

## Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

31.05.2024  
Denise Bundi, COO

Version 3



Uroviva Klinik AG

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



Akutsomatik

## 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 2023.

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 Patientinnen und Patienten 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 aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

### Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2023

Frau  
Sibylle Diserens  
Qualitätsmanagementbeauftragte  
044 220 77 92  
[sibylle.diserens@uroviva.ch](mailto:sibylle.diserens@uroviva.ch)

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verscharfren die Situation weiter. Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitatsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitatsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](http://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 den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	17
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) .....	18
4.5 Registerübersicht .....	19
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	20
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>21</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>22</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	22
5.2 Eigene Befragung .....	24
5.2.1 kontinuierliche Patientenzufriedenheitsbefragung durch Mecon .....	24
5.3 Beschwerdemanagement .....	25
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>26</b>
7.1 Eigene Befragung .....	26
7.1.1 Umfrage Mitarbeiterzufriedenheit durch Great Place to Work .....	26
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>27</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>27</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>27</b>
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....	27
<b>10 Operationen</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>11 Infektionen</b>	
Fallzahl statistisch nicht vergleichbar und Dispens ab Oktober 2023	
<b>12 Stürze</b> .....	<b>29</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	29
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>30</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	30
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>0</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Symptombelastung psychischer Störungen</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	

<b>Messungen in der Rehabilitation .....</b>	<b>0</b>
<b>16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>Weitere Qualitätsaktivitäten .....</b>	<b>0</b>
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18 Projekte im Detail .....</b>	<b>31</b>
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte .....	31
18.1.1 Einführung neues Klinikinformationssystem inesKIS .....	31
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 .....	31
18.2.1 Aufbau Grundstruktur eines Datenschutzmanagementsystems .....	31
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	32
18.3.1 Aufrechterhaltungsaudit im Rahmen der ISO 9001:2015 .....	32
<b>19 Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>33</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot .....</b>	<b>34</b>
Akutsomatik .....	34
<b>Herausgeber .....</b>	<b>35</b>

## 1 Einleitung

Mit über 33'000 behandelten Patienten jährlich gehört Uroviva mit zu den führenden Anbietern urologischer Dienstleistungen und bietet dabei das gesamte ambulante und stationäre Behandlungsspektrum der Urologie in der Schweiz an. Uroviva verbindet urologische Kompetenz, Einfühlungsvermögen und aussergewöhnlichen Patientenservice. Für jede komplexe Fragestellung steht ein kumulierter Erfahrungsschatz von 32 Experten zur Verfügung. Verteilt in zehn partnerschaftlichen Praxen, einer eigenen Fachklinik und einem Andrologiezentrum bürgt dieses Netzwerk für medizinische Spitzenqualität, das eine flexible und umfassende Beratung unserer Patienten ermöglicht. Dabei ist genügend Zeit, aktives Zuhören sowie die sorgfältige Aufklärung für uns selbstverständlich.

In der Spezialklinik sowie in unseren Praxen sind die Räumlichkeiten hochwertig und mit viel Liebe zum Detail ausgestattet. Das individuelle Wohlbefinden wird gefördert durch eine persönliche Betreuung. Wir bieten Lösungen für die Bedürfnisse jedes Einzelnen.

Zur Behandlung von Tumor-, Steinleiden und Infektionen bietet Uroviva alle etablierten Therapieformen unter Anwendung von modernsten Technologien an. Uroviva war das erste vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) anerkannte Zentrum zur Durchführung der Brachytherapie bei Prostatakrebs im Kanton Zürich. Bei Erektionsstörungen und bei Fragen zur Fruchtbarkeit und Inkontinenz kommen sowohl bewährte wie auch neuste Therapien zur Anwendung. Unser Ärztenetzwerk bietet Sprechstunden an allen Standorten an, wobei Operationen in der Klinik Uroviva in Bülach oder in einem der Partnerspitäler durchgeführt werden. Die Spezialisten des Andrologiezentrums Zürich beraten kompetent und umfassend bei sämtlichen andrologischen Fragen und Erkrankungen und verfügen über ein hauseigenes Labor. In der Urologie-Praxis Stadelhofen, direkt am Bahnhof Zürich Stadelhofen, stehen Fachärzte sechs Tage die Woche zur Verfügung.

Dank der Partnerschaft mit dem Institut für histologische und zytologische Diagnostik Aarau können wir mit einem erfahrenen und hoch qualifizierten Uropathologen während einer Tumoroperation eine Schnellschnitt-Untersuchung durchführen und verfügen unmittelbar über das Geweberesultat. Die Operationsstrategie kann dadurch laufend angepasst werden und erhöht damit die Sicherheit bei der Tumorchirurgie.

