

**FRAUENKLINIK  
AM MEISSENBERG ZUG**



Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen

# Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

31.05.2022  
Beatrice Bill-Wyss, CEO / Delegierte des Verwaltungsrates

Version 1



**Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische  
und Psychotherapeutische  
Spezialklinik für Frauen**



**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 2021.

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 2021

Anja Seidl  
Assistentin der Geschäftsleitung / Verantwortliche Qualität  
+41 41 726 58 90  
[anja.seidl@meissenberg.ch](mailto:anja.seidl@meissenberg.ch)

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

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitätsberichts-vorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualitatsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbände der Krankenversicherer santsuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualitatsvertrag, welcher dem Konzept die nötige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifische Ergebnisse. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erlauerungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](https://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

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 2021 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	20
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	21
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>22</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>23</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	23
5.2 Eigene Befragung .....	25
5.2.1 MüPF27 .....	25
5.3 Beschwerdemanagement .....	32
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>33</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>11 Infektionen</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>12 Stürze</b> .....	<b>33</b>
12.1 Eigene Messung .....	33
12.1.1 Interne Aufzeichnung/Messung Stürze .....	33
<b>13 Dekubitus</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>34</b>
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	34
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>35</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	35
<b>16 Zielerreichung und Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b> Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden	

Themenbereichen zu finden.

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>37</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	37
18.1.1	Projekt Weiterentwicklung Therapieplanung mit Schwerpunkt Spezialtherapien .....	37
18.1.2	Sanierungen Haus E und Haus Paracelsus.....	37
18.1.3	Weiterentwicklung des Dokumentationsmanagementsystems sowie der IT .....	37
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021 .....	38
18.2.1	Erneuerung der Heilmittelbewilligung.....	38
18.2.2	Internes Weiterbildungscurriculum.....	38
18.2.3	Spitalhygiene 2.0.....	38
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	39
18.3.1	Rekole-Zertifizierung .....	39
18.3.2	FMH Zulassung Weiterbildungsstätte Kat. B Ambulatorium .....	39
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>40</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>41</b>
Psychiatrie .....		41
<b>Herausgeber</b> .....		<b>42</b>

## 1 Einleitung

Die **Klinik Meissenberg AG** ist eine psychiatrische und psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen. Als Spezialklinik ausschliesslich für Frauen nimmt sie eine Sonderstellung in der schweizerischen Versorgungslandschaft ein.

Unsere Klinik behandelt Privatpatientinnen aus dem In- und Ausland sowie Allgemeinversicherte gemäss unserer Leistungsaufträge der Kantone Zug, Zürich und Glarus. Neben einer Privatabteilung und der Abteilung für Krisenbewältigung mit gemischten psychiatrischen Krankheitsbildern, betreiben wir Abteilungen mit fachlichen Schwerpunkten: Depression und Burnout, Angst und Emotionsregulation sowie Psychosomatik und Schmerz.

Neben dem stationären Bereich leisten wir in unserem Ambulatorium Vorabklärungen und nachstationäre psychotherapeutische Behandlungen.

Wir bieten moderne, störungsspezifische und individuell auf die Patientin abgestimmte Therapien mit Fokus auf intensive psychotherapeutische Massnahmen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Einflussfaktoren. Die Klinik verfügt über 74 Betten verteilt auf vier offene Abteilungen und eine fakultativ schliessbare Abteilung. Die Abteilungen werden geführt durch ein ärztlich-psychologisches-pflegerisches „Tridem“.

Ein multiprofessionelles, kompetentes Behandlungsteam und koordinierte, eingespielte Abläufe bilden die Grundlage für eine rasche und nachhaltige Genesung unserer Patientinnen. Alle medizinischen Mitarbeitenden werden kontinuierlich weiter- bzw. fortgebildet. Dabei orientieren sie sich in ihrer klinischen Arbeit an den neuesten Erkenntnissen aus Forschung und Wissenschaft. Neben der fachlichen Qualifikation wird jedoch ebenso Wert auf eine hohe Sozial-, Methoden- und Individualkompetenz in der Zusammenarbeit sowie im Umgang mit den täglichen Herausforderungen einer psychiatrisch-psychotherapeutisch hochstehenden Versorgung gelegt.

Die Stabsstelle Qualitätsmanagement unterstützt alle Abteilungen der Klinik Meissenberg dabei, ihre Patientinnen nach besten medizinischen Standards prozessorientiert und kosteneffizient zu versorgen. Mit unserer Expertise leiten wir zielgerichtete und wirkungsvolle Entwicklungen in allen medizinischen Bereichen ein und befähigen diese zur nachhaltigen Umsetzung. Dabei haben wir die Bedürfnisse der Patientinnen stets im Blick.

Wir unterstützen die Geschäftsleitung sowie die Entscheidungsträger auf Klinik- und Abteilungsebene bei der Erarbeitung von mittel- und langfristigen Strategien und entwickeln Instrumente, um das Erreichen der gesteckten Ziele kontinuierlich zu überwachen. Durch die Vereinigung von klassischen QM-Instrumenten mit den Methoden der Personal- und Organisationsentwicklung gewährleisten wir hohe Kompetenz in der Beratung und Begleitung im Change-Prozess. Wir planen unsere Projekte sorgfältig und setzen diese nach erprobten internen Projektmanagementrichtlinien um. Basis all unserer Aktivitäten ist der PDCA (plan-do-check-act)-Zyklus. Wir unterstützen grundsätzlich eine Haltung grösstmöglicher Transparenz bei gleichzeitiger Wahrung eines vertrauensvollen Umganges mit sensiblen Daten. Die Grundlagen und Überlegungen, auf welchen unsere Analysen beruhen, werden stets offen gelegt.

Durch Kompetenz, professionellem Verhalten und wertschätzendem Umgang stellen wir ein hohes Mass an Patientinnen- und Mitarbeitendenzufriedenheit her. Diese Parameter werden auch regelmässig evaluiert. Die professionelle Entwicklung der Mitarbeitenden der Klinik Meissenberg AG wird durch gezielte Fort- und Weiterbildung sichergestellt.

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

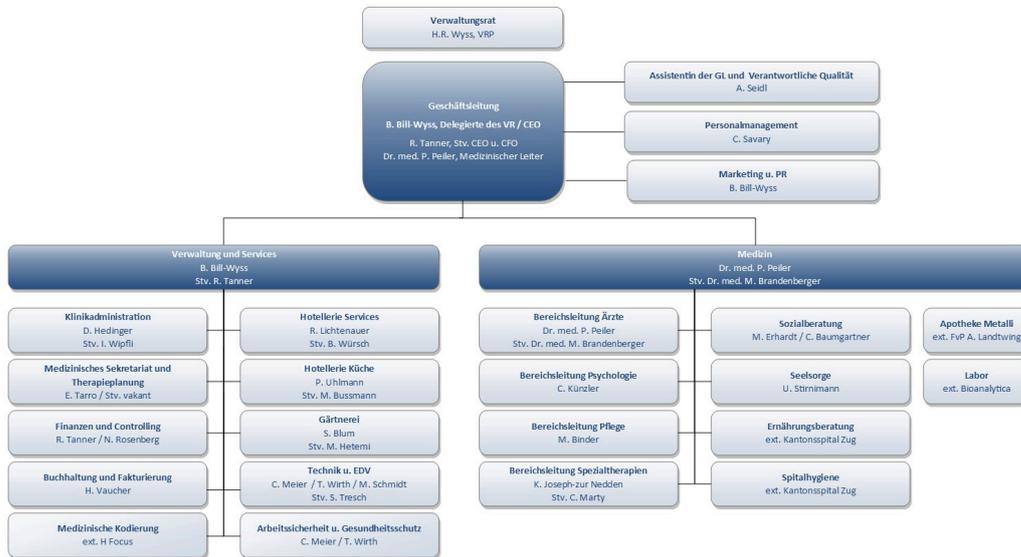
## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

#### Organigramm Klinik Meissenberg AG



Mutterunternehmen  
Bad Schinznach AG  
D. Bieri



Geschäftsleitung

Mai 2022

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt 100 Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Anja Seidl  
Verantwortliche Qualität  
+41 41 726 58 90  
[anja.seidl@meissenberg.ch](mailto:anja.seidl@meissenberg.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

„**Exklusiv für Frauen – Gesund werden an bester Lage**“ das ist unsere Philosophie.

