*-*	*-*	*Zertifikat Energie-Agentur der Wirtschaft: Freiwilliger Klimaschutz und Energieeffizienz (Freiwillige Teilnahme am Programm zur Reduktion der CO2-Emissionen und zur Optimierung der Energieeffizienz*
REKOLE (H+)	*Finanzen*	*2011*	*2023*	*Die Kosten- und Leistungsabrechnung der PDAG erfüllt die Anforderungen der Zertifizierungsrichtlinien für betriebliches Rechnungswesen Spital; Zertifikat gültig bis 2027*
Branchenlösung H+	*Ganzes Unternehmen*	*-*	*2023*	*Regelhafte Externe Audits, Jahr*
Fourchetta verte Kleinkinder	*Kindertagesstätte der PDAG*	*2021*	*2023*	*Regelhafte Externe*

				Überprüfung
Netzwerk Bildungshort Kita	*Kindertagesstätte der PDAG*	*-*	*2020*	*Re-Zertifizierung 2025*
Verband Kindertagesstätte der Schweiz KiTaS	*Kindertagesstätte "Villa Regenbogen"*	*2012*	*2022*	*Regelhafte Externe Überprüfung*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte	*SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte Zentrum für Konsiliar-Liaisonpsychiatrie und Psychosomatik - Ambulatorien*	*-*	*-*	*Kategorie A – Psychiatrie und Psychotherapie*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte	*Fachbereich Allgemeine Innere Medizin; Klinik für Konsiliar-, Alters- u. Neuropsychiatrie*	*-*	*-*	*Kategorie C Allgemeine Innere Medizin*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte	*Bereich Forensische Psychiatrie*	*-*	*-*	*Kategorie A Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungsstätte	*Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen stationär*	*-*	*-*	*Kategorie A – stationär und ambulant*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte	*Zentrum Psychiatrie und Psychotherapie ambulant*	*-*	*-*	*Kategorie A Psychiatrie und Psychotherapie*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte	*Kriseninterventions- und Triagezentrum, ambulant*	*-*	*-*	*Kategorie A – Psychiatrie und Psychotherapie*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte	*Kriseninterventions- und Triagezentrum, stationär*	*-*	*-*	*Kategorie C – Psychiatrie und Psychotherapie*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte	*Zentrum Psychiatrie und Psychotherapie stationär*	*-*	*-*	*Kategorie A Psychiatrie und Psychotherapie*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte	*Klinik für Konsiliar-, Alters- u. Neuropsychiatrie, Zentrum für Alterspsychiatrie*	*-*	*-*	*Kategorie A Alterspsychiatrie und-psychotherapie*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte	*Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie; Zentrum für Alterspsychiatrie*	*-*	*-*	*Kategorie B Konsiliar und Liaisonpsychiatrie*
SIWF-Anerkannte Weiterbildungstätte	*Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*	*-*	*-*	*Kategorie A Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie*
SGIP-Anerkannte Weiterbildungsstätte	*Interventionelle Psychiatrie, Zentrum Psychiatrie und Psychotherapie*	*-*	*-*	

CBASP-Zertifizierung (DsG-CBASP)	*Zentrum für spezialisierte Psychotherapie und Psychosomatik ZPP (KPP 7)*	*2025*	*-*	*Erste von der Deutschsprachigen Gesellschaft für CBASP zertifizierte Station in der Schweiz*

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 PoC18 stationär

Die Messung läuft durchgehend im stationären Bereich der KPP und KAN. Alle erwachsenen Patientinnen und Patienten, die austreten, erhalten den Fragebogen (ausser Forensik, Demenz-Patienten und Verstorbene). Durch die Rückmeldungen, welche den einzelnen Kliniken zugeordnet werden können, sind konkrete Verbesserungen in unseren Prozessen möglich.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Erwachsenenpsychiatrie (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie) stationär.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse wurden intern diskutiert und Verbesserungsmassnahmen definiert. Details können auf Anfrage bei der Verantwortlichen des Qualitätsmanagements bezogen werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	*CareMetrics*
Methode / Instrument	*POC(-18)*