Das Qualitätsmanagement der Uroviva unterstützt das Ziel qualitativ hochstehender Leistungen und fördert die kontinuierliche Verbesserung, indem sie verschiedene Instrumente einsetzt und stets neue Qualitätsaktivitäten und -projekte initiiert. U. a. haben wir das Projekt zur Einführung eines neuen Klinikinformationssystems (KIS) von INES weitergeführt und die Grundstruktur für ein dem neuen DSG entsprechenden Datenschutzmanagementsystem erarbeitet. Mehr dazu und weitere Qualitätsaktivitäten und -projekte werden im Kapitel 4 aufgeführt.

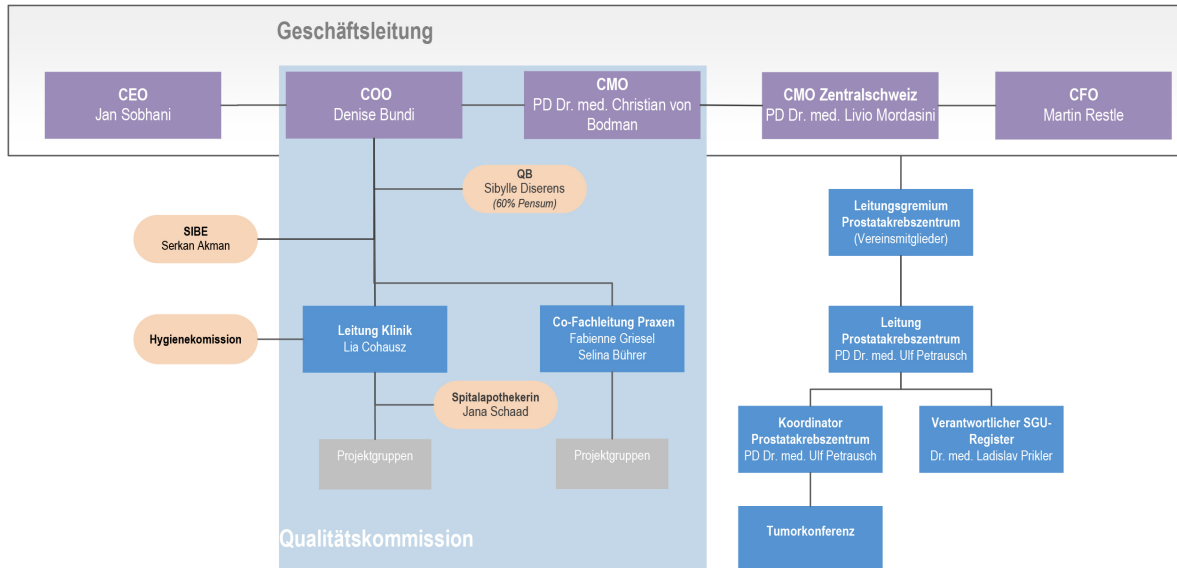
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Organisation Qualitätsmanagement Uroviva Gruppe

**uroviva**  
SPEZIALISTEN FÜR UROLOGIE



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **60** Stellenprozent zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sibylle Diserens  
Qualitätsmanagementbeauftragte  
+41 44 220 77 92  
[sibylle.diserens@uroviva.ch](mailto:sibylle.diserens@uroviva.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Unser oberstes Ziel der Qualitätsstrategie ist es, schweizweit der führende Anbieter von urologischen Dienstleistungen zu sein, welcher die beste Patientenbehandlung und -betreuung anbietet. Dabei orientieren wir uns an folgenden Grundsätzen:

- Die erbrachten Leistungen richten sich nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten sowie ethische Grundprinzipien, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit; dabei wird stets darauf geachtet, sich mehr Zeit für den Patienten zu nehmen.
- Die Leitung Klinik zeigt sich für die Qualität und Patientensicherheit verantwortlich und verhält sich deshalb vorbildlich.
- Unser Kader sowie die leitenden Mitarbeitenden fordern ihre Mitarbeitenden auf, ebenso für die Qualitätssicherung und -förderung mitverantwortlich zu handeln und unterstützen sie dabei.
- Für die Erfüllung der Strukturqualität stehen notwendige Arbeitsbedingungen und Infrastruktur zur Verfügung. Für eine bestmögliche diagnostische und therapeutische Versorgung wird mit innovativer Technologie und den aktuellsten Standards der medizinischen Wissenschaften gearbeitet.
- Durch eine vielfältige fachliche Schulung, CIRS und gemeinsame Reflexion werden die Kompetenzen und das Qualitätsbewusstsein der Mitarbeitenden gefördert.
- Die Prozesseigner der Klinik Uroviva fördern bei ihren Mitarbeitenden prozessorientiertes Denken und Handeln, indem sie ständig ihre Abläufe reflektieren und kontinuierlich verbessern.
- Die Qualitätsmessung erfolgt mit anerkannten Methoden.
- Akkreditierungen oder Zertifizierungen werden in denjenigen Bereichen durchgeführt, wo sie gesetzlich vorgegeben werden, einen Wettbewerbsvorteil bieten oder einen Mehrwert in der Behandlungsqualität ermöglichen.
- Ergebnisse werden analysiert und gemeinsam kontinuierlich unter Einbezug des PDCA-Kreislaufs verbessert.
- Risiken werden im CIRS erfasst, analysiert, kommuniziert und Verbesserungsmaßnahmen werden eingeleitet.
- Die Ergebnismessungen und Aktivitäten des Qualitäts- und Risikomanagements werden sowohl intern als auch extern transparent ausgewiesen.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