Die Klinik Meissenberg AG ist die führende Akutklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für Frauen in der Schweiz. Die **persönliche Behandlung**, unsere **hohen Qualitätsansprüche** und das **Bijou-Ambiente** der Klinik stehen im Zentrum unserer Behandlungskonzepte.

Qualität wird aktiv im Alltag aller Abteilungen der Klinik Meissenberg AG gelebt. Ziel ist es, jede einzelne Patientin und die gesamte Gesellschaft in ihrem Bestreben nach **Gesundheit und Lebensqualität** bestmöglich zu unterstützen. Unsere Mitarbeitenden der verschiedenen Berufsgruppen erbringen gemeinsam vor Ort erstklassige **Qualität und Patientinnensicherheit** in den Abteilungen. Somit werden die Erwartungen unserer Patientinnen in allen Aspekten erfüllt oder übertroffen.

Bei der Klinik Meissenberg AG ist das Qualitätsmanagement ein Instrument der Unternehmensführung, welches auf allen Ebenen eine umfangreiche Qualitätssicherung unter dem Fokus von **Business Excellence nach dem EFQM-Modell** (European Foundation for Quality Management) betreibt. Die Qualitätsarbeit ist auf allen Unternehmensebenen sowie in allen Unternehmensbereichen fest verankert. Unsere Bestrebungen nach exzellenter Qualität berücksichtigen immer auch ökonomische Rahmenbedingungen. **Qualität und Ökonomie** werden im Sinne der optimalen Versorgung und des verantwortungsvollen Umganges mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen in Einklang gebracht.

Die Rolle sowie **strategischen Qualitätsziele** der Stabsstelle Qualitätsmanagement der Klinik Meissenberg AG sind:

- Die Unterstützung der strategischen Ausrichtung des Unternehmens und der Effizienzsteigerung
- Die Förderung der operativen Exzellenz
- Die Sicherstellung, dass die Patientinnen- und Mitarbeitendenzufriedenheit hoch ist und ihre weitere Verbesserung ein integrierter Bestandteil der Klinikkultur ist
- Die Gewährleistung der besten und sichersten patientinnenzentrierten Versorgung
- Die Weiterentwicklung von leidenschaftlichen und engagierten Menschen - Förderung von Leadership, verantwortungsbewusster Arbeitsethik und effizienter interdisziplinärer Zusammenarbeit

Die **Qualitätsstrategie der Klinik Meissenberg** soll sich nachhaltig positiv auf die Versorgung auswirken. Insgesamt werden alle Dimensionen von Qualität-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – nachhaltig umgesetzt, evaluiert und weiterentwickelt. Die Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Dimensionen werden als Gesamtsystem berücksichtigt.

Unsere **Qualitätsstrategie** basiert auf sechs Grundprinzipien, die in alle unsere Bereiche integriert sind:

- **Patientinnenorientierung** (Vor allem anderen, steht das Wohl der Patientinnen immer an erster Stelle; wir gestalten und liefern die Behandlungsprozesse nach den Bedürfnissen unserer Patientinnen und ihrer Angehörigen)
- **Fortschritt und Innovation** (Wir verpflichten uns, ehrgeizige Ziele zu setzen, Innovationen anzuregen und zu integrieren sowie uns an den Wandel für eine verbesserte Gesundheitsversorgung unserer Patientinnen anzupassen)
- **Inklusivität und Mitgefühl** (Wir folgen Grundüberzeugungen in der Interaktion mit den Patientinnen, wir verstehen, was unsere Patientinnen und ihre Angehörigen durchmachen und wir tun alles, um ihnen zu helfen)
- **Zusammenarbeit und Respekt** (Wir arbeiten interdisziplinär, um unseren Patientinnen die bestmögliche, personalisierte Betreuung anzubieten; wir schätzen unsere Arbeit und Beiträge)

- und zählen jeden Tag aufeinander und unsere Patientinnen zählen auf uns)
- **Integrität** (In unserem Alltag handeln wir immer ehrlich, ethisch, offen und verantwortungsbewusst)
  - **Medizinische Exzellenz** (Wir verfolgen bei allem, was wir tun, die höchsten Standards; wir lernen ständig und richten unsere Aktivitäten auf kontinuierliche Verbesserung)

Basierend auf den Prinzipien **Patientinnenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz** ist die Klinik Meissenberg AG bemüht, eine hohe, transparente und definierte Behandlungsqualität anzubieten. Die jeweils betroffenen Patientinnen stehen hierbei bei allen Entscheidungen und Handlungen im Mittelpunkt.

Die bestmögliche Versorgung und Einbeziehung der Patientinnen wird durch die weitgehend **leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie** gewährleistet. Eine Metaleitlinie der Klinik Meissenberg AG dient als Basis für alle an den Abteilungen der Klinik aktuell verwendeten und zukünftig zu erarbeitenden **Leitlinien, Standards und Arbeitsanweisungen** und wird somit auch im Rahmen des Prozessmanagements berücksichtigt.

Bei der Gestaltung und **Verbesserung von Strukturen und Prozessen** liegt der Fokus auf der Sicherheit der Patientinnen sowie unserer Mitarbeitenden. Die **Stärkung der Kompetenzen aller Mitarbeitenden** im Hinblick auf qualitätsrelevante Themen verstehen wir als Beitrag zur Schaffung einer positiv besetzten **zukunftsorientierten Qualitätskultur**. Das **Fachwissen** der Mitarbeitenden der Klinik Meissenberg AG zu Qualitätsthemen bringen wir aktiv in Fach- und öffentlichen Gremien ein.

Darüber hinaus, sichert eine **kontinuierliche Qualitätsentwicklung** dabei die Aktualität, Praxisnähe und Wissenschaftlichkeit unseres Aus- und Weiterbildungsangebotes.