5.1.2 Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der ANQ führt alle zwei Jahre eine Befragung zur Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch (vgl. Abschnitt «Nationale Patientenbefragung der Psychiatrie für Kinder und Jugendliche»).
Die PDAG führen diese Befragung laufend - also nicht nur alle zwei Jahre - durch. Somit wurde die Behandlungszufriedenheit in der KJP (Kinder/Jugendliche sowie Eltern) auch im Berichtsjahr erhoben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden zum Zeitpunkt dieser Berichtsschreibung noch analysiert.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	*w hoch 2 / ANQ*
Methode / Instrument	*Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)
Beschwerdemanagement
Jonas Herzog
Leiter Qualitätsmanagement
056 462 27 71
ihremeinung@pdag.ch
Montag bis Freitag, Bürozeiten

6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern

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

6.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für Kinder / Jugendliche / Eltern

Seit Januar 2021 erheben Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) die Zufriedenheit ihrer jungen Patientinnen und Patienten sowie deren Eltern. Es gibt zwei Fragebogenversionen, einer für die Kinder/Jugendlichen und einer für die Eltern. Sie sind ähnlich aufgebaut und strukturiert.

- **Fragebogen Kinder/Jugendliche**
  26 Fragen, die mit Hilfe einer 5er-Skala (zufrieden / nicht zufrieden) beantwortet werden können, dazu drei offene Fragen: Total 29 Fragen, eingeteilt in acht Dimensionen.

- **Fragebogen Eltern**
  29 Fragen, die mit Hilfe einer 5er-Skala beantwortet werden können, dazu zwei offene Fragen: Total 31 Fragen, eingeteilt in sieben Dimensionen.

Messfrequenz

Da das Patientenkollektiv relativ klein ist, wird die Befragung während eines ganzen Jahres durchgeführt (1.1. bis 31.12.). Die Befragung startete im Jahr 2021 und findet jeweils im 2-Jahresrhythmus statt.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

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

Zu den Messergebnissen: Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)

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 Mitarbeitenden-Befragung

Ziel der Mitarbeitendenbefragung ist es, die Sicht der Mitarbeitenden systematisch zu erfassen und für die Qualitätsentwicklung nutzbar zu machen. Gemessen werden zentrale organisationale Rahmenbedingungen der Arbeitswelt, insbesondere zu Arbeitsinhalten, Zusammenarbeit, Führung, Unternehmenskultur, Anreizen sowie Wissens- und Informationsaustausch. Die Ergebnisse dienen der Identifikation von Verbesserungspotenzialen, der Ableitung von Massnahmen und der Überprüfung deren Wirksamkeit im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr *2024* durchgeführt.
Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr *2027*.
Die Mitarbeitendenbefragung wurde organisationsweit durchgeführt und richtete sich an alle Abteilungen, Bereiche und Professionen. Voraussetzung für die separate Auswertung war eine Mindestteilnahme von fünf Mitarbeitenden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	*icommit*
Methode / Instrument	*icommit*

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 Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbstoder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.
Mit dieser Messung ermittelt der ANQ jährlich den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer FM. FM werden unter Berücksichtigung des Kindes- und Erwachsenenschutzes eingesetzt, wenn Patientinnen und Patienten sich selbst oder Dritte gefährden. Die Messergebnisse müssen immer im Kontext betrachtet werden. Das heisst: Weniger FM bedeuten nicht automatisch eine bessere Behandlungsqualität. Im Rahmen der ANQ-Messungen werden folgende FM erfasst: Isolation (psychiatrischen oder infektiologischen/somatischen Gründen), Fixierung, Zwangsmedikation sowie zusätzlich in der Erwachsenenpsychiatrie Festhalten und Bewegungseinschränkungen im Stuhl und Bett.

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 der Akut- und Grundversorgung
- Kliniken mit Schwerpunktversorgung
- Kliniken der forensischen Psychiatrie
- Alterspsychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

14.2 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 der Akut- und Grundversorgung
- Kliniken mit Schwerpunktversorgung
- Kliniken zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
- Kliniken der forensischen Psychiatrie
- Alterspsychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 Aufbau eines digitalen Qualitätsdashboards

In einem digitalen Dashboard werden Kennzahlen abgebildet, die für die Steuerung der klinischen Prozesse relevant sind.

Die Geschäftsleitung der PDAG hat beschlossen ein Dashboard der Q-Daten in der bereits bestehenden Lösung Qlik Sense aufzubauen und einzuführen. Die Auswahl der KZ wurde interprofessionell und interdisziplinär getroffen, es wurden neun Kennzahlengruppen ausgewählt, welche in Etappen eingeführt werden.

