

# Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

26.05.2026  
Regine Gysin, Direktorin

Version 1



## 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  
Katrin Schneider  
Leiterin Qualitätsmanagement und Projekte  
034 420 41 31  
[katrin.schneider@selhofen.ch](mailto:katrin.schneider@selhofen.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 Qualitatsvertrag gemäss Art. 58a KVG (QV58a). Weitere Informationen zum Qualitatsvertrag finden Sie auf der H+ Website: [www.hplus.ch](https://www.hplus.ch) – [Qualität – Qualitatsvertrag](#). 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 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG .....	11
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen <i>Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben</i>	
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	19
4.6 Registerübersicht	
4.7 Zertifizierungsübersicht .....	19
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>20</b>
<b>Erhebung der Patientenerfahrung</b> .....	<b>21</b>
<b>5 Patientenerfahrung</b> .....	<b>21</b>
5.1 Eigene Befragung .....	21
5.1.1 Patient:innenzufriedenheit .....	21
5.1.2 Katamnesebefragung .....	25
5.2 Beschwerdemanagement .....	26
<b>6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern</b>	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>27</b>
7.1 Eigene Befragung .....	27
7.1.1 Mitarbeitendenbefragung .....	27
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>28</b>
8.1 Eigene Befragung .....	28
8.1.1 Zuweiserbefragung .....	28
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>29</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>0</b>
<b>9 Wiedereintritte</b>	
<b>10 Operationen</b>	
<b>11 Infektionen</b>	
<b>12 Stürze</b>	
<b>13 Dekubitus</b>	
<b>Psychiatriespezifische Messungen</b> .....	<b>29</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung</b> .....	<b>29</b>
14.1 Symptombelastung psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	29
<b>Rehaspezifische Messungen</b> .....	<b>0</b>
<b>15 Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit</b>	
<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>0</b>
<b>16 Weitere Qualitätsmessungen</b>	

<b>17</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>30</b>
17.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	30
17.1.1	CIRS.....	30
17.1.2	Integrierte Tagesklinik .....	31
17.1.3	Musikangebot.....	31
17.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025 .....	32
17.2.1	Medi-Projekt .....	32
17.2.2	Digitalisierung der Patient:innenbefragungen .....	33
17.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	34
17.3.1	Rezertifizierung Rekole .....	34
17.3.2	Zertifizierung QuaTheDa.....	34
<b>18</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>35</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>36</b>
Psychiatrie .....		36
<b>Herausgeber .....</b>		<b>37</b>

# 1 Einleitung

## Die Klinik Selhofen

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik mit 32 stationären Behandlungsplätzen. Die 1995 eröffnete Institution ist eine Einrichtung der Stiftung Klinik Selhofen und auf der Spitalliste der Kantone Bern und Solothurn. Der Sitz der Klinik befindet sich in Burgdorf.

## Angebot

Die Klinik Selhofen bietet Suchtbehandlungen für Menschen mit Abhängigkeit von einer oder mehreren psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Opiate, Kokain, Medikamente, Methadon, Cannabis, Amphetamine, Halluzinogene) an. Die Patient:innen erhalten eine umfassende medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung. Das therapeutische Angebot umfasst Einzel-, Gruppen-, Standort- und Netzgespräche, ergänzt durch Milieuthérapie sowie vielfältige Aktivierungs-, Sport-, Körper- und Musikangebote. Das integrative Behandlungskonzept richtet sich auch an Menschen mit einer zusätzlichen, psychischen Erkrankungen sowie an Personen mit Onlinesucht.

Stationäre Behandlungsschwerpunkte sind:

- Körperliche Entgiftung und Entwöhnung
- Integration (Angebot step-up)
- Doppeldiagnosebehandlung (Angebot d-plus)
- Behandlung von Onlineabhängigkeit (Angebot log-in)
- Behandlung von jungen Patient:innen (16 bis 25 Jahre) (Angebot switch-on)

Ergänzend zur stationären Behandlung bietet die Klinik Selhofen ambulante Angebote an den Standorten Bern, Biel und Burgdorf. Ambulante Behandlungen stehen ebenfalls Angehörigen von suchterkrankten Menschen offen.

## Haltung

Die Suchtbehandlung in der Klinik Selhofen basiert auf einer kooperativen, flexiblen, positiv verstärkenden und ressourcenorientierten Grundhaltung. Die therapeutische Arbeit orientiert sich an systemischen, lösungs- und ressourcenorientierten, verhaltenstherapeutischen sowie milieuthérapeutischen Ansätzen. Der stationäre Rahmen ist abstinenzorientiert.

Weitere Information finden Sie auf unserer Website [www.selhofen.ch](http://www.selhofen.ch).

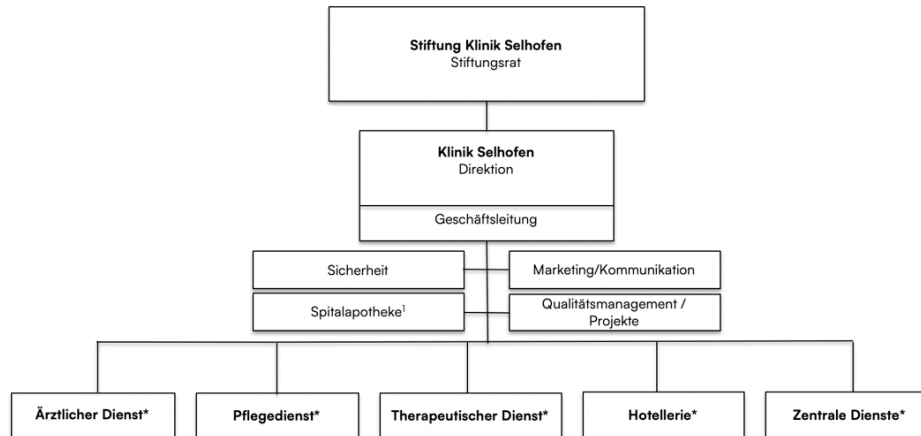
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

