

**Informationen zu Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**



Einleitung S.1

**Sterne sind kein Garant für Qualität**

Schwerpunkt S.2 - S.6

**Implementierung und Evaluation des Hohenegg-Kontextmodelles**

**Sterne sind kein Garant für Qualität**

Den Stellenwert von Qualitätslabels für Unternehmen und insbesondere für psychiatrische Kliniken gilt es, in vielerlei Hinsicht zu relativieren. Ihr Nutzen ist stets kritisch zu hinterfragen, und man läuft schnell Gefahr, den Ansprüchen eines Labels und nicht denjenigen der Patienten zu dienen. Normen und Systeme zur Qualitätsüberprüfung sind bei der Beurteilung von patientenzentrierten Qualitätsbestrebungen einer Klinik limitiert.

Insbesondere das subjektive Qualitätsempfinden und die Perspektive des Patienten mit seinen Bedürfnissen nach tragfähigen, transparenten Beziehungen und fachlicher Expertise lassen sich darin kaum mit der notwendigen Bedeutung abbilden. Mit dem Hohenegg-Kontextmodell haben wir diese Patientenbedürfnisse ins Zentrum gerückt und die gesamten therapeutischen Angebote über alle medizinischen Professionen hinweg neu überdacht und mittels einer Methodenintegration besser aufeinander abgestimmt. Wie unsere Evaluation zeigt, schaffen wir so für die Betroffenen einen Mehrwert, der unsere Therapiere-sultate messbar verbessert.

Trotz der erwähnten Skepsis gegenüber den Mechanismen einer „zertifizierten Qualität“ liegt in der Auseinandersetzung mit den Anforderungen eines Qualitätslabels auch für eine psychiatrische Klinik ein spürbarer Gewinn. Als Unternehmung unterzieht man sich in systematischer Weise einer Auseinandersetzung mit Qualitätskriterien zu allen Handlungsdimensionen. Die Methodik ermöglicht es, zu hinterfragen, warum man Dinge so tut, wie man sie tut. Der kritische Blick von Extern ist zugleich Standortbestimmung wie auch Impulsgeber für weitere kontinuierliche Entwicklungen.

Letzten Dezember konnten wir nach einem intensiven Assessmentverfahren durch externe Assessoren die Auszeichnung des EFQM-Qualitätslabels 4 Sterne entgegennehmen. Dieser Nachweis für exzellente Qualität und Unternehmensführung ist das Ergebnis eines umfassenden Qualitätsverständnisses, wie es in der Privatklinik Hohenegg seit Anbeginn gefördert wird. Diese Auszeichnung freut uns umso mehr, da wir uns bei der Qualitätsarbeit nicht vom Anspruch der Label-Anforderung leiten lassen, sondern unsere Energie für eine patientenzentrierte Behandlungsqualität bündeln.

**Editorial**

Die Aussage ist einfach und klingt beinahe banal: „Die Grundfigur der Medizin ist ein Mensch in Not und ein Mensch als Helfer“ (Thure von Uexküll). Ich persönlich bin davon überzeugt, dass heilsame Therapie im Kern immer eine Begegnung beinhaltet. Der leidende und verängstigte Patient findet Hilfe bei einem anderen Menschen, dem er sich anvertraut.

Die Entwicklung des Hohenegg-Kontextmodelles und die in diesem Infoletter beschriebenen Implementierungsschritte hatten zum Ziel, in unserer Klinik möglichst klar definierte und vertrauensstiftende Räume für Begegnungen zu schaffen. Das neue Modell versteht sich gleichermassen als Bezugsrahmen und als Orientierungshilfe für Patienten und die Mitarbeitenden. Die ersten Evaluationsdaten, die wir in diesem Infoletter präsentieren, deuten an, dass wir auf dem richtigen Weg sind: Die Mehrheit der Patienten erlebt das neue Behandlungsmodell als verständlich und vertrauensfördernd. Die Mitarbeitenden berichten von intensiverem interdisziplinären Austausch und konstruktiverer Zusammenarbeit.

