

Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

07.07.2023
Matthias Güdel, CEO

Version 1



**Privatklinik Meiringen AG, Zentrum für
seelische Gesundheit**

www.privatklinik-meiringen.ch



Psychiatrie

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 2022.

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 wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind 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.

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 aktuellsten, 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 2022

Herr
Stephan Steccanella
Leiter Qualitätsmanagement
+41 33 972 85 99
stephan.steccanella@michel-gruppe.ch

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. 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	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Zufriedenheitsbefragungen	16
5 Patientenzufriedenheit	16
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	16
5.2 Eigene Befragung	18
5.2.1 Patientenzufriedenheit	18
5.3 Beschwerdemanagement	19
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.(alle 3 Jahre). Nächste Vollerhebung ist 2024.	
8 Zuweiserzufriedenheit	20
8.1 Eigene Befragung	20
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit	20
Behandlungsqualität	21
9 Wiedereintritte Unser Betrieb führt eine Messung nach Bedarf durch.	
10 Operationen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
11 Infektionen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
12 Stürze	21
12.1 Eigene Messung	21
12.1.1 Sturzerfassung	21
13 Dekubitus Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	22
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	22
15 Psychische Symptombelastung	23
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	23
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	

	Unser Betrieb führt eine Messung nach Bedarf durch.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	25
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	25
18.1.1	Verdichtung von Rückmeldungen aller Kundengruppen	25
18.1.2	Optimierung Therapieplanung in Zusammenhang mit der Zentrumsbildung	25
18.1.3	Erneuerung der Infrastruktur	25
18.1.4	Vernetzung	26
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022	26
18.2.1	Zentrum für Alterspsychiatrie	26
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	26
18.3.1	Rezertifizierung ISO9001:2015	26
18.3.2	Reakkreditierung SLH	26
19	Schlusswort und Ausblick	27
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	28
	Psychiatrie	28
	Herausgeber	29

1 Einleitung

Die Privatklinik Meiringen ist eine psychiatrische Fachklinik und verfügt über 190 Behandlungsplätze. Sie bietet umfassende Behandlungsprogramme an, die auf evidenzbasiertem medizinischem, psychologischem und pflegerischem Wissen basieren. Es werden erwachsene Menschen mit allen Formen psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen behandelt, gepflegt und betreut. Die Diagnostik, Therapie und Pflege erfolgt nach wissenschaftlichen medizinisch-psychiatrischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Standards. Aktuelle Behandlungsleitlinien werden berücksichtigt. Die Klinik ist Listenspital des Kantons Bern; sie hat aber auch eine grosse überregionale, interkantonale und internationale Bedeutung. Die Behandlung erfolgt in Abhängigkeit des Schweregrads der vorliegenden Störung und wird individuell gestaltet. Das Behandlungskonzept wird in Zusammenarbeit mit den Betroffenen erstellt. Ein interprofessionelles Team aus Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, therapeutisch tätigen Mitarbeitenden sowie Pflegefachpersonen und dem Sozialdienst ist in den Behandlungsprozess eingebunden.

Behandlungsschwerpunkte

Grundlage und Beginn jeder Behandlung ist eine umfassende Diagnostik. Die Privatklinik Meiringen bietet das gesamte psychiatrische Behandlungsspektrum an und verfügt über neun Fachstationen. Dabei ist sie führend in der Behandlung von depressiven Störungen/Burnout, affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatischen Störungen sowie in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeiten) und Alterspsychiatrie.

Qualität

Erwartungen, beziehungsweise deren Erfüllung, sind der Antrieb jeglicher Qualitätsarbeit. Erwartungen zu kennen, erkennen und zu antizipieren kommt deshalb grosse Bedeutung zu. Entsprechend legen wir grossen Wert darauf, die Erwartungen der Anspruchsgruppen zu erfassen, messbar zu machen und Massnahmen, die der Qualitätsverbesserung dienen, umzusetzen. Um den stetig wachsenden Erwartungen gerecht zu werden, werden kontinuierlich diverse Themen im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter Einbezug beteiligter Berufsgruppen bearbeitet und umgesetzt.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Die Privatklinik Meiringen gehört zur Michel Gruppe (mit Sitz in Willigen, Meiringen) und bezieht diverse Supportleistungen wie IT, Kommunikation, Hotellerie und auch das Qualitätsmanagement von der Michel Gruppe.

