



Qualitätsbericht 2024

# AMEOS Seeklinikum Brunnen

---

nach einer Vorlage von H+  
Freigabe am: 14. Mai 2025  
Durch: Sandra Jakob, Leitung Qualitätsmanagement

## 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  
Sandra Jakob  
Leitung Qualitätsmanagement  
0418254794  
[sandra.jakob@brunnen.ameos.ch](mailto:sandra.jakob@brunnen.ameos.ch)

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

Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://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 Gewährleistung 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](https://www.hplus.ch) – Qualität – Qualitätsvertrag. Als Publikationsort wurde die Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration 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](https://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

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	11
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	13
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	20
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	21
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>22</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>23</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie .....	23
5.2 Eigene Befragung .....	25
5.2.1 Kontinuierliche Patientenbefragung .....	25
5.3 Beschwerdemanagement .....	26
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>27</b>
7.1 Eigene Befragung .....	27
7.1.1 AMEOS Mitarbeiterbefragung .....	27
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>29</b>
8.1 Eigene Befragung .....	29
8.1.1 Zuweiserbefragung .....	29
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>31</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>0</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Wird nicht systematisch erfasst.	
<b>10 Operationen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>13 Dekubitus</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>31</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Symptombelastung psychischer Störungen</b> .....	<b>31</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	31
<b>Messungen in der Rehabilitation</b> .....	<b>0</b>

<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b>	<b>32</b>
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b>	<b>32</b>
17.1	Weitere eigene Messung	32
17.1.1	AMEOS Interner Sicherheits- und Risikokatalog (Psychiatrie)	32
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>34</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	34
18.1.1	Prozessimplementierung	34
18.1.2	Umsetzung Qualitätsvertrag	36
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	38
18.2.1	QVM Systematische Suizidprävention	38
18.2.2	Ausbau Behandlungsangebot TMS	38
18.2.3	QVM CIRS	39
18.2.4	Beschwerden- und Reklamationsprozess	39
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	40
18.3.1	REKOLE®	40
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>41</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>	<b>42</b>
	Psychiatrie	42
	<b>Anhang 2</b>	<b>43</b>
	<b>Herausgeber</b>	<b>44</b>

## 1 Einleitung

In einer Zeit, die von stetigem Wandel und steigenden Ansprüchen geprägt ist, legen wir besonderen Wert darauf, transparent und verantwortungsvoll über unsere Arbeit zu berichten.

Dieser Bericht bietet einen umfassenden Einblick in unsere Bemühungen, hochwertige Versorgung zu gewährleisten und kontinuierlich unsere Leistungen zu verbessern. Unsere Klinik verpflichtet sich nicht nur zur Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, sondern auch zur Förderung von Prävention, Forschung und Bildung.

Wir sind stolz darauf, Teil eines multidisziplinären Teams zu sein, das sich der Herausforderung stellt, das Wohlergehen unserer Patienten zu fördern und ihre Lebensqualität zu verbessern. In diesem Bericht werden wir unsere Fortschritte, Erfolge und auch die Bereiche, in denen wir uns weiterentwickeln müssen, transparent darlegen.

Als Klinik für integrative Medizin widmen wir uns gezielt der ganzheitlichen Prävention und Behandlung von stressbedingten Erkrankungen mit Fokussierung auf Schlafstörungen, psychische Störungen wie Burnout, Depressionen und Angststörungen.

Wir verfolgen einen medizinisch-therapeutischen Ansatz, welcher in seiner Ausprägung einmalig für die Schweiz ist. So befasst sich unser Behandlungskonzept nicht nur mit den psychischen sowie mit den physischen Aspekten der Erkrankung, sondern ergänzt die Diagnostik- und Therapiemethoden der Schulmedizin mit jenen der Komplementärmedizin.

Die Traditionelle Chinesische Medizin sowie unser vielseitiges Angebot an Kunst- und Körpertherapien gewährleisten eine gesamtheitliche Versorgung mit individuellem Gestaltungsspielraum.

Wir sind als Spezialklinik für Komplementärmedizin auf der Spitalliste für Psychiatrie des Kantons Schwyz geführt und behandeln alle Versicherungsstufen aus dem In- und Ausland gemäss unseres Leistungsauftrages.

Nebst unseren kompetenten und erfahrenen Ärzte-, Pflege und Therapeutenteam bieten wir auch ein individuell abgestimmtes Case Management an, um unsere Patientinnen und Patienten bestmöglich begleiten zu können.

Seit dem aktuellen Berichtsjahr bieten wir unseren Patientinnen und Patienten ein weiteres Angebot mit der Transkraniellen Magnetstimulation (TMS) an.

Unser Klinikum entspricht den heutigen Anforderungen an eine moderne Gesundheitseinrichtung. Wir bieten allen unseren Patientinnen und Patienten ausschliesslich Einzelzimmer. Die Räume der Klinik vermitteln eine Atmosphäre der Ruhe. Der nahegelegene See sowie unser grosszügiger Park mit Teich laden zum Verweilen und entspannen ein.

Der Ort Brunnen liegt im Herzen der Schweiz und lädt während des stationären Aufenthalts zu vielen Ausflügen und Exkursionen ein. Gemütliche Cafés und Restaurants direkt am See, ein breites kulturelles Programm, zahlreiche Freizeit- und Sportangebote bilden eine willkommene Abwechslung.

Das AMEOS Seeklinikum Brunnen gehört seit September 2017 zur AMEOS Gruppe mit Hauptsitz in Zürich. Mit rund 107 Einrichtungen an über 60 Standorten und über 18'300 Mitarbeitenden zählt die AMEOS Gruppe zu den wichtigsten Gesundheitsversorgern im deutschsprachigen Raum. Sie alle verbindet die gemeinsame Mission „Vor allem Gesundheit“.

In der Schweiz betreibt die Gruppe das AMEOS Seeklinikum Brunnen, die ambulanten psychiatrischen Einrichtungen der AMEOS Stadtpraxis Zug sowie das AMEOS Spital Einsiedeln.

