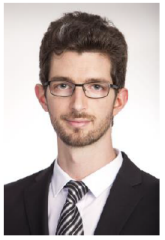
Die Zukunft der Qualität

Qualität und Patientensicherheit:
Rückblick-Einblick-Vorausblick

NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft PPA

Laut gedacht

Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte



Irren ist menschlich- und teuer

Dr. Herwig Ostermann **Mag. Martin Zuba**

Behandlungsfehler und unerwünschte Nebeneffekte verursachen viel menschliches Leid. Daneben erzeugen sie auch hohe Kosten für das System und liefern damit ein zusätzliches Argument, mehr Geld in Patientensicherheit zu investieren.

Irren ist menschlich. Mit dieser simplen, unbestreitbaren Aussage hat das Komitee für Qualität in der Gesundheit des Institute of Medicine (IOM) im Jahr 2000 eine Debatte über Fehlerkultur im Gesundheitswesen angestoßen. Die Autoren schätzen, dass jährlich 98.000 US-Amerikaner/innen in Folge von Behandlungsfehlern oder anderen unerwünschten Nebeneffekten der medizinischen Behandlung sterben. Das sind mehr als im Straßenverkehr oder an den Folgen von Arbeitsunfällen sterben. Daraus ziehen die Autoren vor allem eine Schlussfolgerung: Behandlungsfehler müssen ohne Tabus, aber vor allem auch ohne Schuldzuweisungen diskutiert werden. Nur so können Maßnahmen, die Behandlungsfehler reduzieren oder eliminieren, identifiziert und umgesetzt werden.

Viele unerwünschte Nebeneffekte von medizinischen Behandlungen sind dabei nicht unbedingt auf Fehler von medizinischem Personal zurückzuführen. Patienten und Patientinnen können auch dann zu Schaden kommen, wenn kein Fehlverhalten vorliegt. Ein klassisches Beispiel hierfür sind nosokomiale Infektionen, die zwar teilweise auf mangelnde Hygiene zurückzuführen sind, aber nie vollständig ausgeschlossen werden können.

Ausmaß von Behandlungsfehlern bzw. unerwünschten Nebeneffekten

Die Studie des IOM zeigte auch, dass unerwünschte Nebeneffekte von medizinischen Behandlungen bei weitem häufiger auftreten, als weitläufig vermutet wird. Neuere in der internationalen Fachliteratur publizierte Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 4 und 17% aller Patientinnen und Patienten während eines Spitalsaufenthalts einen

Autoren: Ao. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann, Mag. Martin Zuba

Nur wenn man Infektionen erfasst, kann man besser werden.

Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger

Prävention ist kosteneffektiv

Die Konsequenzen nosokomialer Infektionen konnten Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger (Bereichsleiter Humanmedizin in der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit) und seine Kollegen am Beispiel von Clostridium-difficile-Infektionen (CDI) nachweisen, einer der Hauptursachen für infektiöse Diarrhoe im Krankenhaus. Die Mortalität der untersuchten CDI-Patienten vor der Entlassung sowie 30 und 180 Tage danach lag bei 20, 17 und 42,3 Prozent – bei Patienten ohne CDI waren die entsprechenden Daten 7,2, 6,7 und 22,5 Prozent. Die Liegedauer hat sich bei CDI-Betroffenen gegenüber anderen Patienten um 10 Tage verlängert. Bei einem Fixkostenpreis von zumindest 500 Euro pro Bett pro Tag wären dies Zusatzkosten von 5.000 Euro pro CDI-Fall. Prof. Allerberger: „Über die verlängerte Liegedauer wird das Problem auch für den Krankenhausträger offensichtlich, weil es

Jede Maßnahme gegen Krankenhausinfektionen wirkt sich finanziell aus.

Univ.-Doz. Dr. Thomas Koperna

Schlechtes „Geschäft“ für Krankenhausträger

Konsequenzen nosokomialer Infektionen wie längere Liegedauer, längere Krankenstände und Arbeitsunfähigkeit belasten nicht nur das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaften, sie sind im aktuellen österreichischen Abrechnungssystem auch für jedes Krankenhaus ein ungünstiger Kostenfaktor. „Generell gibt es einen Bewusstseinswandel im System Krankenhaus, mehr auf das Problem nosokomiale Infektionen zu achten. Das Bewusstsein steigt, dass nosokomiale Infektionen ein wichtiger Kosten- und Qualitätsfaktor im Krankenhaus sind, und das ist eine positive Entwicklung“, so Univ.-Doz. Dr. Thomas Koperna (Leiter Unternehmensentwicklung – Medizin und Pflege, KABEG Management, Klagenfurt): „Die Literatur geht von einer zwei- bis dreifach verlängerten Verweildauer von Patienten mit nosokomialen Infektionen aus. Die österreichischen Krankenhäuser bekommen ihre Leistungen nach dem