**Kooperation, Weiterentwicklung und Innovation** sind Teil unserer **Qualitätskultur**. In unserem Bestreben zur Überwachung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualität sind wir stolz darauf, Mitglied der anerkannten Fachgruppen zu sein. Damit tragen wir bei zur Innovation und zur kontinuierlichen Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in der Zentralschweiz und in der ganzen Schweiz. Zudem hilft uns dies, die Lebensqualität von Schweizerinnen und ausländischen Bürgerinnen in unserer Obhut zu verbessern.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021

*Die Klinik Meissenberg AG betrachtet Qualität als einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der eine hohe Patientinnenzufriedenheit sowie möglichst gute Ergebnisse in Lehre und patientinnenzentrierter Versorgung zum Ziel hat.*

*Das Jahr 2021 stand aus Sicht des Qualitätsmanagement in der Klinik Meissenberg im Fokus von:*

- Erneuerung der **Heilmittelbewilligung**
- **REKOLE®**-Zertifizierung
- Teilumsetzung des **Dokumentationsmanagementsystems**

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

- Weiterentwicklung des Sanalogic **Menübestellungssystems**
- **Sanierung Haus E** – Teil 1/2021 inkl. Schaffung neuer Therapieräume
- Umsetzung des **elektronischen Patientendossiers** (gemäss EDPG) soweit möglich gem. Voraussetzungen axana AG
- Durchführung von Auffrischungstrainings **CIRS Meldesystem** für kritische Zwischenfälle
- Etablierung eines **Hygienekonzeptes** sowie Beauftragung von Hygienebeauftragten (1 x Pflege, 1 x Arzt) sowie Weiterentwicklung des Themas Handhygiene in der Klinik
- Etablierung des **Befragungsmanagements** und **Kundenfeedbackkonzeptes**
- Aufbau eines 2-jährigen internen **Weiterbildungscurriculum**
- Anpassung und Weiterentwicklung des **Konzeptes Ambulatorium**
- Neue **Website** der Klinik Meissenberg
- **Sichere Mitarbeiterkommunikation** (Mobile-App) - Threema Work
- Erweiterung Klinik Meissenberg - Start Bebauungsplanverfahren Ersatzneubau Haus D (Dependance)
- Weiterentwicklung der **strategischen Planung Medizin**
- Weiterentwicklung des **Leitbilds** und **Betriebskonzeptes**

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Umsetzung Projekt **Weiterentwicklung Therapieplanung** mit Schwerpunkt **Spezialtherapien**
- Schulung und Audit **Arbeitssicherheit H+**
- Weiterentwicklung des **Notfallmanagements**
- Neuaufbau **Konzept Apotheke**
- FMH Zulassung **Weiterbildungsstätte** Kat. B **Ambulatorium**
- **Umbauten / Sanierung Haus E** inkl. Photovoltaik-Anlage – Teil 2/2022
- **Umbauten / Sanierungen Haus Paracelsus**
- Erneuerung der **EDV**: Client (FAT Clients) und Security Refresh
- Erfassung der **psych. Fragebogen** direkt auf einem **Tablet**
- **Patientinnenmappe**
- **Zuweisendenbefragung**
- **Mitarbeitendenbefragung**
- Überarbeitung der **Budgetkompetenz**
- **Bebauungsplanverfahren** Erweiterung Klinik Meissenberg - Ersatzneubau Haus D (Dependance)
- Einführung **elektronische Signatur**
- Sicherung der **Spitallistenplätze** im Konkordat UR/SZ/ZG und im Kanton ZH

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen
– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

### 4.2 Durchführung von kantonally vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonale Vorgaben umgesetzt und folgende kantonally vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ ANQ HoNOS
▪ ANQ BSCL

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ MüPF27</li></ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Interne Aufzeichnung/Messung HAI</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Weiterentwicklung des Dokumentationsmanagementsystems

<b>Ziel</b>	Optimierung des nicht-klinischen Dokumentationsverfahrens und Stärkung des Datenschutzes
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamter Betrieb
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2020 - 2022
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Die Dokumentationsstruktur sowie das Dokumentenmanagement wird an die aktuellen Bedürfnisse der Gruppen und die Cyber-Herausforderungen weiter angepasst und optimiert.
<b>Methodik</b>	Projektmanagement, Software-/Innovationsimplementierung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Stabsstelle Qualitätsmanagement, Abteilung IT-EDV, Geschäftsleitung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Teilumsetzung erfolgt. Laufend.

Strategie Kundenorientierung

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung des Befragungsmanagements, Kundenfeedbacksystems und des Beschwerdemanagements
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamter Betrieb
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2020 - 2022
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Entwicklung eines kundenorientierten Ansatzes
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäres Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Stabsstelle Qualitätsmanagement, Geschäftsleitung, Marketing und PR, Medizinisches Sekretariat, Klinikadministration, Personalmanagement
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laufend

## Sanierung KMAG Haus E - Teil 2

<b>Ziel</b>	Modernisierung und Aufwertung des Haus E inkl. Photovoltaik-Anlage
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamter Bereich Haus E KMAG
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2021 - 2022
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Überalterung, nicht mehr zeitgemäss, Beitrag zur Energieeinsparung
<b>Methodik</b>	Baubegleitung, Interdisziplinäres Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, techn. Dienst, Ärzte, Therapeuten, Pflege, Gärtner
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laufend

## Erneuerung der Heilmittelbewilligung

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung des Qualitätssicherungssystems und Vorbereitung zur Erneuerung der Heilmittelbewilligung per 2021
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamter Betrieb
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2020-2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Regelmässiges Standardverfahren zur Qualitätssicherung im Bereich Arzneimittelsicherheit
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäre Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, Ärzte, Pflege, Stabsstelle Qualitätsmanagement, Personalmanagement
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreich abgeschlossen

## REKOLE®-Zertifizierung

<b>Ziel</b>	Transparenz in der Kostenentstehung von der KMAG erbrachten Leistungen. Erleichterung des Benchmarking.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Finanzen
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Zertifizierungssystem für die einheitliche Kosten- und Leistungsrechnung der Spitäler
<b>Methodik</b>	Audit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, admin. Personal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreich abgeschlossen

## Internes Weiterbildungscurriculum

<b>Ziel</b>	Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung sowie Austausch der MA
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizin
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Kenntnisse und Fertigkeiten von komplexen Themenbereichen werden ausgebaut und trainiert.
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäre Teamarbeit, Workshops, Referate
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreich abgeschlossen

## Sichere Mitarbeiterkommunikation (Mobile-App) - Threema Work

<b>Ziel</b>	Effiziente und sichere Instant Messaging-Kommunikation innerhalb von Fachbereichen der Klinik.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamter Betrieb
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Dienstplanung / Kommunikation von plötzliche Änderungen und/oder dringenden Angelegenheiten.
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäres Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen, Pflege, Technik, admin. Personal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreich abgeschlossen.

## Spitalhygiene 2.0

<b>Ziel</b>	Etablierung eines Hygienekonzeptes sowie Beauftragung von Hygienebeauftragten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizin, Bereich Hauswirtschaft
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2020-2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Gewährleistung einer hochwertigen Spitalhygiene
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäres Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Medizinische Leitung, Hygiene-Beauftragten, Hygiene-Ansprechpartner des Kantonspitals Zug, Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung, Bereich Hauswirtschaft
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreich abgeschlossen.

## Weiterentwicklung Therapieplanung mit Schwerpunkt Spezialtherapien

<b>Ziel</b>	Optimierung der Abläufe und Ausbau der Therapieplanung inkl. Einführung neuer Therapien
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizin, Psychologie, Medizinisches Sekretariat, Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2021 - 2022
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Strukturen und Prozesse neu definieren, vereinfachen und übersichtlicher gestalten.
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäres Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, Pflege, Therapeuten, admin. Personal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laufend

## Sanalogic Menübestellungssystem

<b>Ziel</b>	Automatisierung von Aufgaben des Verpflegungsmanagements in Grossseinrichtungen des Gesundheitswesens
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Hotellerie Küche
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Küchenproduktionsplanung und -steuerung unter dem besonderen Aspekt der Vermeidung unproduktiver Verwaltungstätigkeit
<b>Methodik</b>	Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	MitarbeiterInnen Küche, Hauswirtschaft
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laufend

## Elektronisches Patientendossier (EPD)

<b>Ziel</b>	Elektronisches Ablagesystem für behandlungsrelevante Informationen der Krankengeschichte.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizin, Pflege, Finanzen
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2020 - 2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Einführung EPD gemäss EDPG.
<b>Methodik</b>	Projektmanagement, Softwareimplementierung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Psychologen, Pflege, Administration, Finanzen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Umsetzung soweit mögl. gem. Voraussetzungen axana AG erfolgt.

### Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

#### EFQM-Zertifizierung Committed to Excellence

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung der Qualitätsstandards der Klinik Meissenberg, Steigerung der Qualität der Patientinnenversorgung, die Klinik als eine der EFQM-qualitätsgeprüften Kliniken der Schweiz zu qualifizieren und sie zu einem höheren Bekanntheitsgrad zu bringen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamter Betrieb
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2019-2020
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Umfassend gelebtes und integriertes Qualitätsmanagement
<b>Methodik</b>	EFQM, Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreich abgeschlossen

#### Wochenendangebot

<b>Ziel</b>	Erarbeitung und Umsetzung des Konzeptes patientenzentriertes Wochenendangebot
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Medizin
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2019-2020
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Die Erweiterung der Aktivitäten und des therapeutischen Spektrums am Wochenende für die Patientinnen
<b>Methodik</b>	Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Leitung Psychologie, Leitung Spezialtherapien, Pflegedienstleitung, Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreich abgeschlossen

## Weiterentwicklung des e-Triageprozesses

<b>Ziel</b>	Optimierung der interdisziplinären Kommunikation und Kooperation sowie die Weiterentwicklung der Arbeitsabläufe im stationären Bereich
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Medizin, Klinikadministration, Medizinisches Sekretariat, Stabsstelle Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2019-2020
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Festlegung der strategischen Rolle, Aktivitäten sowie Schwerpunkte des medizinischen Bereichs für den Zeitraum 2020-2023
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäre Teamarbeit, strategische Planung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, Medizinische Leitung, Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreich abgeschlossen
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Neue e-Triageprozessbeschreibung

## Pandemieplanung

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung und Umsetzung des Pandemieplans
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamter Betrieb
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2020/2021/2022
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Anpassung des Pandemieplans an die behördlichen und kantonalen Anforderungen zur COVID-19-Pandemie
<b>Methodik</b>	Strukturierte Taskforce-Arbeit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, Medizinische Leitung, Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreich abgeschlossen

## Sanierung KMAG Haus E – Teil 1 (2021)

<b>Ziel</b>	Renovierung und Neuaufteilung der Räumlichkeiten
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamter Bereich Haus E KMAG
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2021 - 2022
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Schaffung einer angenehmen, modernen Atmosphäre für Patientinnen und Mitarbeiter
<b>Methodik</b>	Bauplanung, Interdisziplinäres Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, Technik, Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Teil 1 erfolgreich abgeschlossen

## Erneuerung der Website der KMAG

<b>Ziel</b>	Mit diesem Refresh zeigt sich die Klinik Meissenberg moderner und digitaler.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamter Bereich
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2021
<b>Begründung</b>	Die bisherige Website war nicht mehr zeitgemäss.
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäres Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, Marketing, HR, Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreich abgeschlossen

## 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 2012 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.

## 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
FMH SIWF Anerkennung der Weiterbildungsstätte gemäss Art 39ff der Weiterbildungsordnung (WBO) im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie	Medizin	2017	2020	Höherer Einstufung von Klinik C (2017) zu Kategorie B (2019).
EFQM-Zertifizierung	ganze Klinik	2020	2020	Zertifizierung Committed to Excellence
REKOLE® Zertifizierung	Kosten - und Leistungsrechnung	2021	2021	Erstzertifizierung IT-Technologie OPALE, Polypoint, Windows, MS Office

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). 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 Jahr 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung 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

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2018	2019	
<b>Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	3.90	4.10	4.10 (4.00 - 4.48)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.40	4.70	4.60 (4.50 - 4.90)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.30	4.30	4.40 (4.20 - 4.61)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.00	3.90	3.80 (3.61 - 4.26)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.20	4.30	4.40 (4.13 - 4.68)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.20	4.20	4.40 (4.17 - 4.68)
Anzahl angeschriebene Patienten 2021			94
Anzahl eingetreffener Fragebogen	53	Rücklauf in Prozent	56 %

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

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE, Unisanté, Lausanne
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie ( $\geq 16$ Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2021 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 MüPF27

Ziel der Befragung ist es, die Bedürfnisse und Anliegen sowie die Zufriedenheit der Patientinnen besser kennenzulernen und zu erfahren, wo es aus ihrer Sicht Verbesserungspotenzial gibt. Darauf aufbauend leiten wir gezielte Massnahmen ein und tragen so zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bei.

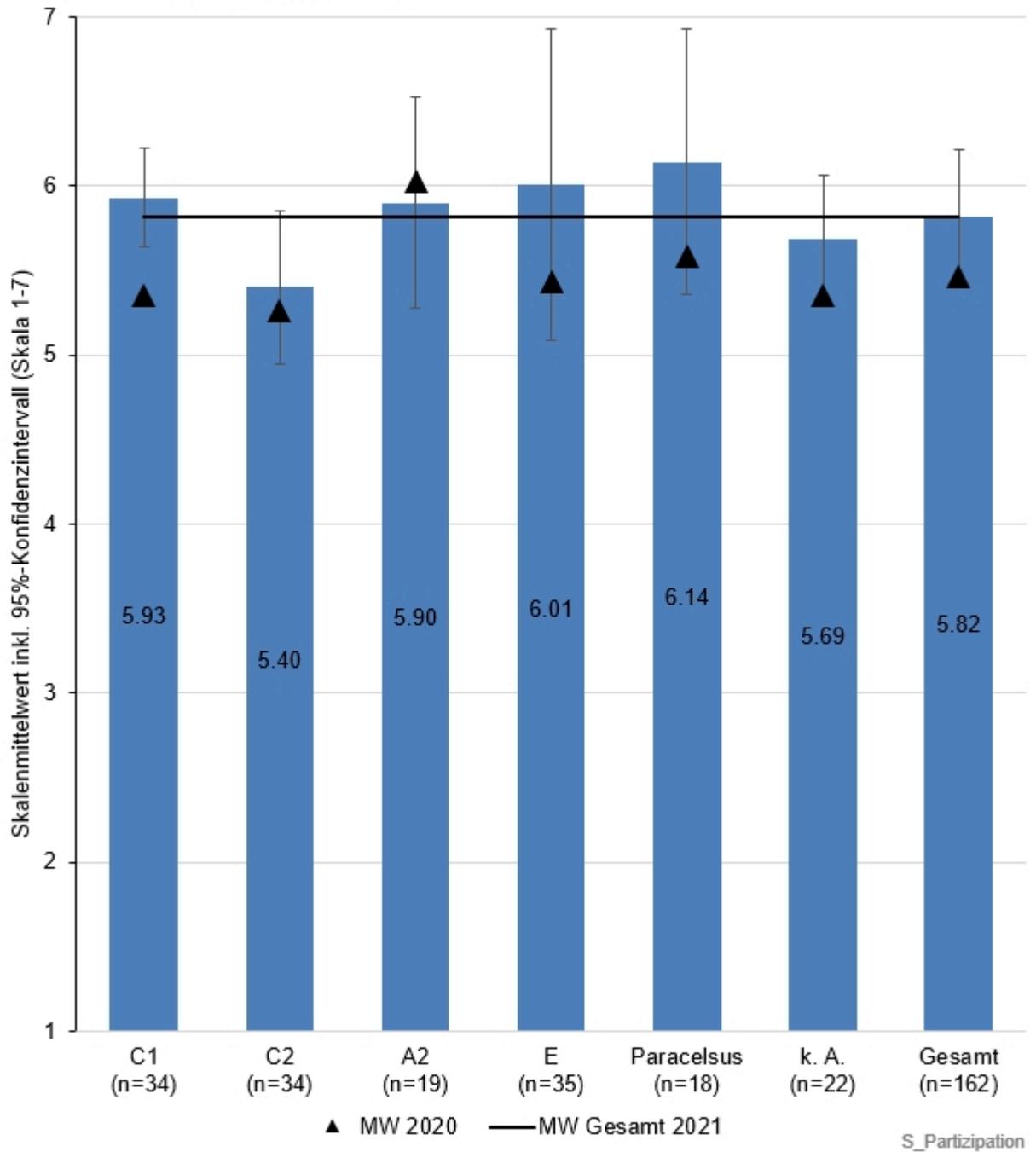
Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die Befragung wurde in der ganzen Klinik durchgeführt. Alle stationären Patientinnen hatten die Möglichkeit an der Befragung teilzunehmen.