Unser Engagement für die rund 129 Mitarbeitenden am Standort und externe Fachpersonen spiegelt

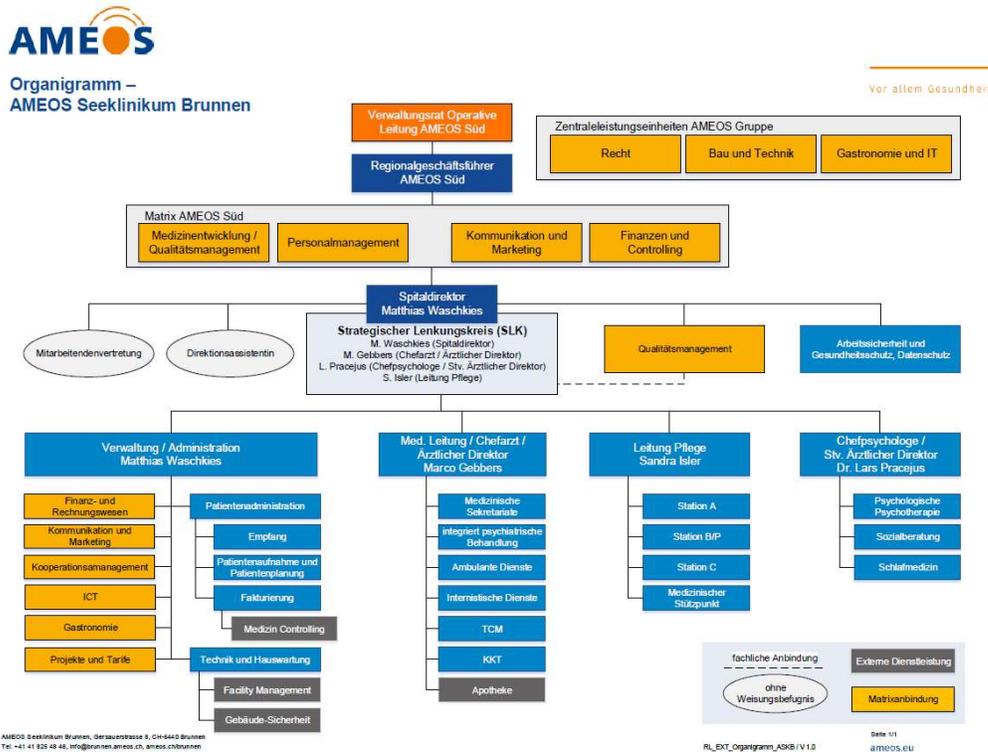
sich auch in unserem breiten Angebot als Weiterbildungsstätte in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie wieder.

Die stetige Weiterentwicklung unserer Qualitätsstandards steht im Einklang mit den hohen Ansprüchen, die wir uns zum Ziel gesetzt haben. Wir verstehen Qualität als einen aktiven und kontinuierlichen Prozess. Damit gelingt es uns, ein Höchstmass an Patientensicherheit, medizinischer Qualität und bestmöglicher Versorgung zu erreichen.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in allen AMEOS Einrichtungen der Schweiz der Matrix Organisation Medizinentwicklung der Gruppe angeschlossen. An den Standorten selbst ist das Qualitätsmanagement als Stabsstelle direkt der Spitzeldirektion unterstellt.

Angegliedert an die Abteilung Qualitätsmanagement am AMEOS Seeklinikum Brunnen sind die Bereiche Sicherheit und Datenschutz. Die Leitung des Qualitätsmanagements nimmt daher auch die Funktionen der Sicherheits- und Datenschutzkoordination wahr, welche ebenfalls als Stabsstelle der Direktion angegliedert sind.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **180** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sandra, Jakob  
Leitung Qualitätsmanagement  
+41 41 825 47 94  
[sandra.jakob@brunnen.ameos.ch](mailto:sandra.jakob@brunnen.ameos.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) «Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit» fordert im Art. 58a den Abschluss von gesamtschweizerischen Verträgen über die Qualitätsentwicklung zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenversicherer.

Das AMEOS Seeklinikum Brunnen orientiert sich als Mitglied der Vereinigung der Spitäler der Schweiz (H+) am Rahmenvertrag zwischen santésuisse, curafutura und H+ welcher durch den Bundesrat am 22. Mai 2024 verabschiedet wurde.

Des weiteren werden die nationalen Vorgaben des Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und die kantonalen Vorgaben gemäss Leistungsauftrag erfüllt.

Als Mitglied des ANQ führen wir die obligatorischen Qualitätsmessungen im Bereich Psychiatrie (Symptombelastung und Patientenzufriedenheit) durch. Unser Qualitätsmanagementsystem orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben des Qualitätsvertrags und basiert im Grundsatz auf den Werten und der Vision der AMEOS Gruppe. Sie sind die Grundlagen für unsere Qualitätsstrategie, die Qualitätsziele und daraus abgeleiteten Aktivitäten.

Die Qualitätspolitik ist eine Verpflichtung für uns, für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter. Grundlage der Qualitätspolitik ist die Philosophie des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP). Qualität...

- orientiert sich am Patienten, Klienten oder Kunden
- wird mit allen Mitarbeitenden aller Bereiche und Ebenen erzielt
- ist kein Ziel, sondern ein Prozess, der nie zu Ende ist
- setzt aktives Handeln voraus und muss erarbeitet werden

Die Qualitätspolitik der AMEOS Gruppe und damit des AMEOS Seeklinikums Brunnen setzt sich aus folgenden Säulen zusammen:

#### **Patienten und Klientenorientierung**

Die Erfüllung der Wünsche und Ansprüche der Patientinnen und Patienten von der Aufnahme bis hin zur Entlassung sind ein Massstab für Qualität. Erreichtes wird kritisch hinterfragt und Möglichkeiten zur Verbesserung werden umgesetzt.

- Leben und Gesundheit in guten Händen -

#### **Mitarbeiterorientierung**

Integration aller Mitarbeitenden mit ihrem Praxis- und Expertenwissen in Projektarbeiten und Qualitätszirkeln fördert Verständnis für Verbesserung der Gesamtorganisation.

- Fördern und Fordern schafft Motivation -

#### **Führung und Management**

Führungskräfte sind Vorbilder. Kooperativer und transparenter Führungsstil sind Voraussetzung für gemeinsame Qualitätspolitik und Strategie.

- Qualitätsmanagement heisst Qualität im Management -

#### **Kommunikation und Information**

Sicherstellung des Informationsgleichstands für alle Beteiligten schafft Vertrauen.

Informationsweitergabe erfolgt an die internen und externen Zielgruppen aktiv und zielorientiert.

- Transparenz schafft Vertrauen -

#### **Kooperation & Partnerschaft**

Die Vernetzung mit Kooperationspartnern aus der Politik, mit Krankenkassen und Vertragspartnern ist uns ein wichtiges Anliegen. Eine ganzheitliche Betrachtung der Patienten führt zu Kontakt mit Angehörigen, Betreuern und weiteren behandelnden Ärzten.

- Vernetzung schafft Sicherheit -

### **Multiprofessionalität**

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Teams stellt den reibungslosen Ablauf der Patientenversorgung sicher. Die Teamarbeit und gemeinsame Entscheidungsfindung fördern Verantwortungsbewusstsein und Zufriedenheit aller Mitarbeitenden.

- Gemeinsam sind wir stärker -

### **Prozessorientierung**

Eine laufende Prozessoptimierung und Anpassung von Strukturen ist Grundlage für wirtschaftlichen Erfolg.