#### Organigramm

Kurz-Organigramm



\* Leitung ist Mitglied der Geschäftsleitung

<sup>1</sup> Die fachverantwortliche Person der Spitalapotheke ist in pharmazeutischen Belangen gegenüber allen Mitarbeitenden der Klinik weisungsbefugt

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **20** Stellenprozent zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

*Frau Katrin Schneider*  
 Leiterin Qualitätsmanagement und Projekte  
 034 420 41 31  
[katrin.schneider@selhofen.ch](mailto:katrin.schneider@selhofen.ch)

*Frau Regine Gysin*  
 Direktorin  
 034 420 41 41  
[regine.gysin@selhofen.ch](mailto:regine.gysin@selhofen.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### **Qualitätsverständnis**

*Unser Grundverständnis orientiert sich am Leitsatz: Wir erzielen individuelle Behandlungserfolge, indem wir im Rahmen unserer professionellen Angebote eine zielorientierte Behandlung bieten. Wir begegnen unseren Patientinnen und Patienten in einem familiären Umfeld und auf Augenhöhe. Die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden hat für uns höchste Priorität.*

*Die Klinik Selhofen bietet professionelle, individuelle und vielfältige Behandlungsangebote an. Dabei orientieren wir uns an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und berücksichtigen anerkannte Qualitätskriterien. Innovation und kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Leistungen basieren auf der regelmässigen Evaluation der Zufriedenheit unserer Austauschgruppen, erhobenen Zahlen sowie der frühzeitigen Wahrnehmung von Veränderungen im Umfeld.*

*Alle Mitarbeitenden verfügen über die erforderlichen Fachqualifikationen und verpflichten sich zu stetiger Weiterbildung. Sie handeln professionell und leben nach innen wie nach aussen eine ausgeprägte Dienstleistungsbereitschaft.*

#### **Qualitätssteuerung**

*Die Klinik Selhofen versteht sich als lernende Organisation, die Veränderungen aktiv angeht. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sind zentrale Leitlinien unseres Arbeitsalltags. Grundlage dafür bildet das interne Qualitätskonzept. Es umfasst sowohl interne als auch externe Ziele und Vorgaben sowie die entsprechenden Prozesse und Massnahmen zur Steuerung unserer Qualitätsaktivitäten. Das Qualitätskonzept bildet somit den Rahmen für unser betriebliches Qualitätsmanagementsystem (QMS).*

#### **Umsetzung**

*Das Qualitätsmanagement der Klinik Selhofen stellt die stetige Qualitätsentwicklung und -überprüfung sicher. Dabei orientieren wir uns an den vier Qualitätsdimensionen - Patientenorientierung, Sicherheit, Zusammenarbeit und Wirksamkeit -, die auf der Qualitätsstrategie des Bundesamt für Gesundheit basieren.*

*Zudem setzen wir gemäss Qualitätsvertrag nach Art. 58a KGV Qualitätsverbesserungsmassnahmen in den Handlungsfeldern Qualitätskultur, Patientensicherheit, evidenzbasierte Entscheidungsfindung sowie Patientenzentriertheit um.*

*Unser Qualitätsmanagement folgt einem systematischen Ansatz und zielt auf die kontinuierliche Optimierung sämtlicher Prozesse ab. Folgende etablierte Massnahmen sind Bestandteil unseres langjährigen Qualitätsmanagementsystems:*

- klar definierte Verantwortung und Organisation der Qualitätfunktionen
- Qualitätshandbuch als Arbeits- und Steuerungsinstrument
- Critical Incident Reporting System (CIRS) Management
- kontinuierlicher Verbesserungsprozess mit Selbstanalyse
- Qualitätszirkel
- interne Audits
- Qualitätshöck
- permanentes Verbesserungsmanagement durch Verbesserungsvorschläge
- Zertifizierung, externe Audits
- Erhebung Zufriedenheit Mitarbeitende
- Erhebung Zufriedenheit Patient:innen
- Erhebung Zufriedenheit Zuweisende
- Katamnesebefragung
- Definition und Überprüfung von Q-Zielen
- jährliche Überarbeitung des Qualitätshandbuchs
- Management Review

*Die Massnahmen sowie die Ergebnisse der Qualitätsförderung werden in den Qualitätsberichten*

*(Qualitätsbericht H+, Auditberichten) dokumentiert.*

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

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

#### **Neuzertifizierung mit QuaTheDa**

*Viele Jahre war die Klinik Selhofen nach der suchtspezifischen Qualitätsnorm QuaTheDa zertifiziert, bevor Erfahrungen mit dem EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) gesammelt wurden. Im Jahr 2022 entschied die Geschäftsleitung, wieder zu QuaTheDA zurückzukehren, da die Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb des EFQM-Modells für eine kleinere Klinik nicht den Bedürfnissen der Institution entsprachen. 2025 erfolgte die erfolgreiche Neuzertifizierung nach QuaTheDa durch die Zertifizierungsstelle EdelCert.*

#### **Zuweisendenbefragung**

*Im Jahr 2025 erfolgte erstmals die qualitative Befragung der Zuweisenden im Rahmen von Einzelinterviews, die zukünftig alle vier Jahre durchgeführt wird. Die Stichprobe umfasste jeweils zwei Personen aus den definierten Gruppen: Behörde, ambulante Suchthilfe & Beratung, Langzeittherapie, Wohngemeinschaften und Spitex. Aus den Ergebnissen wurden fünf konkrete Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und die Umsetzung geplant. Zwei Jahre zuvor hat zudem eine quantitative Befragung stattgefunden.*

