



# Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 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  
Sabine Urban  
Mitarbeiterin Qualitätsmanagement  
044 716 41 36  
[sabine.urban@sanatorium--kilchberg.ch](mailto:sabine.urban@sanatorium--kilchberg.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](https://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](https://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](https://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](https://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

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG .....	10
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.3 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	11
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	22
4.5.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews .....	22
4.6 Registerübersicht .....	23
4.7 Zertifizierungsübersicht .....	23
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>24</b>
<b>Erhebung der Patientenerfahrung</b> .....	<b>25</b>
<b>5 Patientenerfahrung</b> .....	<b>25</b>
5.1 Nationale Erhebung der Patientenerfahrung (PREMs), Psychiatrie .....	25
5.2 Eigene Befragung .....	26
5.2.1 Patientenzufriedenheit im Sanatorium Kilchberg .....	26
5.2.2 Angebotsevaluation im Bereich Privat- und Spezialstationen .....	27
5.3 Beschwerdemanagement .....	28
<b>6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern</b> <i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> <i>Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.</i>	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> <i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>29</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>29</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> <i>Wir erheben die Wiedereintritte und evaluieren die Gründe im Rahmen der auf Fallebene angewendeten Qualitätsmessungen.</i>	
<b>10 Operationen</b> <i>Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.</i>	
<b>11 Infektionen</b> <i>Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.</i>	
<b>12 Stürze</b> .....	<b>29</b>
12.1 Eigene Messung .....	29
12.1.1 Sturzprophylaxe .....	29
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>30</b>
13.1 Eigene Messungen .....	30
13.1.1 Dekubitus Messung .....	30
<b>Psychiatriespezifische Messungen</b> .....	<b>31</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung</b> .....	<b>31</b>
14.1 Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der	

14.2	Symptombelastung psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	32
	<b>Rehaspezifische Messungen .....</b>	<b>0</b>
15	<b>Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit</b> <i>Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.</i>	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten .....</b>	<b>33</b>
16	<b>Weitere Qualitätsmessung .....</b>	<b>33</b>
16.1	Weitere eigene Messung .....	33
16.1.1	Aggressionsereignisse (Psychiatrie) .....	33
17	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>34</b>
17.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	34
17.1.1	Umsetzung Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG .....	34
17.1.2	Etablierung eines Führungsleitbilds .....	35
17.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025 .....	36
17.2.1	Klinikweites Jahreszielprojekt "Steigerung der Medikationssicherheit" .....	36
17.2.2	Etablierung eines Klinischen Risikomanagements .....	36
17.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	37
17.3.1	Identifikation/Evaluation von geeigneten Labels für die Zukunft des Sanatoriums Kilchberg .....	37
18	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>38</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot .....</b>	<b>39</b>
	Psychiatrie .....	39
	<b>Herausgeber .....</b>	<b>40</b>

## 1 Einleitung

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

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

Unser Augenmerk ist ganz auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten gerichtet. Im Vordergrund unserer Bemühungen steht die fachkundige und kompetente, dabei stets auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Bei der Suche nach eigenständigen, innovativen Behandlungskonzepten schöpfen wir aus der reichen Geschichte unseres Hauses. Der Blick auf unsere bald 160jährige Geschichte ermutigt uns, im Schulterschluss mit der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung nach ganzheitlichen Konzepten zu streben. Körper, Seele und Geist, Biographie und soziales Umfeld: es geht um den ganzen Menschen.