- Denken in Prozessen heisst handeln in Prozessen -

### **Sicherheit**

Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in den Teams stellt reibungslosen Ablauf der Patientenversorgung sicher. Teamarbeit und gemeinsame Entscheidungsfindung fördern Verantwortungsbewusstsein und Zufriedenheit aller Mitarbeitenden

- Patientensicherheit stärken heisst Behandlungsqualität erhöhen -

### **Kontinuierliche Verbesserung**

Die Erfüllung der Erwartungen von Kunden und anderen Zielgruppen ist Ziel unseres Handelns. Eine ständige Weiterentwicklung verlangt kontinuierliche Verbesserung der Prozesse, der Organisation und der Abläufe. Konsequente Umsetzung des PDCA Kreises (kontinuierliche Verbesserungsprozess)

- Stillstand ist Rückschritt -

### **Messen & Prüfen**

Die geleistete Qualität soll spürbar und messbar sein. Durch Einführung von Qualitätsmanagern, Befragungen zur Qualitätsmessung und Vergleich mit anderen bewirken wir stets Qualitätsverbesserung.

- Wettbewerb fördert Qualität –

Das oberste Ziel der Qualitätsstrategie im AMEOS Seeklinikum Brunnen ist es, bestmögliche Rahmenbedingungen für die Sicherstellung einer nachhaltigen und guten Versorgungsqualität sowie für die Patientensicherheit zu gewährleisten.

## **3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024**

- Implementierung der neuen Prozesslandschaft und Dokumentenmanagementsystems
- Situationsanalyse mit Roadmap und Strategieplanung zur Umsetzung des neuen Qualitätsvertrages gemäss KVG Art.58

## **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024**

Einführung aller Prozesseigner in die neue Prozesslandschaft und das Dokumentenmanagement.  
Steigerung der Datenqualität bei den BSCL und HoNOS Datensätzen.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Im Rahmen einer Roadmap wurde die interne Qualitätsstrategie bis Ende 2025 festgelegt. Die wichtigsten Kernelemente bilden die Implementierung der Prozesslandschaft nach Vorgaben der AMEOS Gruppe, sowie die erfolgreiche Umsetzung eines QM gesteuerten Dokumentenmanagementsystems.

Durch die Genehmigung des neuen Qualitätsvertrages durch den Bundesrat im Jahr 2024 wurde eine neue Umsetzungsstrategie festgelegt um die gesetzlich festgelegten Vorgaben innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens bis 2028 zu erfüllen.

Die Qualitätsentwicklung wird somit verbindlich, nachweislich und transparent im Sinne eines kontinuierlichen PDCA Zyklus.

Das betriebsinterne Qualitätsmanagementsystem wurde den vordefinierten Handlungsfeldern aus dem Qualitätsvertrag angepasst.

- Qualitätskultur
- Patientensicherheit
- evidenzbasierte Entscheidungsfindung
- Patientenzentriertheit

Eine erste Standortbestimmung anhand der Selbstdeklaration zeigte auf, wo die Schwerpunkte gesetzt werden müssen und in welchen Bereichen die neuen Vorgaben bereits heute erfüllt werden.

Die mit den Handlungsfeldern verbundenen Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) welche durch die EQK (Eidgenössische Qualitätskommission) validiert und über die H+ veröffentlicht werden, wurden auf ihre Machbarkeit zur Umsetzung im Klinikum überprüft.

Im Handlungsfeld Patientensicherheit wird vorgegeben, dass bis ins Jahr 2026 insgesamt drei anerkannte QVM umgesetzt werden müssen. Dies stellt aktuell im Bereich Psychiatrie noch eine Herausforderung dar, da keine ausreichende Anzahl an anerkannten QVM zur Verfügung steht. Basierend auf diesem Hintergrund soll geprüft werden in wiefern wir bereits interne Methoden anwenden, welche als QVM zugelassen werden könnten.

Die Vorgaben in den restlichen Handlungsfeldern Qualitätskultur, evidenzbasierte Entscheidungsfindung und Patientenzentriertheit sind bereits zum heutigen Zeitpunkt mehrheitlich erfüllt.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

#### Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:

##### *Psychiatrie*

- Erwachsenenpsychiatrie
  - Symptombelastung (Fremdbewertung)
  - Symptombelastung (Selbstbewertung)
  - Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie – Erwachsene

#### **Bemerkungen**

Im Berichtsjahr hat die Nationale Patientenbefragung der ANQ stattgefunden an welcher das AMEOS Seeklinikum Brunnen teilgenommen hat.

Mit der Einführung des neuen Fragebogens SWISS PREM's der ANQ welcher für das Jahr 2026 für die definitive Einführung geplant ist, soll der interne Katalog überprüft und wo möglich angeglichen werden. Dies hat den Vorteil, dass unsere Patientinnen und Patienten künftig nicht mehr zwei Fragebögen parallel ausfüllen müssten.

## 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

- ANQ HoNOS
- ANQ BSCL

### Bemerkungen

Das AMEOS Seeklinikum Brunnen nimmt regelmässig an etablierten Qualitätsmessungen teil. Es setzt die Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) um. Insbesondere nimmt das Klinikum an den gemäss ANQ-Messplan für das Vereinbarungsjahr vorgesehenen Qualitätsmessungen- und auswertungen teil.

Die vom ANQ ausgewerteten, verabschiedeten und zurückgesandten Messergebnisse sind innerhalb der vom ANQ vorgegebenen Rückmeldefrist mit der Kommentierung auffälliger Ergebnisse dem Amt für Gesundheit und Soziales zuzustellen. Das Amt für Gesundheit und Soziales wird mit der Vertragsunterzeichnung gegenüber dem ANQ ermächtigt, die spitalspezifischen Auswertungen direkt beim ANQ einzuholen.

Das AMEOS Seeklinikum Brunnen erstellt jährlich einen Qualitätsbericht, der sich an den Vorgaben von H+ orientiert und in der Leistungsvereinbarung mit dem Kanton Schwyz verankert ist.

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

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

<b>Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:</b>
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kontinuierliche Patientenbefragung</li></ul>
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ AMEOS Mitarbeiterbefragung</li></ul>
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Zuweiserbefragung</li></ul>
<b>Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:</b>
<i>Weitere Qualitätsmessung: Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ AMEOS Interner Sicherheits- und Risikokatalog</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

<b>Ziel</b>	konsistente und normgerechte Dokumentation im Hinblick auf Prozesse und Verantwortlichkeiten . Sicherstellung, dass die Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit durch die Lenkung der Dokumente unterstützt werden und die richtigen Dokumente verwendet werden
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	fortlaufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Umsetzung nach Vorgaben der AMEOS-Gruppe und erfüllen der Anforderungen einer möglichen Zertifizierung nach ISO 9001:2015
<b>Methodik</b>	Konzipierung und Umsetzung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

#### Gewährleistung Datenschutz & Datensicherheit

<b>Ziel</b>	Anforderungen nach revidierter Gesetzgebung gewährleisten.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Datenschutz, QM, Administration
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Das neue Datenschutzgesetz trat in der Schweiz per 01. September 2023 in Kraft. In diesem Zusammenhang sollen die internen Bemühungen sowie die Zusammenarbeit mit Externen Dienstleistern geprüft und wo notwendig angepasst werden.
<b>Methodik</b>	Analyse der gesetzlichen Vorgaben, IST- SOLL Analyse, Umsetzung und Kommunikation
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Datenschutzkoordination, IT, Externe Dienstleister, QM
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Dokumentation aller Austausch und Speicheraktivitäten im Zusammenhang mit Patientenbezogenen Daten. Zeitnahe Auswertung von Datenschutzmeldungen durch das QM.

