



Themenservice

August 2016

Qualitätstransparenz in Krankenanstalten

Qualitätstransparenz in Krankenanstalten

Public-Reporting-Tools spielen eine immer größere Rolle im Gesundheitswesen und es ist zu beobachten, dass Qualitätstransparenz in europäischen Ländern stark an Bedeutung gewinnt. Sie leistet einen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität der medizinischen Versorgung. In Österreich besteht weiter Handlungsbedarf.

Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten von Krankenanstalten dient dem Ziel, durch Transparenz einen qualitätsorientierten Wettbewerb unter Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen zu fördern. Während etwa in den Vereinigten Staaten, Großbritannien und mittlerweile auch in Deutschland und der Schweiz die Veröffentlichung von vergleichenden Qualitätsdaten inklusive Daten über die Häufigkeit und Art von nosokomialen Infektionen etabliert ist, hinken die Entwicklungen in Österreich dem hinterher.

Ein transparenter Zugang zu Qualitätsdaten im Gesundheitswesen für die Öffentlichkeit soll dazu beitragen, Leistungserbringer mit mangelhafter Qualität zu qualitätssteigernden Maßnahmen zu bewegen, Krankenanstalten mit hoher Qualität in ihrer Arbeit zu bestätigen, Patienten bei der fundierten Entscheidungsfindung zur Klinikauswahl bei planbaren Spitalsaufenthalten zu unterstützen und damit auch einen Qualitätswettbewerb der Krankenanstalten voranzutreiben. Dadurch soll das Gesundheitswesen insgesamt leistungsfähiger werden.¹

Gleichwohl die qualitätsbezogene Datensammlung zu internen Zwecken unumstritten ist, wird die Veröffentlichung kontrovers diskutiert. Auch aufgrund möglicherweise negativer Folgen des öffentlichen Qualitätsvergleichs für Anstaltenbetreiber. Denn Qualitätstransparenz als Entscheidungsgrundlage von Patienten kann eine Verschiebung des Patientenaufkommens zwischen Anbietern von medizinischen Leistungen zur Folge haben. Kritiker heben deshalb hervor, dass die Definition von allgemeingültigen Qualitätskriterien Schwierigkeiten birgt

und eine Fehlinformation von Patienten zu falschen Anreizen im privaten Gesundheitssektor führen könnte. Auch die Möglichkeit der Manipulation und des Missbrauchs von Daten sowie die Reduktion komplexer Umstände ohne weiterführende Hintergrundinformationen werden immer wieder als Schwächen des so genannten „Public Reportings“ benannt.

Stärkung der Patientenautonomie

Um fundierte gesundheitliche Entscheidungen zu treffen, benötigen Patienten valide und leicht verständliche Informationen. So forderte die Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwälte (ARGE) einen leicht verständlichen und transparenten Zugang zu den Qualitätsdimensionen (siehe Infobox 1), um Patienten zu selbstbestimmten Entscheidungen zu ermächtigen. „Offenes Umgehen, ein verbindliches Meldesystem, öffentliche Darstellung der Infektionshäufigkeit und verbindliche Qualitätsstandards sind unabdingbar und längst fällig. Dazu kommt, dass viele praktische Strategien zur Infektionsvermeidung – wie etwa die Desinfektion der Hände – dem Gesundheitspersonal zwar bekannt sind, aber trotzdem nicht durchgehend befolgt werden“, so Dr. Gerald Bachinger, Sprecher der österreichischen Patientenanwälte, im Rahmen eines ÖGKH-Journalistenworkshops im Februar dieses Jahres zur Problematik einer mangelhaft ausgeprägten Qualitätstransparenz im heimischen Gesundheitswesen. Gesicherte Daten wären zwar grundsätzlich vorhanden, würden jedoch nicht im gewünschten Ausmaß zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt.

Qualitätstransparenz in Österreich am Beispiel kliniksuche.at²

Die Website kliniksuche.at, eingerichtet durch die Bundeszielsteuerungskommission, soll in Österreich einen Beitrag zu mehr Transparenz im Spitalsangebot leisten. Die Website bietet Informationen, in welchen Krankenhäusern bestimmte Krankenbehandlungen in welcher Häufigkeit und unter welchen Bedingungen angeboten werden. Die Datengrundlagen für kliniksuche.at sind Routinedaten der Krankenanstalten-Abrechnung, freiwillige Angaben über Qualitätsprozesse und Informationen der Plattform „Qualitätsberichterstattung“ der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).

