



Qualitätsbericht 2025

AMEOS Seeklinikum Brunnen

nach einer Vorlage von H+
Freigabe am: 23. April 2026
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 2025.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen sind im Inhaltsverzeichnis alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

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

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

Zudem werden jeweils die aktuell, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2025

Frau
Sandra Jakob
Leitung Qualitätsmanagement
+41 41 825 47 94
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 Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Die Informationen hierzu werden auch in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt.

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

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

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

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

Freundliche 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	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG	12
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen	13
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	14
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	14
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte	15
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	22
4.5.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews	23
4.6 Registerübersicht	
<i>Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.</i>	
4.7 Zertifizierungsübersicht	24
QUALITÄTSMESSUNGEN	25
Erhebung der Patientenerfahrung	26
5 Patientenerfahrung	26
5.1 Eigene Befragung	26
5.1.1 Kontinuierliche Patientenbefragung	26
5.2 Beschwerdemanagement	27
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern	
<i>Die AMEOS Seeklinik Brunnen behandelt ausschliesslich erwachsenen Personen.</i>	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	28
7.1 Eigene Befragung	28
7.1.1 AMEOS Mitarbeiterbefragung	28
8 Zuweiserzufriedenheit	29
8.1 Eigene Befragung	29
8.1.1 Zuweiserbefragung	29
Behandlungsqualität	30
Messungen in der Akutsomatik	0
9 Wiedereintritte	
<i>Wird nicht systematisch erfasst.</i>	
10 Operationen	
<i>Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.</i>	
11 Infektionen	
<i>Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.</i>	
12 Stürze	
<i>Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.</i>	
13 Dekubitus	
<i>Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.</i>	
Psychiatriespezifische Messungen	30
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung	30
14.1 Symptombelastung psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie	30
Rehaspezifische Messungen	0

15	Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit	30
	<i>Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.</i>	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	30
16	Weitere Qualitätsmessung	30
16.1	Weitere eigene Messung	30
16.1.1	AMEOS Interner Sicherheits- und Risikokatalog (Psychiatrie)	30
17	Projekte im Detail	32
17.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	32
17.1.1	Umsetzung Qualitätsvertrag	32
17.1.2	QVM Sturzprävention	33
17.1.3	QVM Reflecting Team	34
17.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025	35
17.2.1	Ausbau Behandlungsangebot Esketamin	35
17.2.2	Prozess Medikation	35
17.2.3	Prozess Beschwerde- und Meldewesen	36
17.2.4	Fallkomplexität auf Behandlungsergebnisse	36
17.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	37
17.3.1	REKOLE®	37
18	Schlusswort und Ausblick	38
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	39
	Psychiatrie	39
	Anhang 2	40
	Herausgeber	41

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. Unser Klinikum 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 Stressfolgeerkrankungen wie Burnout, Depressionen, Angsterkrankungen und Schlafstörungen.

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.

Unser Behandlungsangebot wird durch die Transkranielle Magnetstimulation (TMS) und Esketamin-Therapie ergänzt.

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 108 Einrichtungen an 61 Standorten und über 19'300 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 AMEOS Stadtpraxis Zug sowie das AMEOS Spital Einsiedeln.

Unser Engagement für die rund 120 Mitarbeitenden am Standort und externe Fachpersonen spiegelt