## Zufriedenheitsbefragung Zuweiser

<b>Ziel</b>	Erhebung der Zufriedenheit hinsichtlich unserer Abläufe und Strukturen sowie der Zusammenarbeit; Aufbau eines systematischen und professionellen Zuweisermanagements.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik fortlaufend
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Aufbau und Entwicklung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit und Bindung mit unseren Zuweisern.
<b>Methodik</b>	Schriftliche Zufriedenheitserhebung mit haus eigenen Fragebögen umsetzen; Auswertung und Analyse der Ergebnisse und Rapport an die Geschäftsleitung. Eine jährlich Befragung wird angestrebt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Marketing und Kommunikation, QM, Direktion
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Umsetzung von definierten Massnahmen im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

## CIRS

<b>Ziel</b>	Erfassung und fristgerechte Bearbeitung von CIRS Meldungen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik fortlaufend
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Meldungen welche die Patientensicherheit gefährden könnten werden stets mit höchster Priorität behandelt.
<b>Methodik</b>	Internes Meldesystem mit digitaler Erfassung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Medizin, Qualitätsmanagement, Leitende Funktionen, Direktion
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Analyse der eingehenden Meldungen, Fallweise direkte Interaktion mit Quartalsweiser Auswertung und Präsentation an die Geschäftsleitung.

## Optimierung der Dienstleistungsprozesse

<b>Ziel</b>	Verbesserung der Qualität und Effizienz der Dienstleistungen durch kontinuierliches Monitoring und Anpassung an Markttrends, gesetzliche Änderungen und die Bedürfnisse der Stakeholder.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	fortlaufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verbesserung und effizientere Behandlung unserer Patienten
<b>Methodik</b>	Konzipierung und Umsetzung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Controlling, Direktion, Business Analyst, Administration
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Verbesserung des therapeutischen Prozesses durch Analyse und Bewertung von Experten zur Auswahl der optimalen Behandlungsmethoden und deren Ergänzungen.

## Optimierung der therapeutischen Prozesse

<b>Ziel</b>	Analyse der bestehenden Behandlungen in der Klinik, Erweiterung und Ergänzung der Dienstleistungen zur Steigerung des Mehrwerts für Patienten und zur Sicherstellung unserer Wettbewerbsfähigkeit.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	fortlaufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verfolgung der Trends und der Konkurrenz in Bezug auf die Auswahl von Therapien sowie die Förderung einer Vielfalt wissenschaftlich nachgewiesener Therapien, die eine umfassendere Behandlung ermöglichen
<b>Methodik</b>	Konzipierung und Umsetzung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, ärztliches Sekretariat, Patientenadministration, Direktion, Business Analyst, Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Verbesserung des therapeutischen Prozesses durch Analyse und Bewertung von Experten zur Auswahl der optimalen Behandlungsmethoden und deren Ergänzungen.

## Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

<b>Ziel</b>	Vorbeugung von Krankheiten/Unfällen bei unseren Mitarbeitern entsprechend der Rahmenbedingungen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2024 bis Ende 2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Angebot für Mitarbeitende, Feststellung dass in der Vergangenheit die Thematik intern sowie im Rahmen von externen Angeboten abgehandelt wurde.
<b>Methodik</b>	Regelmässiges Angebot von Aktivitäten im Rahmen der Arbeitszeit unserer Mitarbeiter
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Sicherheits- und Hygienekommission, Mitarbeitende, Direktion
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Zusammenarbeit mit der Abteilung Kommunikation und Marketing für die Umsetzung und Etablierung von Angeboten für Mitarbeitenden. Umsetzung und Kontrolle durch die Sicherheits- und Hygienekommission.

## Klinisches Risikomanagement im Rahmen des QM

<b>Ziel</b>	Implementierung Klinisches Risikomanagement; Gewährleistung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizin
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	fortlaufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Etablierung des Risikomanagements im Rahmen der Entwicklung des QM-Systems gemäss den obligatorischen Anforderungen an das QM
<b>Methodik</b>	Konzipierung gesamtes Risikomanagement; Schulungen der Mitarbeitenden; Datenüberwachung durch das QM; Erstellen von Checklisten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, Ärzte, Therapeuten, QM, IT
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

## Anpassung des stationären medizinischen Leistungsangebots (Fokus auf Komplementärmedizin)

<b>Ziel</b>	Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit überprüfen und im Anschluss Anpassung der Strukturen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizin
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	forlaufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Steigerung des Angebots und effizientere Behandlung unserer Patienten
<b>Methodik</b>	IST Analyse, Ausbau des Angebots und Auswertung der Patientenrückmeldungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Therapeuten, QM, Direktion
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

#### 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 2008 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

##### **Bemerkungen**

Für die Erfassung von CIRS Meldungen steht allen Mitarbeitenden ein Online Tool zur Verfügung über welches sie direkt auf das Meldeformular gelangen. Das Qualitätsmanagement teilt die Meldungen aufgrund ihres thematischen Inhalts den Verantwortlichen zu und überwacht deren fristgerechte Bearbeitung. Die Verantwortlichkeiten für die Bearbeitung der zugeleiteten Meldungen obliegt den Leitenden Funktionen der jeweiligen Fachabteilung. Die Meldungen werden in einem internen Gremium besprochen und wo nötig Massnahmen definiert und abgeleitet.

Der CIRS Prozess wurde hinsichtlich Massnahmenplanung und Kontrolle im Berichtsjahr über den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) optimiert und ist somit einem definierten PDCA Kreislauf angebinden.

Die Vorgaben der Qualitätsverbesserungsmaßnahmen CIRS wurden überprüft. In diesem Zusammenhang wurde ein separates Konzept erarbeitet und die Vorgehensweise in der Praxis mittels Arbeitsanweisungen geregelt.

Die Dokumentation wurde im internen Führungsprozess Risikomanagement etabliert, welcher dem QM angegliedert ist.