- Weiterentwicklung Projekt «Einführung neues Klinikinformationssystem inesKIS»
- Umsetzung von Massnahmen aufgrund interner /externer Audits und CIRS-Berichten
- Bearbeitung der neuen Anforderungen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
- Erarbeitung und Einführung eines Datenschutzmanagementsystems
- ESG 2023 KPI Reporting (Environmental, Social und Governance) und Projektplanung ESG-Massnahmen
- Kontinuierliche Bearbeitung der Anforderungen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

- Alle Akkreditierungen und Zertifizierungen der Klinik Uroviva konnten innerhalb diverser Audits und Inspektionen aufrechterhalten bzw. erneuert werden (u. a. Überwachungsaudit des Uroonkologischen Tumorzentrums nach ISO 9001)
- Pilotprojekt Einführung IQSoft (Prozess- und Datenmanagementsystem) in den Bereichen Sekretariat und AWR
- kontinuierliche Verbesserung aus Patienten- und Mitarbeiterbefragung
- Erreichung Milestones im Projekt «Einführung neues Klinikinformationssystem inesKIS»: Umsetzung des Teilprojekts OP Management mit der Integration der KIS Module OP-Anmeldung, OP-Planung und OP-Live. Zusätzliche Erarbeitung und Einführung von Standardisierungen im Bereich der Stammdatenhaltung für Material und Medikamente in direktem Zusammenhang mit der Leistungserfassung in inesKIS.
- Durchführung Qualitätskommissionen (inkl. CIRS-Besprechungen), Morbiditäts- und Mortalitätskommissionen
- Erarbeitung und Implementierung Datenschutzmanagementsystem
- Arbeits- und Prozessoptimierungen im Bereich der medizinischen Datenerfassung

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Evaluation und Implementierung eines Klinik und Praxen übergeordneten Prozess- und Datenmanagementsystems
- Weiterentwicklung des Datenschutzmanagementsystems mit externem DSB
- Fortsetzung inesKIS-Projekt und Erreichung der Projektziele im 2024: Weiterführung der bereits in inesKIS eingeführten Module mitsamt der Etablierung eines geregelten Change Managements. Zusätzliche Erarbeitung des Scopes für das kommende Teilprojekt der medizinischen Dokumentation im KIS.
- Kontinuierliche Weiterentwicklung von Qualität, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit unter Berücksichtigung der kantonalen Qualitätsstrategie 2022, der neuen nationalen Qualitätsverträge und den neuen Anforderungen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen</li> </ul>

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>PROMs bei Prostatektomien</li> </ul>

#### Bemerkungen

Im Rahmen der Qualitätssicherung bei Prostatakrebs werden seit 2020 bei Patienten, bei denen eine radikale Prostatektomie oder eine HIFU-Behandlung (seit Juli 2023) durchgeführt wurde, PROMs (Patient Reported Outcome Measures) erhoben.

### 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*

- kontinuierliche Patientenzufriedenheitsbefragung durch Mecon

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### Klinikinformationssystem inesKIS

<b>Ziel</b>	Einführung des neuen Klinikinformationssystems inesKIS in der Uroviva Klinik AG
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche der Uroviva Klinik AG
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Kick-Off Dezember 2021, Projektende ca. 2. Quartal 2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Vorgehen: Eine sequenzielle / modulare Einführung jener inesKIS-Elemente, die momentan genutzte Tools ablösen sollen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege/Bettenstation, Urologische Ärzteschaft, Anästhesiologie, OPM, Disposition, AWR, OP, Leitung Klinik, Finanzabteilung, IT, QMB, externer Dienstleister (KIS)
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufend intern, Projektsitzungen, Steuerungsausschuss