Aktuell kann aus den Behandlungsfeldern Gallenblasen-, Gebärmutter- und Schilddrüsen-Entfernungen, Geburten, Einsetzen von Herzschrittmachern, Hüft- und Knieprothesen sowie Behandlungen von Leistenbrüchen und Mandeloperationen gewählt werden. Hierzu stehen, abhängig vom Themenfeld, Informationen zu z. B. der Anzahl behandelter Fälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, Kriterien für den Aufenthalt (z. B. Verweildauer, Tagesklinik, Operationstechnik) und sechs allgemeine Kriterien zum Krankenhaus (Vorhandensein von Patientenbefragung, Beschwerde-/Feedbackmanagement, Patientensicherheit/Risikomanagement, Entlassungsmanagement, Operationsmanagement und Meldesystem für nosokomiale Erkrankungen) zur Verfügung.

Qualitätstransparenz in Deutschland am Beispiel weisse-liste.de³

Weshalb Deutschland häufig als Vorbild für die Veröffentlichung von Qualitätsdaten im Gesundheitsbereich genannt wird, macht der Vergleich mit der Website weisse-liste.de deutlich. Die Webplattform verfolgt das Ziel, Unterschiede zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen transparent darzustellen, um Patienten eine Auswahlhilfe zur Behandlung zu bieten. Hierdurch soll ein Qualitätswettbewerb gefördert werden, von dem Patienten im Sinne der Patientensicherheit profitieren können. Transparente Informationsmöglichkeiten für

Patienten unterstützen weiters die Entwicklung hin zum mündigen Patienten, wodurch die partnerschaftliche Begegnung auf Augenhöhe zwischen Patienten und medizinischem Personal gefördert wird. Die Plattform ist seit 2008 online und wird von der Bertelsmann Stiftung sowie den Dachverbänden der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen Deutschlands getragen.

Neben einer großen Anzahl an Behandlungsfeldern zur Suche findet sich aus User-Sicht im Vergleich zu kliniksuche.at auch die Möglichkeit zur Weiterempfehlung und zum Verfassen von Erfahrungsberichten durch entsprechende interaktive Elemente. Neben einer Darstellung und Bewertung der Anzahl der Behandlungsfälle (bezogen auf einen bundesweiten Vergleich) wird die Thematik Patientensicherheit und Hygiene anhand von 35 Kriterien – vom Vorhandensein einer Person für das Risikomanagement über die Anwendung von standardisierten OP-Checklisten bis hin zu öffentlich zugänglichen Berichten zu Infektionsraten – dargestellt. Mittels Aktivierung einer Checkbox lassen sich so verschiedene Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich der gewählten Behandlungsmethode und im gewählten regionalen Umkreis miteinander vergleichen.

Neben dem umfangreicheren Datenmaterial, etwa bei der Auswahl der Erkrankungsformen und teilnehmenden Krankenanstalten, sowie der Möglichkeit zur interaktiven User-Teilhabe stellt weisse-liste.de im Gegensatz zu kliniksuche.at hinsichtlich der transparenten Darlegung von Qualitätskriterien detailliertere Informationen zur Verfügung. Während kliniksuche.at nur sechs allgemeine Qualitätskriterien anführt, sind es bei der deutschen Qualitätsdatenbank 35. Diese wiederum sind in die Bereiche Allgemeine Maßnahmen, Spezifische Maßnahmen, Maßnahmen beim Operieren sowie Hygiene & Infektionsschutz unterteilt und erlauben so eine differenzierte Betrachtung. User von weisse-liste.de erhalten dadurch umfassende und nutzergerecht aufbereitete Informationen zu den jeweiligen Krankenanstalten. Im Vergleich besteht bei kliniksuche.at also noch deutlicher quantitativer und qualitativer Aufholbedarf.