Prof. Dr. med. Stefan Büchi  
Ärztlicher Direktor



Marc Aeberli  
Leitung Qualitätsmanagement

# Implementierung und Evaluation des Hohenegg-Kontextmodelles

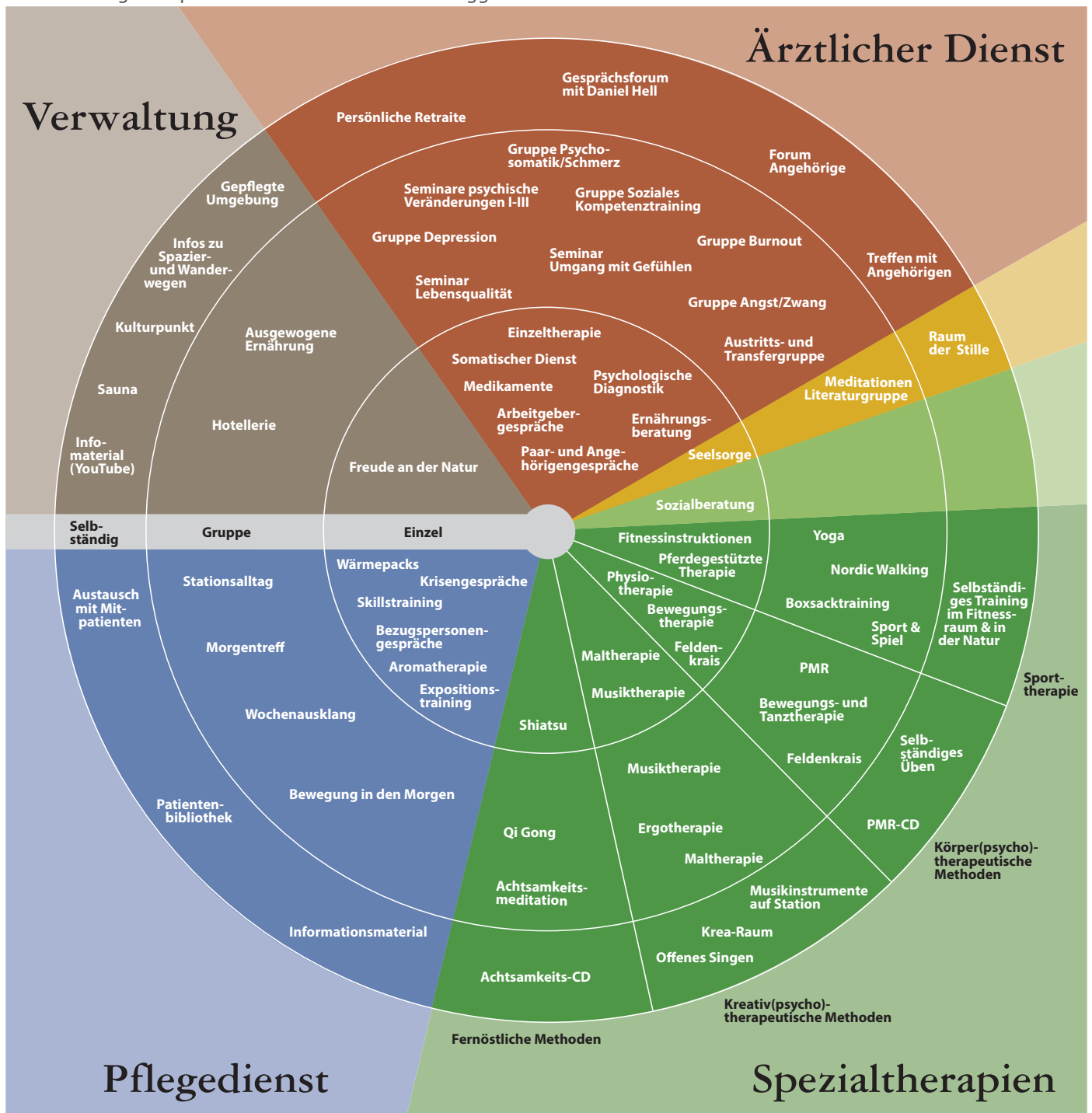
Das Hohenegg-Kontextmodell rückt die Perspektive des Patienten und seine Bedürfnisse nach tragfähigen, transparenten Beziehungen, nach fachlicher Expertise und nach besserem Verständnis für die therapeutischen Prozesse ins Zentrum. Diesem Modell entsprechend haben wir alle unsere therapeutischen Angebote über die medizinischen Pro-