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

### Zahlen und Fakten 2025

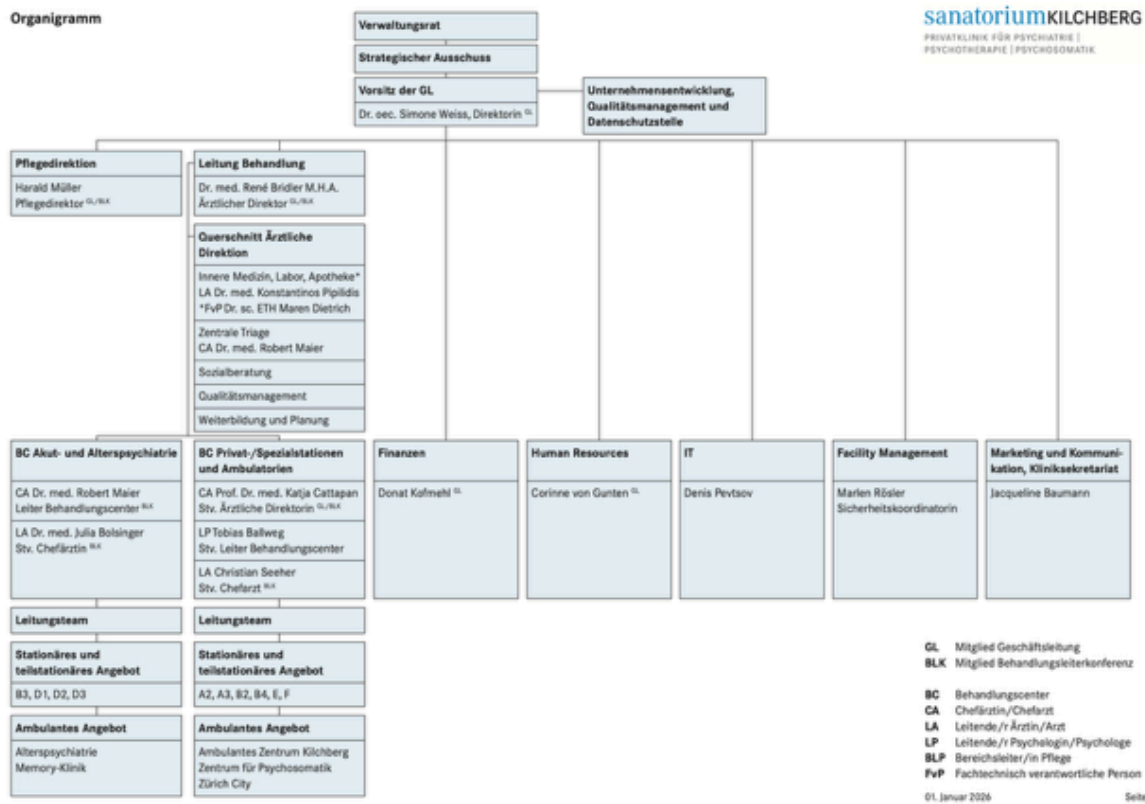
- 10 Psychiatrische Stationen mit 184 Betten mit integriertem tagesklinischen Angebot
- 2 256 stationäre Patientinnen und Patienten
- 66 308 Pfl egetage
- 2 Ambulatorien (Kilchberg und Zürich City)
- 650 Mitarbeitende (davon 39 Auszubildende) inkl. Pool-Mitarbeitende

Weiterführende Informationen finden Sie unter [www.sanatorium-kilchberg.ch](http://www.sanatorium-kilchberg.ch).

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau, Dr. sc. nat. Corina Höppner  
Mitarbeiterin Qualitätsmanagement  
044 716 38 06  
[corina.hoepfner@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:corina.hoepfner@sanatorium-kilchberg.ch)

Frau Sabine Urban  
Mitarbeiterin Qualitätsmanagement  
044 716 41 36  
[sabine.urban@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:sabine.urban@sanatorium-kilchberg.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

*Das Sanatorium Kilchberg ist eine der traditionsreichsten Privatkliniken der Schweiz und die älteste psychiatrische Einrichtung im Kanton Zürich. Die Familie Schneider ist seit 1947 im Besitz des Sanatorium Kilchberg und garantiert so die Kontinuität des Unternehmens. Seit der Gründung versteht sich das Sanatorium Kilchberg als eine Institution, die Menschen unabhängig von ihrem ökonomischen und gesellschaftlichen Status professionelle Hilfe bietet. Dieses Selbstverständnis wurde 1991 durch den kantonalen Leistungsauftrag bestätigt und 2023 mit einem Leistungsauftrag als Vollversorgungsklinik mit zwei Spezialleistungsaufträgen erneuert. Seit seiner Gründung bekennt sich das Sanatorium Kilchberg zu Wandel und Erneuerung.*