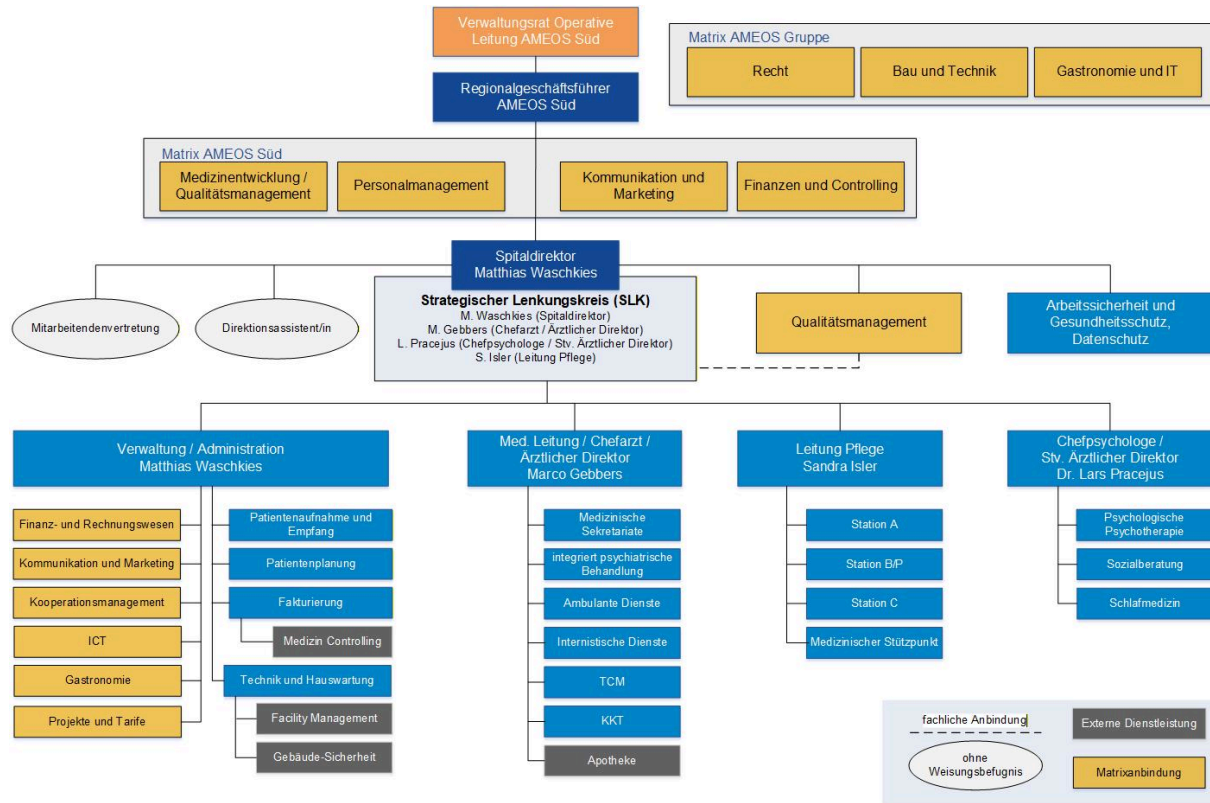
sich auch in unserem breiten Angebot als Weiterbildungsstätte in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie wieder.

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 Matrix Organisation Medizinentwicklung angeschlossen.

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 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

3 Qualitätsstrategie

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, und für alle Mitarbeitende. 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 2025

- *Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.*
- *Erfüllung der obligatorischen Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) im Handlungsfeld Qualitätskultur.*
- *Erarbeitung der QVM Reflecting Team zur Akkreditierung durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)*

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

- *Weiterentwicklung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und Einbindung einer Wirksamkeitsprüfung durch das QM*
- *Prozessoptimierung zur Verabreichung von Eiseninfusionen*
- *Vollständige Überarbeitung des Notfall- und Katastrophenschutzkonzeptes mit Themenspezifischen Checklisten*
- *Ergänzung der Gruppenrichtlinie integriertes Verhalten mit einem Konzept zum Umgang bei psychosozialen Risiken zur Erfüllung der Vorgaben Branchenlösung H+*
- *Neues EPD-Verwaltungsportal eingeführt und Verantwortlichkeiten definiert*
- *Ergänzung des Behandlungskonzeptes durch ambulante Esketamin-Behandlungen*

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Im Rahmen einer Roadmap wurde die interne Qualitätsstrategie bis Ende 2028 festgelegt. Die wichtigsten Kernelemente bilden die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems sowie die Durchdringung und konsequente Anwendung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Unsere Qualitätspolitik ist fest im Qualitätsmanagementsystem (QMS) des Klinikums verankert und folgt den Prinzipien der kontinuierlichen Verbesserung nach dem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act). Sie ist eng mit unserem betrieblichen Qualitätskonzept verzahnt, das im Rahmen des Qualitätsvertrags nach Artikel 58a KVG regelmässig überprüft und weiterentwickelt wird. Die Qualitätsentwicklung wird somit verbindlich, nachweislich und transparent im Sinne eines kontinuierlichen PDCA Zyklus.