Das Qualitätsmanagement ist direkt dem CEO der Privatklinik Meiringen unterstellt und umfasst fachlich bzw. organisatorisch alle Funktionen, die mit dem Qualitätsmanagement direkt oder indirekt in Zusammenhang stehen. Im Wesentlichen sind dies z. B. die Betreuung des Qualitätsmanagementsystems, die Begleitung von Messungen und Datenerhebungen, das Risikomanagement sowie die Anleitung und Koordination der den Qualitätsthemen zugeordneten Ansprechpersonen der Pflege und Medizin.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Stephan Steccanella
Leiter Qualitätsmanagement
+41 33 972 85 99
stephan.steccanella@michel-gruppe.ch

3 Qualitätsstrategie

Unser Bestreben ist es, die Bedürfnisse und Erwartungen unserer Patientinnen und Patienten zu erfüllen oder - wenn möglich - zu übertreffen. Dazu orientieren wir uns an anerkannten Qualitätsstandards. Regelmässig überprüfen wir unsere Weiterentwicklung, nehmen an Benchmarkprojekten teil und lassen uns nach den Kriterien der „Swiss Leading Hospitals“ (SLH) und den Normen ISO 9001:2015 und QuaTheDA auditieren.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

Kontinuität im Qualitätsmanagement

Durch einige Wechsel in Schlüsselpositionen in der Privatklinik Meiringen sowie in der Michel Gruppe bestand die Anforderung, das bestehende Qualitäts-System nahtlos in neue Hände zu übergeben. Dies gelang durch eine lückenlose Neubesetzung aller Positionen durch wiederum sehr kompetente und erfahrene Mitarbeitende. Es gelang, die Instanzen effizient zu vernetzen und den Schwung von „neuen Ideen“ zu nutzen. Bspw. ergaben sich neue Inputs in der Mess-Systematik, im Datenmanagement oder in der überbetrieblichen Vernetzung.

Zentralisierung der Hotellerie

Die auf zwei Standorte der Michel Gruppe verteilte Hotellerie wird in der Dienstleistungsgesellschaft Michel Services zusammengefasst. Damit entstehen direktere Ansprechpersonen, schlankere Prozesse und eine einheitlichere Leistungserbringung. Die Privatklinik Meiringen bezieht zukünftig die Leistungen aus den Michel Services und kann sich noch stärker auf die Kernleistungen fokussieren.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

Revidiertes Datenschutzgesetz – Zwischenstand

Die Privatklinik Meiringen unterzog sich einem ausführlichen Audit durch externe Fachkräfte. Die Arbeiten der Vorjahre wurden analysiert, und weitere Meilensteine skizziert vor der Inkraftsetzung des revidierten Gesetzes am 01.09.2023. Im Audit zeigte sich, dass alle Mitarbeitenden bereits zu einem hohen Grad sensibilisiert sind, und die Prozesse der direkten Zusammenarbeit mit unserer primären Kundengruppe – den Patientinnen und Patienten – den gesetzlichen Anforderungen schon 2022 weitestgehend genügen.

Feedbackmanagement

Wir befragen u.a. alle unsere stationären Patientinnen und Patienten dauerhaft bei Austritt zu diversen Aspekten, welche ihre Zufriedenheit und damit indirekt die (nicht) erfüllten Kunden-Erwartungen aufzeigen. Die Auswertungen werden monatlich den Stationen und grösseren Facheinheiten zur Verfügung gestellt, damit diese den Erreichungsgrad ihrer eigenen Jahresziele überprüfen können. Diese Fragebögen enthalten nicht nur „Kreuzchen“, sondern etliche, oft sehr persönliche, zum Teil seitenlange Wortmeldungen, die wir verstärkt systematisch (qualitativ) auswerten:

- Lob kann so sehr direkt an die Mitarbeitenden oder Teams zugespielt werden.
- Ausformulierte Hinweise auf Verbesserungspotentiale ergänzen die eher technischen Messungen sowie deren Auswertungen massgeblich.
- Chancen auf einen direkten Austausch mit den Patient:innen nutzen wir unverzüglich.
- Eine Kombination mit anderen Meldewegen (Ideenmanagement, Anregungen und Beschwerden) schärft das Verständnis für die Schwerpunktsetzung: Gutes kultivieren, Potentiale nutzen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Externe Faktoren

Die Änderungen auf behördlicher sowie auf vertragsrechtlicher Seite werden uns die nächsten Jahre stärker beschäftigen und die Stossrichtung Qualität massgeblich beeinflussen:

- Die Anforderungen der Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) sind laufend in Erfahrung zu bringen und nachzuführen.
- Der erweiterte Qualitätsvertrag von H+ wird voraussichtlich im Sommer 2023 in einer revidierten Version nochmals dem Bundesrat vorgelegt.
- Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) genehmigt Tarife und engt den finanziellen Spielraum weiter ein, v.a. im Zusatzversicherungsbereich. Zertifizierte Bereiche werden sich noch stärker auf den qualitativen Nachweis der (Einzel-)Leistungen fokussieren müssen.
- Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken entstehen überarbeitete und umfassendere Messungen, und Pilotprojekte im ambulanten Bereich stehen im Abschluss.
- Das revidierte Datenschutzgesetz verändert technische Prozeduren in eine leider nicht effizientere Richtung.
- Die Digitalisierung macht auch im Haslital nicht Halt: die Messsysteme werden auf schnellere, kürzere, zeitnahe Befragungen optimiert und nehmen Rücksicht auf die strukturellen Anpassungen der Leistungen (Zentrumsbildung, Ambulantisierung).

Interne Faktoren

- Die Stossrichtung Qualitätsmanagement der gesamten Michel Gruppe wird v.a. aufgrund der externen Faktoren, aber auch der veränderten internen Bedürfnisse der einzelnen Betriebe der Gruppe neu aufgesetzt.
- Zentrale, stark verankerte Software-Komponenten im Bereich des Meldewesens (u.a. CIRS) werden vom Hersteller nicht mehr unterstützt und müssen ausgetauscht werden – und damit bietet sich die Chance, die Abläufe auf eine konsequentere und systematische Umsetzung des PDCA-Kreislaufes (nach Deming) hin zu optimieren.
- Im Rahmen der zertifizierten Systeme werden die Auditor:innen-Pools für eigene Auditor:innen ausgebaut und damit die Vernetzung der Disziplinen gefördert.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwachsenenpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> – Symptombelastung (Fremdbewertung) – Symptombelastung (Selbstbewertung) – Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen – Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für Erwachsene

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ANQ Messungen

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenzufriedenheit
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserzufriedenheit

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Sturzerfassung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

CIRS

Ziel	Erkennung und Vermeidung potentiell kritischer Ereignisse
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganze Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Permanent
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Kritische Ereignisse treten selten auf. Um systematische Probleme zu erkennen bedarf es deshalb einer kontinuierlichen Erfassung und Auswertung, aus der sich Massnahmen zur Risikominderung ableiten lassen.
Methodik	Kontinuierliche, systematische Erfassung von Ereignissen und "Beinahe-Ereignissen".
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Erfassungsmethodik wird laufend überprüft und entsprechend neuen Erkenntnissen angepasst. Technisch steht die Installation eines komplett neuen Moduls an. Dies nutzen wir, um alle Meldekreise im CIRS gesamthaft zu prüfen, sorgfältiger auf unsere Dienstleistungen abzustimmen und sicherzustellen, dass die Bearbeitung der Fälle und Umsetzung der Massnahmen weiterhin wirksam erfolgen.
Weiterführende Unterlagen	siehe auch Kapitel 4.4.1 "CIRS - Lernen aus Zwischenfällen"