fessionen hinweg neu überdacht und mittels der neugeschaffenen Funktion „Methodenintegration“ besser aufeinander abgestimmt. Dabei hat ein neu konzipiertes, breit abgestütztes interdisziplinäres Assessment für jeden neu eingetretenen Patienten eine besondere Bedeutung. Darauf basierend findet die zielorientierte Behandlungsplanung statt, mit der

wir die Beteiligung der Patienten im Sinne von „shared decision making“ aktiv fördern.

Die wissenschaftliche Evaluation, die wir acht Monate nach dem Start der Implementierung durchgeführt haben, zeigt eine erfreuliche Akzeptanz des neuen Modelles sowohl bei Patienten, als auch bei den Mitarbeitenden.

Grafik 1: Angebotspalette der Privatklinik Hohenegg



# Methodenintegration

Dr. med. Felicitas Sigrist, Leitung Methodenintegration, Leitende Ärztin, Musik-Psychotherapeutin MAS/SFMT

Im stationären Setting wird die therapeutische Unterstützung gegenüber der ambulanten Therapie durch höher-frequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, pflegerische Betreuung und non-verbale Methoden (Spezialtherapien) intensiviert.

Um die therapeutischen Angebote optimal einzusetzen, wurde die professionen-übergreifende Funktion der Methodenintegration geschaffen. Ziel ist es, interdisziplinär Diagnostik und Therapie fachlich zu koordinieren, das Angebot evidenz-informiert weiter zu entwickeln und die therapeutischen Effekte durch Plausibilität via Psychoedukation zu unterstützen. Der Perspektive des Patienten entsprechend erfolgt dies anhand therapeutischer Grundprinzipien und nicht an Schulen oder Berufsgruppen orientiert. In psychoedukativen Seminaren, interdisziplinär geleitet von Ärzten und Pflegefachpersonen bzw. Spezialtherapeutinnen, werden Themen wie Achtsamkeit und Akzeptanz, Ressourcenorientierung sowie eini-

ge neurophysiologische Grundlagen wie Stressphysiologie, Chronobiologie und neuronale Repräsentanzen vermittelt und Veränderungswege erklärt.

Die Relevanz impliziten Wissens für therapeutische Veränderung sowie Wechselwirkungen zwischen körperlicher Aktivität und psychischem Wohlbefinden wird von der Therapieforschung zunehmend belegt. Der multimodale Ansatz gewinnt an Bedeutung. Zudem tragen die Spezialtherapien diagnostisch wertvolle Hinweise bei. Beispielsweise wird zwischenmenschliches Kontaktverhalten, Körperbezug oder Ich-Stärke im körpertherapeutischen Zugang schneller evident als im Gespräch. Oder in der kreativtherapeutischen Abklärung kann erfasst werden, ob handwerkliches Tun als prozedurale Ressource im engeren psychotherapeutischen Sinne genutzt werden kann, oder ob die funktionsbezogene Tätigkeit im Vordergrund steht. Dank solch interdisziplinärer Diagnostik können Therapien spezifischer indi-

ziert und letztlich auch Kapazitäten zielgerichteter eingesetzt werden.

Herausforderungen für die Methodenintegration sind der unterschiedliche Sprachgebrauch je nach Therapiemethode, unterschiedliche Erklärungen zur Wirkweise sowie Überlappungen von Indikationen. Daher wurde ein interdisziplinäres Assessment entwickelt, welches sich als praktikabel für alle Berufsgruppen erweist und Redundanzen vermeidet. Gleichzeitig konnten die ICF-Kriterien (International Classification of Functioning Disability and Health) der WHO implementiert werden.

