KLINIK SCHLOSS MAMMERN

FÜHRENDE REHABILITATION AM SEE

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	28.05.2026	Version 1
Durch:	Beat Oehrli, Direktor	

Klinik Schloss Mammern AG

www.klinik-schloss-mammern.ch

REHA

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 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
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 Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Die Informationen hierzu werden auch in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt.

Die Qualitätsentwicklung wird von den Spitälern und Kliniken mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen vorangetrieben. Als Basis für die Deklaration und Publikation dient der Qualitätsvertrag gemäss Art. 58a KVG (QV58a). Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Die Selbstdeklarationen werden durch die Spitäler und Kliniken mindestens einmal jährlich aktualisiert. Im Qualitätsbericht 2025 sind diese Angaben nun erstmals automatisch integriert und entsprechen dem Stand Ende Jahr 2025.

Die Vorlage zum Qualitätsbericht 2025 umfasst weiterhin die Aktivitätstypen: 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.

Um das Ausfüllen 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 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 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 2025 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025 8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **9**
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG 9
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen 10
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 10
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte 11
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 18
4.6 Registerübersicht 19
4.7 Zertifizierungsübersicht 19
QUALITÄTSMESSUNGEN **20**
Erhebung der Patientenerfahrung **21**
5 Patientenerfahrung **21**
5.1 Eigene Befragung 21
5.1.1 Mecon Patientenbefragung 21
5.2 Beschwerdemanagement 22
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
7 Mitarbeitendenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.
Behandlungsqualität **23**
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
Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.
Psychiatriespezifische Messungen **0**
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Rehabilitation nicht relevant.
Rehaspezifische Messungen **23**
15 Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit **23**
15.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation 23
Weitere Qualitätsaktivitäten **0**
16 Weitere Qualitätsmessungen

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
17 Projekte im Detail 24
17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 24
17.1.1 Evaluation neues KIS 24
17.1.2 Einführung IT-Notfallkonzept 24
17.1.3 Robotic Process Automation (RPA) 24
17.1.4 Einführung digitale Mitarbeiterdossiers 24
17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025 24
17.2.1 Einführung neues PEP 24
17.2.2 Swiss GAAP FER 24
17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 25
17.3.1 ISO 9001:2015 25
17.3.2 SW!SS REHA 25
17.3.3 SLH 25
17.3.4 REKOLE® 25
18 Schlusswort und Ausblick 26
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 27
Rehabilitation 27
Herausgeber 28

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 Ort 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 Linienfunktion 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 2025

- *1. Überwachungsaudit ISO 9001:2025*
- *Audit zur Umsetzung der Gefahrgutbeauftragtenverordnung (GGBV) durch den Kanton TG*
- *Inspektion der Apotheke durch Kantonsapothekerin*
- *Audit H+ Branchenlösung zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz*
- *Neues Zeiterfassungssystem einführen*
- *Digitalisierung Mitarbeiterdossiers (eDossier)*

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

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

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 2026:

- *2. Überwachungsaudit ISO 9001:2015*
- *SLH Re-Zertifizierung*
- *Überprüfung gem. Qualitätsvertrag Art. 58a KVG*
- *Umsetzung Qualitätsverbesserungsmassnahmen gem. Qualitätsvertrag Art. 58a KVG*
- *ANQ Messung Patientenerfahrung PREMs*
- *Sicherheitsaudit mit Fokus Brandschutz*
- *Gefährdungsermittlung*
- *Einführung eDossier (digitale Mittarbeiterdossiers)*
- *Entscheid und Vorbereitung Einführung neues Lohnprogramm*
- *Evaluation und Einführung neues KIS (Krankenhausinformationssystem)*

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[1]: 22.12.2025		**Externe Überprüfung QV58a KVG[2]**			
		Ergebnis		Prüfstelle	Kommentar Spital
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	✓	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Qualitätszirkel	✓				
Patientensicherheit	-	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Dekubitusprävention FHV	◌				
▪ Management der Mangelernährung	◌				
▪ Sturzprävention	◌				

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.

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

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:
Patientenerfahrung
▪ Mecon Patientenbefragung

4.5 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)	*2023-2026*
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.*

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 - 2026*
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.*

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.*

Swiss GAAP FER

Ziel	*Rechnungslegung nach Schweizer Rechnungslegungsstandards*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Finanzen*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*2025*
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.*

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.*

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.*

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.*

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.*

Meldesystem - CIRS, Reklamationen, Prozessverbesserungen, Ideen

Ziel	*Erhöhung der Patientensicherheit; Kontinuierlicher Verbesserungsprozess*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Ganze Klinik*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*2004*
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.*

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.*

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.*

Awarness-Schulungen Cybersicherheit

Ziel	*Kampagnen zur Cybersicherheit und Simulationen von Phishing Mails zur Sensibilisierung*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Ganze Klinik*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*2021*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*

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 *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.