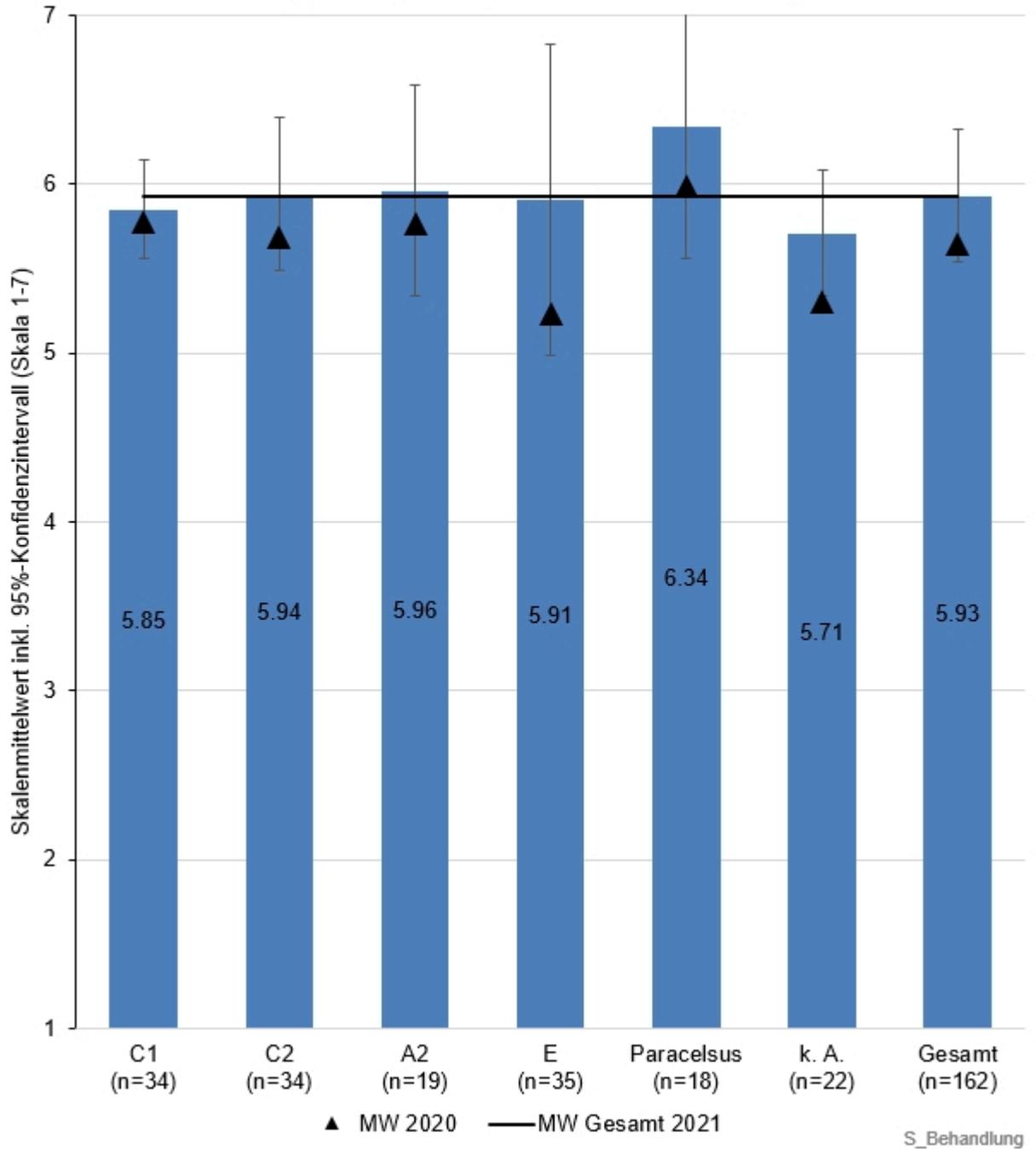
Die Frauenklinik am Meissenberg befragt Ihre Patientinnen nach stationären Aufenthalten mit dem Münsterlinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. Die letzte Benchmarkmessung war 2019. Die Frauenklinik am Meissenberg misst die Patientenzufriedenheit kontinuierlich respektive auch ausserhalb der Benchmarkjahre.

### 3.2 Skalen

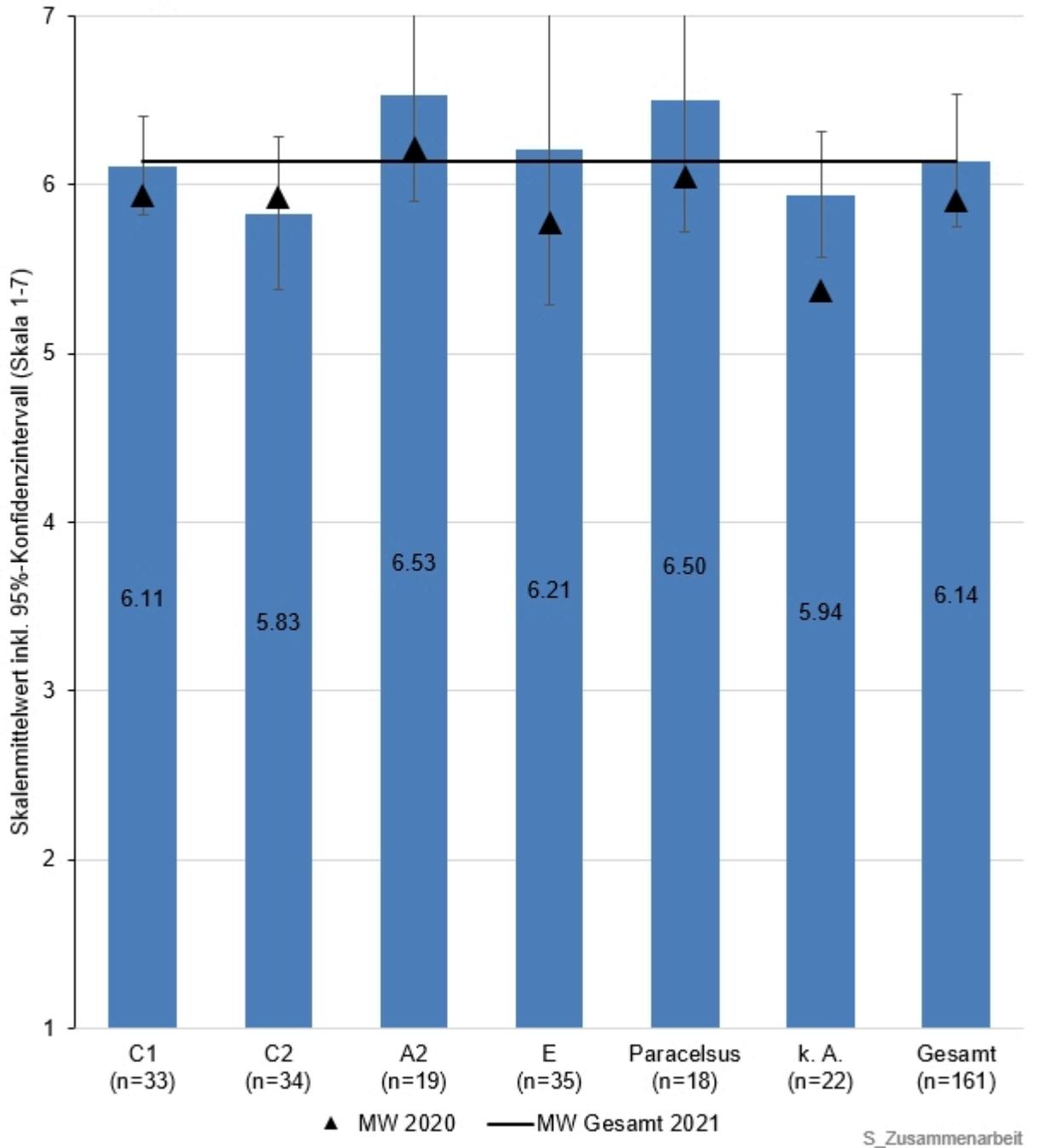
#### 3.2.1 Skala Partizipation (Item1, Item2, Item3, Item4\_neu, Item5, Item7\_neu, Item9\_neu, Item11, Item18)