„Qualität“ ist ein schillernder Begriff

foto: getty images/istockphoto

Die meisten Österreicher stellen dem Gesundheitssystem ein gutes Zeugnis aus. Damit das so bleibt, müssen aber Probleme in Angriff genommen werden.

derStandard.at › Gesundheit ›› Arzt und Patient

International Inland Wirtschaft Web Sport Panorama

"Das heimische Gesundheitssystem ist bei weitem nicht so schlecht, wie es immer wieder dargestellt wird", betont Biach. Das sieht auch der Großteil der Bevölkerung ab 15

Qualität chargiert

Orientierung an Erwartungen der PatientInnen ja, aber sicher nicht zu verabsolutieren.

- ***„Der Patient soll die erwartete Leistung erhalten“***

  Patient wird zu (bloßem) Konsumenten:

  - der Patient weiß ja eigentlich nicht, was er legitim erwarten kann;
  - er kann die Leistung (Produkt-Ergebnis) nicht fachlich einschätzen;
  - es fehlen den Patienten die validen Informationen und die validen Vergleiche.

Qualitätserwartungen???

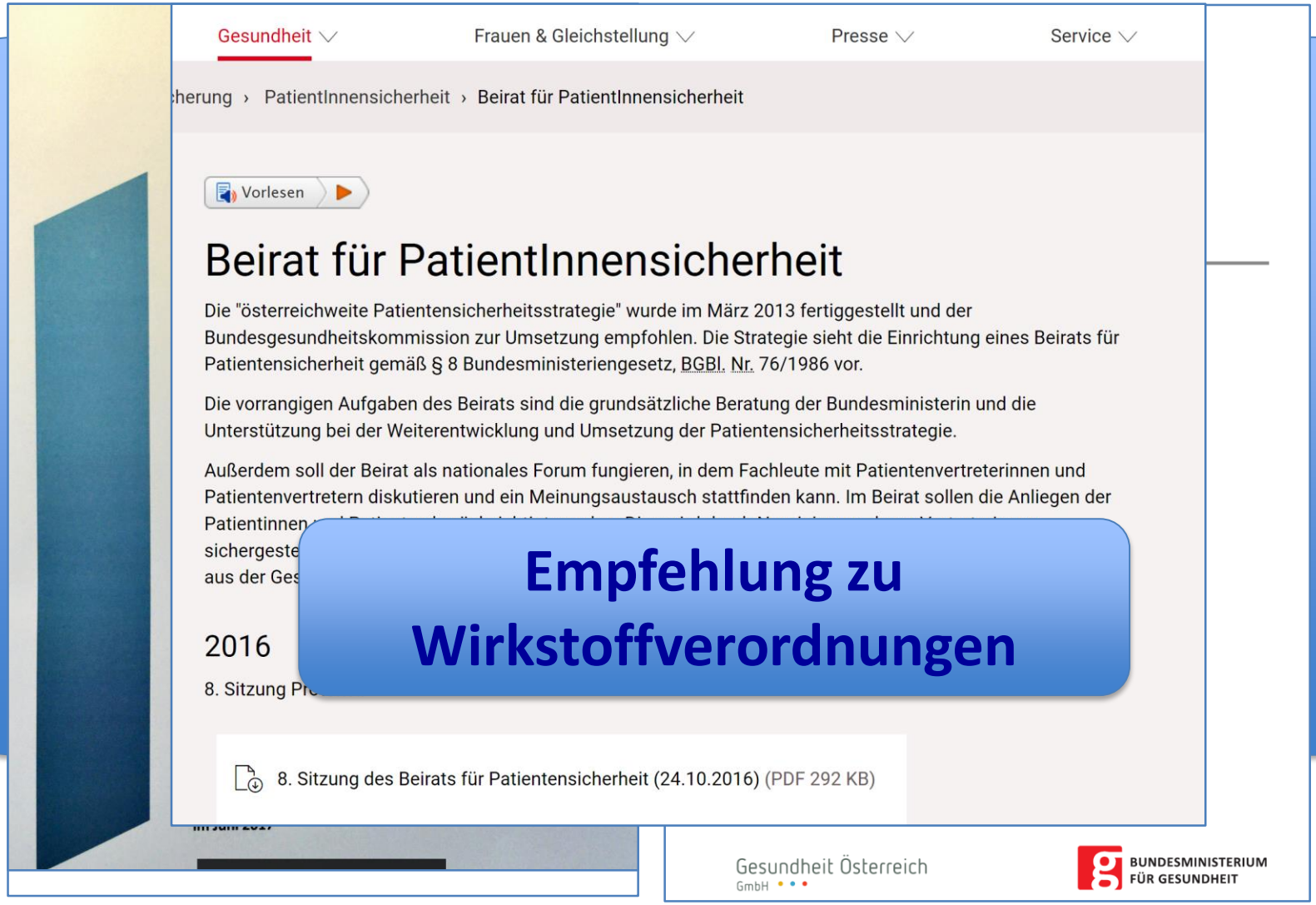
Die „Todeswespe“

Die KH-Geburt ums Eck

Fallzahlen Mindestmengen

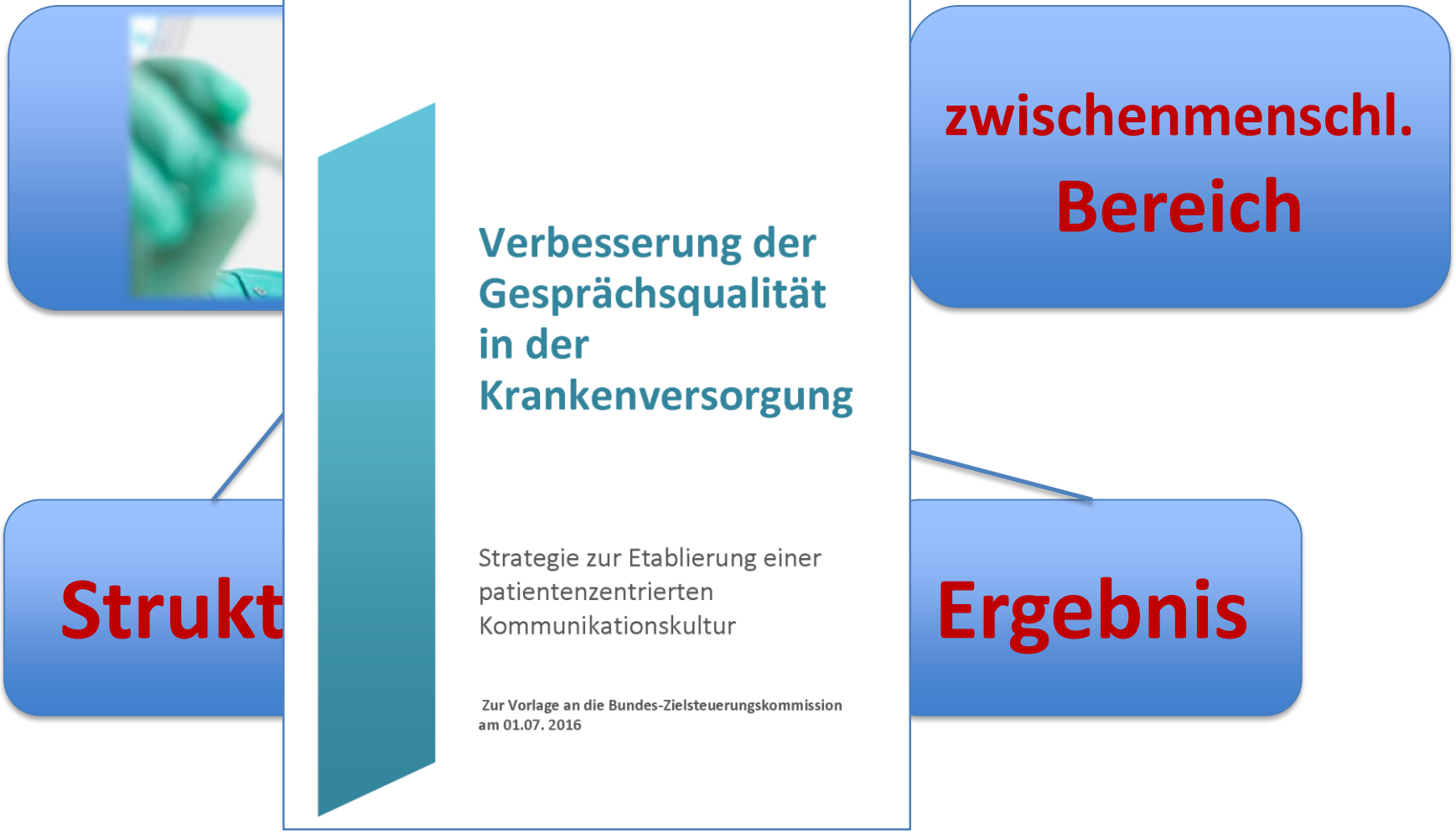
Gesundheitskompetenz
Bürger/Patienten zu Betroffenen machen!

