

sanatoriumKILCHBERG

PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE |
PSYCHOTHERAPIE | PSYCHOSOMATIK



Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

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 2024.

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 Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patient:innen hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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 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 2024

Frau
Sabine Urban
Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
044 716 41 36
sabine.urban@sanatorium-kilchberg.ch

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

Die H+ Qualittsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt werden können. Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei.

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gwhrleistung der Qualität schaffen. Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitätsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdenkleration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

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.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



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 2024	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	21
4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews	21
4.5 Registerübersicht	22
4.6 Zertifizierungsübersicht	22
QUALITÄTSMESSUNGEN	23
Zufriedenheitsbefragungen	24
5 Patientenzufriedenheit	24
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie	24
5.2 Eigene Befragung	26
5.2.1 Patientenzufriedenheit im Sanatorium Kilchberg	26
5.2.2 Angebotsevaluation im Bereich Privat- und Spezialstationen	27
5.3 Beschwerdemanagement	28
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	29
Messungen in der Akutsomatik	29
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	29
12.1 Eigene Messung	29
12.1.1 Sturzprophylaxe	29
13 Dekubitus	30
13.1 Eigene Messungen	30
13.1.1 Dekubitus Messung	30
Messungen in der Psychiatrie	31
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	31
14.1 Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	31
15 Symptombelastung psychischer Störungen	33

15.1	Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	33
	Messungen in der Rehabilitation	0
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	35
17	Weitere Qualitätsmessung	35
17.1	Weitere eigene Messung	35
17.1.1	Aggressionsereignisse (Psychiatrie)	35
18	Projekte im Detail	36
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	36
18.1.1	Projekt zur Steigerung der Medikationssicherheit	36
18.1.2	Erarbeitung und Etablierung klinische Risikocharta	36
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	37
18.2.1	Umgang mit Grenzen in der Behandlung	37
18.2.2	Umsetzung revidiertes Datenschutzgesetz	37
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	38
18.3.1	REKOLE Rezertifizierung	38
18.3.2	Recognised by EFQM - 3 Sterne	38
19	Schlusswort und Ausblick	39
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	40
	Psychiatrie	40
	Herausgeber	41

1 Einleitung

Das Sanatorium Kilchberg ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und zugleich eine der ältesten Schweizer Privatkliniken. Die attraktive Gemeinde Kilchberg am linken Ufer des Zürichsees geniesst seit jeher grosse Beliebtheit. Neben der guten Anbindung – Zürich City ist mit Bus, Bahn oder Auto in nur fünfzehn Minuten bequem erreichbar – locken die anmutige landschaftliche Umgebung und das beeindruckende Panorama: Der Blick über den See mit Zürich an der Nordseite und den Glarner Alpen weit im Süden ist unvergesslich. Die bevorzugte Lage prägt auch das Sanatorium Kilchberg. Der Park, der zu Beginn der 1930er Jahre nach Entwürfen des berühmten Landschaftsarchitekten Gustav Ammann gestaltet wurde, öffnet sich ganz bewusst zum See. Nicht zuletzt wegen der bis heute erhaltenen Gartenanlage galt und gilt das Sanatorium Kilchberg seinen Gästen als ein Refugium.

Als Listenspital erfüllen wir einen staatlichen Leistungsauftrag. Wir fühlen uns verpflichtet, in diesem Rahmen die bestmögliche psychiatrische Versorgung zu gewährleisten. Unser gesamtes Angebot steht allen grundversicherten Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Wohnkanton zur Verfügung. Für zusatzversicherte Patienten bieten wir als Privatklinik mit einem Premiumangebot auf drei Privatstationen weitere innovative Behandlungsangebote und besondere Serviceleistungen an.

Unser Augenmerk ist ganz auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten gerichtet. Im Vordergrund unserer Bemühungen steht die fachkundige und kompetente, dabei stets auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Bei der Suche nach eigenständigen, innovativen Behandlungskonzepten schöpfen wir aus der reichen Geschichte unseres Hauses. Der Blick auf unsere mehr als 150jährige Geschichte ermutigt uns, im Schulterschluss mit der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung nach ganzheitlichen Konzepten zu streben. Körper, Seele und Geist, Biographie und soziales Umfeld: es geht um den ganzen Menschen.

Wir engagieren uns für unsere Mitarbeitenden, fördern und unterstützen sie, ihre Ziele zu erreichen. Neben Fort- und Ausbildungsplätzen für Ärzte und Pflegefachpersonen bieten wir auch interessante Praktikumsplätze an.

Zahlen und Fakten 2024

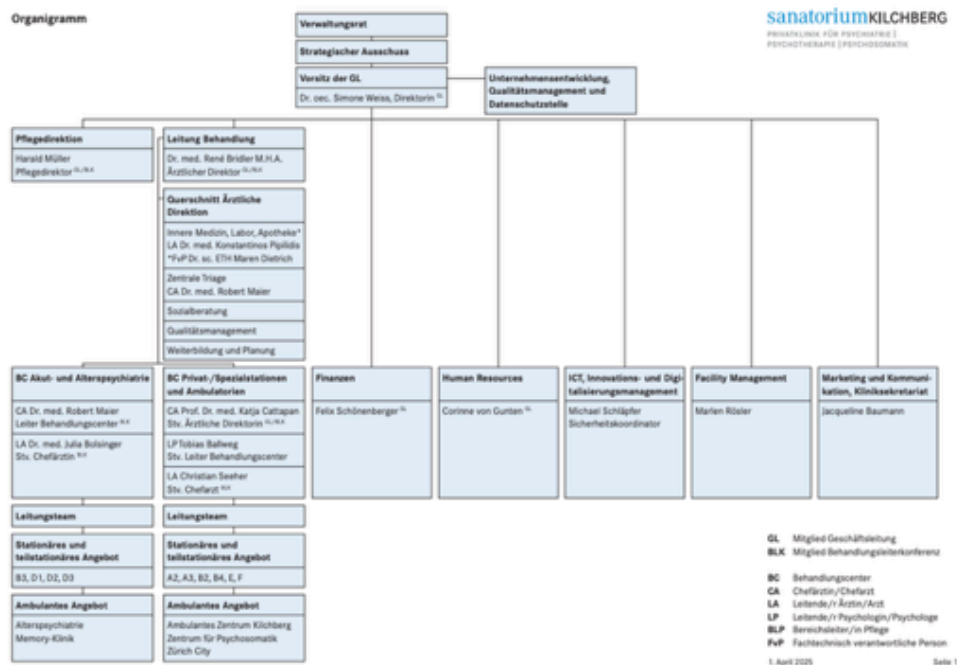
- 10 Psychiatrische Stationen mit 183 Betten mit integriertem tagesklinischen Angebot
- 2 298 stationäre Patientinnen und Patienten
- 66 312 Pfl egetage
- 2 Ambulatorien (Kilchberg und Zürich City)
- 649 Mitarbeitende (davon 34 Auszubildende) inkl. Pool-Mitarbeitende

