Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	15.05.2025	Version 1
Durch:	Beat Oehrli, Direktor	

Klinik Schloss Mammern AG

www.klinik-schloss-mammern.ch

RE HA
Rehabilitation

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 2024.

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 Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patient:innen hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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 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 2024

Frau
Maria Romero
Chief Quality Manager
052 742 11 11
maria.romero@klinik-schloss-mammern.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Die H+ Qualitätsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt werden können. Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei.

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.
Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitätsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. Medienmitteilung des Bundesrates) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.
H+ hat einen analogen Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.
Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

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.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen **3**
1 Einleitung **6**
2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 7
3 Qualitätsstrategie **8**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024 9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **10**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 19
4.5 Registerübersicht 20
4.6 Zertifizierungsübersicht 20
QUALITÄTSMESSUNGEN **21**
Zufriedenheitsbefragungen **22**
5 Patientenzufriedenheit **22**
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Rehabilitation – Erwachsene 22
5.2 Eigene Befragung 24
5.2.1 Mecon Patientenbefragung 24
5.3 Beschwerdemanagement 25
6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
7 Mitarbeitendenzufriedenheit **26**
7.1 Eigene Befragung 26
7.1.1 Mecon Mitarbeiterbefragung 26
8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.
Behandlungsqualität **27**
Messungen in der Akutsomatik **0**
9 Wiedereintritte
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Rehabilitation nicht relevant.
10 Operationen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Rehabilitation nicht relevant.
11 Infektionen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Rehabilitation nicht relevant.
12 Stürze
Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.
13 Dekubitus
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Rehabilitation nicht relevant.
Messungen in der Psychiatrie **0**
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Rehabilitation nicht relevant.
15 Symptombelastung psychischer Störungen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Rehabilitation nicht relevant.
Messungen in der Rehabilitation **27**
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit **27**

16.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation 27
Weitere Qualitätsaktivitäten 0
17 Weitere Qualitätsmessungen
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
18 Projekte im Detail 29
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 29
18.1.1 Evaluation neues KIS 29
18.1.2 Einführung IT-Notfallkonzept 29
18.1.3 Einführung neues PEP 29
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024 29
18.2.1 Umsetzung neues Datenschutzgesetz 29
18.2.2 Einführung neues CIRS Tool 29
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 30
18.3.1 ISO 9001:2015 30
18.3.2 SW!SS REHA 30
18.3.3 SLH 30
19 Schlusswort und Ausblick 31
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 32
Rehabilitation 32
Herausgeber 33

1 Einleitung

Gepflegte Familientradition - Von der Kuranstalt zur führenden Privatklinik.

Das 1621 erbaute Schloss Mammern wandelte sich nach der Säkularisierung unter verschiedenen Besitzern zur Wasserheilanstalt. Seit 1889 führt unsere Familie die Klinik Schloss Mammern und ist heute mit rund 440 Mitarbeitenden für das Wohl der 160 Patientinnen und Patienten besorgt. Was unser Urgrossvater, Dr. med. Oscar Ullmann, mit dem Erwerb der damaligen Kuranstalt begann, führen wir in nunmehr 4. Generation als führende Privatklinik für Frührehabilitation und Rehabilitation fort.In einer einzigartigen Kombination aus medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Fachkompetenz gewährleisten wir in der Klinik Schloss Mammern die bestmögliche Genesung mit dem Ziel: «Zurück zur Gesundheit». In unserer täglichen Arbeit mit den Patienten stellen wir das Zwischenmenschliche ins Zentrum, was sich vor allem in der persönlichen Betreuung und im herzlichen Umgang widerspiegelt. Diese Kombination aus medizinischer Fachkompetenz und persönlichem Einfühlungsvermögen war unserer Klinik von jeher wichtig. Nach unserer Erfahrung tragen auch das aussergewöhnliche Ambiente, die erstklassige Hotellerie und die exquisite Küche der Klinik Schloss Mammern zum Wohlbefinden und damit zum Heilungsprozess bei.

Das hochmoderne Gebäude L ist die jüngste Erweiterung der Klinik Schloss Mammern. Es vereint medizinische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit der «Healing Architecture». Hier geniessen die Patientinnen und Patienten ein Extra an Luxus und Komfort in Superior-Zimmern und Suiten – alle mit Blick auf die Parkanlage und den Bodensee.