Qualität: aus (fachadjustierter) Patientensicht



Empfehlung zu Wirkstoffverordnungen

Qualität aus (fachadjustierter) Patientensicht



PRÄSIDENT

Foto: Raimo Rumpler

Dr. Christoph Reisner, MSc
www.wahlarzt.at

Stoppt das Datenmonster!

Ein Appell an die neue Bundesregierung

Wäre alles nach Plan der Politik gelaufen, müssten seit Sommer 2016 alle Ärztinnen und Ärzte in Österreich mit ELGA arbeiten. Dafür hätten wir entweder unsere Ordinationszeiten ausweiten oder weniger Patienten oder diese kürzer behandeln müssen, denn ELGA hätte uns viel Zeit und vermutlich noch viel mehr Nerven gekostet. Nachdem wir aber glücklicherweise in Österreich leben, bleiben wir im Moment noch verschont. Verdächtig ruhig war es die letzten Monate rund um ELGA. Einer der Gründe dafür waren vermutlich die Komplikationen während der Testphase, die schlussendlich zu den unerwünschten Verzögerungen bei der Umsetzung geführt haben.

Umsetzung derzeit nur im Krankenhaus

Tatsächlich in Echtbetrieb ist ELGA in Niederösterreich bisher in den Landeskliniken. Wie mir mehrere angestellte Kolleginnen und Kollegen glaubhaft berichtet haben, dauert die Befunderstellung deutlich länger als bisher, mit rund einer Arztstunde pro Tag muss als zeitlichem Mehraufwand gerechnet werden. Mit dem Erfolg, dass jene niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die als Testpersonen bereits bei ELGA angeschlossen sind, eingescannte pdfs erhalten, die ohne zusätzlichen Nutzen wie bisher zur Gänze durchgelesen werden müssen, um Wesentliches herauszufiltern. Selbst im Krankenhaus fehlt die Suchfunktion oder eine Gliederung, mit der man sich ausschließlich Medikamente oder beispielsweise Allergien anzeigen lassen kann. Für den niedergelassenen Arzt, der den Befund erhält, ist selbstverständlich auch keine den Text erfassende Suchfunktion möglich. Es gibt auch keine Zusatzinformationen, warum beispielsweise ein Laborbefund erstellt wurde, ob es eine spezielle Indikation gab etc. Maximal eine mögliche Allergie wird gelb angezeigt, mehr nicht. Viel Aufwand also für derzeit noch keinen Zusatznutzen.

E-Medikation ab 2019 geplant

In unserem Bundesland soll ELGA im niedergelassenen Bereich

Entlassungsbriefen, Labor- und Radiologiebefunden soll die elektronische Medikationsliste hinzukommen. Apotheken sollen ab diesem Zeitpunkt auch rezeptfreie und auf Privatrezepten verordnete Medikamente erfassen. Dies war im Probebetrieb von vielen Personen unerwünscht und hat zu Unvollständigkeiten in der Medikamentenliste geführt.

Vereinzelter Testbetrieb in Ordinationen

Bereits jetzt gibt es einige „Friendly User", die als niedergelassene Ärzte ELGA in ihren Ordinationen testen. Als größtes Problem im Alltag wird die lange Downloadzeit von Befunden gesehen, obwohl es während der Probephase mit Sicherheit noch keine hohen Zugriffsfrequenzen gibt. Bis zu einer halben Minute wertvoller Zeit kann so ein Download schon in Anspruch nehmen. Bei einem mehrseitigen Befund ist ein Absturz während des Downloads leider keine Seltenheit. Die ELGA GesmbH argumentiert, dass alle Befunde gleich beim Stecken der E-card heruntergeladen werden könnten. Ganz abgesehen davon, dass unsere Server wahrscheinlich permanent überbelastet wären, ist es auch rechtlich durchaus bedenklich, sämtliche Daten herunterzuladen, auch solche, die man aufgrund seines Fachgebietes überhaupt nicht benötigt. Viele unserer Kolleginnen und Kollegen kämen dadurch in Erklärungsnotstand gegenüber ihren Patienten.