Weiterführende Informationen finden Sie unter www.sanatorium-kilchberg.ch.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **130** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau, Dr. sc. nat. Corina Höppner
Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
044 716 38 06
corina.hoepfner@sanatorium-kilchberg.ch

Frau Sabine Urban
Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
044 716 41 36
sabine.urban@sanatorium-kilchberg.ch

3 Qualitätsstrategie

Das Sanatorium Kilchberg ist eine der traditionsreichsten Privatkliniken der Schweiz und die älteste psychiatrische Einrichtung im Kanton Zürich. Die Familie Schneider ist seit 1947 im Besitz des Sanatorium Kilchberg und garantiert so die Kontinuität des Unternehmens. Seit der Gründung versteht sich das Sanatorium Kilchberg als eine Institution, die Menschen unabhängig von ihrem ökonomischen und gesellschaftlichen Status professionelle Hilfe bietet. Dieses Selbstverständnis wurde 1991 durch den kantonalen Leistungsauftrag bestätigt und 2023 mit einem Leistungsauftrag als Vollversorgungsklinik mit zwei Spezialleistungsaufträgen erneuert. Seit seiner Gründung bekennt sich das Sanatorium Kilchberg zu Wandel und Erneuerung gemäss dem Leitsatz: Vieles muss sich ändern, damit das Wesentliche bleibt, wie es ist. Dieser Leitsatz hat uns stark und zukunftsfähig gemacht.

Die medizinische und psychotherapeutische Behandlung umfasst das gesamte Spektrum psychiatrischer Beschwerden und ist am aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand ausgerichtet. Das Behandlungsangebot reicht von affektiven, stressbedingten und psychosomatischen Beschwerden bis hin zu Psychosen und gerontopsychiatrischen Behandlungen. Für eine optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten werden neue Akzente gesetzt und innovative Behandlungsangebote entwickelt, auch um den veränderten Rahmenbedingungen und gesellschaftlichen Entwicklungen gerecht zu werden.

Die Klinik verfügt über sieben Stationen für allgemein versicherte Patientinnen und Patienten und drei Privatstationen. Das stationäre Behandlungsangebot wird durch integrierte teilstationäre Behandlungskonzepte ergänzt. Zwei ambulante Standorte in Zürich und Kilchberg komplettieren das Behandlungsangebot.

Rund 650 Mitarbeitende aus 25 Berufsgruppen leisten täglich ihren Beitrag zu einer professionellen Behandlung und Betreuung und stellen die Patientinnen und Patienten in das Zentrum ihres Handelns.

Das Sanatorium Kilchberg befindet sich mit seiner Lage hoch über dem Zürichsee im Einzugsgebiet der Stadt Zürich sowie in den Bezirken Horgen und Affoltern

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

- **Klinikweites Jahreszielprojekt "Steigerung der Medikationssicherheit":** Kritische Zwischenfälle im Medikationsprozess sind immer wieder ein aktuelles und wichtiges Thema. Durch das umfassende Jahreszielprojekt wurden Ursachen von Zwischenfällen entlang des Medikationsprozesses eruiert und geeignete Verbesserungsmassnahmen abgeleitet. Diese werden nun Schritt für Schritt initiiert und etabliert.
- **Erneuerung des Notfall-Alarmierungssystems:** Um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden jederzeit zu gewährleisten, wurde das bestehende und in die Jahre gekommene Notfall-Alarmierungssystem durch ein modernes System ersetzt und klinikweit etabliert.
- **Erarbeitung und Einführung eines umfassenden klinischen Risikomanagements:** Zur Monitorisierung klinischer Risiken wurde eine spezifische Risikocharta mit konkreten Messgrössen und Zielvorgaben erarbeitet und in der Linie etabliert.
- **Gestaltung eines Rückzugszimmers für Patienten und Patientinnen zur Reduktion von Belastungen und Stressempfinden:** Das Schaffen einer beruhigenden und angenehmen Rückzugsmöglichkeit ist eine der effektivsten Intervention zur Reduktion von Zwang und Gewalt.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- **Peer Review-Verfahren:** Entscheid und Unterzeichnung der Teilnahmevereinbarung zur regelmässigen Teilnahme an Interprofessionellen Reviews in der Psychiatrie.
- **Grenzen in der Behandlung:** Etablierung eines umfassenden Konzepts "Umgang mit Grenzen in der Behandlung" zur Sensibilisierung und Hilfestellung für therapeutisch tätige Mitarbeitende (Ethikkodex).
- **Psychiatrische Patientenverfügung:** Etablierung des Prozesses zur Erstellung einer Patientenverfügung (inkl. Sensibilisierung der therapeutisch tätigen Mitarbeitenden) zur Sicherstellung der Wichtigkeit und Verankerung im Klinikalltag.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Konsequente Umsetzung der definierten Qualitätsziele
- Weiterverfolgung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in sämtlichen Dimensionen
- Weiterführung Konzept zur Reduktion von Zwangsmassnahmen
- Weitere Standardisierung Evaluation Suizidpräventionsmassnahmen
- Weiterverfolgung des 2-Jahreszielprojektes zur Förderung der Sicherheit im Medikationsprozess: Etablierung von abgeleiteten Verbesserungsmassnahmen (u. a. Scanning-Lösungen zur Bewirtschaftung, Transport und Richten bzw. Abgabe der Medikation)
- Umsetzung Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG (Etablierung Qualitätsmanagementsystem und verschiedener gezielter Qualitätsverbesserungsmassnahmen)