Zu jeder Jahreszeit ist der weitläufige Park der Klinik Schloss Mammern ein wundervoller Ordt für körperliche, geistige und seelische Erholung. 90'000 m^2 gepflegte Parkanlage mit mehr als 1’000 m direktem Seeanstoss bieten Raum für ausgiebige Spaziergänge.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Alle Mitglieder der Geschäftsleitung sind Teil des Q-Gremiums der Klinik Schloss Mammern AG. Somit sind die Qualitätsfragen in der obersten Leitung angesiedelt. Operativ wird das Qualitätsmanagement vom Team des Qualitätsmanagements umgesetzt.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **105** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Maria Romero
Chief Quality Manager/GL-Mitglied
052 742 11 11
maria.romero@klinik-schloss-mammern.ch

Frau Yvonne Wolf
Assistentin Qualitätsmanagement
052 742 11 11
yvonne.wolf@klinik-schloss-mammern.ch

3 Qualitätsstrategie

Die ausgezeichnete Dienstleistungsqualität in den Kernkompetenzen und die hohe Leistungsbereitschaft aller Mitarbeitenden garantieren höchste Fachkompetenz und optimale Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen. Die Patientensicherheit und Zufriedenheit der Patienten sichert den langfristigen Erfolg der Klinik. Diese wird durch die kontinuierliche und zertifizierte Qualitätssicherung durch interne und externe Audits sowie durch die Mitgliedschaft bei «The Swiss Leading Hospitals » bestätigt. Allfällige Abweichungen, Hinweise und Empfehlungen aus diesen Audits werden auf dem Weg der kontinuierlichen Verbesserung als Chance sich weiterzuentwickeln angesehen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

- Re-Zertifizierung ISO 9001:2025
- Re-Qualifikation SW!SS REHA
- Antrag zur Aufnahme auf die Spitalliste SG, AI, AR
- Durchführung interner Hygieneaudits
- Durchführung Mitarbeiterbefragung mit Mecon
- Re-Design der Homepage
- Einführung PRIVÉ TOP - Ein Extra an Luxus und Komfort im jüngsten und hochmodernen Gebäude
- Erweiterung der Mitarbeitenden Benefits

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

Re-Qualifiaktion SW!SS REHA
Die SW!SS REHA Qualitäts- und Leistungskriterien wurden bei der erfolgreich durchgeführten Re-Qualifikation im Juli 2024 geprüft und bestätigt. Das Zertifikat wurde für weitere 3 Jahre verlängert.

Re-Zertifizierung ISO 9001:2015
Im August 2024 wurde über 2 Tage die Prüfung der Prozesse zur Re-Zertifizierung ISO 9001:2015 erfolgreich durchgeführt und das Zertifikat für weitere 3 Jahre verlängert.

Ausbau der Anzahl interner Audits
Die Anzahl der internen Audits wurde im 2024 von 2 auf 4 Audits pro Jahr ausgebaut. Die internen Audits zeigen immer wieder, wie wichtig sie für die Abteilungen sind. Sie werden als Chance angesehen, um die Qualität kontinuierlich verbessern zu können.

Ausbau der klinischen Fachspezialisten
Das Team der klinischen Fachspezialisten bekam auch in diesem Jahr wieder Unterstützung und besteht mittlerweile aus 4 Fachspezialistinnen und Fachspezilaisten. Alle Stellen wurden mit dipl. Pflegefachpersonen aus den eigenen Reihen besetzt.

Einführung neues CIRS-Tool
Im Mai 2024 wurde mit dem neuen Meldeportal «meldecenter.ch» das alte KVP-Modul des Dokumentenmanagementsystems IMS abgelöst. Das Meldeportal wurde gut angenommen und rege genutzt, die Rückmeldungen der Nutzer sind sehr positiv. Im Sinne einer Lernplattform können die CIRS-Fälle nun transparent über das Portal publiziert werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Um eine gleichbleibend hohe Qualität bieten zu können, werden Pflegestandards entwickelt und die Patientenpfade zur Verbesserung der Lebensqualität unserer Patienten ständig geprüft und optimiert. Ebenso werden die Patientenseminare und Schulungen, die ein wichtiger Teil des Genesungsprozesses darstellen, entsprechend aktualisiert und angepasst. Für eine noch bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen wollen wir die digitale Dokumentation weiter optimieren. Durch das Feedback unserer Patienten sind wir kontinuierlich dabei unsere Prozesse und somit auch die Qualität zu verbessern.

Massnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung/Steigerung der Qualität im 2025:

- 1. Überwachungsaudit zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung ISO 9001:2015
- Überprüfung des Vollzugs der Gefahrgutbeauftragtenverordnung (GGBV) durch den Kanton Thurgau, Amt für Umwelt
- Überprüfung der Apotheke durch den Kanton Thurgau, Kantonsapothekerin
- H+ Audit Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz
- Homepage in englischer Sprache
- Evaluation und Einführung neues KIS
- Einführung neues PEP
- Einführung IT-Notfallkonzept

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Rehabilitation
▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Rehabilitation – Erwachsene
▪ Bereichsspezifische Messungen für
– Muskuloskelettale Rehabilitation
– Kardiale Rehabilitation
– Pulmonale Rehabilitation
– Geriatrische Rehabilitation
– Internistische Rehabilitation
– Onkologische Rehabilitation

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:
Patientenzufriedenheit
▪ Mecon Patientenbefragung
Mitarbeitendenzufriedenheit
▪ Mecon Mitarbeiterbefragung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Evaluation neues Klinikinformationssystem (KIS)

Ziel	Stabiles, zukunftsfähiges und anwenderfreundliches KIS
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizin
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2024-2026
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung E-Dossier

Ziel	Digitale Führung der Personaldossiers
Bereich, in dem das Projekt läuft	HR
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023-2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung neues PEP

Ziel	Effiziente, einfache und anwenderfreundliche Ressourcenplanung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganze Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2024-2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Homepage in englischer Sprache

Ziel	Informationen für ausländische Patienten zur Verfügung stellen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Marketing
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2024-2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Umsetzung neues Datenschutzgesetz

Ziel	Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des neuen Datenschutzgesetzes inkl. Datenschutzanforderungen EPD
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganze Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	September 2023- Juni 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung IT-Notfallkonzept

Ziel	Verhalten bei aussergewöhnlichen Ereignissen in der IT, die zum Ausfall von kritischen Geschäftsprozessen führen
Bereich, in dem das Projekt läuft	IT
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2024 - 2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Umsetzung EPD (elektronisches Patientendossier)

Ziel	Erfüllung Vorgaben des Bundesgesetzes EPDG
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizin
Projekt: Laufzeit (von…bis)	ab 2019
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung RAP (Robotic Process Automation - robotergesteuerte Prozessoptimierung)

Ziel	Automatisierung manueller, zeitintensiver Aufgaben
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizincodierung, Medizincontrolling, Assessments, uvm.
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2024-2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Re-Zertifizierung ISO 9001:2015

Ziel	Erhalt Zertifikat ISO 9001:2015
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2003
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Re-Zertifizierung SW!SS REHA

Ziel	Erhalt Mitgliedschaft SW!SS REHA
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2017
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Re-Qualifikation SLH

Ziel	Erhalt Mitgliedschaft SLH
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2004
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Internes Audit mit externem Auditor (QM-Berater)

Ziel	Prüfung des Qualitätsmanagements und Vorbereitung auf externe Audits
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2003
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Interne Prozessaudits mit internen Auditorinnen

Ziel	Überprüfung der Prozesse
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2016
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Internes Sicherheitsaudit

Ziel	Überprüfung der Einhaltung sicherheitsrelevanter Vorgaben
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2020
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit - Audit

Ziel	Umsetzung der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2005
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Re-Zertifizierung Rekole

Ziel	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Finanzen
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2014
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Patientenzufriedenheitsmessung ANQ

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung; Hohe Patientenzufriedenheit; Zu den besten Kliniken gehören
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2013
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Patientenzufriedenheitsmessung Mecon

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung; Hohe Zufriedenheit der Patienten; Zu den besten Kliniken gehören
Bereich, in dem die Aktivität läuft	stationäre Patienten
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2003
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

H+ Gefahrenermittlung

Ziel	Ermittlung von Gefahren inkl. Massnahmen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2005
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

EKAS Schulung

Ziel	Einführung in das Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz - die Mitarbeitenden kennen die Gefahren und das richtige Verhalten im Ereignisfall
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Brandschutzschulung in Theorie und Praxis