Unbeantwortet sind allerdings noch zahlreiche weitere Fragen, zum Beispiel zur Verpflichtung, die wesentlichen Punkte aus den Befunden gelesen zu haben, zur Usability, zur Datensicherheit und zur Kostenabgeltung. Deshalb ist zum derzeitigen Zeitpunkt von einer Aufrüstung oder Neuanschaffung der Ordinationssoftware abzuraten. Kein Mensch kann momentan abschätzen, unter welchen Voraussetzungen es eine mögliche finanzielle Unterstützung gibt oder ob die derzeit bekannten Übergangsfristen eingehalten werden. Genauso wenig wird man einen EDV Spezialisten oder Datenschutzexperten finden, der völlig ausschließen kann, dass sensible Gesundheitsdaten

Pflege-Entlassungsbrief

Erzeugt am 30. Juli 2015 um 10:46 Uhr | Version: 1

AMADEUS SPITAL

Inhaltsverzeichnis ausklappen Alle Inhalte ausklappen

Patient: Dipl.Ing. Hofrat Herbert Hannes Mustermann, BSc, MBA
Geschlecht: männlich | geboren am: 24. Dezember 1949 | SVN: 1111241249 |
Gesetzlicher Vertreter vorhanden

Aufenthalt: Amadeus Spital - Chirurgische Abteilung
Stationär von: 2. März 2013 bis: 25. März 2013 | Aufnahmezahl: Az123456

Erstellt von: Amadeus Spital - Chirurgische Abteilung **An:** Ordination Dr. Empfänger

Mehrere Risiken
Patientenverfügung vorhanden

Sehr geehrte Frau Kollegin/ Sehr geehrter Herr K

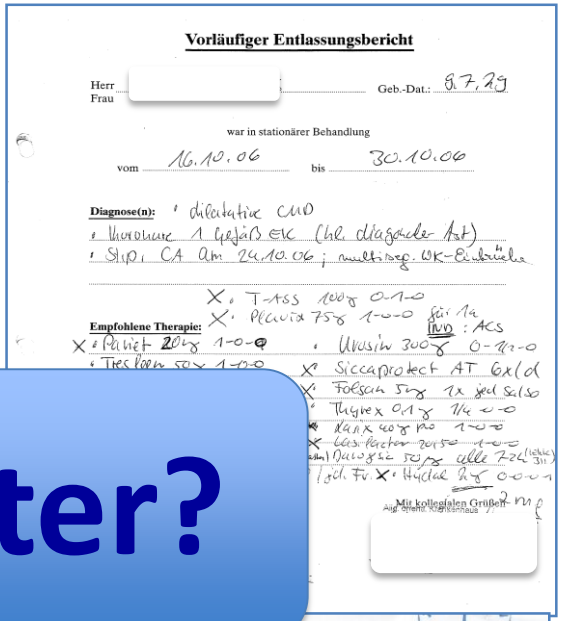
Dies ist ein Beispielbefund. Bei den Inhalten hand
personenbezogene Echtdaten oder realistische B
Verwendung eines Maximums der erlaubten Opti

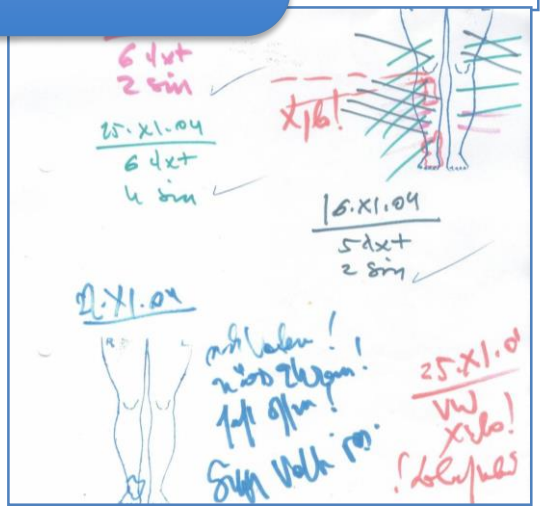
Pflegediagnosen

Titel	Langtext	weitere Informationen	Code/Terminologie
Körperliche Mobilität, beeinträchtigt			50052/POP
Selbstpflege Ausscheiden, beeinträchtigt			50152/POP
Selbstpflege Essen/Trinken, beeinträchtigt			50122/POP
Selbstpflege Waschen/Sauberhalten, beeinträchtigt			50132/POP
Sturz, Risiko			70071/POP

