

Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.05.2025
Denise Bundi, COO

Version 2



Uroviva Klinik AG

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 2024.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen sind im Inhaltsverzeichnis alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuell verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2024

Frau
Sibylle Diserens
Qualitätsmanagementbeauftragte
+41 44 220 77 92
sibylle.diserens@uroviva.ch

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

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

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitätsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – [Qualität – Qualitätsvertrag](#). Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

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

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von 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	16
4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews	
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)	16
4.5 Registerübersicht	17
4.6 Zertifizierungsübersicht	
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurde kein geeignetes Zertifikat identifiziert.	
QUALITÄTSMESSUNGEN	19
Zufriedenheitsbefragungen	20
5 Patientenzufriedenheit	20
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene	20
5.2 Eigene Befragung	22
5.2.1 kontinuierliche Patientenzufriedenheitsbefragung durch Mecon	22
5.3 Beschwerdemanagement	23
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	24
7.1 Eigene Befragung	24
7.1.1 Umfrage Mitarbeiterzufriedenheit durch Great Place to Work	24
8 Zuweiserzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	25
Messungen in der Akutsomatik	25
9 Wiedereintritte	25
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	25
10 Operationen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
11 Infektionen	
Dispens von ANQ. Mindestanforderungen Strategie NOSO umgesetzt.	
12 Stürze	
Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
13 Dekubitus	
Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
Messungen in der Psychiatrie	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Symptombelastung psychischer Störungen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	

Messungen in der Rehabilitation	0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit Vgl. PROMs	
Weitere Qualitätsaktivitäten	0
17 Weitere Qualitätsmessungen Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18 Projekte im Detail	27
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	27
18.1.1 Umsetzung Qualitätsvertrag BAG	27
18.1.2 Evaluation und Entscheid gruppenweites eQMS	27
18.1.3 Standortbestimmung Datenschutzdokumente	27
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	28
18.2.1 SIWF Anerkennung als Weiterbildungsstätte A2	28
18.2.2 Förderung und Strukturierung QuKo und MoMoKo	28
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	28
18.3.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtjahr	28
19 Schlusswort und Ausblick	29
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	30
Akutsomatik	30
Herausgeber	31

1 Einleitung

Die Uroviva gehört mit zu den führenden Anbietern urologischer Dienstleistungen und bietet dabei das gesamte ambulante und stationäre Behandlungsspektrum der Urologie in der Schweiz an. Uroviva verbindet Fachkompetenz, Einfühlungsvermögen und aussergewöhnlichen Patientenservice. Für jede komplexe Fragestellung steht ein kumulierter Erfahrungsschatz von zahlreichen Experten zur Verfügung.

Die Uroviva Gruppe besteht aus 17 partnerschaftlichen Praxen (12 Urologie-Praxen, 1 Andrologiezentrum, 3 Gynäkologie-Praxen und 1 Onkologie-Praxis) und einer eigenen Fachklinik für Urologie. Dieses Netzwerk bürgt für medizinische Spitzenqualität, das eine flexible und interdisziplinäre 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 unserer Patientinnen und Patienten wird durch eine persönliche Betreuung gefördert. 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 Andrologiezentrum Zürich beraten kompetent und umfassend bei sämtlichen andrologischen Fragen und Erkrankungen und verfügen über ein hauseigenes Labor.

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.

Bemerkung: Der vorliegende Qualitätsbericht fokussiert sich auf die Uroviva Klinik AG.