Problemfeld nosokomiale Infektionen

Im medialen Diskurs werden im Zusammenhang mit Patientensicherheit besonders häufig nosokomiale Infektionen („Krankenhausinfektionen“) thematisiert. Diese werden in Gesundheitseinrichtungen erworben und treten in der Regel als Komplikationen im Rahmen von Diagnostik und Therapie anderer Grunderkrankungen ein. Ihr Auftreten beschränkt sich nicht nur auf Krankenhäuser, sie können etwa auch in Langzeit-Pflegeeinrichtungen, Ambulanzen oder Rehabilitationseinrichtungen auftreten. Aufgrund der in der Regel geschwächten Immunabwehr von Patienten steigt die Bedeutung dieser Erkrankungen. Sie können schwerwiegende Folgen für Betroffene haben – bis hin zum Tod.

Univ.-Prof. Dr. Ojan Assadian, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, verweist auf die unsichere Datenlage zu nosokomialen Infektionen in Österreich: „Da Spitäler in Österreich, anders als in anderen Ländern, ihre Infektionsraten nicht veröffentlichen müssen, existieren keine gesicherten Zahlen zum tatsächlichen Aufkommen nosokomialer Infektionen. Schätzungen gehen aber davon aus, dass ca. jeder 20. Patient von einer in einer Gesundheitseinrichtung erworbenen nosokomialen Infektion betroffen ist.“ Diese Schätzungen gehen auf Statistiken des deutschen KISS-Meldesystems sowie den in unterschiedlichen Zeitintervallen durchgeführten Stichprobenuntersuchungen im Rahmen der Europäischen Point Prevalence Study (PPS) der ECDC zurück. Rund ein Drittel aller Datensätze in der öffentlich zugänglichen Statistik über nosokomiale Infektionen am Deutschen Referenzzentrum für Nosokomiale Infektionen (NRZ; www.nrz-hygiene.de) stammen von österreichischen Institutionen. „Auch wenn aufgrund der zugesicherten Anonymität keine Möglichkeit besteht, diese österreichspezifischen Daten gesondert auszuwerten,

kann man von den Ergebnissen der deutschen Statistik Rückschlüsse auf die vermutete Situation in Österreich ziehen. Vereinzelt österreichische Punktprävalenzstudien bestätigen eine Häufigkeit zwischen 4,5 % und 6,5 % an nosokomialen Infektionen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen“, so Univ.-Prof. Dr. Ojan Assadian. „Die Herausforderung besteht darin, nicht über Sanktionierungen zu sprechen, sondern durch Fortschritte im Bereich der Hygiene diese Raten zukünftig zu senken“, führt er weiter aus.

Der Bericht „Nosokomiale Infektionen in Österreich 2013“ des Bundesministeriums für Gesundheit definierte als Risikofaktoren das Alter der Patienten (75 % der Patienten mit nosokomialen Infektionen waren älter als 45 Jahre), die Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern (44 % der Betroffenen waren länger als acht Tage in stationärer Behandlung), die Schwere der Grunderkrankung sowie begünstigende Faktoren wie z. B. ein zentraler Venenkatheter. Zu den häufigsten nosokomialen Infektionen in Österreich zählen postoperative Wundinfektionen. Sie sind deshalb verstärkt Gegenstand von Surveillance (siehe Tabellen 1–3). Ebenfalls von großer Bedeutung sind katheterassoziierte Blutstrominfektionen. Durch die zunehmende Resistenzverbreitung lassen sich viele nosokomiale Infektionen nur noch schwer mit Antibiotika behandeln.

Quellen:

¹ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Empfehlungen zur „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten zur medizinischen Behandlungsqualität“. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(26/27):1044-54.

² Vgl. <http://kliniksuche.at/> – abgerufen am 16.06.2016

³ Vgl. <https://weisse-liste.de/de/> – abgerufen am 16.06.2016

Expertenstatements

Notwendigkeit zur Weiterentwicklung in Österreich

von Univ.-Prof. Dr. Ojan Assadian, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH)

Qualitätstransparenz in Krankenanstalten wird kontrovers diskutiert. So fördert eine transparente Darstellung von Qualitätsindikatoren einen positiven Lenkungseffekt über den Hebel laufender Verbesserungen. Es besteht aber auch die Sorge, dass transparente Qualitätsdaten zu einem „Spitalstourismus“ führen könnten, wodurch strukturell sinnvolle Patientenlenkungseffekte nicht mehr möglich sind. Problematische Qualitätsergebnisse ohne Anhörung der dafür zugrundeliegenden Gründe könnten zudem Krankenanstalten in einem falschen Licht erscheinen lassen.