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

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

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

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

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

- **Umsetzung Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG:** Um eine gezielte und transparente Förderung der Behandlungsqualität zu gewährleisten, wurden die Vorgaben des Qualitätsvertrages nach Art. 58a KVG, der zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenversicherer abgeschlossen wurde, in allen geforderten Aspekten umgesetzt. Dies beinhaltet die Weiterentwicklung des bestehenden Qualitätsmanagementsystems und die Weiterentwicklung und Etablierung betriebsinterner Qualitätskonzepte, inklusive geeigneter Qualitätsverbesserungsmassnahmen.
- **Etablierung eines Führungsleitbildes:** Gemeinsam mit Führungskräften und Mitarbeitenden wurde ein klinikweites Führungsleitbild entwickelt, das Ausdruck von gemeinsam geteilten Werten ist. Das Leitbild dient als Werkzeug, um die Unternehmenskultur aktiv mitzugestalten. Eine positive Unternehmenskultur hat wiederum Auswirkungen auf Fehlerkultur und Qualität.
- **Pilotprojekt Patienten-App "heyPatient":** Um die Abläufe und den Aufenthalt für Patienten und Patientinnen zu optimieren und so angenehm wie möglich zu gestalten, wurde ein Proof of Concept zur Einführung einer Patienten-App auf ausgewählten Stationen durchgeführt. Die App beinhaltet z. B. einen digitalen Zugang zu Therapieplänen mit automatischen Terminbenachrichtigungen und Wegbeschreibungen. Das Pilotprojekt lieferte wertvolle Erkenntnisse für die zukünftige Weiterverfolgung der Digitalisierung im Patientenkontakt.

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

- **Klinisches Risikomanagement:** Etablierung einer umfassenden klinikweiten Risikocharta zur Monitorisierung klinischer Risiken mit konkreten Messgrössen und Zielvorgaben. Ebenso werden bei Nicht-Erreichen der Zielvorgaben konkrete Massnahmen zusammen mit den Liniverantwortlichen erarbeitet.
- **Klinikweites Jahreszielprojekt "Steigerung der Medikationssicherheit":** Mit dem Ziel, kritische Zwischenfälle im Medikationsprozess zu minimieren, wurde das im Jahr 2024 gestartete Projekt weiter verfolgt und geeignete Verbesserungsmassnahmen etabliert (z. B. Integration eines umfassenden, an die Bedürfnisse der Behandlung angepassten, Interaktions-Checks für die Medikation im KIS oder flächendeckende Einführung einer Scanning-Lösung für die Medikamentenbestellung). Ebenfalls fand ein Pilotversuch zur Einführung einer Scanning-Lösung zum Richten und Verabreichen der Medikation statt, welcher als Grundlage für die Weiterentwicklung von Massnahmen im Rahmen der Medikationssicherheit in den nächsten Jahren dient.
- **Gestaltung eines Rückzugszimmers zur Reduktion von Belastungen und Stressempfinden:** Der neu gestaltete Raum schafft eine angenehme und beruhigende Rückzugsmöglichkeit für Patientinnen und Patienten und ist eine nachgewiesene effektive Intervention zur Reduktion von Zwang und Gewalt.
- **Erneuerung des Notfall-Alarmierungssystems:** Das 2024 eingeführte System wurde weiter optimiert und an die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer angepasst.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Konsequente Umsetzung der definierten Qualitätsziele
- Weiterverfolgung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in sämtlichen Dimensionen
- Weiterentwicklung des Qualitätsvertrages nach Art. 58a KVG (Evaluation bestehender und Etablierung weiterer geeigneter Qualitätsverbesserungsmassnahmen)
- Weiterführung Konzept zur Reduktion von Zwangsmassnahmen
- Weitere Standardisierung Evaluation Suizidpräventionsmassnahmen
- Beibehaltung und Ergänzung von geeigneten, auf die Bedürfnisse des Sanatoriums Kilchberg abgestimmte, Zertifizierungen und Labels
- Ablösung des bisherigen Prozessmanagements und Überarbeitung, Migration und Etablierung bestehender Prozesse in ein neues, dynamisches und praxisnahes System
- Etablierung des erarbeiteten Führungssystems, das durch eine gute Unternehmens- und Fehlerkultur zur Steigerung der Qualität im Sanatorium Kilchberg beiträgt