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.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen
– Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie – Erwachsene

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

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">▪ Patientenzufriedenheit im Sanatorium Kilchberg▪ Angebotsevaluation im Bereich Privat- und Spezialstationen
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Dekubitus</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Dekubitus Messung
<i>Weitere Qualitätsmessung: Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Aggressionsergebnisse

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Systematische Suizidrisikoeinschätzung zur Suizidprävention

Ziel	Standardisierte Einschätzung der Suizidalität bei Eintritt mit regelmässigen Verlaufskontrollen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	seit 2018
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Es handelt sich um ein zentrales Arbeitsinstrument zur Suizidprävention. Das Instrument ging aus einem internen Projekt zur Suizidprävention hervor. Im Projekt wurden Massnahmen zur Suizidprävention auf Grundlage des seit 2015 durchgeführten Monitorings von Suizidversuchen und Suiziden erarbeitet.
Methodik	Erfassung der Basissuizidalität bei Eintritt mittels NGSAR, Erfassung der akuten Suizidalität mittels interdisziplinärer Einschätzung. Feststellung von "at risk" Patienten. Dokumentation und Ableitung von Massnahmen. Regelmässige Schulungen.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfassung und Analyse von Suizidversuchen und Suiziden.
Weiterführende Unterlagen	Interne Dokumente

Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M)

Ziel	Das Instrument ersetzt das bisherige Instrument "Lernen am Fall". Die M&M Konferenzen sollen eine regelmässige Plattform für Diskussion unerwünschter Ereignisse sein mit den Ziel die Sicherheit für Patientinnen und Patienten zu fördern.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtklinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	seit 2020
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Eine interne Evaluation des Instrumentes "Lernen am Fall" ergab, dass fast ausschliesslich personenbezogene Einflussfaktoren einbezogen wurden und ein standardisierteres Controlling der Massnahmen nötig ist. Mit dem international etablierten Instrument der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz sollen zukünftig auch verstärkt systemische Einflussfaktoren in die Fallanalyse einbezogen werden. Zudem soll das Spektrum möglicher Fälle erweitert werden, um das Lernpotenzial zu vergrössern.
Methodik	Der Leitfaden der Stiftung für Patientensicherheit wurde für die Klinik adaptiert und es wurden entsprechende Arbeitsmaterialien erarbeitet. Ab Juni 2021 wird der Pilot durchgeführt und anschliessend evaluiert.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen, Pflege, Fachtherapien
Evaluation Aktivität / Projekt	Fragebogen für Teilnehmende. Regelmässige Updates zu beschlossenen Massnahmen und deren Evaluation.
Weiterführende Unterlagen	Leitfaden der Stiftung für Patientensicherheit zu Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Interne Dokumente.

Systematische Gewaltrisikoeinschätzung zur Reduktion von Zwang und Gewalt und jährliche Evaluation

Ziel	Prävention von psychiatrischen Notfallsituationen und Reduktion von psychiatrischen Zwangsmassnahmen (ZM).
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtklinik, insbesondere Akutstationen und Gerontopsychiatrie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Reduktion von Gewalt auf Station; stark präventiver Charakter aufgrund frühzeitigen Ergreifens adäquater Massnahmen.
Methodik	Einschätzung des Gewaltrisikos nach Broeset. Standardisierter Fragebogen bei Eintritt und mindestens 2mal in den ersten 3 Tagen. Weitere Einschätzungen im Verlauf.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Diverse Kennzahlen (inkl. Prä-Post-Vergleich): Art, Häufigkeit und Dauer von Aggressionsereignissen und Zwangsmassnahmen; Häufigkeit von Entweichungen und Entlassungen gegen ärztlichen Rat; Aufenthaltsdauer. Regelmässige Überprüfung der Dokumentationsqualität in der elektronischen Patientenakte. Jährliche Evaluation der korrekten Anwendung der Instrumente und Massnahmen gemäss Konzept Gewaltprävention.
Weiterführende Unterlagen	Interne Dokumente

Eintritts-, Verlaufs- und Outcomemessungen.

Ziel	Diagnostik; Intervention; KVP; Benchmarking
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Das Sichtbarmachen individueller Belastungen und deren Veränderung im Verlauf einer Behandlung
Methodik	Abgabe standardisierter psychometrischer Fragebögen zur Erfassung von Symptomen, Ressourcen und zentralen Schemata des Patienten bei Eintritt, während der Behandlung und bei Austritt. Ebenso Erhebung und Monitorisierung der Symptomverbesserung (HoNOS).
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen
Evaluation Aktivität / Projekt	Im Gespräch mit dem Patienten individuelle Evaluation von Veränderungen im Verlauf
Weiterführende Unterlagen	Interne Dokumente