Das erweiterte Qualitätsdashboard ist seit Ende 2024 produktiv und wird aktuell um weitere Kennzahlen erweitert.

17.1.2 ProMo

Projektart: Organisationsprojekt
Projektziel: Neupositionierung des Prozessmanagements sowie der Aufbau einer PDAG-weiten, einheitlichen Prozesslandkarte mit strukturierter Dokumentation der Kernprozesse. In einem zweiten Schritt erfolgt die systematische Migration der bestehenden prozessrelevanten Dokumente in die neue Struktur, mit dem Ziel, Transparenz, Aktualität, Auffindbarkeit und Verbindlichkeit der Dokumentation nachhaltig zu verbessern.
Methodik: HERMES
Involvierte Berufsgruppen: Gesamtes Unternehmen; alle Berufsgruppen (Ärzteschaft, Pflege, Therapeutinnen und Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration usw.)
Projektevaluation:
Das Projekt befindet sich aktuell in der Umsetzungsphase. Eine abschliessende Evaluation ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Entsprechend konnten bislang noch keine Massnahmen oder Konsequenzen abgeleitet werden.

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Sturzprävention

Projektart Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM) gemäss Art. 58a KVG

QVM: Sturzprävention

Projektziel: Reduktion von Sturzereignissen und Sturzfolgen sowie Stärkung der Patientensicherheit durch ein systematisches, evidenzbasiertes Vorgehen.

Projektablauf: Erarbeitung und Implementierung eines standortspezifischen Sturzpräventionskonzepts gemäss nationaler QVM. Umsetzung entlang des PDCA-Zyklus mit standardisierter Risikoerkennung, risikobasierten Präventionsmassnahmen, Poststurzanalyse, Austrittsplanung sowie regelmässigem Monitoring.

Involvierte Berufsgruppen: Ärzteschaft, Pflege, Therapeutinnen und Therapeuten (u. a. Physio-, Ergo-, Bewegungstherapie), Qualitätsmanagement.

Projektevaluation: Regelmässige Auswertung der Sturzkennzahlen und interdisziplinäre Diskussion der Ergebnisse. Ableitung von Verbesserungsmassnahmen auf Stations- und Klinikebene. Notwendigkeit eines strukturierten, interdisziplinären Vorgehens sowie klarer Verantwortlichkeiten. Verstärkung präventiver Massnahmen bei Hochrisikopatientinnen und -patienten.

Weiterführende Unterlagen
– Internes Sturzpräventionskonzept

17.2.2 Mitarbeitendenbefragung

Projektart Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM) gemäss Art. 58a KVG

QVM: Mitarbeitendenbefragung

Projektziel: Systematische Erfassung der Sicht der Mitarbeitenden zur Stärkung der Qualitätskultur sowie zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen in Organisation, Zusammenarbeit und Führung.

Projektablauf: Durchführung einer standardisierten, anonymen Online-Mitarbeitendenbefragung als Vollerhebung in einem definierten Turnus. Einsatz eines wissenschaftlich fundierten Fragebogens mit fixem Fragenkern zur Vergleichbarkeit über die Zeit. Auswertung durch externen Anbieter, Ableitung von Handlungsfeldern und Massnahmen entlang des PDCA-Zyklus.

Involvierte Berufsgruppen: Alle Mitarbeitenden der PDAG; involviert sind insbesondere Führungskräfte, Personalentwicklung/HR sowie Qualitätsmanagement.

Projektevaluation: Auswertung der Ergebnisse auf Ebene Gesamtorganisation sowie differenziert nach Kliniken und Bereichen. Diskussion der Resultate in Geschäftsleitung und Linie als Grundlage für die weitere Organisationsentwicklung. Identifikation von Stärken und Handlungsfeldern in den Bereichen Arbeitsbedingungen, Zusammenarbeit und Führung. Ableitung konkreter Verbesserungsmassnahmen auf PDAG-Ebene sowie in den einzelnen Organisationseinheiten.

Weiterführende Unterlagen
– Internes Qualitätskonzept Mitarbeitendenbefragung

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 EFQM Re-Zertifizierung 2027

Umsetzung der definierten Massnahmen aus dem Assessment 2024 zur Vorbereitung der Re-Zertifizierung 2027.

18 Schlusswort und Ausblick

Informationen zum Geschäftsgang 2025 entnehmen Sie bitte dem offiziellen Geschäftsbericht auf der Website der PDAG.

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
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörungen
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

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.