Ziel	Verhalten im Brandfall, Handhabung Löschmittel
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Händehygieneschulung

Ziel	Vermeidung der Übertragung von Krankheitserregern zur Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

BLS Schulungen

Ziel	Regelmässige Fortbildung der Mitarbeitenden zur Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin
Aktivität: Laufzeit (seit…)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Meldesystem - CIRS, Reklamationen, Prozessverbesserungen, Ideen

Ziel	Erhöhung der Patientensicherheit; Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Klinische Fachspezialisten

Ziel	Medizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2021
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Interdisziplinärer Rapport

Ziel	Interdisziplinärer Austausch zur qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin
Aktivität: Laufzeit (seit…)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Re-Zertifizierung Fourchette Verte

Ziel	Verbindliche Kriterien entsprechend des Labels für Kinder/Angebot von saisonalen, regionalen abwechslungsreich und ausgewogen zusammengesetzten Haupt- und Zwischenmahlzeiten/Einhaltung von Hygienevorschriften
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Kinderhort
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2015
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Messung Datenqualität / Ergebnisqualität (ANQ)

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung um qualitativ hochwertige Behandlungen bieten zu können
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2013
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Mitarbeiterzufriedenheitsmessung Mecon

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung; Hohe Zufriedenheit der Mitarbeitenden und Feedback
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2004
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Qualitäts- und Prozessmanagement

Ziel	Aktualisierung / Überarbeitung der Prozesse inklusive Dokumentation, basierend auf ISO 9001:2015
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

MA-Aktionen im Bereich Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz

Ziel	Sensibilisierung der Mitarbeitenden, Senkung der BU/NBU und Absenzen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

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 2004 ein CIRS eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

4.5 Registerübersicht

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

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**
KR Ostschweiz Krebsregister Ostschweiz	Alle	ostschweiz.krebsliga.ch/ ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/

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**
ISO 9001:2015	Ganze Klinik	2003	2024	gültig bis 2027
SLH	Ganze Klinik	2004	2023	gültig bis 2026
SW!SS REHA	Ganze Klinik	2017	2024	gültig bis 2027
H+ EKAS	Ganze Klinik	2005	2020	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz im Gesundheitswesen gültig bis 2025
Rekole Zertifizierung	Ganze Klinik	2014	2022	Finanzbuchhaltung gültig bis 2026
Fourchette Verte - Ama terra	Kinderhort	2015	2023	Ausgewogene Ernährung gültig bis 2025

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Rehabilitation – Erwachsene

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 entwickelt.

Der Fragebogen beinhaltet sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Zwei Fragen sind praktisch identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die anderen vier Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Rehabilitation angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2019	2021	2022	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
Klinik Schloss Mammern AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch das Reha-Team (ärztliches und therapeutisches Personal, Pflegefachpersonen, Sozialdienst)?	4.22	4.28	4.24	4.32 (4.22 - 4.43)
Wurden Sie zu Beginn Ihres Reha-Aufenthalts verständlich über Ablauf und Ziele Ihrer Rehabilitation informiert?	4.50	4.41	4.41	4.39 (4.27 - 4.51)
Wurden Sie während Ihres Reha-Aufenthalts ausreichend in Entscheidungen einbezogen?	4.45	4.44	4.34	4.43 (4.31 - 4.55)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.65	4.65	4.57	4.62 (4.52 - 4.72)
Entsprachen die Therapien Ihren Erwartungen (Umfang, Ablauf usw.)?	4.37	4.47	4.54	4.42 (4.31 - 4.53)
Wie war die Organisation aller für Sie und Ihre Angehörigen wichtigen Massnahmen für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Betreuung, Spitex, Therapien usw.)?	3.81	3.89	3.79	3.85 (3.73 - 3.97)
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				403
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	257	Rücklauf in Prozent		64.00 %

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. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind.