Recovery-Schulungen

Ziel	Sensibilisierung aller Mitarbeitenden hinsichtlich Recovery-Orientierung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Recovery ist eine zeitgemässe Form guter psychiatrischer Dienstleistungen, die einen Paradigmenwechsel darstellt und daher Schulungen von Fachpersonen notwendig macht.
Methodik	2x jährlich modulare Kurse à 6 Tagen unter Beteiligung von Betroffenen als Dozenten und Teilnehmenden
Involvierte Berufsgruppen	Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Systematische Auswertung der Kurse mittels Fragebogen. Zusätzlich schriftliche Reflektion am Ende des Kurses durch die Teilnehmenden.
Weiterführende Unterlagen	http://www.sanatorium-kilchberg.ch/recovery.html ; Anhang 3

Schulung Aggressionsmanagement und verbale Deeskalation

Ziel	Systematische Schulung aller Mitarbeitenden bzgl. Umgang mit Aggressionsereignissen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Zentrales Arbeitsinstrument zur Gewaltprävention
Methodik	Pro Mitarbeitendem 1x 4-tägiger Kurs mit externem Dozenten
Involvierte Berufsgruppen	Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Kursevaluation mittels Fragebogen
Weiterführende Unterlagen	Interne Dokumente

HoNOS-Schulungen

Ziel	Steigerung der Behandlungskompetenz
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ärztlicher Bereich
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Fremdeinschätzung der Symptombelastung bei Ein- und Austritt ist durch den ANQ vorgeschrieben. Die Fallführer werden in ihrer Erfassungs- und Einschätzungskompetenz geschult.
Methodik	Obligatorische 90-minütige Schulungen alle 3 Monate für alle Ärzte und Psychologen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen
Evaluation Aktivität / Projekt	Monatliches Reporting der Datenqualität; jährliche ANQ-Berichte
Weiterführende Unterlagen	Interner Prozess inkl. Begleitdokumenten; OpenOLAT Modul

Notfallmanagement

Ziel	Sicherstellung von Notfallmassnahmen im Basic Life Support; Dienstbefähigung Assitenzärzte
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Schulung via Lernplattform OpenOLAT inkl. Abschlusstest
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Weiterführende Unterlagen	Interner Prozess und Begleitdokumente

Förderung der Entstehung von PPV (Psychiatrische Patientenverfügung) bei SMI-Patienten (SMI: severe mental illness)

Ziel	Durch gezieltere Massnahmen zur Förderung neuer PPV werden die Bekanntheit, Akzeptanz und Nutzung bei SMI-Patienten, Angehörigen und Fachleuten erhöht.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	seit 2018
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Das SK strebt eine verstärkte Recovery-Orientierung (RO) und eine Reduktion von Zwangsmassnahmen (ZM) an (ehemaliges bzw. aktuelles Jahresziel). PPV erhöhen die RO und können ZM reduzieren. Die Förderung von PPV kommt direkt den betroffenen Patienten zugute, fördert die RO bei den therapeutischen Teams.
Methodik	Erstellung von Vorlagen und internen Dokumenten. Integration der PPV in den Eintrittsprozess. Regelmässige Informationsveranstaltungen und Schulungen.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Erfolg misst sich direkt an der Nutzung und Bewertung der neuen Beratungsangebote und indirekt an der Zunahme von PPV. Gemessen wird wie folgt: - Stichtagserhebungen 2x p.a. zur Erfassung der im e-Patientendossier hinterlegten PPV - Inanspruchnahme der einmaligen strukturierten Unterstützungssitzungen (6x p.a.) - Inanspruchnahme der offenen wöchentlichen Sprechstunde
Weiterführende Unterlagen	http://www.sanatorium-kilchberg.ch/patientenverfuegung.html

Fallbezogene Supervision, Team-Supervision, Peer-Supervision

Ziel	Optimierung der patientenbezogenen Arbeit und der Arbeit im Team
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Begleitung komplexer Patientensituationen durch externe Experten ist wichtig in der Ausbildung junger Fachkräfte und steigert die Behandlungsqualität.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Systematische Erfassung der intern durchgeführten Sitzungen zum Lernen am Fall und halbjährliche Auswertung.
Weiterführende Unterlagen	Interner Prozess und Begleitdokumente

Ethikberatung

Ziel	Einzelfallberatung, Weiterbildung und Herausgabe ethischer Leitlinien
Bereich, in dem das Projekt läuft	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ein ethisch begründbares Vorgehen ist im psychiatrischen Setting unabdingbar.
Methodik	Auf Anfrage führt der Ethikbeauftragte der Klinik Ethikkonsile mit dem gesamten Behandlungsteam teils unter Beteiligung der Betroffenen u/o Angehörigen durch. Im Rahmen der Assistenzarzt-Weiterbildung werden regelmässig Vorträge zum Thema Ethik angeboten.
Involvierte Berufsgruppen	Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Ethikkonsil: Evaluation der besprochenen Massnahmen bzgl. Umsetzung
Weiterführende Unterlagen	Interne Dokumente

Ethikkodex (Grenzen in der Therapie)

Ziel	Konzept zur Sensibilisierung und Hilfestellung bzgl. der Wahrnehmung von Grenzen in der Behandlung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Therapeutisch tätiges Personal
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Das Erkennen von Grenzen und Grenzverletzungen in der Behandlung eine wichtige Grundlage in der therapeutischen Arbeit mit Patientinnen und Patienten
Methodik	Konzept, Sensibilisierung durch Weiterbildungen
Involvierte Berufsgruppen	Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluation der Weiterbildungen, Monitorisierung der Beschwerden und CIRS-Meldungen zum Thema Grenzverletzungen
Weiterführende Unterlagen	Konzept und begleitende Dokumente

Internal Audit der Kern- und Supportprozesse

Ziel	Die Kern- und Supportprozesse sind aktuell und inhaltlich korrekt in der Prozesslandschaft abgebildet.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	seit 2019
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Prozesslandschaft ist ein wichtiges Instrument zur Wissenssicherung und Wissensvermittlung. Daher sollte sie möglichst auf einem aktuellen Stand sein.
Methodik	Interviews
Involvierte Berufsgruppen	Prozessverantwortliche
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Befragung
Weiterführende Unterlagen	Prozesslandschaft und Intranet