## 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 <sup>1</sup> : 24.11.2025		Externe Überprüfung QV58a KVG <sup>2</sup>		Prüfstelle	Kommentar Spital
		Ergebnis			
<i>Qualitätsmanagementsystem</i>	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
<i>Qualitätskultur</i>	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Interprofessionelle Peer Reviews	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	✓				
▪ Qualitätszirkel	✓				
<i>Patientensicherheit</i>	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen	✓				
▪ Suizidprävention nach Suizidversuch mittels ASSIP	✓				
▪ 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](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erwachsenenpsychiatrie           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nationale Erhebung der Patientenerfahrung (PREMs), Psychiatrie - Erwachsene</li> <li>– Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)</li> <li>– Symptombelastung psychischer Störungen</li> </ul> </li> </ul>

## 4.3 Durchführung von kantonally vorgegebenen Messungen

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

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

## 4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Systematische Suizidrisikoeinschätzung zur Suizidprävention

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

## Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&amp;M)

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

## Systematische Gewaltrisikoeinschätzung zur Reduktion von Zwang und Gewalt und jährliche Evaluation

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

## Eintritts-, Verlaufs- und Outcomemessungen.

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

## Schulung Aggressionsmanagement und verbale Deeskalation

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

## HoNOS-Schulungen

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

## Notfallmanagement

<b>Ziel</b>	<i>Sicherstellung von Notfallmassnahmen im Basic Life Support; Dienstbefähigung Assistenzärzte und -ärztinnen</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Ganzer Betrieb</i>
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	<i>laufend</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Schulung via Lernplattform OpenOLAT inkl. Abschlusstest</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>Ärztlicher Dienst, Pflegedienst</i>
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<i>Interner Prozess und Begleitdokumente</i>

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

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

## Fallbezogene Supervision, Team-Supervision, Peer-Supervision

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

## Ethikberatung

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

## Ethikkodex (Grenzen in der Therapie)

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

## Internal Audit der Kern- und Supportprozesse

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

## Beschwerdemanagement

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

## Ideenmanagement SanIDEE

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

## Hygienekonzept

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

## Differenzierte Zufriedenheitsmessungen im Bereich Privat- und Spezialstationen

<b>Ziel</b>	<i>Erfassung und Steigerung der Patienten- und Patientinnenzufriedenheit und Behandlungsqualität. Ableiten von Massnahmen, um diese gezielt zu verbessern.</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Privat- und Spezialstationen</i>
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	<i>laufend</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Das Erfassen der Patienten- und Patientinnenzufriedenheit schafft Transparenz, stärkt die Patienten- und Patientinnenorientierung und trägt dazu bei, im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, die Behandlungsqualität stetig zu steigern.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Spezifische, stationsangepasste Fragebögen</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>Ärztlicher Dienst, Psychologischer Dienst, Pflegedienst</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Laufende Anpassung der Befragung an veränderte Bedürfnisse</i>
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<i>Interne Dokumente</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 2010 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

#### 4.5.2 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 2021 an der Branchenlösung Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie teil und nutzt das Verfahren zur Qualitätssicherung.