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/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär (mind. 24 Stunden) behandelten Patient:innen (≥ 16 Jahre) versendet, die im April und Mai 2024 aus einer Rehabilitationsklinik oder Rehabilitationsabteilung eines Akutspitals ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. ▪ In der Klinik verstorbene Patient:innen. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

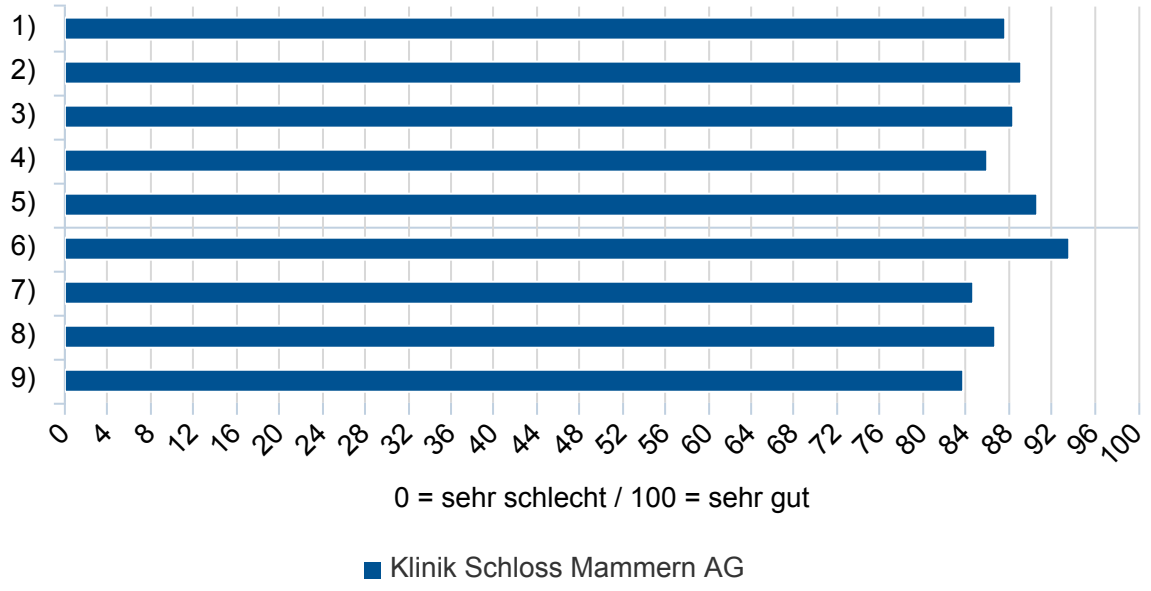
5.2.1 Mecon Patientenbefragung

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten die Klinik und die Betreuung empfunden haben. Dies ermoglicht es der Klinik, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitatsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Juli 2024 bis Oktober 2024 durchgeführt.
Die Befragung hat in der ganzen Klinik stattgefunden.
Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserer Klinik hatten (schriftliche Befragung kurz nach dem Austritt). Kinder wurden nicht befragt.
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

1) Gesamtzufriedenheit
2) Ärzte
3) Pflegepersonal
4) Organisation
5) Essen
6) Wohnen
7) Öffentliche Infrastruktur
8) Therapieprogramm
9) Austritt



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Schloss Mammern AG	87.70	89.20	88.50	86.10	90.60

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Messthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)		
Klinik Schloss Mammern AG	93.60	84.70	86.80	83.80	310	56.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Unsere Klinik erzielte 2024 ein sehr gutes Resultat. Für 5 von 6 Teilbereichen wurden Werte erreicht, welche besser oder sogar deutlich besser sind als der Mittelwert aller Kliniken im Vergleich. Die Zeitreihe zeigt bei allen Teilbereichen eine leichte Abnahme der Zufriedenheit gegnüber dem Vorjahr.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Schloss Mammern AG
Maria Romero
Chief Quality Manager
+41 52 742 11 11
mail@klinik-schloss-mammern.ch

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 Mecon Mitarbeiterbefragung

Nur zufriedene Mitarbeitende sind Garanten für die hohe Qualität unserer Dienstleistungen und für zufriedene Patientinnen und Patienten. Daher führen wir regelmässig eine Mitarbeiterbefragung durch. Im Sinne eines modernen Qualitätsmanagements möchten wir von den Mitarbeitenden persönlich erfahren, wie wohl Sie sich in der Klinik Schloss Mammern fühlen und wo Verbesserungen nötig sind. Aus den Resultaten der Befragung wollen wir versuchen, die entsprechenden Schlüsse zu ziehen und wo möglich, geeignete Massnahmen umsetzen. Die Befragung fand elektronisch statt. In Ausnahmefällen bestand auch die Möglichkeit, einen Papierbogen auszufüllen. Die Befragung war vollständig anonym.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom April 2024 bis Juli 2024 durchgeführt.
Die Befragung wurde in der ganzen Klink durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse wurden intern kommuniziert.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon-Befragungsbogen