Dem übergeordneten Behandlungsziel der autonomen Lebensbewältigung und Selbstfürsorge entsprechend stellt die Klinik auch Infrastrukturen bereit, damit sich Patienten schon während der Hospitalisation zunehmend von therapeutischer Anleitung lösen und angestrebte Gewohnheiten stabilisieren können. Die Grafik 1 gibt einen Überblick über die aktuelle Angebotspalette.

---

## Assessment

Annatina Escher Koromzay, Feldenkraispractitioner SFV / Integr. Körper- und Leibtherapeutin FPI

In der Eintrittsphase der Hospitalisation durchläuft der Patient neu ein interdisziplinäres Assessment, welches sich an den oben genannten Partizipationsebenen des ICF orientiert. Der fallführende Arzt oder Psychologe, die pflegerische Bezugsperson wie auch die Spezialtherapeutinnen halten ihre Einschätzungen aus den ersten Gesprächen resp. Assessmentgruppen fest. Themen und Bereiche, die für den Behandlungserfolg von besonderer Bedeutung sind, können mit sogenannten „red flags“ markiert werden und sind für die Gestaltung der stationären Therapie handlungsleitend.

Das Assessment der Spezialtherapeutinnen beinhaltet die neuen drei Module 1. Basisgruppe Bewegungstherapie, 2. Basisgruppe Ergotherapie (Gestaltung und Kunst), sowie 3. einem standardisierten Fitnessstest.

Den Assessments liegen drei Leitgedanken zugrunde:

1. Der Patient wird über das Therapieangebot informiert und sammelt erste praktische therapeutische Erfahrungen.
2. Die Spezialtherapeutinnen erhalten einen diagnostisch nutzbaren Eindruck des Patienten.
3. Es findet therapeutische Arbeit auf der interventionellen Ebene statt. Das Assessment ist also keine Testsituation.

Die Übungen in den Basisgruppen sind so angelegt, dass sie relevante diagnostische Aspekte abdecken. Im Bereich Bewegung liefern z.B. die Art und Weise, wie Bewegungsaufgaben (strukturiert oder frei) umgesetzt werden oder auch das Verhalten in Dyaden-, Gruppen- oder Einzelübungen diagnostische Informationen. In der Ergotherapie geht es um die Fähigkeit, sich in eine gestalterische

Aufgabe zu vertiefen sowie um Ausdauer und Planungsfähigkeit. Beiden Gruppen gemeinsam ist der Fokus auf Ausdrucksfähigkeit, Kongruenz von emotionalem und gestalterischem bzw. körperlichem Ausdruck sowie Verbalisierungsfähigkeit.

Basierend auf den phänomenologisch gewonnenen Erkenntnissen formulieren die Spezialtherapeutinnen Empfehlungen für die Therapieverordnung. Diese können sowohl das therapeutische Verfahren als auch das Setting (Einzel oder Gruppe) betreffen und umfassen auch Kontraindikationen. Diese Berichte werden im Klinikinformationssystem (KIS) erfasst und repräsentieren zusammen mit den ärztlichen und pflegerischen Einschätzungen das interdisziplinäre Assessment des Patienten als Grundlage für die zielorientierte Behandlungsplanung (ZoBe).

# Zielorientierte Behandlungsplanung (ZoBe)

Dr. med. Sebastian Haas MHA, Stv. Ärztlicher Direktor, Leiter Schwerpunkt Burnout und Belastungskrise  
Paul Wijnhoven, Pflegedirektor

Das ZoBe ist ein Instrument zur Strukturierung der stationären Behandlung. Das erste ZoBe-Gespräch, welches meist im Laufe der 2. Hospitalisationswoche stattfindet, markiert den Übergang zwischen Assessment- und Kernphase. Es dient der Festlegung der therapeutischen Ziele auf Grundlage der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Die Ergebnisse aus dem Assessment werden vor dem ZoBe durch den fallführenden Facharzt und die pflegerische Bezugspersonen (BP) im Klinik-Informationssystem (KIS) gesichtet und um ihre eigenen Eindrücke ergänzt.