- *Qualitätskultur*
- *Patientensicherheit*
- *evidenzbasierte Entscheidungsfindung*
- *Patientenzentriertheit*

Die jährliche Standortbestimmung anhand der Selbstdeklaration zeigt 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 ist vorgesehen, dass bis Mai 2026 insgesamt drei anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) umgesetzt werden müssen. Die QVM „Systematische Suizidprävention“ wurde bereits im Jahr 2024 implementiert. Die beiden QVMs "Sturzprävention" und "strukturierte Patientenübergabe" wurden zur Umsetzung definiert.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG

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

Selbstdeklaration ¹ : 12.12.2025		Externe Überprüfung QV58a KVG ²		Prüfstelle	Kommentar Spital
		Ergebnis			
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Interprofessionelle Peer Reviews	⊛				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
Patientensicherheit	⊛	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Sturzprävention	⊛				
▪ Systematische Suizidprävention	✓				

Erläuterungen

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

Alle Spitäler und Kliniken sollen zudem mindestens alle 8 Jahre an einer externen Überprüfung (2) teilnehmen. Die Auswahl erfolgt sowohl nach Zufallsprinzip als auch aufgrund von ANQ-Messergebnissen. Ergebnisse der externen Überprüfung werden jeweils nur während zwei Jahren nach der Durchführung online publiziert:

Dimension kontinuierliche Verbesserung 1: Fehlende Implementierung / 2: Umsetzungsplan mit angemessenem Zeitplan vorhanden (Plan) / 3: Mindestanforderungen sind implementiert (Do) / 4: Die Wirksamkeit wird überprüft (Check) / 5: Korrekturmassnahmen werden definiert und umgesetzt (Act)

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

4.2 Teilnahme an nationalen Messungen

Im ANQ sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorinnen- und direktorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen prio.swiss und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen (Outcome) in Spitälern und Kliniken und die vergleichende Ergebnispublikation. Ziel ist es, ein innovatives Leistungsangebot für Mitglieder und die ihnen angeschlossenen Organisationen sicherzustellen, um sie bei ihren Aufgaben zur Etablierung einer wirkungsvollen, patientenorientierten Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln «Nationale Befragungen» bzw. «Nationale Messungen» und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung psychischer Störungen

Bemerkungen

4.3 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 werden innerhalb der vom ANQ vorgegebenen Rückmeldefrist mit der Kommentierung auffälliger Ergebnisse dem Amt für Gesundheit und Soziales zugestellt. 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.

4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:

Patientenerfahrung

- Kontinuierliche Patientenbefragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:

Weitere Qualitätsmessung: Psychiatrie

- AMEOS Interner Sicherheits- und Risikokatalog

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Ziel	<i>Vorbeugung von Krankheiten/Unfällen bei unseren Mitarbeitern entsprechend der Rahmenbedingungen</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>gesamte Klinik</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>2024 bis Mitte 2027</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden nachhaltig zu fördern. Gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz erkennen und zu minimieren.</i>
Methodik	<i>Konzipierung und Umsetzung</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Sicherheits- und Hygienekommission, Mitarbeitende, Direktion</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Zusammenarbeit mit der Abteilung Kommunikation und Marketing für die Umsetzung und Etablierung von Angeboten für Mitarbeitenden. Umsetzung und Kontrolle durch die Sicherheits- und Hygienekommission.</i>