Beschwerdemanagement

Ziel	Standardisierte Erfassung und Bearbeitung der Rückmeldungen von Patientinnen/Patienten, Angehörigen, Zuweisenden und Besuchenden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Respekt gegenüber den Anliegen von Patientinnen/Patienten, Beseitigung von Ursachen für Mängel und Fehler, Verbesserung der Behandlungs- und Servicequalität
Methodik	Standardisierte Erfassung jeder Rückmeldung, Bearbeitung durch die verantwortlichen Personen sowie Rückmeldung über eingeleitete Massnahmen an den Beschwerdeführer
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Auswertung der eingegangenen Rückmeldungen wird tertialsweise im internen Qualitätsbericht dargestellt. Dieser wird der Geschäftsleitung und den Bereichsleitungen zur Verfügung gestellt.
Weiterführende Unterlagen	http://www.sanatorium-kilchberg.ch/anregung_und_kritik.html

Ideenmanagement SanIDEE

Ziel	Förderung von Innovation durch ein strukturiertes betriebliches Vorschlagswesen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Alle Mitarbeitenden sollen die Möglichkeit erhalten, sich aktiv am Klinikgeschehen zu beteiligen. Hierdurch wird der kontinuierliche Verbesserungsprozess gefördert.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Eingangsbestätigung, Diskussion und Einschätzung eingegangener Vorschläge mit den Linienverantwortlichen. Wird die Idee angenommen, erhält der Ideengeber eine Prämierung.
Weiterführende Unterlagen	Interner Prozess und Begleitdokumente

Hygienekonzept

Ziel	Einhalten gesetzlich vorgegebener Hygienemassnahmen (inkl. Schulungen)
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Das Epidemiengesetz des Bundes schreibt unter Einbezug der Kantone eine nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Healthcare-Assoziierten Infektionen (HAI) vor.
Methodik	Jährliche Audits durch externe Stelle (in Kooperation mit Triemli-Spital)
Involvierte Berufsgruppen	Auditverantwortliche verschiedener Berufsgruppen (Hygienekommission)
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Überprüfung des Konzepts und Erstellen eines Berichts der Hygienekommission
Weiterführende Unterlagen	Bericht Hygienekommission

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 2010 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.

4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews

Das interprofessionelle Review ist ein kollegiales Verfahren, um unter Einbezug von externen Fachpersonen Patientenfälle retrospektiv zu analysieren, im kollegialen Austausch zu besprechen und – falls notwendig – gemeinsam Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu erarbeiten. Ziel ist es, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess auszulösen und eine Sicherheits- und Lernkultur in den teilnehmenden Spitälern und Kliniken zu etablieren.

4.4.2.1 Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie

Unser Betrieb nimmt seit 2021 an der Branchenlösung Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie teil und nutzt das Verfahren zur Qualitätssicherung.

Der gemeinsame Handlungskonsens der teilnehmenden Kliniken besteht aus den folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz durch die Veröffentlichung der Teilnahme und Vergleich der Ergebnisse unter den teilnehmenden Kliniken
- Qualitätsverbesserung durch interprofessionelle Review Verfahren

Unser Betrieb hat im Jahr 2024 das letzte interprofessionelle Review Verfahren durchgeführt.

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

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	2013

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
EFQM	Sämtliche Bereiche	2015	2023	Externes Assessment im Juni 2016; Rezertifizierung 2019; Zertifizierung Recognised by EFQM 3-Sterne 2023
REKOLE Zertifizierung	Sämtliche Bereiche	2016	2024	Erst-Zertifizierung 2016; Rezertifizierung April 2020; Rezertifizierung 2024
SIWF Zertifizierte Weiterbildungsstätte	Ausbildung Fachärzte	2009	2024	SIWF
Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtung	Behandlung	2019	2024	Selbsthilfe Schweiz

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit).

5.1.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie – Erwachsene

Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse Erwachsenenpsychiatrie

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2022	
Sanatorium Kilchberg AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	4.00	4.10	4.10	4.20 (4.04 - 4.33)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.50	4.60	4.60	4.70 (4.56 - 4.82)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.30	4.30	4.40	4.60 (4.43 - 4.70)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.10	4.00	4.30	4.40 (4.17 - 4.59)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.30	4.20	4.20	4.40 (4.20 - 4.54)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.20	4.30	4.20	4.30 (4.12 - 4.46)
Anzahl abgegebene Fragebogen 2024				207
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	133	Rücklauf in Prozent		64.00 %

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

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

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre 2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind.

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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		Unisanté, Lausanne
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär (mind. 24 Stunden) behandelten Patient:innen der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 16 Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2024 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient:innen der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patient:innen. ▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenzufriedenheit im Sanatorium Kilchberg

Die Patientenzufriedenheit wird mit dem Patientenzufriedenheitsbogen (PatZu-Bogen) erfasst. Dieses Messsystem stellt eine verkürzte Form des von H+ anerkannten Zürcher Fragebogens (ZüPaZ) dar. Der Fragebogen berücksichtigt optimal die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen psychiatrischer Patientinnen und Patienten und ist klar strukturiert.