Zu nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenz liegen bereits seit längerer Zeit österreichische Daten und Statistiken im Internet vor. Die ÖGKH hat unter www.oegkh.ac.at (Register „Infektionsstatistiken“) die Links zu den jeweiligen Seiten gesammelt. Während Österreich in der Gesamtbetrachtung aber noch am Beginn des Prozesses zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten in Krankenanstalten steht, ist die Entwicklung in anderen Ländern weiter fortgeschritten. So sind zum Beispiel auf dem Portal der Schweizer ANQ (www.anq.ch/mes-sergebnisse/) postoperative Wundinfektionen, stratifiziert nach chirurgischen Eingriffen, auf Spitalebene abrufbar und in Großbritannien kann die Inzidenz von invasiven MRSA-Infektionen auf der Ebene namentlich identifizierter Gesundheitseinrichtungen unter www.mrsaactionuk.net zeitnahe abgerufen werden.

Mit dem Start des Portals www.kliniksuche.at wurde nun auch in Österreich ein wichtiger Schritt zur transparenten Entwicklung gesetzt. Die Darstellung der angeführten Qualitätsindikatoren kann aber nur als Beginn einer notwendigen Weiterentwicklung gesehen werden, da



Univ.-Prof. Dr. Ojan Assadian, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH)

Foto: Felicitas Matern

es auf der aktuellen Basis weder den Patienten noch den einzelnen Gesundheitseinrichtungen möglich ist, handlungsableitende Maßnahmen zu erkennen oder Entscheidungen zu konstruktiven Verbesserungen zu treffen. Speziell bei Qualitätsdaten zu Infektionen oder antibiotikaresistenten Erregern ist eine verständliche und adäquate Interpretation der Daten wesentlich, da die bloße Veröffentlichung derselben mit wenigen Ausnahmen weder zu einer Verbesserung der aktuellen Situation noch zu brauchbaren Erkenntnissen für Laien führt. Die derzeitige Darstellung von Qualitätsindikatoren in Österreich beinhaltet die unweigerliche Konsequenz von Fehlinterpretationen, die allerdings einen konstruktiven Dialog eröffnen könnten, wie solche Daten in Zukunft konsequenter und zielgerichteter kommuniziert werden sollten.

Ein Good-Practice-Beispiel zu Infektionsdaten liefert SwissNoso auf der Plattform der ANQ. Durch die gleichzeitige Einblendung von Median und 95%-Konfidenzintervall kann der Effekt einer kontinuierlichen Verbesserung eintreten. Sehen sich bestimmte Einrichtungen zum Beispiel über dem 95%-Konfidenzintervall, so ist zu vermuten, dass solche Einrichtungen im nächsten Jahr zumindest zwischen dieser Linie und dem Median liegen wollen. Ob diese Strategie einen solchen potenziellen Lenkungseffekt erzielen kann, wird die Entwicklung der nächsten fünf Jahre zeigen.

Da in Österreich erst spät mit der Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren begonnen wurde, könnten auf der bestehenden Plattform zukünftig Datenformate dargestellt werden, wie sie etwa in der Schweiz oder Großbritannien

bereits erfolgreich angeboten werden. Es ist nicht nötig, das Rad alleine neu zu erfinden. Dies hätte auch den Vorteil, dass solche Qualitätsdaten nicht nur mit Gesundheitsindikatoren innerhalb Österreichs, sondern auch mit jenen anderer Gesundheitssysteme vergleichbar gemacht werden können. Dies erfordert jedoch Mut und Zuversicht in die eigene Fähigkeit, die Qualität des Gesundheitsangebots in kompetitiven Bereichen halten zu können.