#### 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
H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	gesamtes AMEOS Seeklinikum Brunnen	2016	2021	H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz ist ein von der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) anerkanntes Konzept. Die Aufsicht hat das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
REKOLE®	Rechnungswesen und Controlling	2021	2021	H+ Die Spitäler der 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	
<b>AMEOS Seeklinikum Brunnen AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	3.80	3.90	3.90	3.90 (4.03 - 4.11)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.50	4.50	4.50	4.60 (4.53 - 4.58)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.20	4.30	4.30	4.30 (4.30 - 4.37)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.00	3.90	4.30	4.10 (4.06 - 4.15)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	3.90	3.90	4.10	4.10 (4.16 - 4.24)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.00	4.10	3.90	4.10 (4.16 - 4.24)
Anzahl abgegebene Fragebogen 2024				132
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	125	Rücklauf in Prozent		95.00 %

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

#### Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Die Resultate des AMEOS Seeklinikum Brunnen liegen im langjährigen Durchschnitt. Erste Massnahmen Anhand der Resultate im Bereich Medikation wurden umgesetzt. Hierzu wurde ein neues Konzept erstellt und implementiert sowie der Prozessablauf optimiert. Die Rücklaufquote erreichte im Berichtsjahr ein neues Rekordhoch. Aufgrund der Tatsache, dass im Messzeitraum die interne Patientenzufriedenheit jeweils parallel weitergeführt wird, ist dies besonders positiv zu werten.

Die interne Patientenzufriedenheitsumfrage stellt eine bereits umgesetzte QVM im Handlungsfeld Patientenzentriertheit dar.

#### 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"> <li>▪ Patient:innen der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patient:innen.</li> <li>▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Kontinuierliche Patientenbefragung

Die Ergebnisse aus der Patientenzufriedenheitsbefragung sollen uns Rückschlüsse ermöglichen, in wie weit die Erwartungen unserer Patienten in Bezug auf die Pflege, Betreuung, Therapie, Kommunikation, Wertschätzung und Hotellerie erfüllt worden sind. Dabei sollen mögliche Schwachstellen identifiziert, analysiert und systematisch bearbeitet werden, um die Behandlungsqualität weiter zu optimieren.

#### **Ziel der Gruppeninternen Patientenzufriedenheitsbefragung:**

- Anhand der Ergebnisse die Behandlungs- und Servicequalität kontinuierlich steigern
- Steigerung der Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten
- Identifizierung von Verbesserungspotenzialen
- Zeitnahes Reagieren auf negative Inputs und Ableitung von Massnahmen

#### **Was wurde gemessen?**

Die erfahrene Versorgungsqualität durch die Patienten auf Basis subjektiver Einschätzungen und bezogen auf ihre Erwartungshaltungen.

#### **Wie wurde die Zufriedenheit der Patienten gemessen?**

Die Zufriedenheitsumfrage erfolgt online oder in Papierform anonymisiert an das Qualitätsmanagement. Hierbei werden quantitative Daten erhoben, welche Datenschutzkonform abgespeichert und ausgewertet werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Befragung erfolgt in den Bereichen Therapie, Pflege, Medizin, Hotellerie, Gastronomie, Patientenadministration und Betreuung.

Wir haben alle stationär behandelten Patienten bei Austritt befragt, welche im Erhebungsjahr in unserer Klinik waren.

Die Messung der Patientenzufriedenheitsbefragung läuft seit dem Jahr 2018 nach AMEOS gruppenweitem Standard um eine Vergleichbarkeit innerhalb der Standorte gewährleisten zu können.

Eingehende Ergebnisse werden fortlaufend analysiert und nach Priorität behandelt. Die Umsetzung von Projekten und Verbesserungsmassnahmen obliegt den betreffenden Abteilungsverantwortlichen. Die Zufriedenheitsbefragung ist ein wichtiges Element für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Die Patientengesamtzufriedenheit entspricht im Berichtsjahr mit 3.5 von 4.0 der Zielsetzung der Gruppe.

Eine bereichsspezifische und detailliertere Auswertung der Ergebnisse erfolgt vierteljährlich zu Händen der Klinikleitung.

Da die Datenerfassung beim Austritt des Patienten erfolgt ist eine proaktive Reaktion während des Aufenthaltes seitens Klinikum kaum gewährleistet. Möglichkeiten zur Optimierung sehen wir hier in der Einführung von Elementen des dezentralem Qualitätsmanagements. Bei der Umsetzung des Handlungsfeldes Patientenzentriertheit soll diese Thematik zur Prüfung aufgenommen werden.

Im Berichtsjahr wurde ein neues Konzept für die Erfassung und Meldung von Reklamationen und Beschwerden etabliert. Dies bietet auch unseren Patientinnen und Patienten die Möglichkeit während des Aufenthaltes eine persönliche oder anonymisierte Meldung an das Qualitätsmanagement einzureichen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Spectos GmbH
Methode / Instrument	PatZu

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **AMEOS Seeklinikum Brunnen AG**

Sandra Jakob

Leitung Qualitätsmanagement

+41 41 825 47 93

[sandra.jakob@brunnen.ameos.ch](mailto:sandra.jakob@brunnen.ameos.ch)

## 7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 AMEOS Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeitendenumfrage wird im Handlungsfeld Qualitätskultur als anerkannte QVM gelistet und wurde gemäss den Vorgaben im AMEOS Seeklinikum Brunnen implementiert und dem PDCA Kreislauf angebunden. Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhält damit einen höheren Stellenwert als wichtiges Element für den Unternehmenserfolg.

Ziele unserer hausinternen Mitarbeitendenbefragung sind:

- Beurteilung von Managementstrategien und -instrumenten
- Zufriedenheitserhebung zum Führungsstil und Betriebsklima
- Beurteilung der Massnahmen zur Gesundheitsprävention und -förderung
- Identifikation von Verbesserungspotentialen

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) zum Schutz der Gesundheit unserer Mitarbeiter ist ein fester Bestandteil der Prozesslandschaft aller AMEOS Standorte. Unser BGM orientiert sich am „Friendly Work Space“ - Label der Gesundheitsförderung Schweiz mit dem Ziel, für alle Mitarbeiter in gute Arbeitsbedingungen und in die Gesundheitsförderung und -erhaltung zu investieren.

Um eine aktuelle Bestandsaufnahme zu erhalten, haben wir in unserer Mitarbeiterbefragung in 2024 nebst den Fragen zur Arbeitsorganisation, Kommunikation und Information, Führungsstil und Betriebsklima auch BGM Themen eingearbeitet, wie:

- Arbeitsplatzgestaltung
- Arbeitsmittel
- Arbeitsaufgabe
- körperliche und psychische Beanspruchung
- Qualifikationspotential der Tätigkeit
- Überforderung und Unterforderung
- Gefährdungspotential durch die Tätigkeit

Die Resultate der Mitarbeitendenumfrage werden im Anschluss analysiert und der Klinikleitung präsentiert. Diese ist damit beauftragt aus den Ergebnissen spezifische Ziele zu eruieren und den Mitarbeitenden im Rahmen der Infoveranstaltung zu kommunizieren.