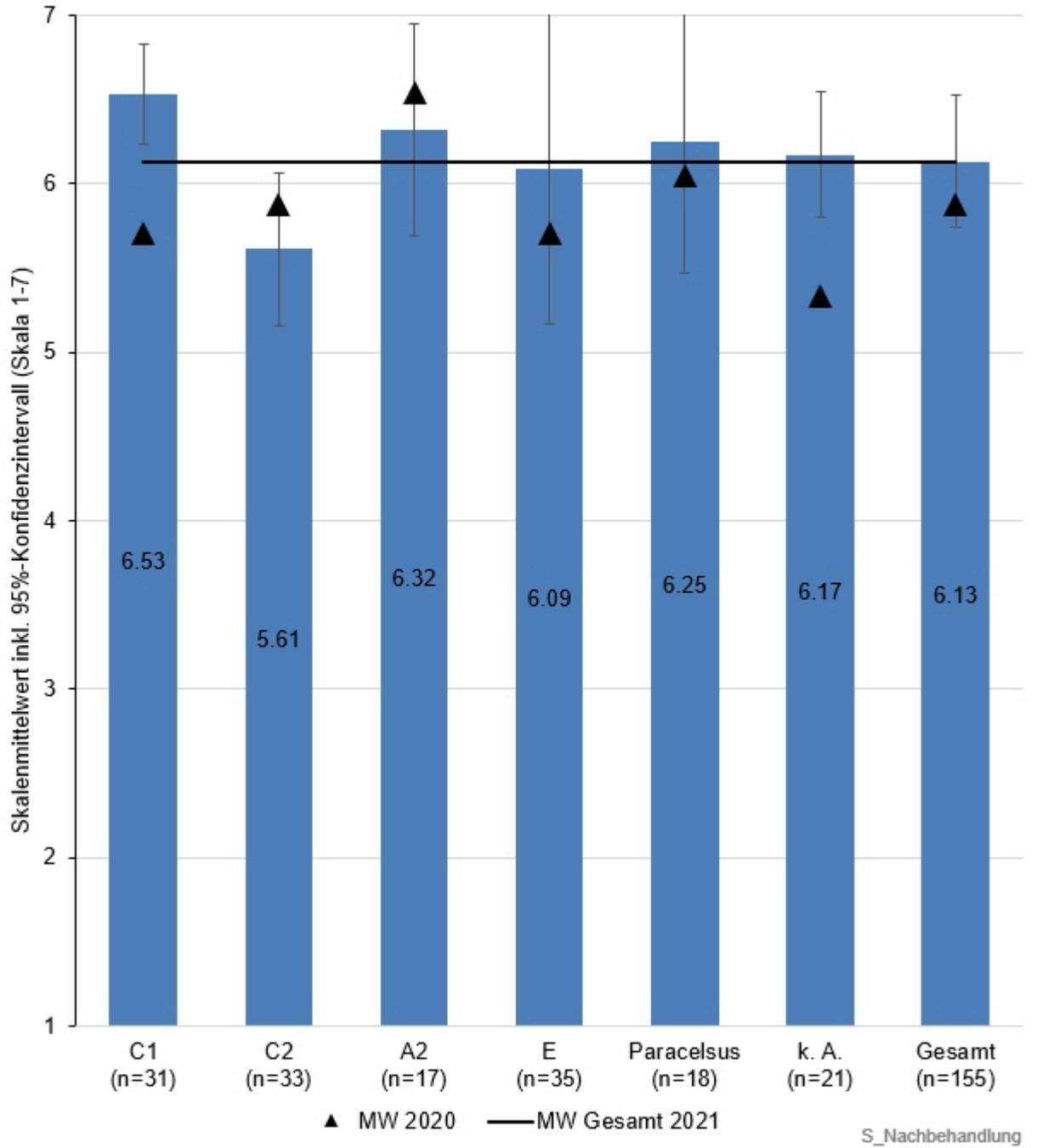
### 3.2.2 Skala Behandlung (Item6r, Item10, Item17, Item20, Item24r)