Qualitätstransparenz: Entwicklung verlässlicher Standards wünschenswert

von Prof. Dr. Dr. Heinz-Michael Just, Chefarzt
Klinikum Nürnberg Nord

Bei der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu Krankenanstalten positioniert sich Deutschland im internationalen Vergleich im Allgemeinen nicht schlecht, ich vermute, im oberen Drittel. Hier allerdings stellt sich bereits die Frage, an welchen Kriterien man „gut“ oder „schlecht“ festmachen will.

Von Qualitätsdaten erhofft man sich eine einigermaßen repräsentative Darstellung der Behandlungs- und Pflegequalität in medizinischen Einrichtungen, primär Krankenanstalten. Will man diese aber nicht nur als Verlaufskontrolle innerhalb einer Krankenanstalt heranziehen, sondern auch zum Vergleich von Krankenanstalten untereinander, dann müssen hohe Anforderungen gestellt werden, da sonst ebenso hohe Gefahren drohen. Die Vorteile solcher Qualitätsdaten sollten sein, sich anhand standardisierter und nachkontrollierbarer Daten einen Eindruck über die Qualität von Diagnostik und Therapie, aber auch der Pflege zu verschaffen. Die Risiken liegen allerdings darin, dass nur Teilaspekte betrachtet oder vermeintlich günstige Bereiche zur Veröffentlichung ausgewählt werden. Dies kann man sehr schön am Beispiel der Qualitätsindikatoren zur Messung von Infektionen und Multiresistenzen darstellen. Dies ist in Deutschland einerseits gesetz-



Prof. Dr. Dr. Heinz-Michael Just,
Chefarzt Klinikum Nürnberg Nord

Foto: Glasow Fotografie

lich gefordert, andererseits aber qualitativ nicht validiert. Zwar bietet das NRZ Surveillance im Rahmen der KISS-Module sehr gut ausgearbeitetes Handwerkszeug zur Erfassung, diese erfolgt in den Einrichtungen aber nicht objektiv neutral, sondern jede Einrichtung meldet ihre Daten, ohne dass diese unabhängig überprüft werden. Zwar werden die Ergebnisse unter Berücksichtigung einiger wichtiger leicht mit Daten erfassbarer Risiken veröffentlicht, viele wichtige Einflussfaktoren bleiben aber unberücksichtigt, weil sehr umfangreich oder sehr schlecht messbar. So kann beispielsweise eine Krankenanstalt im ländlichen Bereich mit Tiermast- und Geflügelbetrieben bei gleicher Größe und gleichem Leistungsspektrum höhere Raten an multiresistenten Keimen haben als eine vergleichbare Krankenanstalt in einer Großstadt, ohne deswegen „schlechter“ zu sein. Derzeit muss deshalb davor gewarnt werden, eine Entscheidung zur Wahl einer Krankenanstalt alleine auf der Basis solcher Daten zu treffen.

In Deutschland wird die Verpflichtung zur Erfassung und Veröffentlichung qualitätsbezogener Daten leider nicht primär von den Berufsverbänden i. S. einer Qualitätsverbesserung initiiert, sondern von der Politik, die bekanntermaßen von verschiedensten Aspekten beeinflusst wird. Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fordert einen Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R). Darin ist eine Auflistung enthalten, welche Daten – etwa auf der Ebene der Strukturdaten im Bereich des Hygienepersonals – verpflichtend zu veröffentlichen sind. Des Weiteren sind es die Ergebnisse der bereits erwähnten KISS-Module Ergebnis-

daten. Prozessdaten fehlen bislang vollständig. Werden solche Daten veröffentlicht, kommt es darauf an, diese für den Patienten verständlich aufzubereiten. Geschieht dies nicht, können die Daten irreführend sein und den Patienten verunsichern.

Wünschenswert wäre die Entwicklung einheitlicher Standards, die leicht messbare, gesetzlich vorgegebene Struktur- und Prozessdaten transparent machen. Um die ohnehin immer knapper werdende Zeit am Patienten nicht noch weiter zu reduzieren, sollten Ergebnissen sehr sorgfältig und kontrolliert erfasst, ausgewertet und ebenfalls in allgemein verständlicher Form veröffentlicht werden.

Ziel muss es sein, die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung zu erhalten und nicht zu gefährden. Denn sie stellt immer noch die Basis für die bestmögliche, individuelle medizinische Versorgung eines Patienten dar und ist durch nichts zu ersetzen!