KIS

Ziel	Einführung neues System
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizin, Pflege, Therapien, Administration
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2019-2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Weiterentwicklung el. Führung der Behandlungsdokumentation und el. Patientenakte
Methodik	Prozessentwicklung und Implementierung im System
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Pflege, Therapie, Informatik, Administration
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Evaluation erfolgt mit jeder neuen Projektphase um sicherzustellen, dass die Systeme den geforderten Ansprüchen gerecht werden. Insbesondere werden in Bezug auf das revidierte Datenschutzgesetz die Zugriffe überprüft und trennschärfere Einstellungen, zusammen mit dem Hersteller, besprochen und möglichst nah an die gesetzlichen Forderungen umgesetzt.

Elektronisches Patientendossier (EPD)

Ziel	Einführung EPD
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2019-2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Einführung des EPD aufgrund der gesetzlichen Auflagen sowie Implementierung im Betrieb.
Methodik	Prozessentwicklung und Implementierung im System
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Informatik, Administration
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Projektfortschritt wird laufend im Rahmen von Projekt- und Strategiesitzungen überprüft.

Einführung elektronisches Befragungsinstrument

Ziel	Umstellung der ambulanten Befragungen auf elektronische Instrumente, und ergänzen der etablierten Papier-Fragebögen mit einer webbasierten Lösung (hybrid).
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganze Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Einführungen und Schulungen Frühling 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Digital ist zeitgemäss. Steigerung der Effizienz aufgrund digital erfasster Daten. Möglichkeit für kurzfristige Schwerpunktbefragung, ergänzend zu den etablierten Befragungszyklen.
Methodik	Projektabwicklung in einem agilen Setting (sehr schnell die Kunden zur Validierung einbeziehen).
Involvierte Berufsgruppen	interdisziplinär (klinisch, administrativ, technisch)
Evaluation Aktivität / Projekt	Fachpersonen sind selbständig in der Lage, nach den ausgearbeiteten Leitfäden eine Befragung zu planen, aufzubauen, durchzuführen und auszuwerten. Laufende Wissenssicherung bei jedem Einsatz des Tools.

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 2013 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

Siehe auch Kapitel 4.4 unter "Laufende Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten" für die weitere Modernisierung unseres CIRS.

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
Qualitätskriterien SLH	ganze Klinik	2006	2021	Reakkreditierung 2023
ISO 9001:2015	ganze Klinik	2018	2022	Rezertifizierung 2021, Aufrechterhaltungsaudit 2022
QuaTheDA	Bereich Sucht	2018	2022	Rezertifizierung 2021, Aufrechterhaltungsaudit 2022
REKOLE	ganze Klinik	2013	2022	
Arbeitssicherheit Branchenlösung H+	ganze Klinik	2016	2022	Überprüfung durch H+ (Branchenlösung)

Bemerkungen

Siehe auch weitere Details im Kapitel 18.3 "Aktuelle Zertifizierungsprojekte"

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

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

5.1.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für 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. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung der Erwachsenen in der Psychiatrie durchgeführt.

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 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
Privatklinik Meiringen AG, Zentrum für seelische Gesundheit				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	4.05	3.96	4.05	3.81 (3.70 - 3.92)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.56	4.47	4.59	4.52 (4.42 - 4.62)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.49	4.34	4.38	4.23 (4.13 - 4.33)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.01	3.91	4.01	3.84 (3.68 - 3.99)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.32	4.13	4.24	4.01 (3.88 - 4.14)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.19	4.22	4.20	4.08 (3.96 - 4.21)
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022				287
Anzahl eingetreffener Fragebogen	198	Rücklauf in Prozent		69 %

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.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE, Unisanté, Lausanne
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 16 Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2022 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenzufriedenheit

Die interne Patientenzufriedenheit wird bei Austritt der Patientinnen und Patienten mit dem MüPF (Münsterlinger Psychiatriefragebogen) anonym erhoben. Die Patientinnen und Patienten erhalten bei Austritt den Fragebogen und ein Rückantwort-Couvert.