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

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

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

## 4.6 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	2013

## 4.7 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
EFQM	Sämtliche Bereiche	2015	2023	Externes Assessment im Juni 2016; Rezertifizierung 2019; Zertifizierung Recognised by EFQM 3-Sterne 2023 (gültig bis März 2026)
REKOLE Zertifizierung	Sämtliche Bereiche	2016	2024	Erst-Zertifizierung 2016; Rezertifizierung April 2020; Rezertifizierung 2024
SIWF Zertifizierte Weiterbildungsstätte	Ausbildung Fachärzte	2009	2026	SIWF
Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtung	Behandlung	2019	2025	Selbsthilfe Schweiz

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Erhebung der Patientenerfahrung

### 5 Patientenerfahrung

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

#### 5.1 Nationale Erhebung der Patientenerfahrung (PREMs), Psychiatrie

Ab Frühling 2026 ersetzt der Fragebogen Swiss PREMs Psychiatry den bisherigen ANQ-Kurzfragebogen. Beim Swiss PREMs handelt es sich um ein differenziertes Befragungsinstrument zur Erhebung der Patientenerfahrung, das in einem aufwändigen Verfahren ausgewählt, gezielt angepasst und in Pilotmessungen getestet wurde.

Der Swiss PREMs Psychiatry fragt folgende relevanten Dimensionen ab: Aufnahme/Eintritt, Information/Kommunikation, Pflegepersonal, Ärzteschaft und andere Mitarbeitende, Einbezug in Entscheidungsprozesse, Organisation/Abläufe und Wartezeiten, Vertrauen/Sicherheit bezüglich Behandlung/Betreuung und Aufenthalt, Medikation, Austrittsmanagement. Befragt werden alle Erwachsenen ( $\geq 16$  Jahre), die das Spital oder die Klinik in einem bestimmten Zeitfenster (Erhebungszeitraum) verlassen.

Die Messung erfolgte erstmals im Frühling 2026 und danach im 2-Jahres-Rhythmus. Daten aus der Erhebung mit dem neuen Befragungsinstrument werden erst ab Messjahr 2026 zur Verfügung stehen. Aktuell sind deshalb keine Messergebnisse verlinkt.

#### **Messmethode und Interpretation der Ergebnisse**

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

Zu den Messergebnissen: [Sanatorium Kilchberg AG](#)

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheit im Sanatorium Kilchberg

Die Patientenzufriedenheit wird mit dem Patientenzufriedenheitsbogen (PatZu-Bogen) erfasst. Der Fragebogen berücksichtigt optimal die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen psychiatrischer Patientinnen und Patienten und ist klar strukturiert.

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Die Befragung fand in der gesamten Klinik statt.

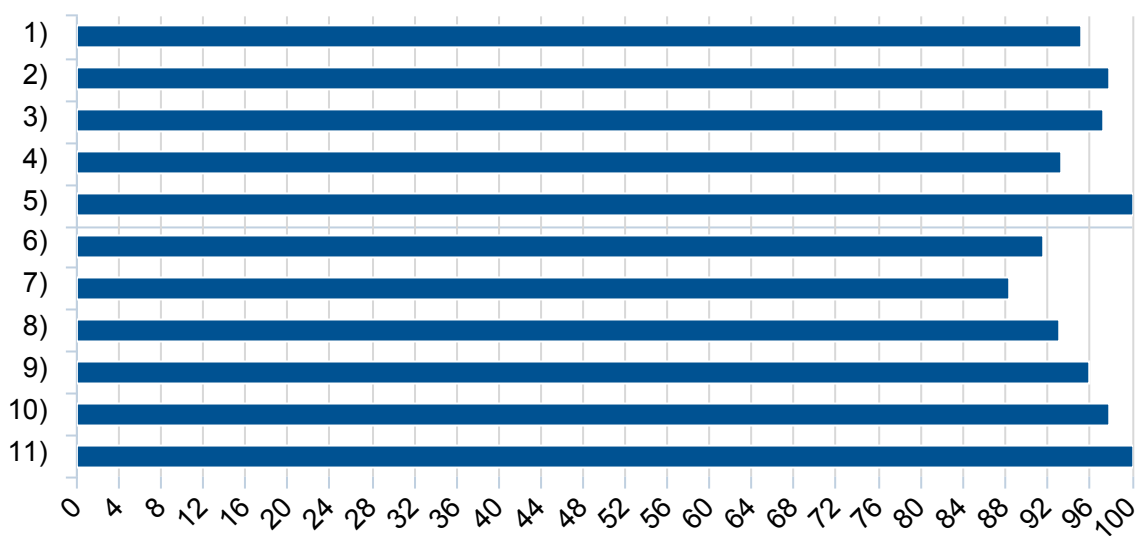
#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Alle stationären Patienten, die im Berichtsjahr 2025 ausgetreten sind, flossen in die Erhebung ein. Die Rücklaufquote wird berechnet aus der Anzahl vollständig retournierter und valider Bögen.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Bereiche