Qualitätsdaten sind wichtig für den Verbesserungsprozess in den Spitälern und Kliniken

von Dr. Bernhard Wegmüller, Direktor H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Qualität und Leistung des Schweizer Gesundheitswesens sind im Vergleich zu den anderen OECD-Staaten hoch. Dies zeigt sich nicht nur am Indikator des Gesundheitszustands der Bevölkerung – wie beispielsweise der überdurchschnittlich hohen Lebenserwartung bei der Geburt –, sondern auch beim Umfang und bei der Erreichbarkeit der Leistungen, beim Zugang zu Medikamenten und bei den Informationen der Patienten.

Die Spitäler und Kliniken sehen es als ihre Pflicht, hohe Qualität zu gewährleisten und diese transparent zu kommunizieren. Für die



Dr. Bernhard Wegmüller, Direktor H+ Die Spitäler der Schweiz

Foto: H+/Nadia Schweizer

Koordination der Qualitätsmessungen in den Schweizer Akutspitälern, Rehabilitationskliniken und Psychiatrien ist der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zuständig. Die Messung erfolgt nach einem nationalen Messplan, der zusammen mit den Spitälern, Versicherern und Kantonen erarbeitet wurde. Der ANQ publiziert die Ergebnisse der Messungen transparent und macht sie einer breiten Öffentlichkeit zugänglich.

Aus Sicht vom Spitalverband H+ nutzen die Qualitätsdaten vor allem Fachleuten in den Spitälern und Kliniken. Denn die Daten helfen ihnen, die Qualität und Patientensicherheit kontinuierlich zu verbessern. Allfällige Risiken orten wir bei der Interpretation von Indikatoren, vor allem wenn diese von fachfremden und spitalexternen Gesundheitsexperten sowie Laien vorgenommen werden. Fehlinterpretationen solcher Indikatoren durch Kostenträger, Politik und Medien stellen eine Gefahr für die gesamte Qualitätsmessung dar. Problematisch wird es, wenn zu diesem Zweck ungeeignete Indikatoren, beispielsweise für die Verhandlung von Baserates oder als Selektionskriterium für die kantonalen Spitalisten, herangezogen werden. Künftig wäre deshalb eine intensive Methodendiskussion zum Umgang mit Qualitätsindikatoren zwischen allen Beteiligten wünschenswert. Das Ziel muss sein, die Transparenz bei den Qualitätsdaten für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in den Spitälern und Kliniken zu nutzen.

Qualitätsdimensionen im Gesundheitswesen

Maßgeblich geprägt wurde die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen von Avedis Donabedian. Sein Modell der Qualitätsdimensionen umfasst drei Ebenen:

Struktur- und Potenzialqualität

Umfasst die Beschreibung der materiellen, personellen, organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen des medizinischen Versorgungsprozesses; sie beinhaltet normative Zielsetzungen.

Prozessqualität

Umfasst die Art und Weise der Leistungserbringung im medizinischen Versorgungsprozess – von der Beratung des Patienten über den Ablauf der medizinischen Versorgung bis hin zu konkreten Prozessbeschreibungen zu Standards, Qualitäts- und Entlassungsmanagement etc.

Ergebnisqualität

Umfasst das Ergebnis des medizinischen Versorgungsprozesses – das Resultat der Veränderung des gesundheitlichen Zustands des Patienten im Zuge der medizinischen Behandlung.

Quelle: Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Ein praxisorientierter Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen und Bewertungsverfahren. GRIN Verlag, Norderstedt 2005

Kriterien zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten

Relevanz

Die veröffentlichten Daten repräsentieren zumindest teilweise die medizinische Behandlungsqualität.

Korrektheit

Die Datenqualität wird kontrolliert. Die Indikatoren werden präzise definiert. Die Gesamtheit der Patienten, bei welcher die Indikatoren gemessen werden, wird beschrieben und die Anzahl genannt. Bei einer Patientenbefragung wird die Rücklaufquote angeführt. Die Instrumente zur Messung der Indikatoren sind gültig (Validität) und verlässlich (Reliabilität). Die Datenquelle wird beschrieben. Der Zeitraum der Messungen wird angeführt.