##### Implementierung eines neuen Prozess- und Datenmanagementsystems

<b>Ziel</b>	Sicherstellung der Qualitätssicherung, Optimierung der Kernprozesse, übergeordnetes DMS&PMS, Ablösung von bisherigen Systemen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Klinik und Praxen
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2021 (ab 2024 übergeordnete QMS-Evaluation)
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Evaluation, Dokumenten- und Prozessmigration, Implementierung & Schulungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Bereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektplan, laufend intern, interne Audits

## Erstellen weiterer interdisziplinärer Behandlungspfade / Standard Operating Procedure (SOP)

<b>Ziel</b>	Interdisziplinäre & chronologisch dem Patientenprozess ausgerichtete SOP: Förderung von professionsübergreifendem Denken & Verständnis, Synergien nutzen, Vermeidung von Doppelspurigkeiten, Steigerung in Qualität, Patientensicherheit sowie -Zufriedenheit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganze Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit März 2022
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Er- und Überarbeitung in interdisziplinärer Zusammenarbeit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	AWR, Bettenstation, Anästhesiologie, Urologische Ärzteschaft, Leitung Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufend intern

## Erstellung eines Konzeptes zur integrierten Versorgung

<b>Ziel</b>	Stärkung der interdisziplinären und fachübergreifenden Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganze Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit Nov. 2022
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Erstellung eines Konzeptes
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	QMB, alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufend intern

## Aufbau und Aktualisierung diverser Qualitätsinstrumente zur Erfüllung der Anforderungen des Kantons Zürich

<b>Ziel</b>	auf der Spitalliste bleiben, kontinuierliche Verbesserung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganze Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	ab 2021 - laufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

### Aufbau und weitere Optimierung eines Datenschutzmanagementsystems

<b>Ziel</b>	Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzerfordernungen sowie den Schutz der bearbeiteten Personendaten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganze Gruppe
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	November 2022 - September 2023 Aufbau und Einführung, Optimierungen laufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Methodik</b>	Erstellung und Aktualisierung von Dokumenten, Prozessen in Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen, Schulungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	COO, CFO, IT-Projektleiter, Leitung Klinik, HR, Technischer Dienst, QMB
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufend intern, internes und externes Audit

### Interne Prozessaudits

<b>Ziel</b>	kontinuierliches Verbesserungsbestreben, Prozessoptimierungen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Kernbereiche
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	ab 2018
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Begehungen einmal im Jahr, Auditbericht, Massnahmenableitung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Kernbereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Managementbewertung, Massnahmenliste, Begehungen

### Optimierung des Prozesses der med. Datenerfassung für Register

<b>Ziel</b>	Durch eine Verbesserung der Prozessabläufe die Qualität der Datenerfassung optimieren und ein effizientes Arbeiten ermöglichen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganze Gruppe
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	August 2022 bis 2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Anpassung der Prozesse, Schulungen, zusätzliche personelle Ressourcen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Datenmanagement, Ärzte, Sekretariat, MPA's, Disposition, QMB
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufend intern, internes und externes Audit

## Erstellung eines Betriebskonzeptes

<b>Ziel</b>	Aufzeigen der Ausgangssituation in der Klinik
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ganze Gruppe
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Dez. 2022 bis 2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Erstellung eines Konzeptes
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	QMB
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufend intern

## ESG 2023 KPI Reporting (Environmental, Social und Governance) und Projektplanung ESG-Massnahmen

<b>Ziel</b>	Erfüllen von ESG Richtlinien, Abbilden des Uroviva CO2-Fussabdrucks
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Management, Kader zu Themen Umwelt, Soziales und Unternehmensführung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Start Q4 2022, laufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Methodik</b>	Projektplanung ESG-Massnahmen und jährliches KPI-Reporting
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Kader je nach Themenbereich
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufend extern und intern

## Vorbereitung und Durchführung der Swissmedic Inspektion

<b>Ziel</b>	Erfüllung der Swissmedic Vorgaben im Bereich Medizinprodukte
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Uroviva Klinik Bülach
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Inspektion: 24. August 2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Methodik</b>	Externes Audit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das Inspektionsteam hat keine kritischen Nichtkonformitäten festgestellt. Für die weiteren Nichtkonformitäten werden mittelfristig Korrekturmassnahmen vorgenommen.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Bericht zur Inspektion, Massnahmenplan

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

#### Kontinuierliche Patientenbefragung

<b>Ziel</b>	schnelles Reagieren möglich aufgrund halbjährlicher Auswertung; kontinuierliche Verbesserung; insbesondere bei der Ergebnisqualität, kennen relevanter Benchmarks
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	ganze Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	seit Juli 2021
<b>Methodik</b>	schriftliche Befragung durch externen Anbieter (Mecon)
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jahresbericht von Mecon (Analyse Auswertung, Vergleich Benchmark), Integration ins Beschwerdemanagement, KVP, QuKo