Behandlungsqualität

Messungen in der Rehabilitation

16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit

16.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patient:innen werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Dabei wird untersucht wie sich der Schweregrad der körperlichen und sozio-kognitiven Beeinträchtigung, die Funktions-, Leistungsfähigkeit, Lebensqualität oder der Gesundheitszustand während des Rehabilitationsaufenthaltes verändert haben. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung von Ein- zu Austritt ausgewertet. Je nach Rehabilitationsart kommen andere Messinstrumente zum Einsatz.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter www.anq.ch.

Das **FIM®**- Instrument (Functional Independence Measure) und der Erweiterte Barthel-Index (**EBI**) sind unterschiedliche Messinstrumente (Fremdbeurteilungsinstrumente), um die Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten (in motorischen und sozio-kognitiven Bereichen) zu bestimmen. Es wird jeweils eines der beiden Instrumente pro Klinik in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen sowie onkologischen Rehabilitation eingesetzt. Um unabhängig von der Wahl des eingesetzten Instruments (FIM® oder EBI) die Ergebnisqualität über alle Kliniken vergleichen zu können, wurde ein Umrechnungsalgorithmus von FIM® bzw. EBI in einen gemeinsamen ADL-Score (Activities of Daily Life) entwickelt.

Der **6-Minuten-Gehtest** misst die körperliche Leistungsfähigkeit anhand der in sechs Minuten maximal zurückgelegten Gehstrecke in Metern und wird in der kardialen und pulmonalen Rehabilitation eingesetzt.

Der **MacNew Heart** und Chronic Respiratory Questionnaire (**CRQ**) sind krankheitsspezifische Messinstrumente in der kardialen und pulmonalen Rehabilitation und messen die subjektive Lebensqualität mithilfe eines Fragebogens.

Messergebnisse

Zusätzlich zu den obigen Messungen werden die Partizipationsziele (Hauptziel und Zielerreichung) erfasst. Da keine klassische indirekte Veränderungsmessung möglich ist, werden die Ergebnisse auf nationaler Ebene lediglich deskriptiv berichtet.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Ergebnisse können auf der ANQ Website eingesehen werden.

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Sowohl in der Dokumentationsqualität als auch in der Datenqualität und der Behandlungsqualität erzielten wir sehr gute Ergebnisse und liegen in allen Reha-Bereichen über dem Durchschnittswert aller Kliniken.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle Patient:innen, die während des Erhebungszeitraums stationär behandelt wurden.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Evaluation neues KIS

Die KIS Lösung läuft technisch nicht stabil, ist im operativen Betrieb nicht anwenderfreundlich und nicht zukunftsfähig. Nach einer Marktanalyse und den daraus resutlierenden Favoriten werden die ersten Meetings mit den Anspruchgruppen stattfinden.

18.1.2 Einführung IT-Notfallkonzept

Das IT-Notfallhandbuch ist ein Werkzeug zur Reaktion auf aussergewöhnliche Ereignisse in der IT, die zum Ausfall von kritischen Geschäftsprozessen führen. Ein Notfall ist dann gegeben, wenn eine Störung nicht mehr im Rahmen des Normalbetriebs bewältigt werden kann. Es wurde ein IT-Krisenstab definiert, der bei einem Notfall einberufen wird und das Geschehen entsprechend bearbeitet.

18.1.3 Einführung neues PEP

Das alte PEP wird mit einem effizienteren und benutzerfreundlicheren System abgelöst. Nach einer Evaluationsphase fand ein Kickoff Meeting mit den Verantwortlichen der einzelnen Abteilungen statt. Das daraus entstandene Projektteam wurde mit der Umsetzung und Einführung des neuen System betraut.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Umsetzung neues Datenschutzgesetz

Die Einführung und Umsetzung des neuen Datenschutzgesetzes konnte Mitte 2024 abgeschlossen werden. Alle für die Klinik notwendigen und relevanten Dokumente wurden geprüft, angepasst oder neu erstellt. Die verschiedenen Abläufe wurden definiert. Somit konnte dieses Projekt erfolgreich abgeschlossen werden.