### **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025**

#### **Medikamenten-Projekt**

*Das Projekt konnte im Jahr 2025 erfolgreich abgeschlossen werden. Ziel des Medikationsprojekts war es, die Patientensicherheit sowie die Anwenderfreundlichkeit im stationären Medikationsprozess zu erhöhen und gleichzeitig die rechtlichen Vorgaben umzusetzen. Dazu wurden die Funktionen der elektronischen Medikationsverordnung im Klinikinformationssystem überarbeitet. Zudem wurde der Medikamentenabgabeprozess digitalisiert und die Nachvollziehbarkeit erhöht, indem jedes gerichtete, kontrollierte und verabreichte Medikament bei dem:der jeweiligen Patient:in elektronisch dokumentiert und mit dem Visum der zuständigen Fachperson versehen wird. Darüber hinaus wurde die Bestandskontrolle der Betäubungsmittel digitalisiert, um den zeitlichen Aufwand zu reduzieren und die Fehleranfälligkeit zu minimieren. Mit dem erarbeiteten Berechtigungskonzept konnten zudem die Anforderungen des revidierten Datenschutzgesetzes sichergestellt werden. Das gesamte Behandlungsteam wurde entsprechend geschult.*

#### **Digitalisierung Patient:innenbefragungen**

*Die Erhebungen zur Zufriedenheit und Symptombelastung stehen den Patient:innen neben der analogen Form neu auch digital zur Verfügung.*

#### **QuaTheDa-Zertifizierung**

*Siehe Kapitel 3.1*

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### **Angebotsentwicklung: Musikangebot**

*Das bereits vielfältige Behandlungsangebot wird durch ein neues musikalisches Angebot erweitert. Dieses richtet sich sowohl an Patient:innen mit musikalischer Vorerfahrung als auch an Personen ohne bisherige Berührungspunkte mit Musik. Musikalische Angebote bieten eine niederschwellige und ressourcenorientierte Möglichkeit, Entlastung, Entspannung und emotionalen Ausdruck zu fördern. Sie ermöglichen einen aktiven oder rezeptiven Zugang zu eigenen Emotionen und Bedürfnissen. Durch das gemeinsame Musizieren werden soziale Interaktionen gestärkt und sozialer Isolation entgegengewirkt. Zudem fördern musikalische Erfahrungen die Körperwahrnehmung sowie den Umgang mit Spannung und Emotionen.*

#### **Umsetzung Qualitätsverträge (Art. 58a KVG)**

*Die Vorgaben des Qualitätvertrages werden umgesetzt, indem für die Klinik Selhofen relevante, national anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahmen ausgewählt, diese entsprechend den verbindlichen Kriterien bearbeitet, implementiert und evaluiert werden. Dies mit dem Ziel, die Behandlungsqualität und Patientensicherheit kontinuierlich zu verbessern.*

#### **Ablösung Klinikinformationssystem KIS**

*Die bestehende Eigenentwicklung soll künftig durch eine Standardlösung ersetzt werden, um Arbeitsprozesse effizienter zu gestalten und die Patient:innensicherheit weiter zu erhöhen.*

## 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> : 19.12.2025		Externe Überprüfung QV58a KVG <sup>2</sup>		Prüfstelle	Kommentar Spital
		Ergebnis			
Qualitätsmanagementsystem	⊗	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	⊗	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	⊗				
Patientensicherheit	⊗	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Management der Mangelernährung	⊗				
▪ Sturzprävention	⊗				
▪ Systematische Suizidprävention	⊗				

#### Erläuterungen

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

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

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

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

## 4.2 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

## 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>
▪ Patient:innenzufriedenheit
▪ Katamnesebefragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung

## 4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

### Qualitätszirkel

<b>Ziel</b>	<i>Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung, Voraussetzungen für Zertifizierung nach anerkanntem Qualitätsstandard schaffen</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik und Ambulatorien</i>
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	<i>fest etabliert</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Interdisziplinärer Austausch zum Thema Qualität, Bindeglied der Geschäftsleitung und der verschiedenen Fachbereiche, Durchführung interner Audits</i>
<b>Methodik</b>	<i>4 Sitzungen/Jahr</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>Interdisziplinär</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Protokolle zuhanden der GL, durchgeführte Audits, Erarbeitung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen.</i>

### Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)

<b>Ziel</b>	<i>Identifizierung von Verbesserungspotenzial und Weiterentwicklung der Organisation</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik und Ambulatorien</i>
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	<i>fest etabliert</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Selbstanalyse und interne Workshops, Identifikation von Verbesserungspotential</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>Interdisziplinär</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Stattgefundenem, interdisziplinäre Workshops, Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen</i>

## Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

<b>Ziel</b>	<i>Die Branchenlösung von H+ ist umgesetzt und auditiert</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik und Ambulatorien</i>
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	<i>2023-2028</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Zur Gewährleistung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz hat sich die Klinik Selhofen für die anerkannte Branchenlösung von H+ entschieden.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Gefahrenermittlung in verschiedenen Bereichen und entsprechende Massnahmen ableiten sowie umsetzen. Internes Voraudit anhand Auditcheckliste durchführen.</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>Sicherheitskommission (SK)</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Audit mit H+</i>

## Interne Audits

<b>Ziel</b>	<i>Sicherstellung der Prozessumsetzung, Identifikation von Verbesserungspotentialen</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik und Ambulatorien</i>
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	<i>fest etabliert</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Sicherstellung Prozessumsetzung, Identifizierung von Verbesserungspotenzial</i>
<b>Methodik</b>	<i>Regelmässige interne Audits: 2 Bereiche pro Jahr, Befragung der involvierten Mitarbeitenden durch Mitglieder des Qualitätszirkels</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>Interdisziplinär</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Vorliegende Auditberichte, umgesetzte Verbesserungsmassnahmen</i>

## CIRS

<b>Ziel</b>	<i>Aus Risiken, Fehlern und Beinahe-Fehlern wird gelernt. Eine offene Fehlerkultur wird gelebt. Die Meldung kritischer Ereignisse soll anwenderfreundlicher sein und deren Analyse strukturierter erfolgen.</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik und Ambulatorien</i>
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	<i>2025-2026</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Das CIRS-Instrument ist zwar vielen Mitarbeitenden bekannt, wird im Alltag jedoch wenig genutzt. Ziel ist es, kritische Ereignisse und Fehlerquellen zu erkennen, bestehende Sicherheitsbarrieren sowie beeinflussende Faktoren zu analysieren und daraus Massnahmen zur Vermeidung oder Wiederholung solcher Ereignisse abzuleiten.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Literaturrecherche, Überarbeitung Konzept, Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden Sensibilisierung und regelmässige Schulung der Mitarbeitenden.</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>alle</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Das CIRS ist den Mitarbeitenden bekannt und wird innerbetrieblich genutzt.</i>