4.6 Registerübersicht

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

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/

4.7 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**
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+ Branchenlösung (EKAS)	*Ganze Klinik*	*2005*	*2025*	*Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz im Gesundheitswesen gültig bis 2030*
Rekole Zertifizierung	*Ganze Klinik*	*2014*	*2022*	*Finanzbuchhaltung gültig bis 2026*
Fourchette Verte - Ama terra	*Kinderhort*	*2015*	*2024*	*Ausgewogene Ernährung gültig bis 2026*

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 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.

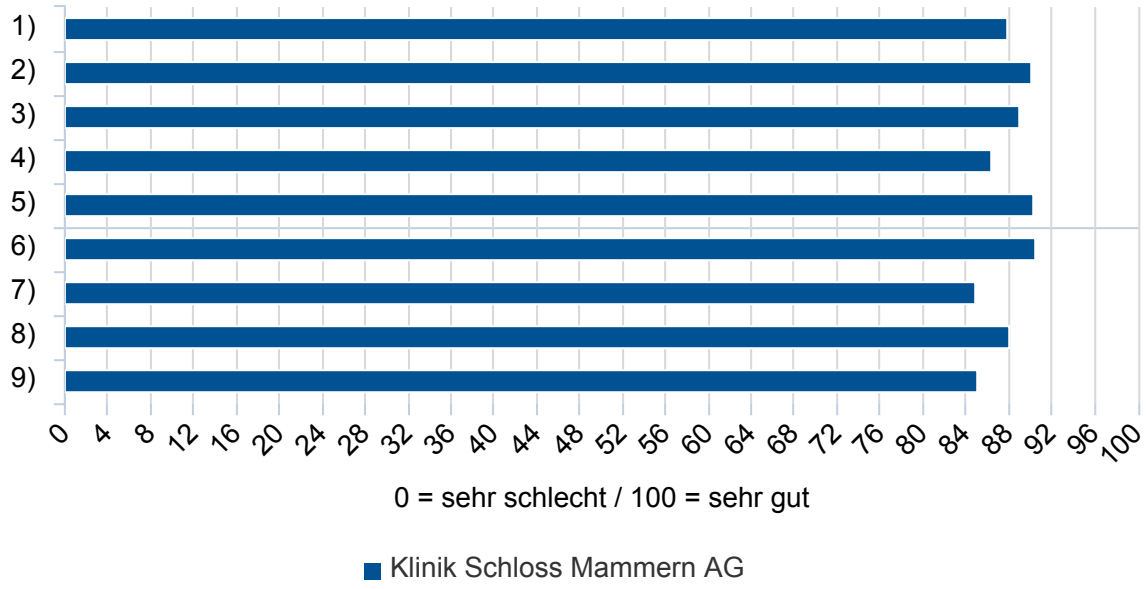
Diese Patientenbefragung haben wir vom *Juli 2025* bis *Oktober 2025* durchgeführt.
Die Befragung hat in allen Abteilungen stattgefunden.

Angaben zum untersuchten Kollektiv
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	87.90	90.20	88.90	86.40	90.30

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Messthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)		
Klinik Schloss Mammern AG	90.50	84.90	88.00	85.10	422	60.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Klinik erzielte 2025 ein sehr gutes Resultat. Für 5 von 6 Teilbereichen wurden Werte erreicht, welche besser oder sogar duetlich besser sind als der Mittelwert aller kliniken im Vergleich. Die Zeitreihe zeigt bei fast allen Teilbereichen eine leichte Zunahme der Zufriedenheit gegenüber dem Vorjahr.

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

5.2 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

Behandlungsqualität

Rehaspezifische Messungen

15 Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit

15.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

Schweizer Rehabilitationskliniken und -abteilungen führen die vom ANQ vorgegebenen Messungen jeweils bei Ein- und Austritt der Patientinnen und Patienten durch. Damit machen die Messergebnisse die Fortschritte sichtbar, die während der Behandlung erzielt wurden. Je nach Rehabereich decken die Messungen verschiedene Aspekte der Ergebnisqualität ab.