Mobilität

Bewegung ist erschwert, unsicher und verlangsamt, kann jedoch mit Hilfsmitteln selbstständig erfolgen.





Datenmonster?

NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft PPA

KLINIKSUCHE.AT
Qualitätsdaten

MINISTERIUM FRAUEN GESUNDHEIT

Startseite | Über uns | Glossar | Ihr Krankenhausaufenthalt | Kontakt

Find

Wir ge

Wo bleibt der große niedergelassene Bereich?

ützt Sie dabei,
en Wünschen

lungen werden
den erweitert.

Körperbereich

Körperbereich wählen...

Behandlung

Behandlung wählen...

PLZ, Ort oder Bundesland

Ort wählen...

Umkreis

Umkreis wählen...

Qualitätskiller der Zukunft nosokomiale Infektionen!

Hygiene-Co-Pilot (UKH Klagenfurt)

- Vers
- Com
- De
- vor j
- signi

gelegt

verantwort

das 2.400

an einer nosokomial
European Centre for
(ECDC). Hochgerech
sterben zweifelsfrei
onen. Bei weiteren
ECDC, sind Krankenhausinfektionen zumindest mitverantwortlich. Umgerechnet auf Österreich wären das 2.400 Todesfälle.

fahren mit Meldung an den Unfallversicherungsträger einleiten kann (22).

Compliance

Leider ist die Compliance in der Händehygiene mit durchschnittlich 50 % insgesamt schlecht, das heißt: im Schnitt wird jede zweite erforderliche Händedesinfektion unterlassen. Alle Initiativen zur Verbesserung der Compliance in der Händehygiene zielen in erster Linie darauf ab, vor allem die Rate der Händedesinfektion zu optimieren. In zweiter Linie ist natürlich auch wichtig, das Waschen der Hände auf ein Minimum zu reduzieren.

Barrieren

Es gibt verschiedene Gründe, warum Mitarbeiter die Händedesinfektion wesentlich seltener durchführen als dieses für den Schutz des Patienten notwendig wäre. Dazu zählen:

- mangelnde Kenntnis über die klinischen Situationen, in denen ein klarer Nutzen für den Patienten vorhanden ist
- fehlende Produkte oder Spender: dadurch steht das Händedesinfektionsmittel nicht direkt dort zu Verfügung, wo es benötigt wird
- Zeitmangel: durch die zunehmende Arbeitsbelastung, auch durch Überbelegung von Abteilungen beziehungsweise durch fehlendes Personal, wird die Händedesinfektion häufiger unterlassen (23)

Haut des Mitarbeiters erhalten. Zur Dekontamination der Hände ist in den meisten klinischen Situationen aufgrund der besseren Wirksamkeit und Hautverträglichkeit eine hygienische Händedesinfektion indiziert. Das Waschen mit Wasser und Seife ist grundsätzlich nur bei sichtbar verschmutzten Händen beziehungsweise bei Kontamination mit Bakteriensporen wie C. difficile nach der Händedesinfektion erforderlich. Zur Verbesserung der Compliance sollten die wichtigsten klinischen Situationen bekannt sein, in denen eine Händedesinfektion für den Patienten tatsächlich einen Nutzen hat.

KLINISCHE KERNAUSSAGEN

- Die Händedesinfektion zählt zu den wichtigsten Maßnahmen, um die Übertragung nosokomialer Infektionen gezielt zu vermeiden. Sie ist das Mittel der Wahl, um die transiente Flora der Hände zu eliminieren.
- In der Praxis wird durchschnittlich jede zweite erforderliche Händedesinfektion unterlassen. Deshalb hat die WHO eine weltweite Initiative gestartet, um die Compliance zu verbessern.
- Durch eine verbesserte Compliance in der Händedesinfektion lässt sich die Rate nosokomialer Infektionen um bis zu 40 % reduzieren.
- Das Waschen der Hände ist für die Haut schadhafter als die Händedesinfektion. Sie sollte vor allem bei Kon-

2,5-mal länger ist als die Dauer der stationären Behandlung vergleichbarer Patienten ohne Krankenhausinfektion. Die Mehrkosten betragen das 2,8-Fache der Kosten ohne nosokomiale Infektionen.