Verständlichkeit

Zahlen sind nur aussagekräftig, wenn adäquate Interpretationshilfen mitgeliefert werden. Fachbegriffe werden dabei lesergerecht verwendet und erläutert. Die Formulierungen sind kurz und einfach.

Quelle: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Empfehlungen zur „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten zur medizinischen Behandlungsqualität“. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(26/27):1044-54.

Tabelle 1:

Anzahl an Operationen, die dem ANISS-Referenzzentrum
übermittelt wurden

| Indikator | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009–2013 |
|-----------|------|------|-------|-------|-------|-----------|
| CABG | 286 | 321 | 272 | 401 | 497 | 1777 |
| CHOL | 381 | 424 | 437 | 414 | 441 | 2097 |
| COLO | 225 | 271 | 249 | 234 | 229 | 1208 |
| CSEC | 3641 | 3591 | 3610 | 4186 | 4243 | 19271 |
| HPRO | 4780 | 4774 | 4980 | 5195 | 5720 | 25449 |
| KPRO | 298 | 164 | 434 | 536 | 1023 | 2455 |
| MAST | 0 | 54 | 71 | 688 | 555 | 1368 |
| Sonstige | 359 | 197 | 95 | 91 | 84 | 826 |
| Gesamt | 9970 | 9796 | 10148 | 11745 | 12792 | 54451 |

Tabelle 2:

Anzahl an Infektionen ANISS (bis 30 Tage nach OP)

| Indikator | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009–2013 |
|-----------|------|------|------|------|------|-----------|
| CABG | 11 | 11 | 10 | 14 | 27 | 73 |
| CHOL | 2 | 7 | 3 | 4 | 7 | 23 |
| COLO | 18 | 31 | 34 | 25 | 19 | 127 |
| CSEC | 17 | 25 | 25 | 23 | 29 | 119 |
| HPRO | 54 | 44 | 48 | 34 | 45 | 225 |
| KPRO | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| MAST | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |

Tabelle 3:

Anzahl an Infektionen (bis 1 Jahr nach OP)

| Indikator | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2009–2013 |
|-----------|------|------|------|------|------|-----------|
| CABG | 15 | 12 | 11 | 15 | 34 | 87 |
| CHOL | 2 | 7 | 3 | 4 | 7 | 23 |
| COLO | 21 | 34 | 35 | 27 | 19 | 136 |
| CSEC | 20 | 25 | 25 | 24 | 29 | 123 |
| HPRO | 63 | 59 | 63 | 47 | 57 | 289 |
| KPRO | 1 | 0 | 3 | 0 | 5 | 9 |
| MAST | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |

CABG = Koronararterien-Bypass-Operation
 CHOL = Gallenblasen-Operation
 COLO = Operation am Dickdarm
 CSEC = Kaiserschnitt-Operation
 HPRO = Hüftprothesen-Operation
 KPRO = Knieprothesen-Operation
 MAST = Mastektomie.
 Quelle: Nosokomiale Infektionen in Österreich 2013. Eine Zusammenstellung nationaler Daten.

Kontaktmöglichkeiten

kliniksuche.at

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung für Qualität im Gesundheitssystem,
Gesundheitssystemforschung I/C/14

Radetzkystraße 2
1030 Wien

Kontakt: kliniksuche@bmg.gv.at
www.bmg.gv.at

Zur Plattform: www.kliniksuche.at

weisse-liste.de

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh

Kontakt: [www.weisse-liste.de/de/
informationen/presse](http://www.weisse-liste.de/de/informationen/presse)
www.bertelsmann-stiftung.de

Zur Plattform: www.weisse-liste.de

ANQ

ANQ – Nationaler Verein für Qualitäts-
entwicklung in Spitälern und Kliniken

Thunstrasse 17
3000 Bern 6

Kontakt: info@anq.ch
www.anq.ch

**Zur Plattform: [www.anq.ch/
messergebnisse](http://www.anq.ch/messergebnisse)**

Kontakt ÖGKH

Welldone Werbung und PR GmbH

Mag. Michael Moser, Bakk.Komm.
Public Relations

Tel.: 01-402 13 41-58

E-Mail: m.moser@welldone.at

Pressecorner: presse.welldone.at