Einführung digitales Dokumentenlenkungssystem

Ziel	<i>Gruppenweite Implementierung eines einheitlichen Programms bis Ende 2026</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Qualitätsmanagement</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Januar 2026 bis Ende 2026</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Sicherstellung der Dokumentenlenkung und Regelung der Verantwortlichkeiten.</i>
Methodik	<i>Zur strukturierten Verwaltung und Kontrolle von Dokumenten wird die Dokumentenlenkungssoftware roXtra implementiert. Die Methodik basiert auf einem systematischen Ansatz zur Erstellung, Prüfung, Freigabe, Verteilung und Archivierung von Dokumenten.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Qualitätsmanagement, IT und Projektmanagement, Prozesseigner</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Die Evaluation des Programms zur Einführung einer Dokumentenlenkungssoftware erfolgte durch die Gruppe anhand qualitativer und quantitativer Kriterien.</i>

QVM Reflecting Team

Ziel	<i>Erarbeitung der QVM zur Akkreditierung durch die EQK</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Psychologie</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Februar 2025 bis Juli 2026</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Die QVM "Reflecting Team" soll anderen Kliniken zu Verfügung gestellt werden und ein Gefäss zur Fallbesprechung bieten.</i>
Methodik	<i>Konzeptionierung und Umsetzung</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Psychologie und QM</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Intern wird jährlich eine Schulung zum Thema "Durchführung, Fakten und Mythen zum Reflecting Team" mit Demonstration des Vorgehens durchgeführt.</i>

QVM Sturzprävention

Ziel	<i>Die Vorgaben der QVM Sturzprävention erfüllen sowie die Sicherheit der Patienten und Mitarbeitenden sicherzustellen.</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>gesamte Klinik</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>August 2025 bis Mai 2026</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Stürze reduzieren und Sturzfolgen vermeiden oder verringern</i>
Methodik	<i>Konzipierung und Umsetzung</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Pflege, Patientenadministration, QM, IT</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Analyse der eingehenden Meldungen, Fallweise direkte Interaktion</i>

QVM Strukturierte Patientenübergabe

Ziel	<i>Vollständige Erarbeitung aller Prozesse, Implementierung und Schulung der Mitarbeitenden</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Ärztlich, Pflegerisch, Therapeutisch</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Januar 2026 bis Juni 2026</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Strukturierte Übergaben anhand eines standardisierten Vorgehens, das allen Beteiligten bekannt ist, sichert die Weitergabe aller relevanten Informationen.</i>
Methodik	<i>Konzipierung und Umsetzung</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Pflege, Ärzteschaft, Psychologie, Therapeuten und QM</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>6 Wochen nach Abschluss des Projektes, werden die beteiligten Befragt und Nachbesserungen sollen vorgenommen werden.</i>

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

CIRS

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

Gewährleistung Datenschutz & Datensicherheit

Ziel	<i>Anforderungen nach revidierter Gesetzgebung gewährleisten.</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>Datenschutz, QM, Administration</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>fortlaufend</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.</i>
Begründung	<i>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.</i>
Methodik	<i>Analyse der gesetzlichen Vorgaben, IST- SOLL Analyse, Umsetzung und Kommunikation</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Datenschutzkoordination, IT, Externe Dienstleister, QM</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Dokumentation aller Austausch und Speicheraktivitäten im Zusammenhang mit Patientenbezogenen Daten. Zeitnahe Auswertung von Datenschutzmeldungen durch das QM.</i>

Dokumentenlenkung / Dokumentenmanagement

Ziel	<i>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</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>gesamte Klinik</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>fortlaufend</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>
Begründung	<i>Umsetzung nach Vorgaben der AMEOS-Gruppe und erfüllen der Anforderungen einer möglichen Zertifizierung nach ISO 9001:2015</i>
Methodik	<i>Konzipierung und Umsetzung</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Alle Mitarbeitenden</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.</i>

Zufriedenheitsbefragung Zuweiser

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

Optimierung der Dienstleistungsprozesse

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

Optimierung der therapeutischen Prozesse

Ziel	<i>Analyse der bestehenden Behandlungen in der Klinik, Erweiterung und Ergänzung der Dienstleistungen zur Steigerung des Mehrwerts für Patienten und zur Sicherstellung unserer Wettbewerbsfähigkeit.</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>gesamte Klinik</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>fortlaufend</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>
Begründung	<i>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</i>
Methodik	<i>Konzipierung und Umsetzung</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Ärzte, ärztliches Sekretariat, Patientenadministration, Direktion, Pflege</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Verbesserung des therapeutischen Prozesses durch Analyse und Bewertung von Experten zur Auswahl der optimalen Behandlungsmethoden und deren Ergänzungen.</i>