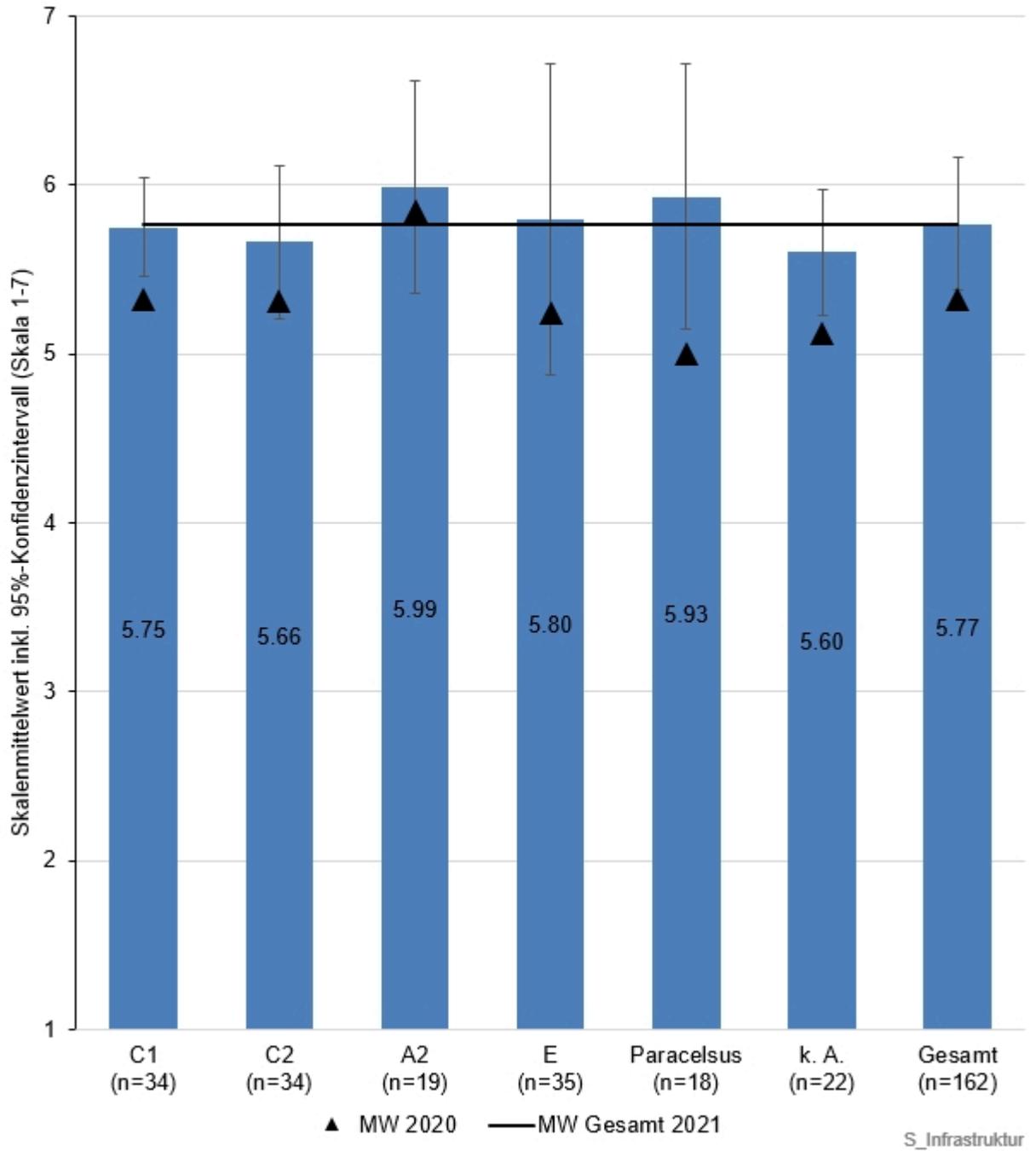
3.2.3 Skala Zusammenarbeit (Item12, Item13, Item14, Item15, Item16, Item19\_neu, Item21)



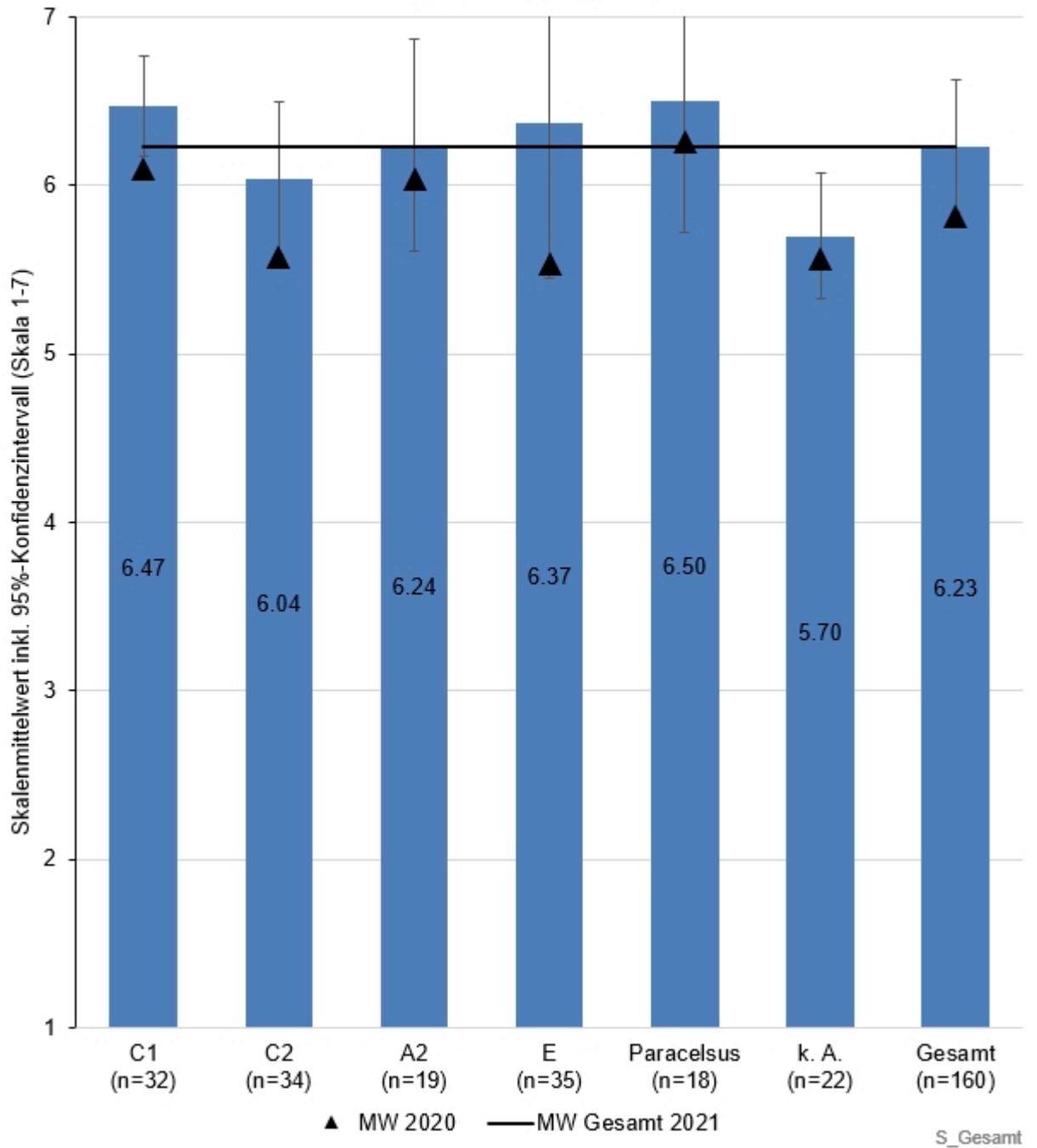
3.2.4 Skala Nachbehandlung (Item22\_neu, Item23)



3.2.5 Skala Infrastruktur (Item8, Item25Zimmer, Item25Essen, Item25Gemein, Item25Rest, Item25Freizeit)



### 3.2.6 Skala Gesamtzufriedenheit (empfehl, ges\_zufr)



#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Während der Erhebung wurden 536 Patientinnen zur Befragungsteilnahme eingeladen. Davon erhielt das Auswertungsinstitut 163 ausgefüllte Fragebogen zugesandt. Der relative Rücklauf beträgt 30,4 Prozent.