Dargestellt ist der Prozentsatz der Patienten, die angaben, zufrieden oder sehr zufrieden zu sein.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

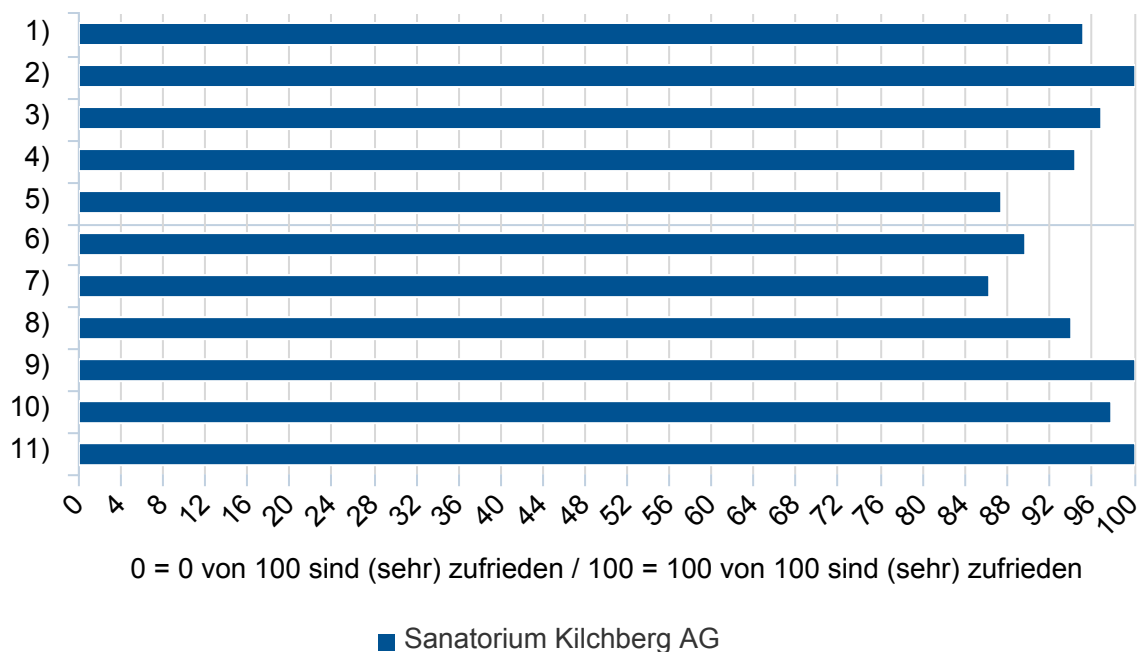
Die Befragung fand in der gesamten Klinik statt.

Alle stationären Patienten, die im Berichtsjahr 2024 ausgetreten sind, flossen in die Erhebung ein. Die Rücklaufquote wird berechnet aus der Anzahl vollständig retournierter und valider Bögen.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Bereiche

- 1) Gesamter Betrieb
- 2) Station A2, Burnoutstation Seeblick
- 3) Station A3, Psychotherapiestation / Schwerpunkt Zwangsstörungen
- 4) Station B2, Allgemeinpsychiatrie-Station / Schwerpunkt Affektive Störungen
- 5) Station B3, Gerontopsychiatrie-Station
- 6) Station D1, Allgemeinpsychiatrie-Station / Schwerpunkt: Suchterkrankungen
- 7) Station D2, Allgemeinpsychiatrie-Station / Schwerpunkt: Krisenintervention
- 8) Station D3, Allgemeinpsychiatrie-Station / Schwerpunkt: Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- 9) Station E, Privatstation / Schwerpunkt: Depression
- 10) Station F, Privatstation / Schwerpunkt: Achtsamkeit bei unterschiedlichsten Störungsbildern
- 11) Belvedere, Privatstation / Schwerpunkt: Burnout-Symptomatik



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Bereiche				
	1)	2)	3)	4)	5)
Sanatorium Kilchberg AG	95.20	100.00	96.90	94.50	87.50

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Bereiche				
	6)	7)	8)	9)	10)
Sanatorium Kilchberg AG	89.70	86.40	94.10	100.00	97.90

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Bereiche	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	11)		
Sanatorium Kilchberg AG	100.00	978	44.00 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	PatZu-Bogen

5.2.2 Angebotsevaluation im Bereich Privat- und Spezialstationen

Die vielfältigen Angebote des Bereichs Privat- und Spezialstationen werden laufend evaluiert. Ebenso findet alle 1-2 Jahre eine Evaluation im ambulanten Bereich (ZPZ) statt. Bei Austritt erhalten die Patientinnen und Patienten einen Fragebogen. Der Fragebogen umfasst Fragen zur Zufriedenheit mit der Betreuung in verschiedenen Bereichen, mit dem therapeutischen Angebot, dem Wochenplan und der Infrastruktur. Patientinnen und Patienten können angeben, wovon sie am meisten profitiert haben und werden nach ihren Anregungen und Verbesserungsvorschlägen gefragt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Bereich Privat- und Spezialstationen

Alle austretenden Patientinnen und Patienten der Privat- und Spezialstationen.

Die Angebotsevaluation ist ein wichtiges Instrument der internen Qualitätskontrolle. Die Ergebnisse werden quartalsweise evaluiert und daraus allfällige Anpassungen des therapeutischen Angebotes abgeleitet.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Sanatorium Kilchberg AG

Beschwerdemanagement

Sabine Urban

Mitarbeiterin Qualitätsmanagement

+41 44 716 42 02

qualitaetsmanagement@sanatorium-kilchberg.ch

ganztätig Mo, Di, Mi, Do

Die Ombudsstelle wird über den Bereich HR koordiniert und erfolgt in Zusammenarbeit mit MOVIS.

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

12 Stürze

Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier:
<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Sturzprophylaxe

Die Sturzprophylaxe wird im Bereich Alterspsychiatrie durchgeführt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Alterspsychiatrie

Es werden Patientinnen und Patienten in der Alterspsychiatrie untersucht.

Die Ergebnisse liegen im Behandlungsbereich vor, werden aber nicht klinikweit aufbereitet.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier:
<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Dekubitus Messung

Die Messung wird auf der Alterspsychiatrie durchgeführt und hat zum Ziel das Risiko eines Dekubitus zu reduzieren.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Alterspsychiatrie
Betroffene Patientinnen und Patienten in der Alterspsychiatrie.