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



0 = 0 von 100 sind (sehr) zufrieden / 100 = 100 von 100 sind (sehr) zufrieden

■ Sanatorium Kilchberg AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Bereiche				
	1)	2)	3)	4)	5)
Sanatorium Kilchberg AG	95.30	97.90	97.40	93.30	100.00

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Bereiche				
	6)	7)	8)	9)	10)
Sanatorium Kilchberg AG	91.60	88.40	93.20	96.00	97.90

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Bereiche	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	11)		
Sanatorium Kilchberg AG	100.00	910	40.00 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	PatZu-Bogen

## 5.2.2 Angebotsevaluation im Bereich Privat- und Spezialstationen

Die vielfältigen Angebote des Bereichs Privat- und Spezialstationen werden laufend evaluiert. Ebenso findet alle 2-4 Jahre eine Evaluation im ambulanten Bereich (ZPZ) statt. Bei Austritt erhalten die Patientinnen und Patienten einen Fragebogen. Der Fragebogen umfasst Fragen zur Zufriedenheit mit der Betreuung in verschiedenen Bereichen, mit dem therapeutischen Angebot, dem Wochenplan und der Infrastruktur. Patientinnen und Patienten können angeben, wovon sie am meisten profitiert haben und werden nach ihren Anregungen und Verbesserungsvorschlägen gefragt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
Bereich Privat- und Spezialstationen

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Alle austretenden Patientinnen und Patienten der Privat- und Spezialstationen.

### Messergebnisse

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

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Sanatorium Kilchberg AG**

*Beschwerdemanagement*

*Sabine Urban*

*Mitarbeiterin Qualitätsmanagement*

*+41 44 716 42 02*

*[qualitaetsmanagement@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:qualitaetsmanagement@sanatorium-kilchberg.ch)*

*ganztägig Mo, Di, Mi, Do*

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

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 12 Stürze

##### **Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 2023**

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen.

Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ- Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem [Webportal des ANQ](#).

#### **12.1 Eigene Messung**

##### **12.1.1 Sturzprophylaxe**

*Die Sturzprophylaxe wird im Bereich Alterspsychiatrie durchgeführt.*

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
*Alterspsychiatrie*

##### **Angaben zum untersuchten Kollektiv**

*Es werden Patientinnen und Patienten in der Alterspsychiatrie untersucht.*

##### **Messergebnisse**

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

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 13 Dekubitus

### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen.

Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ- Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem [Webportal des ANQ](#).

### 13.1 Eigene Messungen

#### 13.1.1 Dekubitus Messung

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
*Alterspsychiatrie*

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

*Betroffene Patientinnen und Patienten in der Alterspsychiatrie.*

#### Messergebnisse

*Die Ergebnisse werden im zuständigen Bereich bearbeitet.*

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## Psychiatriespezifische Messungen

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

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

### 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung

#### 14.1

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

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

Mit dieser Messung ermittelt der ANQ jährlich den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer FM. FM werden unter Berücksichtigung des Kindes- und Erwachsenenschutzes eingesetzt, wenn Patientinnen und Patienten sich selbst oder Dritte gefährden. Die Messergebnisse müssen immer im Kontext betrachtet werden. Das heisst: Weniger FM bedeuten nicht automatisch eine bessere Behandlungsqualität. Im Rahmen der ANQ-Messungen werden folgende FM erfasst: Isolation (psychiatrischen oder infektiologischen/somatischen Gründen), Fixierung, Zwangsmedikation sowie zusätzlich in der Erwachsenenpsychiatrie Festhalten und Bewegungseinschränkungen im Stuhl und Bett.