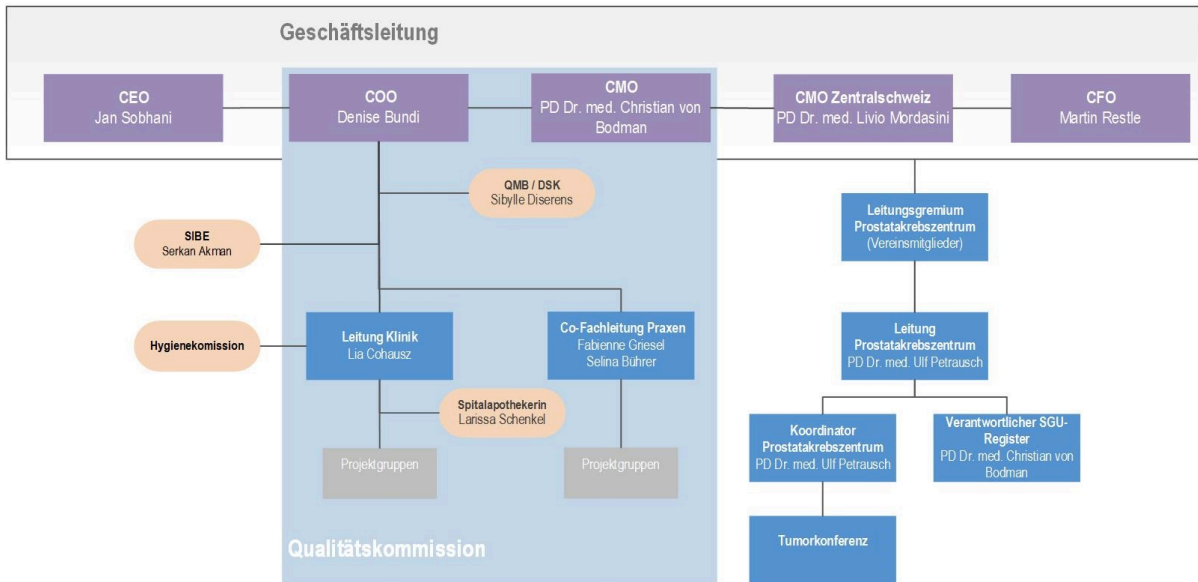
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

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** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sibylle Diserens
Qualitätsmanagementbeauftragte
+41 44 220 77 92
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.
- Ein klinisches Risikomanagement ist implementiert. 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 2024

- Evaluation und Entscheid eQMS gruppenweit (Prozessmanagement, DMS, KVP und Intranet)
- Standortbestimmung Datenschutz inkl. Umsetzung Massnahmen und Weiterentwicklung DSMS / ISMS
- Kontinuierliche Bearbeitung der Anforderungen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
- Schulungen, Implementierung und Umsetzung Anforderungen Qualitätsvertrag BAG
- SIWF Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Urologie und operativer Urologie Kategorie A2 inkl. Kooperation Inselspital

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- Alle Akkreditierungen und Zertifizierungen der Klinik Uroviva konnten innerhalb diverser Audits und Inspektionen aufrechterhalten bzw. erneuert werden
- Gruppenweite Verantwortliche Strahlenschutz definiert und gruppenweite Umsetzung Anforderungen
- QM Verantwortliche Praxen definiert und Umsetzung Anforderungen
- Evaluation und Entscheid eQMS gruppenweit (Prozessmanagement, DMS, KVP und Intranet)
- Kontinuierliche Verbesserung / Umsetzung von Massnahmen aus internen Qualitätsindikatoren und Outcomes. Bsp. Patienten- und Mitarbeiterbefragung, Analyse Messergebnisse, CIRS-Meldungen, Outcomes Qualitätskommission & Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz und Interdisziplinären Sitzungen
- Festigung und Förderung Qualitätskommissionen (inkl. CIRS-Besprechungen), Morbiditäts- und Mortalitätskommissionen
- Interne Sensibilisierung und praxisnahe Kommunikation QM- und Datenschutzthemen
- Struktur- und Prozessoptimierungen Bereiche QM, Datenschutz und medizinische Datenerfassung
- Standortbestimmung und Weiterentwicklung DSMS / ISMS

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Gruppenweite (Klinik & Praxen) Implementierung eQMS inkl. DMS / PMS, KVP, Intranet etc. und kontinuierliche Aktualisierung von Prozessen und Dokumenten
- Laufende Weiterentwicklung DSMS / ISMS
- Kontinuierliche Weiterentwicklung von Qualität, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit unter Berücksichtigung der kantonalen Qualitätsstrategie, der nationalen Qualitätsverträge und den 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.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen

Bemerkungen

ANQ Dispens per 01.01.2024 für postoperative Wundinfektionen und KJ - postoperative Wundinfektionen Appendektomien

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"> PROMs bei Prostatektomien

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:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ kontinuierliche Patientenzufriedenheitsbefragung durch Mecon
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Umfrage Mitarbeiterzufriedenheit durch Great Place to Work

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Implementierung eines gruppenweiten eQMS & Intranet

Ziel	Gruppenweites, zentrales System zur Sicherstellung der Qualitätssicherung, Optimierung der Kernprozesse, übergeordnetes DMS&PMS, KVP, Intranet
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gruppenweit (Klinik und Praxen)
Projekt: Laufzeit (von...bis)	ab 2024 (Neuevaluation als gruppenweites QMS)
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Evaluation, Dokumenten- und Prozessmigration, Integration Intranet Features, Implementierung & Schulungen
Involvierte Berufsgruppen	alle Bereiche
Evaluation Aktivität / Projekt	Projektplan, laufend intern, interne Audits im Rahmen Implementierung

Erarbeitung und Aktualisierung diverser Qualitätsinstrumente zur Erfüllung der Anforderungen des Kantons Zürich und Qualitätsvertrag BAG

Ziel	Listenspital Zürich, kontinuierliche Verbesserung
Bereich, in dem das Projekt läuft	ganze Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	ab 2021 - laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	laufend gemäss Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	Klinik, QMB
Evaluation Aktivität / Projekt	Anforderungen erfüllt

Aufbau und weitere Optimierung DSMS / ISMS

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

Interne Prozessaudits

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

Kontinuierliche Struktur- und Prozessoptimierungen der medizinischen Datenerfassung für Register

Ziel	Sicherstellung Qualität der Datenerfassung und Effizienzsteigerung
Bereich, in dem das Projekt läuft	ganze Gruppe
Projekt: Laufzeit (von...bis)	ab 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Prozessoptimierungen, kontinuierliche Schulungen, Abstimmung personelle Ressourcen
Involvierte Berufsgruppen	Datenmanagement, Ärzte, Sekretariat, MPA's, Disposition, QMB
Evaluation Aktivität / Projekt	laufend intern, interne und externe Audits

ESG 2024 KPI Reporting (Environmental, Social und Governance) und Projektplanung ESG-Massnahmen

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

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Kontinuierliche Patientenbefragung

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

Hygiene-Kommission

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

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

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

Qualitätskommission

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

Vorbereitungen und Visitation SIWF Anerkennung als A2-Weiterbildungsstätte

Ziel	Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Urologie und operativer Urologie Kategorie A2
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ärzteschaft / Assistenzärzte
Aktivität: Laufzeit (seit...)	2024
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Methodik	Weiterbildungskonzept, Struktur- und Planung, Kooperation Inselspital
Involvierte Berufsgruppen	GL, Ärzte
Evaluation Aktivität / Projekt	Anerkennung erhalten

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 Patient:innen individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patient:innen 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 Patient:innen zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht der Patient:innen 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	
HIFU	Basispaket		EPIC-26, EQ-5D-5L	Juli 2023	

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	2014
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2010
Patientenreport.ch Patientenreport.ch - Bestes Prüforgang ist der Patient	Alle Fachbereiche	Adjumed Services AG www.patientenreport.ch	2021
Prostatektomie-Register Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/ adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/	2020
Swissnoso SSI 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 www.swissnoso.ch	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
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	krebsregister-aargau.ch/
KR GG	Alle	www.ksg.ch/krebsregister.aspx

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

Bemerkungen

HIFU-Register der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie (ab Juli 2023). Behandlung: Hoch-Intensiver Fokussierter Ultraschall (HIFU) zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

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 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2023	
Uroviva Klinik AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.46	4.34	4.35	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.71	4.73	4.83	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.78	4.63	4.72	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.63	4.62	4.85	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.28	4.10	4.22	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	94.70 %	96.90 %	100.00 %	– %
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				–
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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, 2022 und 2024 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind. Ab 2025 folgt eine neue Befragung in einem erweiterten Format:

Der ANQ-Kurzfragebogen, den die Spitäler und Kliniken seit 2011 für die nationale

Zufriedenheitsmessung einsetzen, bestand aus fünf bis sechs Fragen. Um künftig eine vertiefere Abfrage aller relevanten Dimensionen und ein detaillierteres Monitoring der Patientenperspektive im Langzeitverlauf zu ermöglichen, wird der ANQ-Kurzfragebogen ab 2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst. Zukünftig liegt der Fokus nicht mehr auf der Patientenzufriedenheit, sondern der Patientenerfahrung (PREMs – Patient Reported Experience Measures).

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/.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		Unisanté, Lausanne
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patient:innen (≥ 16 Jahre) versendet, die im April – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patient:innen. ▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.

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 2024 durchgeführt.

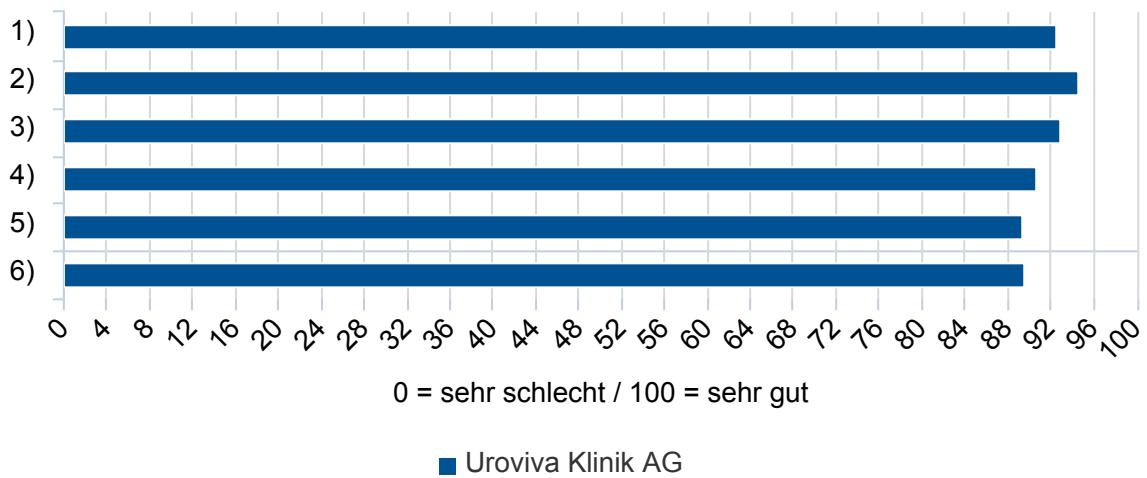
Die Befragung findet zu den Bereichen Ärzte, Pflege, Organisation, Hotellerie und öffentliche Infrastruktur statt.

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserem Spital hatten (schriftliche Befragung kurz nach dem Austritt, nur einmal jährlich pro Patient). Kinder wurden nicht befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Hotellerie
- 6) Öffentliche Infrastruktur



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Uroviva Klinik AG	92.50	94.60	93.00	90.70	89.40

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Uroviva Klinik AG	89.60	574	55.00 %

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 (30 Spitäler). In keinem Bereich ist die Unzufriedenheit höher als im Benchmark, somit ist der Unzufriedenheitsindex um 3.4 Indexpunkte geringer als der Benchmark des Kollektivs. Im Vergleich zu den urologischen Kliniken ist der Unzufriedenheitsindex um 1.7 Indexpunkte geringer. Die Rücklaufquote liegt mit 55.1% über dem Mittelwert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

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

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 vom 18.11.2024 bis 09.12.2024 durchgeführt.

Die Befragung findet gruppenweit in allen Bereichen statt.