Zielsteuerung-Gesundheit
Bund • Länder • Sozialversicherung

Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene

Abgenommen durch die Arbeitsgruppe Gesundheitssystem im Juni 2015

Zielsteuerung-Gesundheit
Bund • Länder • Sozialversicherung

Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Krankenhauskeimen

Operatives Ziel 8.3.1., Maßnahme 5

Abgenommen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 6. April 2016

Qualitätvolle Versorgung der Zukunft: so nicht!!!

- **Schwerpunkt nicht bloß ein „Mehr“ an Quantität zu „produzieren“.**
- **Schwerpunkt muss sein ein „Mehr“ an Qualität zu erzielen und die** nachgewiesene **Wirksamkeit** von Diagnosen, Therapien und Medikamenten in den Mittelpunkt zu stellen.
- **Es geht also nicht um ein bloßes „Mehr“, sondern es geht um die** richtigen Versorgungsleistungen.

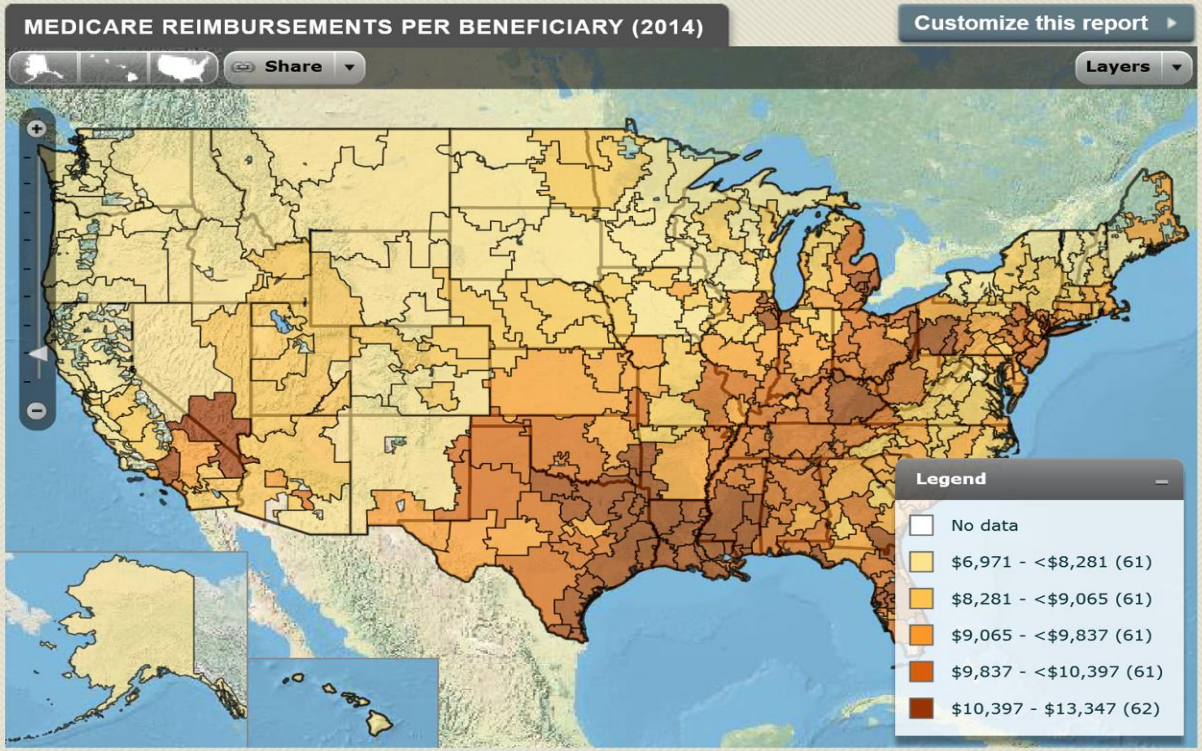
THE DARTMOUTH ATLAS OF HEALTH CARE

Custom Search

DATA BY REGION | DATA BY HOSPITAL | DATA BY TOPIC | TOOLS | KEY ISSUES | PUBLICATIONS | PRESS ROOM

Understanding of the Efficiency and Effectiveness of the Health Care System

For more than 20 years, the Dartmouth Atlas Project has documented glaring variations in how medical resources are distributed and used in the United States. The project uses Medicare data to provide information and analysis about national, regional, and local markets, as well as hospitals and their affiliated physicians. This research has helped policymakers, the media, health care analysts and others improve their understanding of our health care system and forms the foundation for many of the ongoing efforts to improve health and health systems across America. LEARN MORE