#### Hygiene-Kommission

<b>Ziel</b>	Hygienegremium mit Entscheidungskompetenzen, Awareness Hygienethemen, kurze Entscheidungswege
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	ganze Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	2 x im Jahr seit 2021
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäre Sitzungen mehrmals im Jahr, Massnahmenerarbeitung, Arbeitsgruppen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Leitung Klinik, Fachexpertin Hygiene, Pflege, Arzt, QMB
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Protokoll, umgesetzte Massnahmen

#### Einführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

<b>Ziel</b>	Aufarbeitung von retrospektiven Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfällen mit dem Ziel, daraus zu lernen und Wiederholungen zu vermeiden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ärzte
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	seit 2022
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Basis Konzept, Konferenzen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Protokolle, laufend intern, internes Audit

## Qualitätskommission

<b>Ziel</b>	Qualitätsgremium mit Entscheidungskompetenzen, Awareness Qualitätsthemen, kurze Entscheidungswege
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	klinischer Bereich
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	4 x im Jahr seit 2021
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäre Sitzungen pro Quartal, CIRS-Fallbesprechungen, Besprechung wichtiger Qualitätsthemen, Massnahmenerarbeitung, Arbeitsgruppen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	COO, Leitung Klinik, Ärzte, QMB und themen/-bereichsspezifisch
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Protokoll, umgesetzte Massnahmen

### 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 2016 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.

#### 4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) messen die von Patientinnen und Patienten individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patienten entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Vorstellungen. Die Messung erfolgt mittels standardisierter, international validierter Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. Die Erfassung und Analyse von PROMs haben einen vielfältigen Nutzen. Sie helfen beispielsweise die Kommunikation und Shared-Decision-Making mit den Patienten zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht des Patienten und kann weitere Schritte einleiten.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	Leistungsbereich	Behandlungspfad(e)/Klinik(en)	Verwendete Score(s)	Seit/Ab	Kommentare
Prostatakarzinom	Basispaket		5	1.1.2020	

## 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.

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine <a href="http://www.ssapm.ch/">www.ssapm.ch/</a>	2014
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	2010
<b>Patientenreport.ch</b> Patientenreport.ch - Bestes Prüforgang ist der Patient	Alle Fachbereiche	Adjumed Services AG <a href="http://www.patientenreport.ch">www.patientenreport.ch</a>	2021
<b>Prostatektomie-Register</b> Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie <a href="http://swissurology.ch/register/">swissurology.ch/register/</a> <a href="http://adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/">adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/</a>	2020
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	2016

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
<b>KR Aargau</b> Krebsregister Aargau	Alle	<a href="http://krebsregister-aargau.ch/">krebsregister-aargau.ch/</a>
<b>KR GG</b>	Alle	<a href="http://www.ksg.ch/krebsregister.aspx">www.ksg.ch/krebsregister.aspx</a>

Krebsregister Graubünden und Glarus		
<b>KR Ostschweiz</b> Krebsregister Ostschweiz	Alle	<a href="https://ostschweiz.krebsliga.ch/">ostschweiz.krebsliga.ch/</a> <a href="https://ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/">ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/</a>
<b>KR ZKR</b> Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	<a href="https://www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-...">www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-...</a>
<b>KR Zürich/Zug/Schaffhausen/Schwyz</b> Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	<a href="https://www.krebsregister.usz.ch">www.krebsregister.usz.ch</a> <a href="https://www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/">www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/</a>
<b>RT Ticino</b> Krebsregister Kanton Tessin	Alle	<a href="https://www.ti.ch/tumori">www.ti.ch/tumori</a>

#### 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	Tumorzentrum	2018	2022	Überwachungsaudit: 2023

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
<b>Uroviva Klinik AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.47	4.46	4.34	4.35 (3.65 - 4.84)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.80	4.71	4.73	4.83 (4.02 - 4.84)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.86	4.78	4.63	4.72 (4.16 - 4.82)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.84	4.63	4.62	4.85 (3.61 - 4.85)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.31	4.28	4.10	4.22 (3.54 - 4.49)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	98.10 %	94.70 %	96.90 %	100.00 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				
Anzahl eingetreffener Fragebogen		Rücklauf in Prozent		42.7 %

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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.

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

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Der adjustierte Mittelwert von Uroviva liegt bei allen Fragen über dem kollektiven Mittelwert, bei 4 Fragen sogar über der +95%-Limite und bei Frage 6 wird die Dauer des Spitalaufenthaltes mit 100% als 'genau richtig' bewertet.

Die genannte Rücklaufquote von 42.7% bezieht sich auf das Gesamtkollektiv.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPE, Unisanté, Lausanne

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im April 2023 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 kontinuierliche Patientenzufriedenheitsbefragung durch Mecon

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es dem Spital, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten.

Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

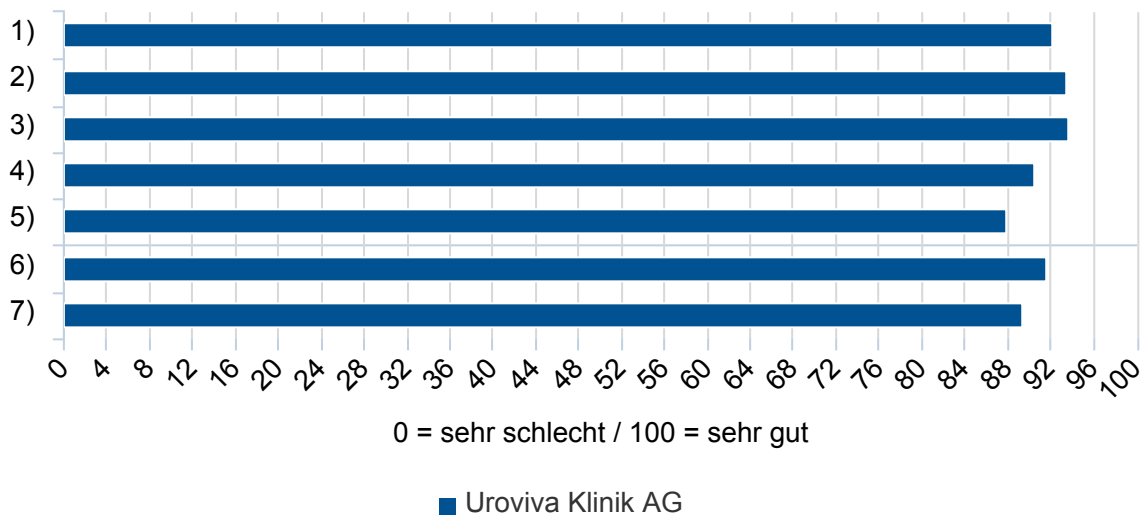
Die Befragung hat in den Bereichen Ärzte, Pflege, Organisation, Hotellerie und öffentliche Infrastruktur stattgefunden.

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserem Spital 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



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Uroviva Klinik AG	92.20	93.50	93.60	90.40	87.90

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Uroviva Klinik AG	91.60	89.40	432	47.00 %

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

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Insgesamt liegt die Gesamtzufriedenheit höher als der Mittelwert des Gesamtkollektivs (32 Spitäler). In keinem Bereich ist die Unzufriedenheit höher als im Benchmark, somit ist der Unzufriedenheitsindex um 3.0 Indexpunkte geringer als der Benchmark des Kollektivs. Im Vergleich zu den urologischen Kliniken ist der Unzufriedenheitsindex um 1.6 Indexpunkte geringer. Die Rücklaufquote liegt mit 46.9% über dem Mittelwert.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

#### Bemerkungen

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### Uroviva Klinik AG

Lia Cohausz

Leitung Klinik

+41 44 365 11 90

[lia.cohausz@uroviva.ch](mailto:lia.cohausz@uroviva.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 Umfrage Mitarbeiterzufriedenheit durch Great Place to Work

Ziel der Befragung ist die Standortbestimmung und Überprüfung der Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen.

Gemessen werden im Great Place to Work® For All™ Modell folgende Faktoren:

1. Das gegenseitige Vertrauen als Basis der Arbeitsplatzkultur
2. Die gelebten Werte innerhalb der Organisation
3. Die Führungsqualität des Managements
4. Das Ausmass der Potenzialentfaltung aller Mitarbeitenden
5. Die Innovationskraft, die aus der Arbeitsplatzkultur entsteht
6. Die Wertschöpfung, die durch die Arbeitsplatzkultur gesteigert wird.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2024.

Die Befragung findet gruppenweit in allen Bereichen statt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Great Place to Work® Schweiz
Methode / Instrument	Great Place To Work® For ALL™ Modell - Der Trust Index™: Mitarbeiterbefragung als Basis für die Analyse und die Weiterentwicklung der Arbeitsplatzkultur. Durch die Trust Index™-Ergebnisse wird die Arbeitsplatzkultur greifbar und kann so aktiv weiterentwickelt werden

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 9 Wiedereintritte

##### 9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden. Von allen Wiedereintritten, die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten, werden lediglich ungeplante Wiedereintritte als Qualitätsauffälligkeit gezählt und berücksichtigt. Dabei werden ungeplante Rehospitalisationen stets als Auffälligkeiten angesehen, unabhängig vom genauen Grund des Wiedereintritts. Geplante Rehospitalisationen hingegen werden nicht berücksichtigt.

Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) um die ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auszuwerten. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels des Algorithmus. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen.

Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eigenen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

#### Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021
<b>Uroviva Klinik AG</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>
Spitalweite Kohorte	3.61 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	2.48 %

Zur Risikoadjustierung der ungeplanten Rehospitalisationen werden das Alter, das Geschlecht und eine Vielzahl möglicher komorbider Nebenerkrankungen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Beurteilt wird dabei der Zustand der Patientinnen und Patienten beim Erstaufenthalt (nicht beim Wiedereintritt).

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Ergebnisse in der Spalte BFS-Daten 2021 = risikoadjustierte Rehospitalisationsrate in %. Beide Ergebnisse liegen tiefer als der Vergleichswert aller Spitäler (Vergleichswert Zeile 1: 6.13, Zeile 2: 4.54). Für die Bereiche in Zeile 3-6 liegen zuwenig Fälle für einen statistischen Vergleich vor.

#### Angaben zur Messung

Auswertung	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, Universität Luzern
Methode / Instrument	Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), angepasst auf die Schweizer Codier-Regeln. Die angepasste Version für die Schweiz wurde mittels einer Validierungsstudie geprüft.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patientinnen und Patienten.</li> <li>▪ 18 Jahre oder älter.</li> <li>▪ Patient/in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben.</li> <li>▪ Patient/in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen.</li> <li>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes.</li> <li>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation.</li> <li>▪ Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (Krankenhaustypologie «K211» und «K212») oder einer Rehabilitationsklinik («K221») oder Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Hauptkostenstelle («M500»), einer Hauptkostenstelle für Rehabilitation («M950») oder einer pädiatrischen Hauptkostenstelle («M400»).</li> <li>▪ Erstaufenthalt zur ausschliesslichen medizinischen Behandlung eines Krebsleidens, ohne einen chirurgischen Eingriff (dieses Ausschlusskriterium betrifft nur den spitalweiten Indikator und seine Kohorten, weil die diagnose- und eingriffs-spezifischen Indikatoren in jedem Fall auf spezifische Diagnosen bzw. Eingriffe ausgerichtet sind).</li> <li>▪ Fehlen eines ausreichenden Nachverfolgungszeitraumes von 30 Tagen nach der Entlassung (z.B. im Dezember am Ende des Jahres der aktuellen Untersuchungsperiode), sodass nicht bestimmt werden kann, ob eine Rehospitalisation, während 30 Tagen erfolgte.</li> <li>▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden.</li> <li>▪ Patient/in lebt im Ausland.</li> <li>▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.</li> </ul>

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

#### **Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023**

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

#### **Messergebnisse**

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

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

#### **Begründung**

Keine Messung im Jahr 2023

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

## 13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften.

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

#### **Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023**

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

#### **Messergebnisse**

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

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

#### **Begründung**

Keine Messung im Jahr 2023

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Einführung neues Klinikinformationssystem inesKIS

Die durch die unterschiedlichen Abteilungen der Uroviva Klinik zur Erfassung und Dokumentation diverser Patientendaten genutzten Tools sollen in einem neuen Klinikinformationssystem konsolidiert und zentralisiert werden. In der Systemarchitektur der Klinik ist definiert, dass das Patient-Management im ERP Navision durchgeführt wird. Die darin geführten Patienten- und Fallinformationen werden über eine standardisierte Schnittstelle (HL7) an die entsprechenden Subsysteme verteilt. Die Uroviva Klinik nutzt für die Erfassung diverser Daten zu einem Fall, beispielsweise am Patienten erbrachte Leistungen im OP, die medizinische Dokumentation oder auch die Zuteilung von Betten während des Aufenthalts in der Klinik, diverse Tools. Diese sollen sequenziell im neuen KIS von der Firma ines GmbH überführt werden. Das zur Leistungserfassung eingesetzte Tool PABS ist im Markt noch vorhanden, wird aber nicht mehr weiterentwickelt oder unterstützt. Dieser Punkt wurde als das kritischste Element identifiziert. In der ersten Phase des Projekts wurde daher der Fokus auf dessen Ablösung fokussiert. Um das Modul nachhaltig einführen zu können, mussten die bestehenden Stammdaten qualitativ und quantitativ aufbereitet werden. Ziel der Neudefinition einiger zur Erfassung und Abrechnung benötigten Attribute war es, eine Effizienzsteigerung bei der Leistungserfassung unter Einhaltung der regulatorischen Vorgaben zu erreichen. Parallel zur Implementation der neuen Leistungserfassung wurde an der Einführung des Moduls der Bettenplanung gearbeitet. Hier wurde ein Excel File abgelöst. Ziel war auch hier eine Effizienzsteigerung im Prozess der Disposition und Sicherung der Patientensicherheit zu erreichen. Mit der Einführung der Module OP-Anmeldung, OP-Planung und OP-Live im Bereich OP Management im 2023, wurde eine Zentralisierung der Tätigkeiten erreicht, die zur Qualitätssicherung und Effizienzsteigerung in diesen Bereichen führt.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

#### 18.2.1 Aufbau Grundstruktur eines Datenschutzmanagementsystems

Ab 1. September 2023 sind das revidierte Datenschutzgesetz (DSG), die Ausführungsbestimmungen in der neuen Datenschutzverordnung (DSV) und der neuen Verordnung über Datenschutzzertifizierungen (VDSZ) in Kraft getreten.