Die Ergebnisse werden im zuständigen Bereich bearbeitet.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Messungen in der Psychiatrie

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

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

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM). Erfasst werden von den fallführenden Fachpersonen bei Anwendung Isolationen aus infektiologischen/somatischen Gründen, Fixierungen, Festhalten (nur Erwachsenenpsychiatrie) und Zwangsmedikationen (Medikation trotz Widerstand) sowie Bewegungseinschränkungen im Stuhl und im Bett (nur Erwachsenenpsychiatrie), wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2020	2021	2022	2023
Sanatorium Kilchberg AG				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	6.40	5.60	6.10	4.70
Gesamte Anzahl behandelte Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2023				2017

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) müssen immer im Kontext betrachtet werden. Weniger FM bedeuten nicht automatisch eine bessere Qualität. Zentral ist, dass FM reflektiert, begründet und dokumentiert sind, sowie den Kindes- und Erwachsenenschutz berücksichtigen. Kliniken, die alle FM gemäss ANQ-Vorgaben erfassen, weisen eine höhere Anzahl an FM auf. Die FM Daten werden zudem nicht risikobereinigt ausgewertet. Unterschiede bezüglich Leistungsangebot, Infrastruktur, Patientenkollektiv und Stichprobengrösse werden somit nicht ausgeglichen. Aus den oben genannten Gründen ist ein direkter Vergleich der Anzahl FM zwischen den Kliniken nicht zulässig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie/.

Unser Betrieb hat ein Konzept für Freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	EFM

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patient:innen der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung) mit einem stationären Aufenthalt grösser als 24 Stunden.
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patient:innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patient:innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patient:innen der Erwachsenenpsychiatrie.

15 Symptombelastung psychischer Störungen

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ-Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patient:innen in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patient:innen beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eine/r Patient:in mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eine/r Patient:in mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patient:innen (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

HoNOS Adults	2020	2021	2022	2023
Sanatorium Kilchberg AG				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	6.95	6.67	6.75	6.18
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	0.14	0.13	0.13	0.14
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-1.03	-1.21	-1.6	-2.3
Anzahl auswertbare Fälle 2023				1896
Anteil in Prozent				94 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2020	2021	2022	2023
Sanatorium Kilchberg AG				
BSCL Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	28.90	29.96	27.57	26.88
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	1.04	1.05	1.13	1.34
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-3.12	-1.94	-3.61	-4.99
Anzahl auswertbare Fälle 2023				773
Anteil in Prozent				38.3 %

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Der dargestellte Vergleichswert (Vergleichsgrösse) gibt an, wieviel geringer oder grösser die Reduktion der Symptombelastung jeder Klinik im Vergleich zum Durchschnitt der Vergleichsgruppe ist

(Qualitätsparameter – Mittelwert).

Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie. Die Messergebnisse der Erwachsenenpsychiatrie werden nach Kliniktypen separat ausgewiesen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle stationären Patient:innen der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung) mit einem stationären Aufenthalt grösser als 24 Stunden.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Aggressionsergebnisse (Psychiatrie)

Die Aggressionsergebnisse (AE) werden im Sanatorium Kilchberg im Klinikinformationssystem (INES) von dem am AE beteiligten Mitarbeitenden erfasst. Die Basis der Erfassung ist die Staff Observation of Aggression Scale (SOAS-R), mit welcher die einzelnen Ereignisse erfasst und entsprechend hinterlegter Gewichtung in unterschiedliche Schweregrade unterteilt werden. Dadurch können AE unterteilt werden in „leichtgradig“ (Schweregrade 1 bis 8) und „schwergradig“ (Schweregrade 9 bis 22). Bei der Erfassung eines AE ist die hinterlegte Gewichtung nicht ersichtlich, dies um ein möglichst objektives Reporting des Ereignisses sicherzustellen. Die SOAS-R erfasst ausserdem Auslöser, benutzte Mittel, Ziele der Aggression, Konsequenzen und getroffene Massnahmen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Das untersuchte Kollektiv umfasste alle stationären Patientinnen und Patienten.

Das untersuchte Kollektiv umfasste alle stationären Patienten.

Im Berichtsjahr 2024 wurden 557 Aggressionsergebnisse erfasst, davon waren 333 schwerwiegende Ereignisse.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	intern
Methode / Instrument	Staff Observation of Aggression Scale Revised

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Projekt zur Steigerung der Medikationssicherheit

Projektart:

Klinikweites 2-Jahreszielprojekt

Projektziel:

Kritische Zwischenfälle im Medikationsprozess sind immer wieder ein aktuelles und wichtiges Thema. Medikationszwischenfälle gefährden die Patienten- und Patientinnensicherheit. Nachdem durch eine umfassende Datenerhebung die Ursachen der Zwischenfälle eruiert und geeignete Verbesserungsmassnahmen abgeleitet werden konnten, werden diese Massnahmen in einem nächsten Schritt konkret ausgearbeitet und nach und nach in der Klinik etabliert. Dadurch sollen die Zwischenfälle entlang des Medikationsprozesses minimiert werden.

Projektablauf:

Ausarbeiten konkreter Verbesserungsmassnahmen: Bildung verschiedener Projekt-Arbeitsgruppen, Beteiligung und Einbezug aller involvierten Berufsgruppen (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst), Umsetzung der Massnahmen gemäss Projektplan (u. a. Durchführung Pilotprojekt, weiteres Ausrollen der Massnahmen bis zur vollständigen Etablierung in der Linie).