Im 60 Minuten dauernden Gespräch wird gemeinsam mit dem Patienten folgendes Themenraster besprochen und protokolliert:

1. Bisheriges Therapieprogramm
2. Bisheriger Behandlungsverlauf/  
Fortbestehende Probleme und Beschwerden
3. Ressourcen

4. Therapieziele
5. Behandlungsplanung
6. Weitere Hospitalisationszeit/  
vorgesehenes Austrittsdatum

Kernelement ist die Formulierung der für die stationäre Behandlung relevanten Therapieziele (Problem- und Ressourcenziele) aus Sicht des Patienten im Sinne einer kooperativen Zusammenarbeit („shared decision making“). Das ZoBe ist also in erster Linie eine Behandlungshilfe für den Patienten selber. Es wird mit dem Patienten zusammen erarbeitet, das Ergebnis wird ihm schriftlich ausgehändigt.

Im ZoBe werden die Behandlungsziele festgelegt, die den Rahmen für die gesamte interdisziplinäre Therapie und Pflege geben. Pflege und Spezialtherapeuten richten sich in ihren spezifischen Zielsetzungen verbindlich nach den ZoBe-Zielen. Das ZoBe ist somit ein wichtiges interprofessionelles Kommunikationsmedium für den gesamten Behand-

lungsverlauf. Auch die Qualität der Beziehung zu den Behandlern wird thematisiert. Bei ungünstiger Konstellation ist dies der vorgesehene Zeitpunkt für einen Facharzt- oder BP-Wechsel.

Im Laufe der 4. oder 5. Hospitalisations-Woche findet ein ZoBe-Evaluationsgespräch statt, in welchem die bisherige Zielerreichung überprüft wird. Zudem wird die erste Zeit nach dem Klinikaustritt systematisch vorbereitet.

---

## Evaluation des Modelles

Dr. med. Ramin Mansour MHBA, Leitender Arzt

Im Rahmen einer Masterarbeit (MBA-Studiengang in Gesundheitsmanagement) evaluierten wir die Auswirkungen der Implementierung des Kontextmodelles. Im Zentrum dieser Arbeit wurden die im Untersuchungszeitraum von Januar 2016 bis Ende Mai 2016 erfassbaren Veränderungen für Patienten und die Mitarbeitenden gesammelt.

Bei der Patientenbefragung wurde mittels qualitativ-offener Fragen untersucht, welche therapeutisch-systemischen und Beziehungsaspekte der im Rahmen des neuen Modells nun diesbezüglich stärkeren Gewichtung für die Patienten während des Behandlungsverlaufs am wichtigsten und bedeutungsvollsten waren (wichtigste/hilfreichste Aspekte) bzw. ob es bei Austritt aus der stationären Behandlung klar erinnerbare spezielle/heilsame Momente gab, die für den Therapieverlauf be-

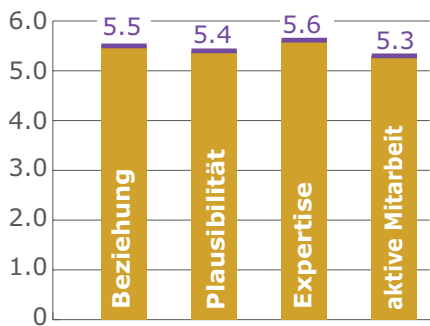
sonders relevant waren. Diese Antworten wurden mittels des methodischen Verfahrens der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Des Weiteren wurde im selben Fragebogen die globale Einschätzung der Therapien durch die Patienten unter den Aspekten Beziehung, Verständlichkeit, Fachwissen und Beteiligung am Therapieprozess quantitativ erfasst (Werte von 1 bis 6).