Hauptziel ist es, die Grund- und Persönlichkeitsrechte der Betroffenen zu garantieren und mehr Transparenz über die Datenbearbeitung zu ermöglichen, indem die Rahmenbedingungen im Umgang mit Personendaten konkretisiert werden und eine datenschutzfreundliche Technologiegestaltung diese angemessen schützen soll. Aufgrund der verschiedenen Bestimmungen waren/sind wir verpflichtet, die bisherigen Datenbearbeitungsprozesse anzupassen. Insbesondere, da wir als Gesundheitsinstitution besonders schützenswerte Daten von Patienten bearbeiten. Ein Projektteam hat das Projekt begleitet. Der VZK hat in Zusammenarbeit mit x-tention Vorlagedokumente organisiert, das Vorlage-Package wurde von Uroviva als Basisstruktur erworben. Die erforderlichen Prozesse und Dokumente wurden erarbeitet, kommuniziert und implementiert. Zudem wurden alle aktuellen Mitarbeitenden zum neuen DSG geschult. Neue Mitarbeitende informieren sich im Rahmen des Einführungsprogramms zum DSG im Intranet inkl. Schulungsbestätigung. Aufgrund des Wechsels der QMB / DS-Koordinatorin im Dezember 2023, wurde beschlossen im 2024 eine Standortbestimmung der vorliegenden Dokumente durchzuführen um Optimierungen zu eruieren und Massnahmen abzuleiten.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Aufrechterhaltungsaudit im Rahmen der ISO 9001:2015

Im Juni 2023 hat ein Überwachungsaudit im Rahmen der bestehenden Zertifizierung (ISO-Norm 9001:2015) für das Prostatakarzinomzentrum Uroviva stattgefunden. Das Uroviva Tumorzentrum ist ein Zusammenschluss von Ärzten im Sinne eines Vereins nach Art. 60ff ZGB, mit dem Zweck der Sicherung einer hohen Behandlungsqualität von malignen uro-onkologischen Tumoren. Das Prostatakarzinomzentrum Uroviva bietet den Patienten mit Prostata-Krebserkrankungen das gesamte Spektrum der Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Nachsorge an. Für die Abklärung, Beratung und Behandlung steht ein interdisziplinäres Team aus Fachärztinnen, Fachärzten und onkologischen Fachpersonen zur Verfügung. Die beteiligten Partner sind: Urologischen Praxen der Uroviva, die Uroviva Klinik, die Strahlentherapie (KSW), Onkologie (Onkoviva), Radiologie (Radioviva), Pathologie (Aarau), Palliativmedizin (Spital Bülach) und Labormedizin (medica).

Das Audit wurde von der Firma Swiss Safety Center AG durchgeführt. Dabei wurden das QM-System, die Ziele, die Managementbewertung, die Massnahmenverfolgung und die Kern- und Unterstützungsprozesse auditiert und bewertet. Das Ziel des Audits, Verbesserungspotentiale im Unternehmen zu erfassen und das Überwachungsaudit ohne Abweichungen zu bestehen, wurde erfolgreich erreicht.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die erfreulichen Ergebnisse aus den Qualitäts- und Zufriedenheitsmessungen zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Dennoch bemüht sich die Klinik Uroviva weiterhin ihr Angebotsportfolio weiterzuentwickeln und mit Hilfe innovativer Behandlungsmethoden die Behandlungs- und Indikationsqualität zusätzlich zu steigern. Entsprechende Projekte, sind bereits gestartet - vgl. Qualitätsaktivitäten.

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse am Qualitätsbericht. Wenn Sie weitere Informationen wünschen, Fragen haben oder uns ein Feedback senden möchten, so freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme via E-Mail oder über das Online-Feedbackformular auf unserer Website ([www.uroviva.ch](http://www.uroviva.ch)). Auch auf unseren Social-Media-Kanälen (Facebook & LinkedIn) finden Sie laufend spannende Updates zum Thema Urologie und über das Netzwerk der Uroviva.

## 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.

### Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Urologie</b>
Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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