Involvierte Berufsgruppen:

Leitung Apotheke, Qualitätsmanagement, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Leitung ICT, Innovations- und Digitalisierungsmanagement

Projektelevaluation:

Evaluation gemäss Projektbeschreibung

18.1.2 Erarbeitung und Etablierung klinische Risikocharta

Projektart:

Linienprojekt im Bereich Behandlung

Projektziel:

Ein klinisches Risikomanagement hat zum Ziel, Risiken in der Patientenversorgung und -behandlung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um so die Sicherheit der Patienten und Patientinnen zu gewährleisten und zu erhöhen.

Projektablauf:

Die für den Betrieb relevanten Risiken im Bereich der Patientenversorgung und -behandlung werden identifiziert und in einer Risikocharta abgebildet. Diese enthält eine detaillierte Risikobeschreibung, konkrete Messgrössen und Zielvorgaben. Ebenso werden Massnahmen etabliert, die dazu beitragen sollen, die Risiken zu minimieren. Die entsprechenden Daten werden jährlich rückwirkend erhoben und analysiert. Wenn erforderlich werden im Anschluss geeignete Massnahmen abgeleitet und in den Betrieb überführt.

Involvierte Berufsgruppen:

Ärztliche Direktion, Qualitätsmanagement

Projektelevaluation:

Überprüfung in BLK, jährliche Überprüfung und Anpassung der Risikocharta

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Umgang mit Grenzen in der Behandlung

Projektart:

Linienprojekt im Bereich Behandlung

Projektziel:

Menschen mit einer psychischen Störung stellen eine besonders vulnerable Personengruppe dar, weil sie aufgrund der Erkrankung oftmals in ihrer Fähigkeit zur Selbstregulation und Beziehungsgestaltung beeinträchtigt sind. Dadurch entsteht gegenüber den therapeutisch tätigen Fachpersonen ein Abhängigkeitsverhältnis. Dieses asymmetrische Verhältnis verpflichtet zur konsequenten Einhaltung beruflicher Standards und damit zur Wahrnehmung von Grenzen.

Projektziele sind das Kennen, Erkennen und Wahren der therapeutischen Tätigkeit, das Erkennen von Risikosituationen und das Aufzeigen von adäquaten Verhaltensmöglichkeiten und Hilfestellungen für das therapeutisch tätige Personal.

Projektablauf:

Erarbeiten eines umfassenden Konzepts sowie Bekanntmachen und Verankerung des Konzepts in der Linie (z.B. durch Schulungs- und Weiterbildungsangebote etc.).

Involvierte Berufsgruppen:

Ärztenschaft, Psychologischer Dienst, Pflegende, Fachtherapien

Projektevaluation:

Evaluation gemäss Projektbeschreibung: u. a. Evaluation der Weiterbildungsveranstaltungen, Monitorisierung von Beschwerden zum Thema etc.

18.2.2 Umsetzung revidiertes Datenschutzgesetz

Projektart:

Klinikweites Projekt

Projektziel:

Am 1. September 2023 trat das revidierte Schweizer Datenschutzgesetz (DSG) in Kraft. Es regelt jegliche Art der Bearbeitung, d. h. jeglicher Umgang mit Personendaten. Die Verantwortlichen müssen nachweisen, den Datenschutz bestmöglichst zu gewährleisten, insbesondere wenn es um besonders schützenswerte Daten geht.

Das Projekt hat zum Ziel, die Vorgaben des neuen Datenschutzgesetzes umzusetzen und in der Linie zu verankern (inklusive Schulungen der Mitarbeitenden und Planung von Audits).

Involvierte Berufsgruppen:

Sämtliche Berufsgruppen, Verwaltung, Qualitätsmanagement

Projektevaluation:

Jährliches internes Audit

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 REKOLE Rezertifizierung

Projektart:

Linienprojekt

Projektziel:

Das Sanatorium Kilchberg hat sich 2016 erstmalig nach REKOLE zertifizieren lassen. Nach einer ersten Re-Zertifizierung 2020 steht für 2024 die nächste Re-Zertifizierung an.

Projektablauf:

Bildung Projektgruppe, Überarbeitung der bestehenden Unterlagen, Überprüfung der Betriebsbuchhaltung und korrekte Anwendung sämtlicher REK-Entscheide.

Involvierte Berufsgruppen:

Bereich Finanzen und Controlling

Projektelevaluation:

Externe Zertifizierung im Frühling 2024.

18.3.2 Recognised by EFQM - 3 Sterne

Projektart:

Klinikweites Projekt

Projektziel:

Die Sanatorium Kilchberg AG hat sich 2016 erstmalig nach EFQM (European Foundation of Quality Management) zertifizieren lassen. Nach einer ersten Re-Zertifizierung 2019 haben sich der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung dazu entschieden, 2023 den Schritt in die nächste höhere Kategorie zu wagen und sich für Recognised by EFQM zu bewerben.

Projektablauf:

Das Projekt wurde durch eine externe Expertin begleitet. In einem ersten Schritt wurden Interviews mit der Geschäftsleitung durchgeführt und die Stärken und Verbesserungspotentiale identifiziert. In einem nächsten Schritt wurde das Selbstassessment durchgeführt und die Umsetzung gemäss EFQM Modell beurteilt und die entsprechenden Handlungsfelder festgelegt. Basierend auf der Excellence Score Card wurden die Verbesserungsmassnahmen mit den Unternehmenszielen und der Strategie verknüpft.

Involvierte Berufsgruppen:

Sämtliche Berufsgruppen

Projektelevaluation:

Externe Zertifizierung im März 2023 und Bericht.

19 Schlusswort und Ausblick

Unsere mehr als 150jährige Geschichte lehrt uns an zentralen Werten wie der Gastlichkeit und der konsequenten Innovation festzuhalten und so die Weiterentwicklung sicherzustellen. Unsere Bestrebungen werden wir auch in den nächsten Jahren konsequent weiterverfolgen, um so unseren Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Behandlung zu bieten.

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.

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 wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörungen
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



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



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.