Der Fragebogen umfasst Fragen zum gesamten Aufenthalt in der Privatklinik Meiringen vom Eintritt bis Austritt und über alle Bereiche von der Medizin bis hin zu Verpflegung. Dabei wird pro Frage eine mehrstufige Skala angewendet. Zusätzlich sind Freitextfelder für individuelle Kommentare der Patientinnen und Patienten vorhanden.

Die Auswertungen erfolgen sowohl über die Klinik als gesamtes als auch über die einzelnen Stationen. Dies erlaubt einen internen Vergleich und damit ein "internes Benchmarking". Daraus werden Verbesserungsmassnahmen abgeleitet, deren Wirkung mit Hilfe zusätzlicher Erhebungen überprüft wird.

Die individuellen Kommentare werden in einer Datenbank erfasst, Kategorien zugeordnet und qualitativ ausgewertet. Lob wird den Mitarbeitenden und Teams direkt weitergeleitet. Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten werden in den Verbesserungskreislauf eingespielen.

Die Privatklinik Meiringen nimmt regelmässig am schweizweiten MüPF-Benchmark teil, was es erlaubt, die internen Resultate mit denen anderer Psychiatrien zu vergleichen und aussagekräftigere Resultate liefert als die ANQ-Messung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die Messung findet in der gesamten Klinik statt. 2023 ist wieder ein "Benchmarkjahr", d.h. die Ergebnisse aus der Befragung 2023 werden anfangs 2024 in einem Klinikkollektiv verglichen und bewertet.

Die Patientenzufriedenheitsmessung erfasst alle Patientinnen und Patienten der Privatklinik Meiringen. Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Die interne Patientenzufriedenheitsmessung wurde im August 2015 eingeführt und kontinuierlich fortgeführt. Per 1.1.2018 erfolgte die Umstellung auf den MüPF Fragebogen.

Die Beteiligung war 2022 mit 70% der Befragten sehr gut. Die Patientenzufriedenheit liegt über alle Patientengruppen inkl. Patienten mit Einweisung per FU bei 88%.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	UPK
Methode / Instrument	MüPF(-27)

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Privatklinik Meiringen AG, Zentrum für
seelische Gesundheit**

Qualitätsmanagement

Stephan Steccanella

Leiter Qualitätsmanagement

+41 33 972 85 99

stephan.steccanella@michel-gruppe.ch

Zusätzlich informieren wir jede Patientin und jeden Patienten schriftlich über die kantonalen Ombudsstellen sowie die Beratungsstelle für Patienten der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO).

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten 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 Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserzufriedenheit

In der Vergangenheit haben wir die Zuweiserzufriedenheit durch externe Dienstleister ermitteln lassen. Der Rücklauf an Beurteilungen war aus unserer Sicht leider zu gering und keine verlässliche Grundlage zur Definition von Verbesserungsmaßnahmen. Aus diesem Grund haben wir uns ab 2018 entschieden, im Rahmen von Gesprächen mit unseren Hauptzuweisern, die Zufriedenheit sowie Chancen zur Verbesserung direkt selbst zu erfragen. Dabei wurden sowohl Aspekte der Zuweisung, der Kommunikation während des Aufenthalts und der Information bei Austritt thematisiert.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat März durchgeführt. Die Befragung wurde durch die Abteilung Medizin durchgeführt. Es wurden Gespräche mit unseren wichtigsten Zuweisern geführt.

Durch die direkte Kommunikation konnten wir einzelne Bereiche mit Handlungsbedarf identifizieren und Massnahmen zur Verbesserung einleiten.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

12 Stürze

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Sturzerfassung

Im Falle von Sturzereignissen werden Daten zur Person, den Umständen des Sturzes, der Sturzort, Medikamente etc. erfasst. Ziel ist es, durch systematische Auswertungen potentielle Risiken zu erkennen und präventiv Massnahmen treffen zu können.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Stürze werden in allen Abteilungen erfasst.

Wir haben alle stationär behandelten erwachsenen Patienten befragt, die im Erhebungsjahr die Klinik verlassen haben

Im Berichtsjahr 2022 wurden 79 Stürze erfasst (Vorjahr 71).