Einzuladende Mitarbeitende gemäss Vorgaben von Great Place To Work® - Prinzip: Vollbefragung

- Neue Mitarbeitende werden befragt, ab 2-3 Monate in der Organisation
- Nicht befragen: Mitarbeitende im Mutterschafts- /Vaterschaftsurlaub; Langezeitkranke
- Nicht befragen: VR-Mitglieder

GPTW-Mitarbeiterumfrage 2024 - Mitarbeiter Kommunikation Ergebnisse: Der Spitzenwert aller Institutionen im schweizweiten Gesundheitswesen, die in den letzten Jahren an einer GPTW-Mitarbeiterbefragung teilgenommen haben (und das sind wirklich viele – von Spitälern über Praxen und Netzwerke bis hin zu Spitex-Organisationen), liegt für die Kernaussage: *«Alles in allem kann ich sagen, dies hier ist ein sehr guter Arbeitsplatz.»* bei **81 %** (2022–2024).

Unsere Zustimmung liegt gruppenweit bei **89 %!** Damit haben wir die Spitzenposition im GPTW-Ranking im Bereich **Best in Healthcare Switzerland** übernommen! Wir führen ein schweizweites Ranking an! Und das bei einer **Teilnahmequote von 75 %** – ein starkes Zeichen für euer Interesse an der Weiterentwicklung unseres Unternehmens.

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	BFS-Daten 2022
Uroviva Klinik AG	Risikoadjustierte Rate	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	3.61 %	4.31 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	2.48 %	2.58 %

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

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website:

www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Ergebnisse in der Spalte BFS-Daten = risikoadjustierte Rehospitalisationsrate in %.

2022: Beide Ergebnisse liegen tiefer als der Vergleichswert aller Spitäler (Vergleichswert Zeile 1: 6.0, Zeile 2: 4.4). 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 Patient:innen	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patientinnen und Patienten. ▪ 18 Jahre oder älter. ▪ Patient:in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben. ▪ Patient:in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation. ▪ 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»). ▪ 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). ▪ 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. ▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden. ▪ Patient:in lebt im Ausland. ▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Umsetzung Qualitätsvertrag BAG

Umsetzung der Anforderungen des Qualitätsvertrages BAG. Insbesondere, Entscheid & Projektplan eQMS, Integration der Handlungsfelder in das Qualitätskonzept und Definition und Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahmen.

Als Massnahmen zur Qualitätsentwicklung der Spitäler und Kliniken wird im Rahmen des Qualitätsvertrages die Umsetzung folgender Themen gefordert: Qualitätsmanagementsystem (vgl. eQMS), Betriebsinternes Qualitätskonzept, Qualitätsverbesserungsmassnahmen.

Die folgenden QVM, Handlungsfeld Qualitätskultur werden im Jahr 1 (Mai 2024-Mai 2025) umgesetzt:

- Critical Incident Reporting System (CIRS) (vgl. «CIRS-Konzept» und «CIRS-Prozess»)
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (vgl. «Konzept MoMoKo»)
- Qualitätszirkel (vgl. «Konzept Qualitätskommission»)
- Mitarbeitendenbefragung (vgl. «Verweisdokumente GPTW»)

Dokumente und Prozesse werden im neuen eQMS (vgl. Projektplan) mit Labels des entsprechenden Handlungsfeldes gekennzeichnet.

18.1.2 Evaluation und Entscheid gruppenweites eQMS

Aufgrund der nicht erfolgreichen Pilotprojekt-Outcomes des bisherigen QMS im Bereich Aufwachraum, wurde der Entscheid für eine **Neuevaluation eines gruppenweiten eQMS** getroffen. Das Ziel war ein System zu finden, welches alle Anforderungen der Klinik, der Praxen, sowie übergeordnete Themen inkl. Intranet-Features, abbilden kann und benutzerfreundlich ist. Nach detaillierter Analyse mehrerer Systeme, wurde Ende 2024 Entscheid für ein neues gruppenweites eQMS gefällt und erster Projektplan erstellt. Ziel ist die schrittweise Einführung der wichtigsten Module im 2025. Im Rahmen der Implementierung finden Aktualisierungen von Dokumenten und Prozessen statt, zudem wird die Struktur überprüft und aktualisiert. Das eQMS soll als zentrale Anlaufsstelle für alle erforderlich Unterlagen, Prozesse, News, Massnahmen, Meldungen etc. dienen. Das Projektteam / Admin-Team besteht aus 6 leitenden Funktionen. Der interne Projektausschuss besteht aus 2 GL-Mitgliedern und der QMB und tagt regelmässig.