Die Durchführung der Umfrage erfolgt Online über die Abteilung Kommunikation und wird in einem zweijahres Rhythmus wiederholt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 08.11.2024 bis 06.12.2024 durchgeführt. Alle Mitarbeitenden des AMEOS Seeklinikum Brunnen wurden befragt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Resultate der Mitarbeitendenumfrage aus dem Berichtsjahr sind noch nicht abschliessend ausgewertet, sollen aber vorraussichtlich in Q2 / 2025 den Mitarbeitenden präsentiert werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	NETIGATE
Methode / Instrument	MA Befragung

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserbefragung

##### **Zielsetzung der Zuweiserbefragung**

Die Zuweiserbefragung hatte zum Ziel, herauszufinden, über welche Kommunikationskanäle Zuweiser auf unser Klinikum aufmerksam wurden und welche Faktoren massgeblich ihre Überweisungsentscheidungen beeinflussen. Zudem wollten wir erheben, wie sie die Qualität der Behandlungsprozesse in unserem Klinikum wahrnehmen und inwieweit sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit als effektiv und patientenorientiert bewerten. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, unsere Strukturen sowie die Behandlungs- und Kommunikationsabläufe kontinuierlich zu optimieren.

##### **Form der Befragung**

Die Erhebung erfolgte mittels einer strukturierten Online-Befragung mit einer Kombination aus standardisierten Fragestellungen und Freitextfeldern für individuelle Rückmeldungen. Dieses Format ermöglicht so wohl eine quantitative Auswertung als auch eine qualitative Erfassung spezifischer Anliegen und Verbesserungsmöglichkeiten.

##### **Reminder:**

Am 20. Februar 2024 wurde ein Erinnerungsschreiben an die Zuweiser versendet, die noch nicht an der Befragung teilgenommen hatten.

##### **Rücklaufquote:**

Insgesamt wurden 4'340 Einladungen elektronisch versendet. Davon wurden 1'755 geöffnet, 1'324 blieben ungeöffnet und 1'223 waren nicht zustellbar. Die daraus resultierende Rücklaufquote gemessen an den zugestellten Einladungen beträgt 6,7%.

##### **Fragebogen ausgefüllt:**

Insgesamt wurden 206 Fragebögen ausgefüllt, im Vergleich zu 106 im Jahr 2021.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 06.02.2024 bis 10.03.2024 durchgeführt. Der Bereich Kommunikation und Kooperationsmanagement führt die Zuweiserbefragung durch und wertet sie aus. Das QM sowie die Klinikleitung wird über die Ergebnisse informiert. Alle Zuweiser, welche mit E-Mailadresse in unserem CRM Navision befanden.

##### **Ergebnis:**

Die Zuweiser zeigten eine insgesamt sehr hohe Zufriedenheit mit den Leistungen des AMEOS Seeklinikums Brunnen.

##### **Bekanntheit und Zuweisungsgründe:**

28 % der Befragten wurden durch Patienten auf das Klinikum aufmerksam (vorher 29 %), während regionale Fortbildungen als Informationsquelle deutlich an Bedeutung gewannen und auf 23 % stiegen (vorher 17 %). Der persönliche Kontakt nahm leicht ab (21 % gegenüber 22 % zuvor). Ein besonders starker Anstieg zeigte sich beim Patientenwunsch als Zuweisungsgrund, der auf 30 % zunahm (vorher 24 %), während das Behandlungsangebot als Entscheidungsgrund um 7 % sank (34 % zuvor).

**Erstkontakt:**

94 % der befragten Zuweiser gaben an, mit dem ersten Kontakt unserer Klinik zufrieden oder sogar sehr zufrieden gewesen zu sein.

**Entscheidungsfaktoren:**

Bei der Wahl des AMEOS Seeklinikums Brunnen spielten vor allem die gute Zusammenarbeit, die Qualität der Leistungen sowie der Wunsch der Patienten eine entscheidende Rolle.

**Positive Rückmeldungen:**

Besonders positiv hervorgehoben wurden die Therapeuten, deren Arbeit grossen Anklang fand.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Survey Monkey

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Psychiatrie

#### 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](http://www.anq.ch/psychiatrie)

#### Messergebnisse

HoNOS Adults	2020	2021	2022	2023
<b>AMEOS Seeklinikum Brunnen AG</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.68	5.40	5.87	5.89
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	3.98	4.27	4.67	4.60
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-0.12	0.18	-0.32	-1.12
Anzahl auswertbare Fälle 2023				557
Anteil in Prozent				98.6 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2020	2021	2022	2023
<b>AMEOS Seeklinikum Brunnen AG</b>				
BSCL Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	29.27	30.28	31.76	29.71
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	26.69	24.69	24.86	25.64
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-0.54	2.42	2.14	3.25
Anzahl auswertbare Fälle 2023				489
Anteil in Prozent				91.7 %

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](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie). Die Messergebnisse der Erwachsenenpsychiatrie werden nach Kliniktypen separat ausgewiesen.

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Die Resultate der Messergebnisse wurden in einem Mehrjahresvergleich analysiert. Aufgrund der Tendenz einer Steigerung bei den nicht komplett auswertbaren Datensätzen wurde zusammen mit den Prozessbeteiligten neue Arbeitsanweisungen erstellt und eine Sensibilisierungsschulung zur Thematik durchgeführt. Für das nächste Berichtsjahr wurden für beide Datenerfassungen HoNOS und BSCL Zielsetzungen vereinbart welche im nächsten Berichtsjahr überprüft werden.

**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 AMEOS Interner Sicherheits- und Risikokatalog (Psychiatrie)**

Der AMEOS Gruppeninterne Sicherheits- und Risikokatalog (ASURK) ist ein umfassendes Online Thementool welcher für alle Standorte angewendet werden kann. Im Berichtsjahr wurde der Standardfragebogen für das AMEOS Seeklinikum Brunnen im Januar 2024 für das Berichtsjahr 2023 erfasst.

Diese Messung haben wir im Monat Januar durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Bei der Beantwortung des Fragekatalogs hat sich abgezeichnet, dass die gesetzlichen Vorgaben teilweise stark variieren und Fragen nicht anwendbar sind, da sie nicht zutreffen. Aufgrund dessen wurde eine Rückmeldung an die QM Leitung AMEOS Süd erfasst, dass der Fragekatalog den

Vorgaben des entsprechenden Landes angepasst werden müsste um ein realistisches Abbild des Erfüllungsgrades zu erhalten und fundierte Massnahmen ableiten zu können. Der ASURK Katalog wird in Folge dessen aktuell ausgesetzt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Spectos Audit Tool

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Prozessimplementierung

**Projektart:**

Internes Projekt

**Projektziel:**

Umfassende Vorbereitung auf die Anforderungen einer ISO 9001 Zertifizierung.