## Rezertifizierung QuaTheDa

<b>Ziel</b>	<i>Jährliche erfolgreiche Rezertifizierung</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik und Ambulatorien</i>
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	<i>fest etabliert</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>QuaTheDa ist eine etablierte Qualitätsnorm für Einrichtungen in der Suchthilfe.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Interne Strukturen und Prozesse kontinuierlich umsetzen, überprüfen und aktualisieren, um die Qualitätsanforderungen des modular aufgebauten Referenzsystems zu erfüllen.</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>alle</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Alle drei Jahre erfolgreiche Rezertifizierung, jährliches Wiederholaudit</i>

## Verbesserungsvorschläge

<b>Ziel</b>	<i>Kontinuierliche Verbesserung durch laufende Verbesserungsvorschläge</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik und Ambulatorien</i>
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	<i>fest etabliert</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Identifizierung von Verbesserungspotenzial, Einbezug der Mitarbeitenden sowie Patient:innen, Steigerung der Mitarbeitenden- und Patientenzufriedenheit</i>
<b>Methodik</b>	<i>Mittels Meldeformular können alle Mitarbeitende und Patient:innen unzufriedenstellende Situationen melden und Verbesserungsvorschläge anbringen. Die Meldungen werden durch die zuständigen Bereichs-/Ressortleitungen bearbeitet.</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>Interdisziplinär</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Abschluss der jeweiligen Meldungen durch Rückmeldung an den:die Melder:in, Definition und Umsetzung von Massnahmen</i>

## Q-Buchüberarbeitung

<b>Ziel</b>	<i>Alle Qualitätsdokumente werden jährlich auf ihre Aktualität und Relevanz überprüft.</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik und Ambulatorien</i>
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	<i>jährlich</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Nur inhaltlich korrekte und relevante Dokumente sollen Teil des Qualitätshandbuchs sein.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Jährlich prüfen die Bereichsleitungen die Q-Dokumente ihrer Bereiche auf Aktualität und Relevanz. Die Verantwortung der Organisation und Durchführung liegt beim Qualitätsmanagement.</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>Qualitätsmanagement, Geschäftsleitung, Ressortleitung</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Erfolgte Prüfung gemäss geführter Q-Dok-Liste</i>

## Qualitätshöck

<b>Ziel</b>	<i>Ergebnisse von verschiedenen Datenerhebungen sind interprofessionell diskutiert und entsprechende Massnahmen definiert.</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik und Ambulatorien</i>
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	<i>2023-2026</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Viele Daten werden erfasst, diese sollen zur Identifizierung von Verbesserungspotential vollumfänglich genutzt werden.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Diskussion von Messergebnissen und Ableitung von Massnahmen</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>Geschäftsleitung, Qualitätsmanagement/Projekte</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Protokoll des jährlichen Q-Höcks</i>

## Systematische Suizidprävention

<b>Ziel</b>	<i>Ein Konzept zur systematischen Suizidprävention ist entwickelt und implementiert. Die Suizidprävention ist systematisch im Behandlungsprozess verankert, mit dem Ziel, Suizidversuche und vollendete Suizide zu verhindern.</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik und Ambulatorien</i>
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	<i>2025-2027</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Das Suizidalitätsrisiko stationärer und ambulanter Patient:innen soll systematisch erfasst werden.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Literaturrecherche, Konzeptualisierung, Schulung, Implementierung, Evaluation</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>alle</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Vorliegendes Konzept, dokumentierte Einschätzungen der Suizidalität sowie bei Bedarf eingeleitete Massnahmen aller stationären und ambulanten Patient:innen.</i>
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<i>Qualitätsverbesserungsmassnahme Art. 58a KVG</i>

## Systematische Sturzprävention

<b>Ziel</b>	<i>Konzept zur Sturzprävention ist entwickelt und implementiert. Die Sturzprävention ist systematisch im Behandlungsprozess verankert, mit dem Ziel, sturzgefährdete Personen zu identifizieren, um entsprechende Massnahmen abzuleiten.</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik</i>
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	<i>2025-2026</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Frisch eingetretene Patient:innen unter Substanzeinfluss und unter starken Entzugssymptomen können ein erhöhtes Sturzrisiko aufweisen.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Literaturrecherche, Konzeptualisierung, Schulung, Implementierung, Evaluation</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>alle</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Vorliegendes Konzept, dokumentierte Einschätzungen der Sturzgefahr sowie bei Bedarf eingeleitete Massnahmen aller stationären Patient:innen</i>
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<i>Qualitätsverbesserungsmassnahme Art. 58a KVG</i>

## Integrierte Tagesklinik

<b>Ziel</b>	<i>Ein neues Angebot einer integrierten Tagesklinik ist entwickelt.</i>
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	<i>Klinik</i>
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	<i>2025-2027</i>
<b>Art des Projekts</b>	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
<b>Begründung</b>	<i>Nationale und internationale Studien belegen, dass psychiatrische Tageskliniken vergleichbare Behandlungsergebnisse wie stationären Behandlungen erzielen. Eine erfolgte Bedarfsanalyse zeigt vorhandenen Bedarf auf.</i>
<b>Methodik</b>	<i>Bedarfsanalyse, Literaturrecherche, Interviews/Austausch, Konzeptualisierung, Workshops, Schulungen, Implementierung, Evaluation</i>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	<i>alle</i>
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	<i>Vorhandenes Konzept, Anzahl Fälle, Zufriedenheit der Patient:innen und Mitarbeitenden</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 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.