#### **Messmethode und Interpretation der Ergebnisse**

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

Zu den Messergebnissen:

- [Kliniken der Akut- und Grundversorgung](#)
- [Alterspsychiatrie](#)

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

Die Symptombelastung zeigt Anzahl und Schweregrad der Symptome einer psychischen Störung. Die Messung erfolgt anhand einer Fremd- und Selbstbeurteilung. Zur Fremdbeurteilung wird der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) im Erwachsenenbereich und der Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) verwendet. Die Selbstbeurteilung wird in der forensischen Psychiatrie und in der Alterspsychiatrie nicht erhoben. Bei den weiteren Kliniken des Erwachsenenbereichs wird die Symptombelastung bei den Patientinnen und Patienten mit der Brief-Symptom-Checklist (BSCL) erfasst. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird die Selbstbeurteilung der Symptombelastung mit der Health 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 der Akut- und Grundversorgung](#)
- [Alterspsychiatrie](#)

## Weitere Qualitätsaktivitäten

### 16 Weitere Qualitätsmessung

#### 16.1 Weitere eigene Messung

##### 16.1.1 Aggressionsereignisse (Psychiatrie)

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Das untersuchte Kollektiv umfasste alle stationären Patientinnen und Patienten.

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Das untersuchte Kollektiv umfasste alle stationären Patienten.

#### Messergebnisse

Im Berichtsjahr 2025 wurden 722 Aggressionsereignisse erfasst, davon waren 427 schwerwiegende Ereignisse.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	<i>intern</i>
Methode / Instrument	<i>Staff Observation of Aggression Scale Revised</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 nach Art. 58a KVG

**Projektart:**

Klinikweites Projekt

**Projektziel:**

Der Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG, der zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Krankenversicherern abgeschlossen wurde, schafft verbindliche nationale Standards für die Qualitätsentwicklung und die Patientensicherheit in Spitälern und Kliniken. Das Projekt hatte zum Ziel, die Vorgaben des Qualitätsvertrages im Sanatorium Kilchberg umzusetzen und sowohl bei der Geschäftsleitung als auch in der Linie zu verankern. Hierzu wurden bereits vorhandene Qualitätsinstrumente und -aktivitäten in einem übergreifenden Qualitätsmanagementsystem strukturiert und geeignete Qualitätsverbesserungsmassnahmen konzeptionell und praxisnah überarbeitet.

**Projektablauf:**

Erarbeiten eines Qualitätsmanagementsystems (inklusive Qualitätskonzepten und Qualitätsverbesserungsmassnahmen) zusammen mit der Direktion und Ärztlichen Direktion.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Direktion, Ärztliche Direktion, Qualitätsmanagement

**Projektelevaluation:**

Regelmässige Evaluation des Konzeptes und der Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss (zeitlichen) Vorgaben aus Qualitätsvertrag.

## 17.1.2 Etablierung eines Führungsleitbilds

**Projektart:**

Klinikweites Projekt

**Projektziel:**

Durch die partizipative Entwicklung eines klinikweiten Führungsleitbilds soll ein gemeinsames Verständnis von Führung geschaffen werden. Das Leitbild ist Ausdruck von geteilten und im Arbeitsalltag gelebten Werten und soll eine positive Auswirkung haben auf die Unternehmenskultur und somit wiederum zu einer positiven Fehlerkultur und Steigerung der Qualität beitragen. Es handelt sich dabei nicht um starre Regeln, sondern um ein Dokument, das im Laufe der Zeit weiterentwickelt werden soll.