18.2.2 Einführung neues CIRS Tool

Das neue CIRS Tool wurde im Mai 2024 eingeführt. Der Zugriff auf das System und auch die Anwendung ist einfacher und anwenderfreundlicher. Die Mitarbeitenden nutzen das System wieder vermehrt. Aufgrund der Publikation der Fälle ist eine Transparenz möglich, die zuvor nicht gegeben war. Somit konnte auch dieses Projekt erfolgreich abgeschlossen werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015

Die Klinik Schloss Mammern verfügt seit 2003 über ein nach der Norm ISO 9001:2015 zertifiziertes Managementsystem. Mit einem jährlichen Überwachungsaudit und einer Re-Zertifizierung alle 3 Jahre werden die Prozesse des Qualitätsmanagements regelmässig überprüft. Im 2024 wurde mit einer erfolgreichen Re-Zertifizierng das Zertifikat um weitere 3 Jahre verlängert.

18.3.2 SW!SS REHA

Seit 2017 ist die Klinik Schloss Mammern Mitglied bei SW!SS REHA, dem Verband führender Rehabilitationskliniken in der Schweiz. Alle 3 Jahre findet eine Re-Qualifikation statt, bei dem die Klinik strenge Qualitäts- und Leistungskriterien erfüllen muss. Die letzte fand im 2024 statt, bei der das Zertifikat um weitere 3 Jahre verlängert wurde.

18.3.3 SLH

Die Klinik Schloss Mammern ist seit 2004 Mitglied bei "The Swiss Leading Hospitals" (SLH). Dies steht für Exzellenz in der Qualität bei medizinischen Leistungen und bei der Betreuung der Patientinen und Patienten. Alle 3 Jahre, werden die Mitglieder anhand der durch SLH vorgegebenen messbaren Qualitätskriterien (allgemeine Kriterien und Hotellerie-Kriterien) durch Dritte überprüft. Die letzt Re-Qualifizierung fand im 2023 statt, bei der alle Erfüllungskriterien erfüllt und bei den Hotellerie-Kriterien mit 96% ein sehr gutes Ergebnis erzielt wurde.

19 Schlusswort und Ausblick

Zurück in den eigenen Alltag ohne Pflege
Die Klinikleitung und ihr Team setzen alles daran, den Eintritt, Aufenthalt und Austritt für die Patienten und deren Angehörige so angenehm und unkompliziert wie möglich zu gestalten. Ob bei administrativen Fragen oder bei der Erfüllung ganz persönlicher Wünsche: Die Mitarbeitenden der Klinik Schloss Mammern finden immer eine Lösung. Mit der hohen Unternehmensidentifikation und Kompetenz der Mitarbeitenden legt die Klinik den Grundstein für höchste Qualität.

Neues Rehabilitations-Konzept für Brustkrebspatientinnen
Die Klinik Schloss Mammern hat neu ein multimodales Rehabilitationskonzept speziell für Brustkrebs-Patientinnen entwickelt, um die vielfältigen Beschwerden nach einer Krebstherapie zu lindern bzw. eine Chronifizierung zu verhindern sowie die durch die Krebserkrankung reduzierte Lebensqualität zu verbessern.

Privé Top
Die einzigartige Kombination aus wohltuender Atmosphäre und medizinischer Exzellenz wurde mit dem luxuriösen Bereich Privé Top in eine neue Ära überführt. Das Gebäude besticht mit dem grosszügigen Einsatz natürlicher Materialien sowie einer lichtdurchflutenden Raumgestaltung. Gäste geniessen hier eine aussergewöhnliche medizinische Infrastruktur und exklusiven Komfort: Die hochwertig ausgestatteten Superior-Zimmer sowie Doppel- und Seefront-Suiten können mit einem Upgrade gebucht werden und verfügen alle über einen Balkon mit Blick auf den See.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Rehabilitation

Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	
Geriatrische Rehabilitation	s
Internistische Rehabilitation	a,s
Kardiovaskuläre Rehabilitation	a,s
Muskuloskelettale Rehabilitation	a,s
Onkologische Rehabilitation	a,s
Pulmonale Rehabilitation	a,s

a = ambulant, s = stationär

Herausgeber

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/

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

Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/

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

Weitere Gremien

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.
Siehe auch: www.anq.ch

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

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