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

#### 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
REKOLE	ganze Klinik	2013	2025	
EFQM	ganze Klinik	2021	2021	vorläufig keine Rezertifizierung
QuaTheDA	ganze Klinik	2002	2025	

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Erhebung der Patientenerfahrung

### 5 Patientenerfahrung

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

#### 5.1 Eigene Befragung

##### 5.1.1 Patient:innenzufriedenheit

*Wir legen grossen Wert auf die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten. Ihre Rückmeldungen zum Klinikaufenthalt sind ein zentrales Instrument zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen. Durch dieses Feedback können wir sicherstellen, dass unsere hohen Qualitätsstandards dauerhaft eingehalten werden. Die Patient:innenzufriedenheit stellt somit ein wesentliches Element unseres Qualitätsmanagements dar.*

Unsere Befragung umfasst Fragen zu folgenden Kategorien:

- Zufriedenheit mit den Angeboten
- Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen
- Verständnis und Akzeptanz der Fachpersonen
- Fachliche und soziale Kompetenz der Fachpersonen
- Persönliche Entwicklung

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
Die Befragung umfasst die gesamte stationäre Klinik.

##### Angaben zum untersuchten Kollektiv

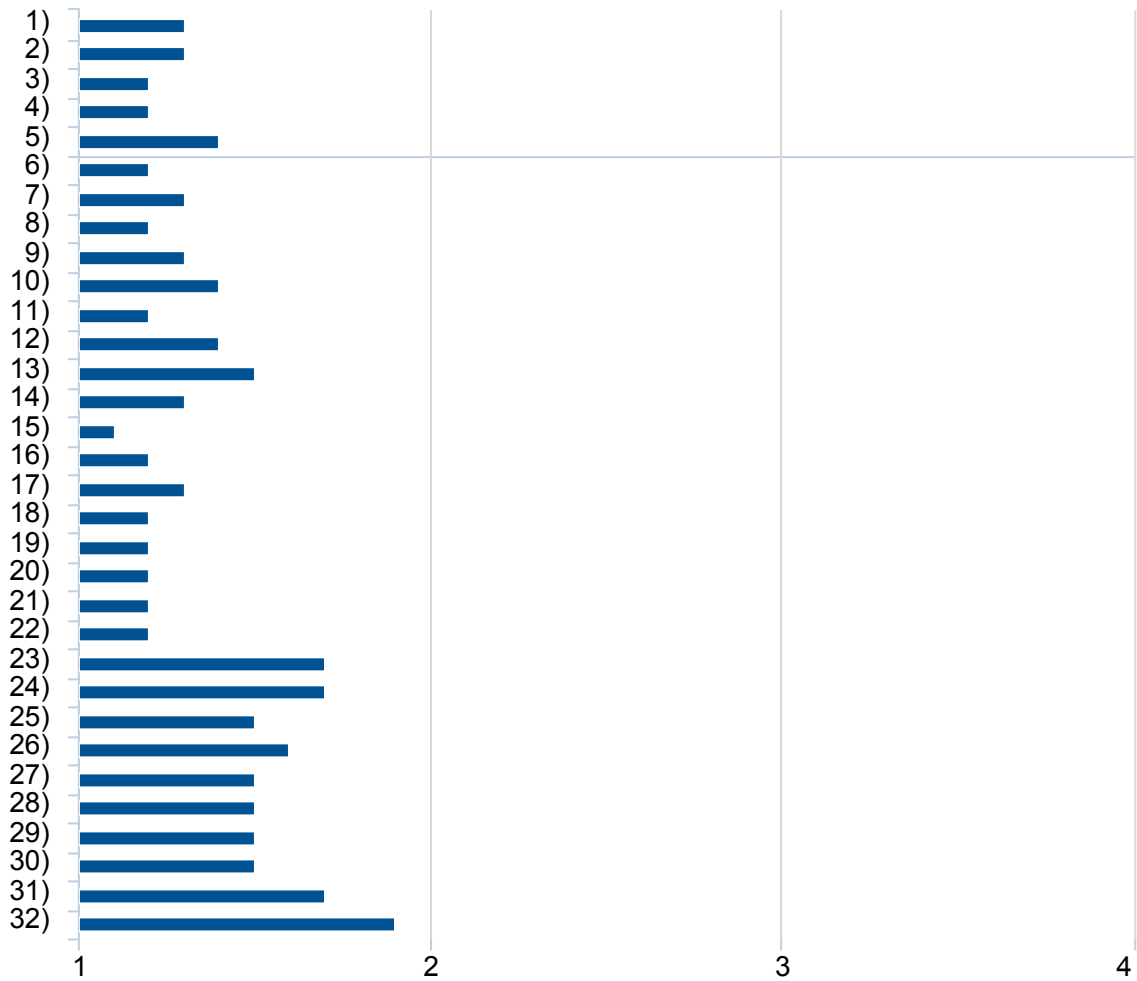
*Alle stationären Patient:innen werden beim Austritt befragt. Bei unerwarteten Therapieabbrüchen wird der Fragebogen verweinzelt nicht abgegeben. Diese Drop-outs werden nicht systematisch erfasst, wodurch sich die Rücklaufquote auf alle Austritte bezieht und damit fälschlicherweise niedriger ausfällt. Die Auswertung vom Jahr 2025 basiert auf insgesamt 251 retournierten Fragebögen, wobei nicht alle vollständig ausgefüllt wurden.*

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

##### Fragen

- 1) Ich bin insgesamt zufrieden mit dem Aufenthalt in der Klinik Selhofen.
- 2) Ich bin zufrieden mit der Betreuung durch den Pflegedienst.
- 3) Ich bin zufrieden mit meiner Bezugsperson vom Pflegedienst.
- 4) Ich bin zufrieden mit der Betreuung der Nachtwachen.
- 5) Ich bin zufrieden mit der medizinischen Betreuung durch den ärztlichen Dienst.
- 6) Ich bin zufrieden mit den Einzelgesprächen der Psychotherapie und des Fallmanagements.
- 7) Ich bin zufrieden mit den Standortgesprächen.
- 8) Ich bin zufrieden mit dem Kreativatelier.
- 9) Ich bin zufrieden mit dem Sport (Tennis, Fitness, Bodyweight Fitness, Walking).
- 10) Ich bin zufrieden mit dem Körper/Sport (Schach, Entspannung, Pilates, Yoga).
- 11) Ich bin zufrieden mit dem Beschäftigungspogramm Küchendienst.
- 12) Ich bin insgesamt zufrieden mit der Tagesstruktur (Wochenplan).
- 13) Die Besuchs- und Ausgangsregeln ermöglichen mir eine angemessene Freizeitgestaltung.
- 14) Die Unterlagen und Informationen über die Klinik Selhofen sind gut verständlich.
- 15) Ich finde das Essen im Allgemeinen gut.