18.1.3 Standortbestimmung Datenschutzdokumente

Im April 2024 wurde in Zusammenarbeit mit einem externen Datenschutzanwalt eine **Standortbestimmung der Datenschutzdokumente von Uroviva** durchgeführt. Die gruppenweit anzupassenden, zu ergänzenden oder zu erarbeitenden Themen / Dokumente wurden anhand einer priorisierten Massnahmenliste zusammengefasst. Der interne Datenschutzberater, die Datenschutzkoordinatorin / QMB und der externe DS-Anwalt haben im September 2024 begonnen die erforderlichen Themen nach Dringlichkeit entsprechend umzusetzen. Ziel ist die Implementierung der neu erarbeiteten Dokumente (Bearbeitung ongoing) bis Ende Mai 2025. Zum Thema Datenschutz fanden im 2024 einige Aktivitäten und interne Kommunikationen / Schulungen statt. Die Achtsamkeit und Sensibilisierung der Mitarbeitenden zum Thema Datenschutz hat sich gesteigert, die datenschutzrelevanten Meldungen und Anfragen, auch bei unklaren Fällen, gehen regelmässig auf der dafür eingerichteten Mailadresse bei der Datenschutzkoordinatorin ein. Anfragen werden zeitnah beantwortet / dokumentiert.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 SIWF Anerkennung als Weiterbildungsstätte A2

SIWF Anerkennung als Weiterbildungsstätte in Urologie und operativer Urologie Kategorie A2

Die Vorbereitungen für das Audit der SIWF im November 2024 beinhaltete insbesondere die Erarbeitung eines neuen Weiterbildungskonzeptes 'Weiterbildungskonzept Fachärztin, Facharzt für Urologie sowie Schwerpunkt operative Urologie an der Uroviva', die Darlegung / Nachweise der Organisation und Struktur der Weiterbildungsstätte. Seit März 2024 besteht eine Kooperation der Uroviva-Gruppe mit der Urologischen Klinik des Inselspitals Bern. Die beteiligten Parteien etablieren als festen Bestandteil des Ausbildungscurriculums eine strukturierte und inhaltlich definierte Rotation für ihre Assistenzärztinnen und Assistenzärzte. In das Projekt war insbesondere die GL, die für die Weiterbildung verantwortlichen Ärzte, die Assistenzärzte sowie die QMB involviert. An regelmässigen Projektsitzung (COO, QMB & verantwortlicher Arzt) wurden die erforderlichen Massnahmen protokolliert und deren Umsetzungsstand überprüft. Der positive Entscheid der im November 2024 durchgeführten Visitation und die damit erreichte Anerkennung von Uroviva als Weiterbildungsstätte in Urologie und operativer Urologie wurde im Februar 2025 kommuniziert.

18.2.2 Förderung und Strukturierung QuKo und MoMoKo

Zur **Förderung der bereits implementierten Gremien Qualitätskommission und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz** wurden im 2024 verschiedene Massnahmen umgesetzt. Termindefinition und Kommunikation jeweils anfangs Jahr. Durchführung als hybride Sitzungen (physisch & online) um die Teilnehmerzahl zu erhöhen. Unterstützung der Organisation und Identifikation durch CMO. Terminerinnerungen und Aufforderungen zu Fallmeldung. Standardtraktanden und Protokollierung sowie Umsetzung von Massnahmen. Aktualisierung der beiden Konzepte im Rahmen der Anforderungen als umgesetzte Qualitätsverbesserungsmassnahmen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr

Aktuell keine Zertifizierungsprojekte.

19 Schlusswort und Ausblick

Die erfreulichen Ergebnisse aus den Qualitäts- und Zufriedenheitsmessungen zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Dennoch bemüht sich die Uroviva Klinik AG 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). Auch auf unseren Social-Media-Kanälen, 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
Urologie
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/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.