Es konnten die Antworten von insgesamt 107 Patienten analysiert werden. Zusammenfassend war festzustellen, dass die neu gestalteten Therapien bezüglich der relevanten Aspekte Beziehung zum Behandlungspersonal aus dem Blickwinkel der Patienten (Frage 1), Verständlichkeit/Plausibilität der durchgeführten therapeutischen Interventionen aus Patientensicht (Frage 2), die Einschätzung von Fachwissen/Expertise der therapeutisch Tätigen

aus Patientensicht (Frage 3) sowie die aus deren Sicht erfolgte Wahrnehmung ihrer aktiven Beteiligung am Therapieprozess (Frage 4) überwiegend hoch bis sehr hoch bzw. überwiegend positiv bis sehr positiv mit Mittelwerten zwischen 5,3 und 5,6 (Skala 1-6) eingeschätzt wurden. Die Mittelwerte dieser 4 Items sind in Grafik 2 auf Seite 5 oben dargestellt.

Weiter auf Seite 5

Grafik 2: Patientenfragen 1-4 (Mittelwerte 1-6)



Auch bei der Beantwortung der beiden jeweils offen gestellten Fragen nach den wichtigen/hilfreichen Aspekten der Therapie aus Patientensicht sowie den heilsamen Momenten für die Patienten werden als wesentlicher Aspekt die Beziehungsgestaltung zum therapeutischen Personal, hier vor allem jene zum Facharzt, genannt, wobei diese etwas häufiger unter dem Aspekt der Wichtigkeit als dem der Heilsamkeit eingeordnet wird. Eine zentrale und sehr häufig von den Patienten getätigte Aussage vor allem bezüglich