**Projektablauf:**

Die AMEOS Prozesslandschaft dient als Grundlage. In Zusammenarbeit mit dem AMEOS Spital Einsiedeln wurden die Prozesse abgeglichen und wo möglich nach dem gleichen Prinzip aufgebaut und implementiert. Es wurde eine Übersicht der einzelnen Prozesse erstellt und die Verantwortlichkeiten definiert. Die lokale Ordnerstruktur wird analog zur Prozesslandschaft aufgebaut und Schrittweise mit den Abteilungen besprochen. Die Prozessbeschreibungen müssen den aktuellen Gegebenheiten in der Praxis angeglichen werden. Zielsetzung ist die komplette Überführung in die neue Struktur bis Ende 2025.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Sämtliche Leitungsfunktionen und künftige Prozesseigner wurden im Berichtsjahr individuell geschult. Zusammen mit der IT Abteilung wurde ein entsprechendes Berechtigungskonzept für die neue Ordnerstruktur erstellt und umgesetzt. Bei den Führungs- und Unterstützungsprozessen konnten jeweils drei Prozesse bereits vollständig überführt werden.

**Projektelevaluation:**

Anhand eines Einarbeitungsplans wird der Fortschritt in den einzelnen Bereichen stetig auf dem aktuellsten Stand gehalten. Nach Abschluss der Prozessüberführung erfolgt eine Nachbesprechung mit den involvierten Personen.

**Prozesslandschaft:**

**Führungsprozesse**



**Kernprozesse**



**Unterstützungsprozesse**



## 18.1.2 Umsetzung Qualitätsvertrag

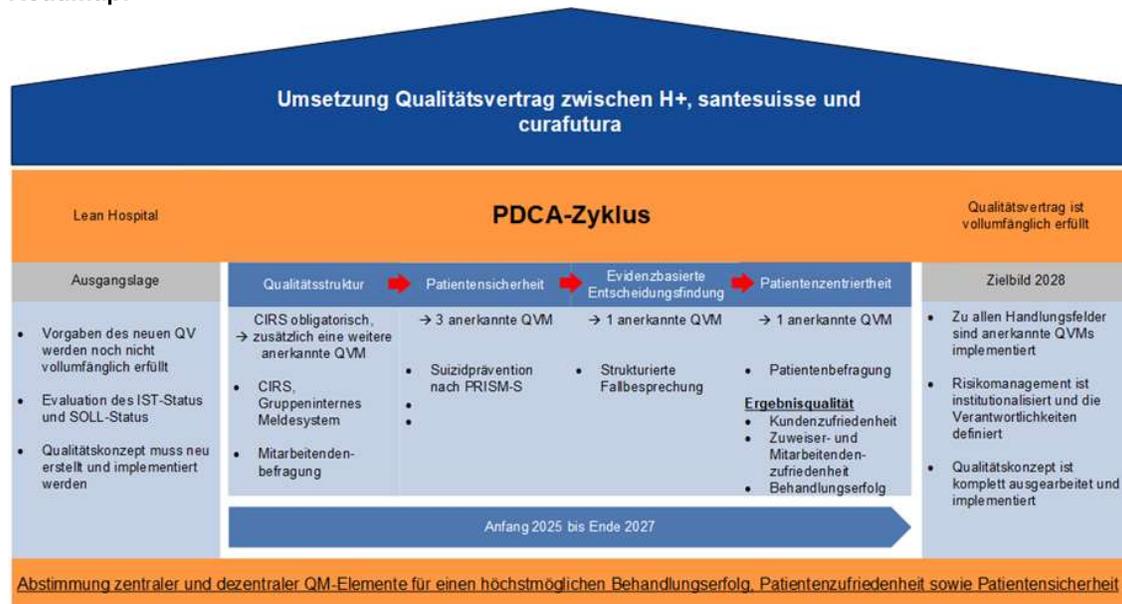
### Projektart:

Nationales Projekt

### Projektziel:

Erfüllung der Vorgaben des Qualitätsvertrags von H+, santessuisse und curafutura welcher im Mai 2024 durch den Bundesrat genehmigt wurde.

### Roadmap:



### Projekttablauf:

- Prüfung des aktuellen Erfüllungsgrades zur Umsetzung und Erstellung einer Roadmap.
- Schulung zu den neuen Bestimmungen im Rahmen eines Vertiefungsseminars für das Qualitätsmanagement und eines Crashkurs vor Ort für alle Leitungsfunktionen der involvierten Berufsgruppen in Zusammenarbeit mit H+.
- 2025 Umsetzung Handlungsfeld Qualitätskultur und Anpassung des Qualitätsmanagementsystems
- 2026 Evaluation von drei obligatorischen Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) für das Handlungsfeld Patientensicherheit. Aktuell liegen hier im Bereich Psychiatrie noch ungenügende anerkannte Methoden vor.
- 2027 Erfüllung der Anforderungen im Handlungsfeld Evidenzbasierte Entscheidungsfindung. Eine betriebsinterne bereits angewandte Methode "Refelcting Team" wurde der H+ zur Anerkennungsprüfung als QVM eingereicht.
- 2028 Angleichung der SWISS PREM's der ANQ an die betriebsinterne Patientenzufriedenheitsbefragung, welches bereits heute eine implementierte QVM darstellt.

### Kontinuierlich:

- Überprüfung anerkannter QVM zur möglichen Implementierung durch regelmässige Erfüllung der Hol Schuld bei H+.
- Evaluation möglicher eigener Themenschwerpunkte welche bei der H+ zur Anerkennung eingereicht werden könnten.

### Involvierte Berufsgruppen:

Einbezug aller Mitarbeitenden welche eine Leitungsfunktion im Klinikum wahrnehmen oder

anderweitig mit dem neuen Qualitätsvertrag tangiert sind und sich damit vertraut machen dürfen. Die Mitglieder des Strategischen Lenkungskreises (SLK) sind damit beauftragt die notwendige Struktur auf der Managementebene zu schaffen und prüfen abschliessend mögliche QVM für die Umsetzung.

**Projektelevaluation:**

Das Qualitätsmanagement leitet das Projekt und prüft regelmässig den Umsetzungsstatus im betriebsinternen Programm BlueAnt. Hier wurden die Meilensteine definiert welche dem vorgegebenen Zeitplan des Bundes zur Umsetzung des neuen Qualitätsvertrages entsprechen. Sämtliche QVM welche eingeführt wurden, unterliegen dem PDCA Zyklus.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

### 18.2.1 QVM Systematische Suizidprävention

**Projektart:**

Internes Projekt

**Projektziel:**

Das Ziel der systematischen Suizidprävention besteht darin, suizidgefährdete Patienten frühzeitig zu erkennen und Suizidversuche zu verhindern.