- 16) Mein Zimmer genügt meinen Ansprüchen.
- 17) Ich werde vom Mitarbeiterteam ernst genommen und genügend in die Behandlungsplanung einbezogen.
- 18) Ich arbeite an den Zielen, die ich mir für den Aufenthalt in der Klinik Selhofen gesetzt habe.
- 19) Ich erhalte vom Mitarbeiterteam genügend Unterstützung bei der Vorbereitung einer geeigneten Anschlusslösung.
- 20) Ich fühle mich als Person mit meinen geschlechtsspezifischen Anliegen verstanden und unterstützt.
- 21) Wenn ich wieder Hilfe bräuchte, würde ich wieder in die Klinik Selhofen kommen.
- 22) Ich würde einem:einer Freund:in die Klinik Selhofen empfehlen, wenn er/sie ähnliche Hilfe benötigen würde.
- 23) Ich bin zufrieden mit der Basisgruppe.
- 24) Ich bin zufrieden mit der Schlafgruppe.
- 25) Ich bin zufrieden mit der Kompetenzgruppe.
- 26) Ich bin zufrieden mit der Erfolgsgruppe K.
- 27) Ich bin zufrieden mit der Persönlichkeitsgruppe.
- 28) Ich bin zufrieden mit der Gruppe log-in.
- 29) Ich bin zufrieden mit der Gruppe step-up.
- 30) Ich bin zufrieden mit der Gruppe switch-on.
- 31) Ich bin zufrieden mit der Erfolgsgruppe switch-on.
- 32) Ich bin zufrieden mit der Hepatitis / HIV-Gruppe.



1 = trifft völlig zu / 4 = trifft überhaupt nicht zu

■ Klinik Selhofen

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Selhofen	1.30	1.30	1.20	1.20	1.40

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	6)	7)	8)	9)	10)
Klinik Selhofen	1.20	1.30	1.20	1.30	1.40

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	11)	12)	13)	14)	15)
Klinik Selhofen	1.20	1.40	1.50	1.30	1.10

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	16)	17)	18)	19)	20)
Klinik Selhofen	1.20	1.30	1.20	1.20	1.20

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	21)	22)	23)	24)	25)
Klinik Selhofen	1.20	1.20	1.70	1.70	1.50

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	26)	27)	28)	29)	30)
Klinik Selhofen	1.60	1.50	1.50	1.50	1.50

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	31)	32)		
Klinik Selhofen	1.70	1.90	251	74.00 %

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

*Die Zufriedenheit unserer Patient:innen war auch im Jahr 2025 erneut sehr hoch. Wie bereits in den vergangenen acht Jahren wurde das Essen am besten bewertet, gefolgt von der Betreuung durch die Nachtwachen sowie durch die Bezugsperson im Pflegedienst.*

*Ein Grossteil der Patient:innen würde unsere Klinik weiterempfehlen.*

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

### 5.1.2 Katamnesebefragung

*Die Katamnesebefragung gibt Auskunft über den Nutzen und die Nachhaltigkeit der Behandlung und Therapie drei Monate nach dem stationären Austritt bzw. sechs Monate nach Abschluss der ambulanten Therapie. Erfasst werden das Konsumverhalten, eine mögliche Konsumverlagerung, Anwendung von Skills, aktuelle Behandlungen, Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche sowie sogenannte "Red Flags".*

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
Die Befragung umfasst die gesamte stationäre und ambulante Klinik.

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

*In die Befragung eingeschlossen werden Patient:innen, bei denen ein schriftliches Einverständnis vorliegt, die mindestens sieben Tage stationär behandelt wurden oder mindestens drei ambulante Sitzungen wahrgenommen haben. Ebenfalls eingeschlossen werden wiederangemeldete Patient:innen, die sich zum Befragungszeitpunkt erneut in stationärer oder ambulanter Behandlung befinden.*

#### Messergebnisse

##### Stationäre Katamnese

*Im Jahr 2025 wurden 231 Fragebögen zur stationären Katamnese versendet. Davon wurden erfreuliche 52% (n=120) an die Klinik zurückgesandt.*

*Im ersten Halbjahr gaben drei Monate nach dem stationärem Austritt 53 % der Befragten an, das Suchtmittel, aufgrund dessen sie in Behandlung waren, nicht mehr konsumiert zu haben - ein Anstieg von 11-20 % im Vergleich zu den Vorjahren. Bei weiteren 35 % hat sich der Konsum reduziert. 11 % berichteten über ein gleichbleibendes und 1 % über ein gesteigertes Konsumverhalten im Vergleich zur Zeit vor dem Klinikaufenthalt.*

*Bezüglich der Auswirkungen der stationären Behandlung auf die Lebenssituation gaben, wie bereits in den beiden Vorjahren, 85 % der Befragten an, eine positive Veränderung zu erfahren. Dabei haben sich die Konsumsituation, gefolgt von der Tagesstruktur und dem psychischen Zustand, am stärksten verbessert.*

##### Ambulante Katamnese

*Da die ambulante Katamnesebefragung sechs Monate nach Abschluss der Therapie erfolgt, liegen die Ergebnisse für das Jahr 2025 noch nicht vor. Für das Jahr 2024 wurden von allen Personen, die die ambulante Therapie abgeschlossen haben, 52 Patient:innen in die Befragung eingeschlossen. 20 Personen nahmen daran teil, was einer Rücklaufquote von 39 % entspricht.*

*Von allen ambulanten Patient:innen mit einer Abhängigkeitserkrankung gaben 60 % an, seit dem Therapieabschluss abstinent zu leben. 24 % konsumieren weniger, 16% gleich viel und 0 % mehr als vor der Therapie.*