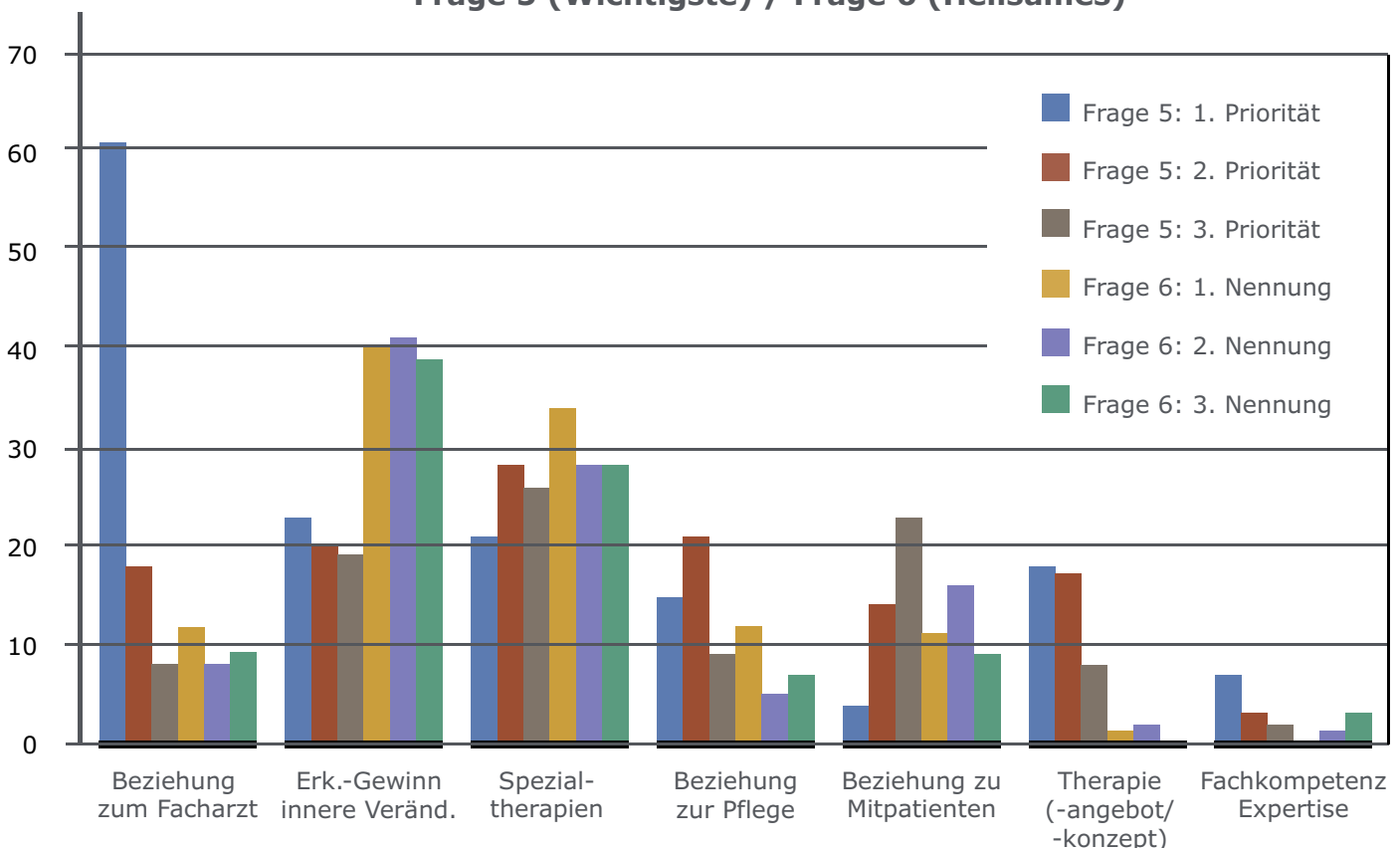
der heilsamen Momente war zudem das Erfahren von neuen Erkenntnissen, psychischen Veränderungen und mentalen Prozessen, die aus ihrer Sicht entscheidend zu ihrer Genesung beigetragen hätten. Hierunter liess sich ein sehr breites Spektrum von durch die Patienten bei sich wahrgenommenen Veränderungsprozessen durch psychologische Mechanismen feststellen. So zählten hierzu die Herleitung bzw. Etablierung eines funktionalen subjektiven Krankheitsmodells, ebenso Aspekte der sog. Remoralization, dass der Glaube an die eigenen Problemlösefähigkeiten durch die Therapien reaktiviert worden sei. Des Weiteren waren Aussagen zur Erwartungs- bzw. Hoffungssteigerung durch die Therapien sowie Aspekte des Erlebens von echter Beziehung und Zugehörigkeitsgefühl enthalten, indem Patienten die Offenheit und Authentizität in der Beziehung zum Behandlungspersonal wahrgenommen haben. Ausserdem setzten die Patienten diese Erfahrungen mehrheitlich in einen unmittelbaren Kontext zu konkreten Therapieformen

bzw. -bereichen, wie z.B. den Gesprächen/Interaktionen mit ihrem Facharzt, dem Pflegepersonal und den Spezialtherapeuten. Die häufigsten Nennungen (=Zitate) der Patienten zu den jeweiligen Inhaltskategorien (=Codes) der Fragen 5 und 6 sind in Grafik 3 aufgeführt.

Der zweite Teil der Masterarbeit beinhaltete 21 strukturiert-standardisierte Interviews, die der Referent mit einer repräsentativen Auswahl von Fachpersonen aus den jeweiligen Klinikbereichen (Fachärzte, Pflege, Spezialtherapeuten, Verwaltung, Qualitätsmanagement) durchführte. Es sollte herausgefunden werden, in welcher Weise auch die Mitarbeiter Veränderungen bzw. einen möglichen Mehrwert durch die Implementierung des Hohenegg-Kontextmodelles sowohl in der Patientenbehandlung und -betreuung, als auch in der Zusammenarbeit miteinander wahrnehmen, und wie der Prozess der Einführung des Kontextmodelles erlebt wurde.