Angleichung des stationären medizinischen Leistungsangebots im Rahmen des Patientenbedarfs

Ziel	<i>Wirksamkeit und Zweckmässigkeit überprüfen und im Anschluss Anpassung der Strukturen</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>Medizin</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>fortlaufend</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>
Begründung	<i>Steigerung des Angebots und stetige Optimierung der Behandlung unserer Patienten</i>
Methodik	<i>IST / SOLL Analyse, Ausbau des Angebots und Auswertung der Patientenrückmeldungen</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Ärzte, Therapeuten, QM, Direktion</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.</i>

Klinisches Risikomanagement im Rahmen des QM

Ziel	<i>Gewährleistung der Sicherheit von Patienten und Mitarbeitenden</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>Medizin</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>fortlaufend</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>
Begründung	<i>Umsetzung eines kontinuierlichen Risikomanagements im Rahmen der Gruppenrichtlinien</i>
Methodik	<i>Konzipierung gesamtes Risikomanagement; Risikoüberwachung unter Einbezug der Geschäftsleitung</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Pflege, Ärzte, Therapeuten, QM, Direktion</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.</i>

4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 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 Instanzen zu und überwacht deren fristgerechte Bearbeitung. Die Verantwortlichkeiten für die Bearbeitung der zugeteilten 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 angebunden.

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 ist im internen Führungsprozess Risikomanagement etabliert.

4.5.2 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.

4.5.2.1 Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie

Unser Betrieb nimmt seit 2025 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 bis dato noch kein interprofessionelles Review Verfahren durchgeführt.

Bemerkungen

Ein erstmaliges Peer Review ist für das Berichtsjahr 2027 angekündigt.

4.7 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
<i>H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz</i>	<i>gesamtes AMEOS Seeklinikum Brunnen</i>	<i>2016</i>	<i>2021</i>	<i>H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz ist ein von der Eid- genössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) anerkanntes Konzept. Die Aufsicht hat das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.</i>
<i>REKOLE®</i>	<i>Rechnungswesen und Controlling</i>	<i>2021</i>	<i>2025</i>	<i>H+ Die Spitäler der Schweiz</i>

QUALITÄTSMESSUNGEN

Erhebung der Patientenerfahrung

5 Patientenerfahrung

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

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 Kontinuierliche Patientenbefragung

Die Ergebnisse aus der Patientenzufriedenheitsbefragung sollen uns Rückschlüsse ermöglichen, in wieweit 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 2025 durchgeführt.
Die Befragung erfolgt in den Bereichen Therapie, Pflege, Medizin, Hotellerie, Gastronomie, Patientenadministration und Betreuung.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

Messergebnisse

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 dezentralen Qualitätsmanagements. Bei der Umsetzung des Handlungsfeldes Patientenzentriertheit soll diese Thematik zur Prüfung aufgenommen werden.

Unser Konzept für die Erfassung und Meldung von Reklamationen und Beschwerden, 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

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

AMEOS Seeklinikum Brunnen AG

Qualitätsmanagement

Sandra Jakob

Leitung Qualitätsmanagement

+41 41 825 47 93

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*

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 im Jahr 2024 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2026.

Alle Mitarbeitenden des AMEOS Seeklinikum Brunnen wurden unabhängig der Abteilung befragt.

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.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2026.