**Projekttablauf:**

Das Führungsleitbild wurde gemeinsam von Führungskräften und Mitarbeitenden aus verschiedenen Bereichen in Workshops ausgearbeitet und entwickelt.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Mitarbeitende sämtlicher Berufsgruppen aus verschiedenen Bereichen

**Projektelevaluation/Weiterentwicklung:**

- Reflexion durch gezielte Anwendung im Alltag (Veranschaulichung und Sichtbarmachung des Leitbilds auf praktischer Pocket Card)
- Evaluation, Reflexion und Weiterentwicklung des Leitbilds an zukünftigen Workshops mit Führungskräften

## 17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

### 17.2.1 Klinikweites Jahreszielprojekt "Steigerung der Medikationssicherheit"

**Projektart:**

Klinikweites 2-Jahreszielprojekt

**Projektziel:**

Kritische Zwischenfälle im Medikationsprozess sind ein aktuelles und wichtiges Thema. Sie gefährden die Patienten- und Patientinnensicherheit. Das umfassende Projekt hatte zum Ziel, durch geeignete und gezielte Massnahmen, Medikationszwischenfälle an verschiedenen Stellen im Medikationsprozess zu minimieren.

**Projekttablauf:**

Nach einer umfassenden Datenerhebung zur Eruiierung der Ursachen der Zwischenfälle wurden geeignete Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und erarbeitet. Unter Einbezug involvierter Berufsgruppen (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst) wurden die ausgearbeiteten Massnahmen zum Teil direkt in der Klinik etabliert bzw. es fand ein Pilotversuch auf einer ausgewählten Station statt, um die daraus resultierenden Erkenntnisse für zukünftige Massnahmen und Aktivitäten im Bereich Medikationssicherheit zu nutzen.

**Involvierte Berufsgruppen:**

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

**Projektelevaluation:**

Evaluation gemäss Projektbeschreibung, u. a. Monitorisierung dokumentierter Richtfehler und CIRS-Meldungen zum Thema Medikation.

### 17.2.2 Etablierung eines Klinischen Risikomanagements

**Projektart:**

Linienprojekt im Bereich Behandlung

**Projektziel:**

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

**Projekttablauf:**

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

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärztliche Direktion, Qualitätsmanagement

**Projektelevaluation:**

Überprüfung in BLK, jährliche Überprüfung und Anpassung der Risikocharta

## 17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 17.3.1 Identifikation/Evaluation von geeigneten Labels für die Zukunft des Sanatoriums Kilchberg

**Projektart:**

Strategisches Organisationsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Zertifizierungen und Labels (z. B. EFQM, ISO etc.) sind für Kliniken und Spitäler wichtige strategische Instrumente zur Qualitätssicherung, kontinuierlichen Weiterentwicklung und Positionierung. Sie schaffen klare, überprüfbare Qualitätsstandards, unterstützen bei der Erfüllung und Umsetzung gesetzlicher und regulatorischer Anforderungen und machen Qualität nach aussen hin sichtbar. Das Ziel des Projektes ist die Identifikation von geeigneten Labels, die für das Sanatorium Kilchberg einen strategischen Nutzen darstellen.

**Projekttablauf / Methodik:**

Umfassende Evaluation und Bewertung von verschiedenen Zertifizierungen und Labels, die für Gesundheitseinrichtungen relevant sind. Ebenso Abgleich mit hausinternen Anforderungen.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Direktion, Ärztliche Direktion, Qualitätsmanagement

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Transparente Prüfung der verschiedenen, in Frage kommenden Zertifizierungen und Labels auf Übereinstimmung mit der strategischen Ausrichtung des Hauses und Umsetzbarkeit (z. B. vorhandene Strukturen und Ressourcen). Ebenso Prüfung bezüglich Akzeptanz und Machbarkeit in der Linie.

## 18 Schlusswort und Ausblick

Unsere bald 160jährige Geschichte lehrt uns an zentralen Werten wie der Gastlichkeit und der konsequenten Innovation festzuhalten und so die Weiterentwicklung sicherzustellen. Unsere Bestrebungen werden wir auch in den nächsten Jahren konsequent weiterverfolgen, um so unseren Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Behandlung zu bieten.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Psychiatrie

#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

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

## Herausgeber



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

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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