Grafik 3: Antworten der Patientenbefragung

**Zitate pro Code: Häufigste absolute Nennungen Frage 5 (Wichtigste) / Frage 6 (Heilsames)**



Die Auswertung dieser Interviews ergab, dass die Mitarbeitenden den Prozesswandel auf allen relevanten Betriebsebenen, d.h. sowohl im Bereich der Patientenbehandlung/-betreuung, als auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit, als auch den Ablauf des Einführungsprozesses des Hohenegg-Kontextmodelles mehrheitlich als positiv erlebten. Hinsichtlich der Patientenbehandlung wurden vor allem eine bessere bzw. intensivere Beziehungsgestaltung, eine höhere Plausibilität, Strukturierung, Passgenauigkeit und Zielausrichtung der Therapien für den Patienten sowie eine stärkere Therapie-/Therapeutenvernetzung angegeben. Hinsichtlich der Zusammenarbeit miteinander wurden von den interviewten Mit-

arbeitern vor allem eine höhere gegenseitige Transparenz im Arbeiten, eine Zunahme von gegenseitiger Wertschätzung und Vertrauen, eine bessere interdisziplinäre Vernetzung und Methodenintegration, ein intensivierter Austausch, eine stärkere Therapeuten-Milieu-Interaktion zwischen den Therapeuten und dem Stationsmilieu sowie eine noch stärkere Identitätsstiftung mit der Klinik als Institution genannt.

#### Zusammenfassend:

Im Rahmen der mehrjährigen Entwicklung und Umsetzung des Kontextmodelles konnten die therapeutischen Prozesse stärker auf die Bedürfnissen der Patienten nach verlässlichen, klar geregelten therapeutischen Beziehungen und ver-

trauensfördernden Fachinformationen ausgerichtet werden. Durch die intensiviertere interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Umsetzung einer übergeordneten Methodenintegration konnten wir die Abstimmung der verschiedenen sprachlichen und nicht-sprachlichen therapeutischen Prozesse verbessern und die Identifikation vieler Mitarbeitender mit ihrer Arbeit erhöhen.

## Informationen zur Privatklinik

### Privatklinik Hohenegg AG

Hohenegg 1  
Postfach 555  
8706 Meilen  
Telefon +41 44 925 12 12  
Fax +41 44 925 12 13  
privatklinik@hohenegg.ch  
www.hohenegg.ch

### Ärztliche Direktion

Telefon +41 44 925 15 16  
Fax +41 44 925 15 10  
aerztlichedirektion@hohenegg.ch

### Behandlungsschwerpunkte

- **Depressive Erkrankungen**  
Prof. Dr. med. Stefan Büchi
- **Burnout und Belastungskrisen**  
Dr. med. Sebastian Haas
- **Angsterkrankungen**  
Dr. med. Dietmar Hansch
- **Alterspsychotherapie**  
Dr. med. Bernadette Ruhwinkel
- **Psychosomatische Erkrankungen**  
PD Dr. med. Stefan Begré

### Die Klinik

Die Privatklinik Hohenegg ist eine Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für Privat- und Halbprivat-Versicherte oder Selbstzahler. Mit den meisten Schweizer Versicherungsgesellschaften bestehen Tarifverträge. Die Privatklinik Hohenegg bietet 70 Privat- und Halbprivat-Zimmer auf drei offenen Stationen an.

Die privatrechtliche und gemeinnützige Stiftung Hohenegg ist die alleinige Eigentümerin der Privatklinik Hohenegg AG.

### Zuweisung

Die Anmeldung erfolgt über unser Eintrittsmanagement oder mit Zuweisungsschreiben. Auf Wunsch wird ein Vorgespräch geführt. Der Eintritt erfolgt in der Regel an Werktagen zu einem festgelegten Termin. In dringenden Fällen sind auch kurzfristige Aufnahmen möglich, soweit freie Betten verfügbar sind.

### Eintrittsmanagement

Tel +41 44 925 15 00  
Fax +41 44 925 15 10  
eintrittsmanagement@hohenegg.ch  
Mo-Fr 08.00-12.00 / 13.00-17.00

## Klinikleitung



Prof. Dr. med. Stefan Büchi  
Ärztlicher Direktor



Paul Wijnhoven  
Pflegedirektor



Walter Denzler  
Verwaltungsdirektor  
Vorsitzender der Klinikleitung