Der Bereich Kommunikation und Kooperationsmanagement führt die Zuweiserbefragung durch und wertet sie aus. Das QM sowie die Klinikleitung werden über die Ergebnisse informiert.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Survey Monkey
---	---------------

Behandlungsqualität

Psychiatriespezifische Messungen

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

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

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung

14.1

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

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

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen:

- [Kliniken mit Schwerpunktversorgung](#)

Weitere Qualitätsaktivitäten

16 Weitere Qualitätsmessung

16.1 Weitere eigene Messung

16.1.1 AMEOS Interner Sicherheits- und Risikokatalog (Psychiatrie)

Der AMEOS Gruppeninterne Sicherheits- und Risikokatalog (ASURK) ist ein umfassendes Online Thementool, welches für alle Standorte angewendet werden kann. Im Berichtsjahr wurde der Standardfragebogen für das AMEOS Seeklinikum Brunnen im Januar 2026 für das Berichtsjahr 2025 erfasst.

Diese Messung haben wir im Monat *Januar* durchgeführt.

Die Befragung wird von der Sicherheitskoordination ausgefüllt und betrifft das gesamte Klinikum.

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 den Standorten sowie den gesetzlichen Vorgaben angepasst.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	<i>Spectos Audit Tool</i>

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 Umsetzung Qualitätsvertrag

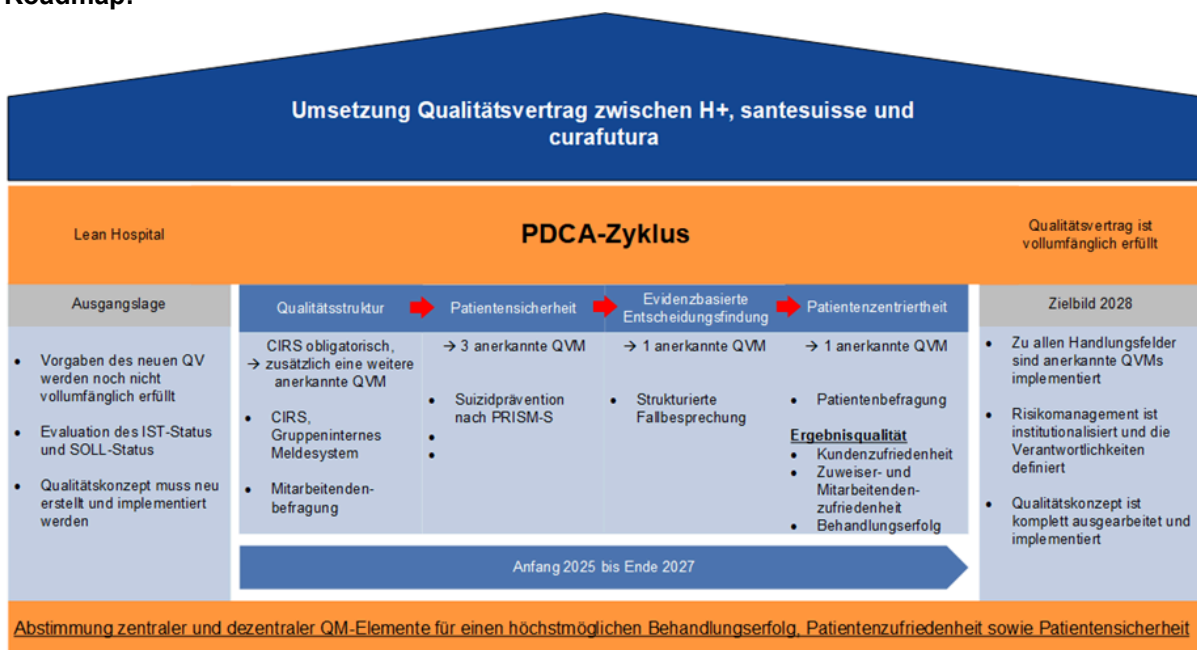
Projektart:

Nationales Projekt

Projektziel:

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

Roadmap:



Projektlauf:

- 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 "Reflecting Team" wurde der H+ zur Anerkennungsprüfung als QVM eingereicht.

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. 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.

17.1.2 QVM Sturzprävention

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Die Vorgaben der offiziellen QVM "Sturzprävention" der H+ sollen erfüllt werden. Reduktion von Sturzrisiken auf ein mögliches Mindestmass und systematische Erfassung von potenziellen Gefährdungen.