Davon waren:

- 4 mit Behandlungsfolgen extern (Vorjahr: 6)

- 75 ohne Behandlungsfolgen extern (Vorjahr: 65)

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll
---	----------------

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den fallführenden Pflegefachpersonen bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2018	2019	2020	2021
Privatklinik Meiringen AG, Zentrum für seelische Gesundheit				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	3.02	2.65	4.60	3.70
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2021				1494

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.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

15 Psychische Symptombelastung

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, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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 eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patientinnen und Patienten (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

HoNOS Adults	2018	2019	2020	2021
Privatklinik Meiringen AG, Zentrum für seelische Gesundheit				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	11.44	9.49	8.82	8.42
Standardabweichung (+/-)	7.79	7.82	7.93	6.70
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	0.36	0.44	-0.16	0.68
Anzahl auswertbare Fälle 2021				1446
Anteil in Prozent				99.3 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2018	2019	2020	2021
Privatklinik Meiringen AG, Zentrum für seelische Gesundheit				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	30.90	30.60	29.15	30.45
Standardabweichung (+/-)	29.32	31.39	31.20	31.55
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-3.72	-4.26	-4.73	-2.74
Anzahl auswertbare Fälle 2021				1008
Anteil in Prozent				83.3 %

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach

Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken. 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.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Verdichtung von Rückmeldungen aller Kundengruppen

Um einen Handlungsbedarf besser erkennen zu können, ist die Betrachtung einzelner, isolierter Instrumente und Systeme problematisch, wenn ohne deren Vernetzung nur wenige Schilderungen zu einem Thema bestehen. Schwerpunkte können weniger gut erkannt werden, die Priorisierung ist damit nicht präzise, oder scheinbar nicht gegeben. Gerade bei Kundenrückmeldungen ist uns das Gesamtbild wichtig.

Berufsgruppen

Die beteiligten Berufsgruppen sind sehr nahe an den Kernprozessen und an der Interaktion mit den Kund:innen platziert. Insofern sind es nicht nur die klinisch und therapeutisch Tätigen, sondern auch Organisationseinheiten bspw. aus der Hotellerie / Gastronomie.

Methodik

Datenbankgestützte Sammlung von diversen Meldungen mit einem übergeordneten Clustering und einer Verschlagwortung für qualitative Analysen.

Überprüfung der Wirksamkeit und Aussagekraft

Die Statistiken und Auszüge aus den Meldungen werden quartalsmässig mit den Zielgruppen besprochen und angepasst (primär Geschäftsleitungen).

18.1.2 Optimierung Therapieplanung in Zusammenhang mit der Zentrumsbildung

Die fortschreitende Gestaltung unserer Fachbereiche in Form von Kompetenzzentren verlangt eine Anpassung der Prozesse – nicht nur für unsere Patient:innen, sondern auch für unser Fachpersonal und die Supportprozesse. Wir nutzen diese Gelegenheit gleichzeitig, den Patient:innen noch schneller und noch massgeschneiderter ein passendes Therapieprogramm vorlegen zu können, und verstärken dabei auch die planerischen / kommunikativen Aspekte und die fachliche Breite.

Berufsgruppen

v.a. ärztliche, psychologische, pflegerische und therapeutische Fachpersonen, wobei „Therapien“ zu differenzieren sind: Körper-, Psycho-, Kunst- oder Stationstherapien inkl. Ateliers.

Methodik

Projekt, angelehnt an das „agile Setting“ (Umsetzung in kleinen Arbeitsschritten und möglichst schneller Einbezug der betroffenen Kundengruppen zur Validierung der Zwischenergebnisse).

Überprüfung der Wirksamkeit anhand der Kundenbefragungen, sei es über das Standardinstrument der Patientenzufriedenheitsbefragung, sei es mittels spezifischen, zeitlich eingrenzenden Befragungen oder Interviews.