Die Antworthäufigkeiten und Mittelwerte zu jedem Zufriedenheitsitem werden dargestellt. Bei den Mittelwerten wird zusätzlich das 95%-Konfidenzintervall (KI) ausgewiesen. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt der wahre Mittelwert innerhalb dieses Bereichs. Die Antworthäufigkeiten und Mittelwerte zu jedem Zufriedenheitsitem werden dargestellt. Der rechteckige Balken stellt die Ergebnisse der gesamten Klinik dar.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	UPK Basel
Methode / Instrument	MüPF(-27)

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen**

Stabsstelle Qualitätsmanagement

Anja Seidl

Assistentin der Geschäftsleitung /

Verantwortliche Qualität

+41 (0)41 726 58 90

[anja.seidl@meissenberg.ch](mailto:anja.seidl@meissenberg.ch)

Montag - Freitag

Kontaktieren Sie uns jederzeit bezüglich

Anregungen oder Kritik - gerne auch online:

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

## Behandlungsqualität

### 12 Stürze

#### 12.1 Eigene Messung

##### 12.1.1 Interne Aufzeichnung/Messung Stürze

Durch ein klinikweites Sturzprotokoll werden alle Stürze kontinuierlich, detailliert gemeldet - unabhängig davon, ob diese für die Patientin Konsequenzen haben oder nicht.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.  
Bereich Medizin (Patientinnenbehandlung Ärzte und Pflege)

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzmanagement-Protokoll

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

#### Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2017	2018	2019	2020
<b>Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen</b>				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	3.81	0.77	1.68	1.03
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2020				111

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

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 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 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 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 Patienten (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch/psychiatrie](http://www.anq.ch/psychiatrie)

#### Messergebnisse

HoNOS Adults	2017	2018	2019	2020
<b>Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	6.37	5.93	4.69	4.98
Standardabweichung (+/-)	5.61	6.00	5.12	4.72
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	0.15	-	-	
Anzahl auswertbare Fälle 2020				468
Anteil in Prozent				93.6 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2017	2018	2019	2020
<b>Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	33.80	29.61	39.19	34.24
Standardabweichung (+/-)	35.00	35.40	31.53	32.50
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	0.12	-	-	
Anzahl auswertbare Fälle 2020				289
Anteil in Prozent				57.8 %

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](http://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 BSC (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden 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 Projekt Weiterentwicklung Therapieplanung mit Schwerpunkt Spezialtherapien

Das Ziel des Projektes ist die Optimierung der Abläufe und Ausbau der Therapieplanung inkl. Einführung neuer Therapien. Strukturen und Prozesse werden neu definiert, vereinfacht und übersichtlicher gestaltet.

Der Zeitplan ist 2021 - 2022.

Die involvierten Berufsgruppen sind Medizin, Psychologie, Medizinisches Sekretariat, Stabsstelle für Qualitätsmanagement.

Die Projektleitung obliegt einer externen Beraterin und wird von der Geschäftsleitung begleitet und beaufsichtigt. Ein Umsetzungskonzept wurde erstellt. Die Umsetzung innerhalb der Klinik ist für Ende 2022 geplant.

#### 18.1.2 Sanierungen Haus E und Haus Paracelsus

Das Ziel des Projektes ist die Schaffung einer angenehmen, modernen Atmosphäre für Patientinnen und MitarbeiterInnen im Haus E sowie Paracelsus.

Der Zeitplan ist 2021 - 2022.

Die involvierten Berufsgruppen sind Geschäftsleitung, Technik, Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflege.

Es werden umfangreiche Renovierungen und Umbauten vorgenommen. Dadurch wurden bereits neue Therapieräume geschaffen. Die Modernisierung trägt zur Aufwertung der Häuser E und Paracelsus bei. Eine Photovoltaik-Anlage wird installiert. Ebenso wurden neue Fenster eingesetzt. Dadurch wird auch Beitrag zur Energieeinsparung geleistet. Auch der Aussenbereich wird neu gestaltet.

#### 18.1.3 Weiterentwicklung des Dokumentationsmanagementsystems sowie der IT

Das Ziel des Projektes ist die Optimierung des nicht-klinischen Dokumentationsverfahrens und Stärkung des Datenschutzes. Darüber hinaus soll die weiterentwickelte Dokumentationsstruktur den Arbeitsfluss optimieren und die Transparenz fördern. Erneuerung der EDV: Client (FAT Clients) und Security Refresh

Der Zeitplan ist 2020 - 2022.

Die involvierten Berufsgruppen sind: Stabsstelle für Qualitätsmanagement, Abteilung IT-EDV, Geschäftsleitung.

Erweiterung und Verbesserung des neu geschaffenen Dokumentationsverfahrens inkl. eines Corporate Identity sowie Anschaffung von FAT Clients inkl. Security Refresh.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

### 18.2.1 Erneuerung der Heilmittelbewilligung

Das Ziel des Projektes war die Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsystems in Zusammenhang mit der Arzneimittelsicherheit zur Erneuerung der Heilmittelbewilligung per Juni 2021.

Der Zeitplan war 2020 - 2021.

Die involvierten Berufsgruppen waren Geschäftsleitung, Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung, die Medikamentenmanagement-Beauftragten, Medizinische Leitung und Personalmanagement.

Die Projektleitung lag bei der Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung und wurde von der Geschäftsleitung begleitet und beaufsichtigt. Mit Erteilung der Heilmittelbewilligung bis 2026 wurde das Ziel des Projektes erreicht.

### 18.2.2 Internes Weiterbildungscurriculum

Das Ziel des Projektes war die Schaffung eines Instrumentes der Fort- und Weiterbildung, der Qualitätssicherung sowie zum Austausch zwischen allen Mitarbeitenden aus dem medizinischen Bereich. Ferner können so Kenntnisse und die Routine in der strukturierten Aufbereitung von komplexen Themenbereichen sowie in der Präsentationstechnik ausgebaut und trainiert werden.

Der Zeitplan war 2021.

Die involvierten Berufsgruppen waren Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflege.

Das interne Weiterbildungscurriculum wurde erfolgreich eingeführt und findet regelmässig statt.

### 18.2.3 Spitalhygiene 2.0

Das Ziel des Projektes war die Etablierung eines Hygienekonzeptes sowie die Beauftragung von Hygienebeauftragten.

Der Zeitplan war 2020 - 2021.

Die involvierten Berufsgruppen waren Medizinische Leitung, Hygiene-Beauftragten, Hygiene-Ansprechpartner des Kantonspitals Zug, Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung, Bereich Hauswirtschaft

Gewährleistung einer hochwertigen Spitalhygiene

Das Projekt wurde erfolgreich umgesetzt. Somit wird die Übertragung von Krankheitserregern wirksam verhindert. Dies wird durch Einhalten von Hygienestandardmassnahmen bei allen Patientinnen und durch korrektes Arbeiten sichergestellt. Eine hochwertige Spitalhygiene wird dadurch garantiert.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Rekole-Zertifizierung

Die Klinik Meissenberg wurde neu mit dem Gütezeichen **REKOLE®** für das betriebliche Rechnungswesen ausgezeichnet. Mit der erfolgreichen Zertifizierung schafft die Klinik Meissenberg Transparenz in der Kostenentstehung ihrer erbrachten Leistungen. Der Kosten- und Leistungsermittlungsprozess ist national einheitlich und folgt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben den Regeln der Betriebswirtschaftspraxis.

### 18.3.2 FMH Zulassung Weiterbildungsstätte Kat. B Ambulatorium

Antrag der Klinik Meissenberg auf FMH Zulassung betreffend Anerkennung/Einteilung als Weiterbildungsstätte in Kategorie B Ambulatorium.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Ein Portrait der Klinik Meissenberg sowie weitere hilfreiche Informationen

- Fachgebiete
- Fachpersonen
- Meissenberg-Stories
- Aktuelles und Veranstaltungen
- Meissenberg-Podcasts

finden Sie auf unserer Website: [www.meissenberg.ch](http://www.meissenberg.ch)

Hier publizieren wir auch regelmässig spannende, interessante und herausfordernde Jobs in einem wunderschönen Umfeld!

## 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](http://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
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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