Projekttablauf:

Zusammenstellung der Projektgruppe, Konzepterstellung, Implementierung des Konzepts im QMS, Schulung

Involvierte Berufsgruppen:

Ein interdisziplinäres Team bestehend aus Administration, Pflegepersonal und internistischer Dienst

Projektelevaluation:

Das Konzept wurde ganzheitlich für Mitarbeitende und Patienten erarbeitet. Es unterliegt einer dreijährigen Evaluation.

Die Resultate und präventiven Ansätze der Gefahrenermittlung und Risikobeurteilung aus dem Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz wurden mitberücksichtigt.

17.1.3 QVM Reflecting Team

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Aus dem bestehenden Prozess „Reflecting Team“ wurde eine QVM entwickelt, welche bei der H+ für das Anerkennungsverfahren eingereicht wurde und für andere Leistungserbringer künftig zur Verfügung stehen soll.

Projekttablauf:

Zusammenstellung der Projektgruppe, Konzepterstellung durch den Fachbereich, Anerkennung durch die EQK, Implementierung im QMS

Involvierte Berufsgruppen:

Fachbereich Psychologie in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement

Projektelevaluation:

Im Rahmen der Konzeptumsetzung erfolgt eine jährliche Klinikfortbildung zur Thematik.

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Ausbau Behandlungsangebot Esketamin

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Die Erweiterung unseres Behandlungsangebots durch die Einführung der Esketamin-Therapie zur Behandlung therapieresistenter Depressionen.

Projekttablauf:

Zusammenstellung der Projektgruppe, Ist-Zustand analysieren, Ausarbeitung des Konzeptes, Schulung der Mitarbeitenden, 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.

17.2.2 Prozess Medikation

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Die Anpassung des Prozessablauf der Medikation.

Projekttablauf:

Zusammenstellung der Projektgruppe, Ist- und Soll-Zustand analysieren, Anpassung der Dokumente, Schulung der Mitarbeitenden, Einführung des neuen Prozessablaufs

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.

17.2.3 Prozess Beschwerde- und Meldewesen

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Die Anpassung des Prozess "Beschwerde- und Meldewesen" führt dazu, dass Patientinnen und Patienten ihre Anliegen auch während dem Aufenthalt dem QM mitteilen können.

Projekttablauf:

Zusammenstellung der Projektgruppe, Ist- und Soll-Zustand analysieren, Ausarbeitung des Konzeptes, Schulung der Mitarbeitenden, Einführung des angepassten Prozesses

Involvierte Berufsgruppen:

Ein interdisziplinäres Team bestehend aus Administration, Pflegepersonal, Psychologen, Therapeuten, und anderen Fachleuten

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.

17.2.4 Fallkomplexität auf Behandlungsergebnisse

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Durch das Forschungsprojekt soll die Wirksamkeit psychotherapeutischer und stationär-psychiatrischer Behandlungen bestätigt werden und der Einfluss der Fallkomplexität näher untersucht werden.

Projekttablauf:

Datensammlung, Datenanalyse, Fragestellung und Hypothesen, Festlegung des Fallkomplexitätsindex und Auswertung

Involvierte Berufsgruppen:

Psychologie

Projektelevaluation:

Alle erhobenen Messinstrumente zeigten eine signifikante Reduktion in der Symptombelastung zwischen Klinikeintritt und -austritt.

Das Projekt umfasste die Untersuchung von über 100 Patientinnen und Patienten. Die daraus resultierenden Ergebnisse wurden aufgenommen und intern weiterverarbeitet. Das Projekt ist somit abgeschlossen und unterliegt keiner weiteren Evaluation.

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 REKOLE®

Projektart:

Zertifizierung nach REKOLE®

Projektziel:

Anforderungen für die Rezertifizierung gewährleisten

Projektlauf / Methodik:

Durchführung eines jährlichen internen Audits durch einen externen Dienstleister.

Involvierte Berufsgruppen:

Finanz- und Rechnungswesen, Fakturierung, Qualitätsmanagement

Projektergebnis:

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

18 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 Zuweisenden und Patientinnen 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 Patientinnen und Patienten, Zuweisenden 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/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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