SPOTLIGHT

ATLAS RATE GENERATOR

Need a rate for a procedure we don't measure? The Atlas Rate Generator allows researchers to obtain cross-sectional rates of Medicare data efficiently, at a low cost, and in a timely manner. Click "Read More" for details.

READ MORE

WINDOWS ON HEALTHCARE: THE FACES OF VARIATIONS

This hour-long video discusses the history and importance of research on variations in health care.

READ MORE

DIFFUSION OF MEDICAL PROCEDURES AND TECHNOLOGY

The Dartmouth Diffusion website is designed for researchers and policy-makers interested in studying the diffusion of medical technologies. It provides both data from the Dartmouth Atlas in longitudinal form (making it easy to download) by year by region, going back to 1992, and datasets used in recent published studies related to diffusion. We welcome other datasets with similar structure for researchers to use in an open-access no-cost setting.

READ MORE

Faktencheck Gesundheit

Regionale Unterschiede
in der Gesundheitsversorgung

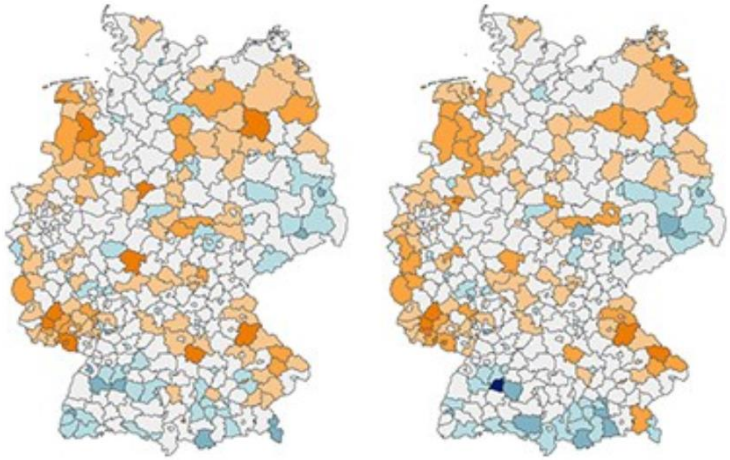
Fehlversorgung

Unterversorgung

Überversorgung

Unterschiede in der OP-Häufigkeit rein medizinisch nicht erklärbar

Regionale Unterschiede gibt es vor allem bei der Entfernung der Mandeln, des Blinddarms, der Prostata oder beim Einsetzen eines Defibrillators am Herzen. Hier zeigen sich Unterschiede bis zum 8-fachen. Rein medizinisch sind derart hohe Abweichungen ebenso wenig zu erklären wie durch Alters- oder Geschlechtsstrukturen.



Die Karten zeigen die Häufigkeit von Gallenblasenentfernungen im Zeitvergleich 2007-2009 (links) und 2010-2012 (rechts). Die ähnlichen Muster verdeutlichen, dass die OP-Raten über die Jahre sehr konstant geblieben sind. Blau eingefärbte Kreise weisen hohe Raten, orange eingefärbte Kreise niedrige Raten auf.

ZUM DOWNLOAD

- Grafik: Wohnort als Risiko?
- Grafik: Entfernung der Prostata
- Grafik: Entfernung der Gaumenmandeln

ANSPRECHPARTNERIN

Marion Grote-Westrick

Resumè

- Patienten/Bürger zu Betroffenen machen;
- Qualitätsarbeit nicht als Bedrohung sehen;
- Versuche und Scheitern zulassen, das ist Lernpotential!
- Transparenz auf allen Ebenen stärken;
- Qualitätsarbeit priorisieren;
- Versorgungsforschung intensivieren!
- Unabhängigkeit der Fachinstitute stärken!
- Umsetzen, Umsetzen, Umsetzen!!!
- Anreize setzen!
- **Suchen Sie bitte die Gründe warum es geht und nicht die Gründe warum es nicht geht!**