Die national vergleichenden Auswertungen schliessen die Messergebnisse aller Patientinnen/ Patienten ein, die im jeweiligen Datenjahr aus einer Rehabilitationsklinik austreten.

Die Messungen erfassen je nach Rehabereich die Funktionsfähigkeit, die körperliche Aktivität, die Lebensqualität, die Beeinträchtigungen durch somatische Beschwerden sowie Angst und Depressionen. Je nach Messinstrument basieren die Erhebungen auf den Beobachtungen des Personals, den Selbsteinschätzungen der Patientinnen und Patienten oder auf Leistungstests.

Die Zuteilung der Patientinnen und Patienten auf einen Rehabereich erfolgt gestützt auf das Grundsatzpapier «Definition und Mindestanforderungen in der stationären Rehabilitation» (DefReha© 4.0) von H+.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse
Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ verfügbar.

Zu den Messergebnissen:
- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Kardiale Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation
- Geriatrische Rehabilitation
- Internistische Rehabilitation
- Onkologische Rehabilitation

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

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.

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 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. Es wurden vorbereitende Abklärungen vorgenommen, um die klinikinternen Prozesse und Abläufe zu analysieren und als Grundlage für ein zukünftiges KIS aufzubereiten.

17.1.2 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.

17.1.3 Robotic Process Automation (RPA)

Robotic Process Automation, auf Deutsch robotergestützte Prozessautomatisierung, bezeichnet den Einsatz von Software-Robotern (Bots), die repetitive, regelbasierte und zeitintensive Aufgaben am Computer automatisieren. Erste Use Cases wurden umgesetzt und entlasten verschiedene Abteilungen, da manuelle, repetitive, zeitaufwändige und fehleranfällige Tatigkeiten wegfallen und somit die gewonnene Zeit in qualitativ höherwertige Aufgaben investiert werden kann.

17.1.4 Einführung digitale Mitarbeiterdossiers

Da die Platzressourcen für Papierdossiers begrenzt sind sollen die Mitarbieterdossiers digitalisert werden. Ein weitere Vorteil ist, dass auch Vorgesetzten zukünftig auf die Dosiers zugreifen können. Die Implementierung in die Software Aconso konnte in 2025 nicht erfolgen. Grund für die Verzögerung ist die Grösse der Papierdossiers der Mitarbeitenden und die Vorselektion der Unterlagen, welche im neuen System hinterlegt werden sollen. Die Implementierung wird im 1.Quartal 2026 erfolgen.

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 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 Systems betraut. Im Oktober 2025 konnte das neue PEP erfolgreich eingeführt werden.

17.2.2 Swiss GAAP FER

Swiss GAAP FER (SGF) sind anerkannte Schweizer Rechnungslegungsstandards. In 2025 wurde der Abschluss auf SGF erfolgreich umgestellt und erstmalig durchgeführt.

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 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. In 2025 wurde mit dem 1. Überwachungsaudit die Aufrecherhaltung des Zertifikates bestätigt.

17.3.2 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 Überprüfung fand in 2024 statt, bei der das Zertifikat um weitere 3 Jahre verlängert wurde. Die nächste Re-Zertifizierung findet 2027 statt.

17.3.3 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 Patientinnen und Patienten. Alle 3 Jahre werden die SLH-Mitglieder anhand der durch SLH vorgegebenen messbaren Qualitätskriterien (allgemeine Kriterien und Hotellerie-Kriterien) durch Dritte überprüft. Die letzt Re-Qualifizierung fand in 2023 statt, bei der alle Erfüllungskriterien erfüllt und bei den Hotellerie-Kriterien mit 96% ein sehr gutes Ergebnis erzielt wurde. Die nächste findet in 2026 statt.

17.3.4 REKOLE®

REKOLE® steht für Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung. Es ist das einheitliche, vom nationalen Spitalverband H+ Die Spitäler der Schweiz entwickelte Standard- und Zertifizierungssystem für das betriebliche Rechnungswesen. Die Standardisierung sorgt für eine transparente, einheitliche und verursachergerechte Kosten- und Leistungserfassung in Schweizer Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Die Zertifizierung gilt als offizielles Qualitätslabel und wird alle vier Jahre durch unabhängige Prüfstellen erneuert. Die Klinik ist seit 2014 zertifiziert. Die nächste Re-Zertifizierung findet in 2026 statt.

18 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	s
Kardiovaskuläre Rehabilitation	s
Muskuloskelettale Rehabilitation	s
Onkologische Rehabilitation	s
Pulmonale Rehabilitation	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

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

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.