*Die grössten positiven Verbesserung wurden ebenfalls in der Tagesstruktur, der Konsumsituation sowie im psychischen Zustand festgestellt.*

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Klinik Selhofen**

*Ombudsstelle für Spitalwesen des Kantons*

*Bern*

*Ursula Theiler*

*079 356 95 64*

*[ombudsstelle-spitalwesen@hin.ch](mailto:ombudsstelle-spitalwesen@hin.ch)*

*14:30-16:30 Uhr*

*Schriftliche Information zum  
Beschwerdeverfahren mit Kontaktdaten der  
Ombudsstelle wird den Patient:innen bei  
Eintritt abgegeben.*

## 7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeitendenbefragung

*Die Mitarbeitendenbefragung wird zur Messung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden und zur Identifizierung von Verbesserungspotenzial durchgeführt. Dabei stehen folgende Themen im Vordergrund:*

- *Leitung und Personalführung*
- *Nicht-Burnout*
- *Teamgeist*
- *Informationskultur*

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2026.

*Die Befragung findet in allen Bereichen der Klinik statt.*

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ISGF
Methode / Instrument	QuaTheTeam-58

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserbefragung

*Zuweisende bzw. Nachbehandelnde sind wichtige Schlüsselakteur:innen bei der Spitalwahl. Die Zufriedenheitsmessung dieser Gruppen liefert wertvolle Erkenntnisse darüber, wie sie die Zusammenarbeit mit der Klinik Selhofen erleben und wie sie die Behandlungsqualität sowie das Behandlungsergebnis beurteilen.*

*Die Befragung dient der Messung der Zufriedenheit und der Identifikation von internem Verbesserungspotenzial. Sie findet alle zwei Jahre statt, wobei sich die Erhebungsmethoden – Onlineumfrage und Interviews – abwechseln. Im Fokus stehen die Einschätzungen zur Behandlung der Patient:innen sowie zur Zusammenarbeit mit der Klinik Selhofen.*

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 01.09.2025 bis 31.12.2025 durchgeführt. Die Befragung umfasste den stationären und ambulanten Bereich.

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

*Die Zuweisenden und Nachbehandelnden wurden den folgenden Gruppen zugewiesen, aus denen jeweils zwei Personen befragt wurden.*

- Behörde
- Ambulante Suchthilfe & Beratung
- Langzeittherapie
- Spitex
- Wohngemeinschaften

#### Messergebnisse

*Insgesamt besteht eine grosse Zufriedenheit bei den Zuweisenden und Nachbehandelnden der Klinik Selhofen.*

*Hervorgehoben wurde die angenehme Zusammenarbeit, besonders der Austausch, der Einbezug in die Behandlung sowie die Erreichbarkeit und Beratung.*

*Die strenge Haltung mit der Nulltoleranz, wonach jeder Konsumvorfall zum Austritt führt, wird unterschiedlich bewertet.*

*Das Kernangebot der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen der Klinik Selhofen ist den Zuweisenden und Nachbehandelnden gut bekannt, während Spezialangebote weniger bekannt sind. Für einige Interviewpartner:innen erfolgt die Anschluss- und Austrittsplanung spät. Zudem wünschen sich nicht ärztliche Fachbereiche einen Austrittsbericht.*

*Daraus ergaben sich fünf konkrete Verbesserungsmassnahmen, die derzeit umgesetzt werden.*

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## Behandlungsqualität

### Psychiatriespezifische Messungen

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

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

#### 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung

##### 14.1

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

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

#### Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

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

Zu den Messergebnissen:

- [Kliniken zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen](#)

## 17 Projekte im Detail

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

### 17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 17.1.1 CIRS

**Projektart**

Überarbeitung CIRS- Konzept und Prozess

**Projektziel**

Verbesserung der Anwenderfreundlichkeit von Meldungen und Analysen durch standardisierte Auswertungen sowie Erhöhung und Sensibilisierung für Meldungen kritischer Ereignisse.

**Projektablauf / Methodik**

- Bedarfserhebung
- Literaturrecherche
- Konzeptualisierung
- Schulung
- Implementierung
- Evaluation

**Involvierte Berufsgruppen: (Ärzte, Pflege, Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration, etc.)**

alle Mitarbeitende

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Anzahl eingegangen und bearbeitete CIRS-Meldungen

Anzahl Verbesserungsmaßnahmen

Internes und externes Audit

### 17.1.2 Integrierte Tagesklinik

**Projektart**

Neues Behandlungsangebot integrierte Tagesklinik

**Projektziel**

Das Angebot einer integrierten Tagesklinik ist entwickelt und in das bestehende stationäre Behandlungsangebot implementiert.

**Projekttablauf / Methodik**

Projektmanagement mit der Methode der partizipativen Aktionsforschung

- Bedarfsanalyse
- Literaturrecherche
- Einzel- und Gruppeninterviews, Workshop, Austausch Kliniken
- Tarifverhandlungen mit Krankenkassen
- Evidenzbasierte Angebotsentwicklung
- Schulung
- Implementierung
- Angebotsvorstellungen
- Evaluation

**Involvierte Berufsgruppen: (Ärzte, Pflege, Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration, etc.)**

alle Mitarbeitende

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Auslastung

Zufriedenheit Patient:innen

Behandlungsergebnisse gemäss Katamnese

### 17.1.3 Musikangebot

**Projektart**

Erarbeitung Musikangebot

**Projektziel**

Das Beschäftigungsangebot wird durch ein Musikangebot für Personen mit und ohne musikalischen Vorkenntnisse erweitert.

**Projekttablauf / Methodik**

- Literaturrecherche
- Konzeptualisierung
- Einrichtung Musikraum, Anschaffung Instrumente
- Implementierung
- Evaluation

**Involvierte Berufsgruppen: (Ärzte, Pflege, Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration, etc.)**

alle Mitarbeitende

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Auslastung

Patient:innenzufriedenheit

## 17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

### 17.2.1 Medi-Projekt

#### Projektart

Überarbeitung elektronischer Medikamentenprozess KIS

#### Projektziel

Erhöhung der Patientensicherheit sowie der Anwenderfreundlichkeit im gesamten Medikamentenprozess.