18.1.3 Erneuerung der Infrastruktur

Das historische Gebäude "Des Alpes" wird bis Ende 2024 einer umfassenden und sanften Renovation und Modernisierung unterzogen, und in mehreren Stationen der Ausbaustandard angehoben. Die Arbeiten wurden im Frühling 2023 gestartet.

18.1.4 Vernetzung

Vernetzung

Die Privatklinik Meiringen vernetzt sich im Markt noch stärker und ist im Vorstand von Swiss Leading Hospitals (SLH) doppelt vertreten: Sie nimmt Einsitz in der Leitung des Ressorts "Zusatzversicherung", zusätzlich neu auch in der Leitung des Ressorts Qualität.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

18.2.1 Zentrum für Alterspsychiatrie

Im Berichtsjahr fanden die Vorbereitungsarbeiten für die Eröffnung des Zentrums für Alterspsychiatrie Anfang 2022 statt. Mit der Übernahme des Lenggasshüüs der Stiftung Alpbach in Meiringen erweiterte die Privatklinik Meiringen ab Februar 2022 ihr Leistungsangebot. In den modernen Räumlichkeiten wird ein integriertes Angebot für Menschen im dritten Lebensabschnitt angeboten. Das Zentrum für Alterspsychiatrie verfügt über 35 Betten, ist an 365 Tagen aufnahmefähig und leistet die Notfallversorgung im Bereich der Alterspsychiatrie. Im Zentrum für Alterspsychiatrie werden Patientinnen und Patienten mit Demenz, mit affektiven Störungen wie Depressionen im Alter, mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, organisch bedingten und neurologisch bedingten psychiatrischen Störungen sowie Suchterkrankungen im Alter behandelt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Rezertifizierung ISO9001:2015

Die Privatklinik Meiringen ist seit dem Frühling 2018 erfolgreich nach ISO9001:2015 und nach QuaTheDa zertifiziert. Rezertifizierungen erfolgen regelmässig im 3 Jahres-Rhythmus mit jährlichen Audits zur Aufrechterhaltung des Managementsystems nach ISO 9001:2015. Im Sommer 2021 wurden an der Privatklinik Meiringen die Rezertifizierungsaudits für die Normen ISO 9001:2015 sowie QuaTheDA erfolgreich durchgeführt.

Im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung und Selbstüberprüfung des Managementsystems wurden und werden zudem interne Audits durchgeführt. Die Arbeiten zur Erreichung der Rezertifizierung umfassen sämtliche Bereiche und Berufsgruppen der Klinik. Die weiteren Etappen sind in folgende Phasen gegliedert:

- Durchführung interne Audits (laufend)
- Durchführung Aufrechterhaltungsaudits nach ISO 9001:2015 und QuaTheDA (2022 und 2023)
- Rezertifizierung (2024)

18.3.2 Reakkreditierung SLH

Im Sommer 2021 fand ebenfalls die alle zwei Jahre durchzuführende Re-Qualifikation nach den Qualitätskriterien der SLH statt, welches die Privatklinik Meiringen erfolgreich absolvierte. Die aktuellste Requalifikation fand zum Zeitpunkt der redaktionellen Arbeiten zu diesem Bericht (erfolgreich) statt.

19 Schlusswort und Ausblick

«Wo Patienten auch Gäste sind» - in der Privatklinik Meiringen verbinden sich Tradition und Fortschritt auf ideale Weise.

Diesem Leitgedanken folgend ist die Privatklinik Meiringen seit 100 Jahren erfolgreich in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen tätig. Stetig werden die Behandlungsprogramme angepasst und verfeinert, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgebildet und spezialisiert, dies um unseren Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Behandlung nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu bieten. Mit dem Qualitätsbericht 2022 geben wir eine Zusammenfassung unserer Massnahmen und Verbesserungen im Berichtsjahr ab. Die Arbeit zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Angebote und Leistungen geht laufend weiter und so haben wir bereits im laufenden Jahr wieder Qualitätsprojekte in Angriff genommen oder umgesetzt.

Matthias Güdel, MBA
CEO Privatklinik Meiringen
Willigen, Juni 2022

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

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

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.