**Projekttablauf:**

Zusammenstellung der Projektgruppe, Ist-Zustand analysiert, Konzepterstellung, Implementierung des Prozesses sowie Schulung der Mitarbeitenden

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ein interdisziplinäres Team bestehend aus administrativem Personal, Pflegepersonal, Ärzteschaft, Psychologen, Therapeuten und anderen Fachleuten arbeiteten eng zusammen.

**Projektelevaluation:**

Das Konzept unterliegt einer dreijährigen Evaluation. Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden alle Aktivitäten überprüft. Bei Bedarf werden entsprechende Massnahmen ergriffen. Alle Massnahmen werden schriftlich festgehalten und nach dem PDCA-Zyklus bearbeitet.

### 18.2.2 Ausbau Behandlungsangebot TMS

**Projektart:**

Internes Projekt

**Projektziel:**

Die Erweiterung unseres Behandlungsangebot mit der Einführung der TMS zur Behandlung verschiedener psychischer Krankheitsbilder.

**Projekttablauf:**

Zusammenstellung der Projektgruppe, Ist-Zustand analysieren, Ausarbeitung des Konzeptes, Einführung der Behandlungsmethode

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ein interdisziplinäres Team bestehend aus administrativem Personal, Pflegepersonal, Ärzteschaft, Psychologen, Therapeuten, und anderen Fachleuten arbeiteten eng zusammen.

**Projektelevaluation:**

Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden alle Aktivitäten überprüft. Bei Bedarf werden entsprechende Massnahmen ergriffen. Alle Massnahmen werden schriftlich festgehalten und nach dem PDCA-Zyklus bearbeitet.

### 18.2.3 QVM CIRS

**Projektart:**

Internes Projekt

**Projektziel:**

Mit der Implementierung des CIRS soll ein Lernsystem etabliert und die Qualitäts- und Sicherheitskultur gefördert werden.

Das CIRS hat die Ziele:

- Durch einen definierten Rahmen die Meldung von kritischen Vorkommnissen durch die Mitarbeitenden aus allen Bereichen zu ermöglichen und zu fördern
- Aus den Meldungen Verbesserungsmaßnahmen zur Erhöhung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit abzuleiten und darüber zu informieren

**Projekttablauf:**

Zusammenstellung der Projektgruppe, Ist-Zustand analysieren, Ausarbeitung des Konzeptes, Einführung des neuen Konzept sowie Schulung der Mitarbeitenden

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ein interdisziplinäres Team bestehend aus administrativem Personal, Qualitätsmanagement, Pflegepersonal, Ärzteschaft, Psychologen, Therapeuten und anderen Fachleuten arbeiteten eng zusammen.

**Projektelevaluation:**

Der Prozess unterliegt einer dreijährigen Evaluation.

Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden alle Aktivitäten überprüft. Bei Bedarf werden daraus entsprechende Massnahmen ergriffen. Alle Massnahmen werden schriftlich festgehalten und nach dem PDCA-Zyklus bearbeitet.

### 18.2.4 Beschwerden- und Reklamationsprozess

**Projektart:**

Internes Projekt

**Projektziel:**

Das Meldeverfahren für Beschwerden sowie allgemeine Rückmeldungen – sowohl positive als auch negative – ist einheitlich und klar zu definieren.

**Projekttablauf:**

Zusammenstellung der Projektgruppe, Ist-Zustand analysieren, Ausarbeitung des Konzeptes, Einführung des neuen Konzept sowie Schulung der Mitarbeitenden

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ein interdisziplinäres Team bestehend aus administrativem Personal, Qualitätsmanagement, Kommunikation und anderen Fachleuten arbeiteten eng zusammen.

**Projektelevaluation:**

Der Prozess unterliegt einer dreijährigen Evaluation.

Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden alle Aktivitäten überprüft. Bei Bedarf werden entsprechende Massnahmen ergriffen. Alle Massnahmen werden schriftlich festgehalten und nach dem PDCA-Zyklus bearbeitet.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 REKOLE®

**Projektart:**

Zertifizierung nach REKOLE®

**Projektziel:**

Anforderungen für die Rezertifizierung gewährleisten

**Projekttablauf / Methodik:**

Durchführung eines jährlichen internen Audits durch einen externen Dienstleister.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Finanz- und Rechnungswesen, Fakturierung, Qualitätsmanagement

**Projektelevaluation:**

Analyse des Berichts in Zusammenarbeit mit der Direktion und Einleitung von resultierenden Verbesserungsmassnahmen.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die von der ANQ geforderten Messungen beruhen auf dem System der Selbstbewertung durch die Patienten und der internen Fremdbewertung durch die behandelnden Fachpersonen. Als Indikatoren für die Erhebungen werden ein Basisdatenset, die Symptombelastung und die Patientenzufriedenheit genannt. Das AMEOS Seeklinikum Brunnen nimmt an diesen Messungen teil und publiziert die Resultate daraus intern sowie extern.

Der jährliche Qualitätsbericht beinhaltet zudem Kontakt- und Strukturdaten der Klinik sowie klinikübergreifende und abteilungsspezifische Qualitäts- und Leistungsdaten.

Diese Informationen ermöglichen unseren Zuweisern und Patienten einen Vergleich der medizinischen Qualität zu den einzelnen Spitälern und Kliniken. Gestützt durch die allgemeine Akzeptanz evidenzbasierter Medizin soll so medizinische Qualität nicht nur erbracht, sondern auch nachgewiesen und vergleichbar gemacht werden.

Weil die Qualitätssicherung einer Klinik nicht beim Austritt ihrer Patienten aufhört, stärken wir durch unser Kooperationsmanagement stetig die Zusammenarbeit mit unseren Leistungspartnern. Die Vernetzung mit den verschiedenen Einrichtungen der AMEOS Gruppe aus dem kompletten deutschsprachigen Raum ist bereits heute gelebte Praxis.

Der bereits heute hohe Qualitätsstandard unserer Klinik und der AMEOS Gruppe ist ein Leistungsversprechen an unsere Patienten, Zuweiser und Mitarbeitenden. Wir werden auch in den kommenden Jahren alles daran setzen, um dieses Versprechen einzuhalten.

Die gesetzlichen Vorgaben im Rahmen des Qualitätsvertrages welcher im Mai 2024 durch den Bundesrat verabschiedet wurde, stellt die Leistungserbringer schweizweit vor neue Herausforderungen und erfordert einen hohen Einsatz an eigenen Ressourcen. Die Qualitätspolitik des Bundes zielt darauf ab, dass wir alle durch Vereinheitlichung und Anerkennung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen den Standard weiter steigern und auf einem hohen Niveau für unsere Patientinnen und Patienten halten können. Das AMEOS Seeklinikum Brunnen ist bestrebt diese Anforderungen in vollem Umfang und fristgerecht erfüllen zu können und begrüsst die dadurch verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit auf nationaler Ebene.

## 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
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren



## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

[www.samw.ch](http://www.samw.ch).