#### Projekttablauf / Methodik

Vorgängig zum Projektstart erfolgte eine Bedarfsklärung. In den verschiedenen Bereichen wurde der Verbesserungsbedarf erfasst sowie eingegangene CIRS Meldungen analysiert. Ebenfalls fand der Austausch mit anderen Institutionen bzgl. elektronischen Medikamentenprozesse statt. Parallel dazu wurden kantonale Auflagen geprüft. Die Überarbeitung erfolgte in folgenden Schritten:

- Überarbeitung elektronisches Medikamentenverzeichnis KIS
- Programmierung / Überarbeitung elektronische Dokumentation der Handlungen "richten", "kontrollieren" und "abgeben" im KIS
- Programmierung elektronische Betäubungsmittelkontrolle
- Überarbeitung Verordnungen KIS
- Integrierung interne Leistungserfassung
- Definition und Programmierung Outputs
- Schulungen involvierte Fachpersonen
- Anpassungen Dokumente im Qualitätshandbuch

#### Involvierte Berufsgruppen

ICT, ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Beratung & Therapie, Qualitätsmanagement/Projekte

#### Projektevaluation

Alle Funktionen sind im KIS programmiert. Testläufe wurden mit den involvierten Fachpersonen gemäss Validierungsplans während der Systementwicklung kontinuierlich durchgeführt und fortlaufend Anpassungen vorgenommen. Mittels Audits wird die Medikamentensicherheit sowie die Anwenderfreundlichkeit geprüft. Die Medikamentensicherheit wird zusätzlich anhand eingehenden CIRS Meldungen bzgl. Medikamentenprozess überwacht. Entsprechende Massnahmen werden abgeleitet und umgesetzt.

## 17.2.2 Digitalisierung der Patient:innenbefragungen

### Projektart

Digitalisierung der Patient:innenbefragungen

### Projektziel

Die Erhebungen der Zufriedenheit und der Symptombelastung der Patient:innen liegen sowohl in digitaler als auch analoger Form vor.

### Projekttablauf / Methodik

- Bedarfsklärung: Analyse der Anforderungen und Zielsetzungen für die elektronische Befragung.
- Recherche geeigneter Befragungsplattformen: Evaluierung und Vergleich verfügbarer Online-Tools.
- Austausch mit anderen Institutionen: Einholen von Erfahrungen und Best Practices im Umgang mit digitalen Umfragen.
- Inhaltliche Überprüfung der Fragebögen: Qualitätssicherung und ggf. Anpassung der Inhalte vor der Digitalisierung.
- Überführung in Onlineformate: Technische Umsetzung der Fragebögen als digitale Umfragen.
- Schulung der involvierten Fachpersonen: Einführung und Befähigung der Mitarbeitenden im Umgang mit dem neuen System.
- Definition des Befragungsprozesses: Festlegung standardisierter Abläufe für Planung, Durchführung und Auswertung.
- Dokumentenanpassung im Qualitätshandbuch: Aktualisierung der relevanten Vorgaben und Prozesse.

### Involvierte Berufsgruppen

Qualitätsmanagement/Projekte, Administration, Pflegedienst

### Projektelevaluation

Die Umfragen liegen in elektronischer Form und vier Sprachen vor, der Anteil digital ausgefüllter Fragebögen >70% ist nicht erreicht\*, die Rücklaufquote regulärer Austritte sind unverändert.

\*Erstaunlicherweise bevorzugt die Mehrheit (>80%) aller stationären Patient:innen die Befragungen weiterhin in Papierform. Bei der Katamnese drei Monate nach Austritt ist es gerade umbekehrt (75% elektronisch).

## 17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 17.3.1 Rezertifizierung Rekole

**Projektart**

Qualitätssicherung

**Projektziel**

Das betriebliche Rechnungswesen der Klinik Selhofen entspricht den Vorgaben von REKOLE.

**Involvierte Berufsgruppen**

Controlling, Finanzwesen

**Projekterevaluation / Konsequenzen**

Die Klinik Selhofen hat im ersten Quartal 2025 die Re-Zertifizierung erfolgreich bestanden und das Zertifikat auf Grundlage des durchgeführten Audits erhalten.

### 17.3.2 Zertifizierung QuaTheDa

**Projektart**

Qualitätssicherung

**Projektziel**

Das Qualitätsmanagementsystem entspricht den Vorgaben von QuaTheDa.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Sämtliche stationäre und ambulante Bereiche

**Ausblick:**

Jährlich findet ein eintägiges Wiederholaudit statt.

## 18 Schlusswort und Ausblick

Für die kommenden Jahre lassen sich folgende Themenschwerpunkte festhalten:

- **Qualitätsmanagement:**

Ziel des Qualitätsmanagements ist die Einhaltung bestehender Qualitätsvorgaben sowie die Sicherstellung unseres hohen Qualitätsstandards, mit direktem Fokus auf Patient:innenzufriedenheit, effiziente Abläufe und kontinuierliche Prozessoptimierung. Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagementsystems sichern wir eine patientenorientierte Ausrichtung unserer Strukturen und Prozesse.

- **Umsetzung Qualitätsverträge:**

Mit der Einführung der neuen Qualitätsverträge setzen wir uns intensiv mit der Weiterentwicklung unseres internen Qualitätskonzepts auseinander – insbesondere im Hinblick auf die Anforderungen nach Art. 58a KVG und Art. 77 KVV. Durch die kontinuierliche Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen sind wir überzeugt, die Behandlungsqualität und -sicherheit nachhaltig weiter stärken zu können.

- **Angebotsentwicklung:**

Die bedarfsorientierte Weiterentwicklung unseres stationären und ambulanten Angebots bleibt ein zentrales Anliegen. Im Mittelpunkt stehen stets die individuellen Bedürfnisse unserer Patient:innen. Ein umfassendes Weiterbildungs- und Supervisionsangebot für unsere Mitarbeitende ist dabei ein wesentlicher Bestandteil zur Sicherung und Weiterentwicklung der Behandlungsqualität.

## 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](https://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Psychiatrie

#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

## 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).