

# **Spitalfinder**

## **Methodische Bemerkungen**

## Inhalt

1	Warum ein Spitalfinder? .....	3
2	Welche Dimensionen von Qualität werden dargestellt? .....	3
3	Interpretation der Farbpunkte.....	4
4	Qualitätsausweis auf Ebene der Spitalstandorte .....	4
5	Aggregationsregeln .....	5
6	In welcher Reihenfolge werden die Spitäler gezeigt? .....	5
7	Datenquelle .....	5
8	Akutspitäler.....	6
8.1	Qualitätsindikatoren BAG .....	6
8.1.1	Fallzahlen .....	6
8.1.2	Anteilswerte .....	7
8.1.3	Sterblichkeit.....	7
8.2	Qualitätsindikatoren ANQ .....	8
8.2.1	Patientenzufriedenheit .....	8
8.2.2	Wundinfektionsraten.....	8
8.2.3	Stürze .....	9
8.2.4	Dekubitus .....	9
8.2.5	Ungeplante Rehospitalisationen .....	10
8.2.6	Implantaterneuerungen .....	10
9	Stationäre Rehabilitation .....	11
9.1	Qualitätsindikatoren BAG .....	11
9.2	Qualitätsindikatoren ANQ .....	11
9.2.1	Patientenzufriedenheit .....	11
9.2.2	Behandlungserfolg .....	12
10	Stationäre Psychiatrie .....	14
10.1	Qualitätsindikatoren BAG .....	14
10.2	Qualitätsindikatoren ANQ .....	14
10.2.1	Patientenzufriedenheit .....	14
10.2.2	Veränderung der Symptombelastung .....	14
11	Quellenangaben .....	16

# 1 Warum ein Spitalfinder?

Der Spitalfinder ist ein Instrument, um im Bereich Qualität einen weiteren Schritt in Richtung mehr Transparenz zu gehen. Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 gilt die freie Spitalwahl. Allerdings fehlen den Versicherten in der Regel die Informationen, um die Spitalwahl für sich treffen zu können. Die gegenwärtig öffentlich verfügbaren Qualitätsinformationen, welche auf Spitalebene publiziert werden, stammen aus verschiedenen Quellen, befinden sich an verschiedenen Orten, sind schwer auffindbar und für Nicht-Mediziner nur schwer verständlich.

Der Spitalfinder weist einen Weg aus der Intransparenz. Mit dem Spitalfinder lässt sich die Qualität verschiedener Spitäler rasch und einfach verständlich einschätzen. So können Patientinnen und Patienten auf Basis verlässlicher Informationen die Qualität verschiedener Spitäler vergleichen.

Der Spitalfinder leistet damit einen Beitrag zur Transparenz, indem die gegenwärtig auf Ebene der Akutspitäler, der stationären Rehabilitation und der stationären Psychiatrie zur Verfügung stehenden öffentlichen Informationen zur Ergebnisqualität auf einer einzigen Plattform gebündelt und für den Nutzer lesbar und verständlich dargestellt werden. Der Spitalfinder ermöglicht dem Nutzer, sich umfassend über die publizierten Informationen zur Ergebnisqualität eines Spitals zu informieren.

Die Qualitätsindikatoren, die auf der Plattform dargestellt werden, stammen vom Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und vom Bundesamt für Gesundheit (BAG). Sie werden in vereinfachter Form dargestellt. Der vorliegende Bericht soll der tatsächlichen Komplexität der dargestellten Qualitätsindikatoren gerecht werden, indem beschrieben wird, welche Vereinfachungen vorgenommen wurden und welche Stärken und Schwächen die einzelnen Qualitätsindikatoren haben.

## 2 Welche Dimensionen von Qualität werden dargestellt?

Auf der Plattform werden Qualitätsindikatoren von Akutspitälern, Kliniken der stationären Rehabilitation sowie der stationären Psychiatrie dargestellt.

Bei den Akutspitälern sind die Qualitätsindikatoren Fallzahlen, Sterblichkeitsraten, Anteilswerte, Patientenzufriedenheit, Wundinfektionsraten, vermeidbare Rehospitalisationen, Stürze und Druckgeschwüre abrufbar. In der stationären Rehabilitation stehen derzeit die Patientenzufriedenheit und der Behandlungserfolg, gemessen mit verschiedenen Instrumenten, als Qualitätsindikatoren zur Verfügung. In der stationären Psychiatrie sind die Patientenzufriedenheit und die Symptombelastungsmessung verfügbar. Der Spitalfinder bündelt somit Qualitätsindikatoren, die Aspekte der Ergebnisqualität eines Spitals abbilden. Nicht alle Qualitätsindikatoren bilden die Ergebnisqualität in gleicher Weise ab. Zu unterscheiden sind objektive behandlungszentrierte und subjektive zufriedenheitszentrierte Qualitätsindikatoren<sup>1</sup>.

Für jedes Spital ist auch das Google-Sternenrating abrufbar.

- Behandlungszentrierte Ergebnisindikatoren (objektiv): Die Ergebnisqualität (Outcome) beschreibt einerseits Veränderungen des Gesundheitszustandes des Patienten, die durch die medizinische Versorgung ausgelöst werden. Die im Spitalfinder integrierten Indikatoren Fallzahlen, Sterblichkeitsrate, Wundinfektionsraten, Stürze, Druckgeschwüre, vermeidbare Rehospitalisationen, Symptombelastung sowie der Behandlungserfolg in der Rehabilitation sind eine Annäherung an diese Behandlungsergebnisse. Die Ergebnisqualität ist somit Ausdruck des erzielten Behandlungsergebnisses.

---

<sup>1</sup> Gehrlach C, Althenhöner T, Schwappach, D. Der Patents' Experience Questionnaire. Patientenerfahrungen vergleichbar machen. Verlag Bertelsmannstiftung 2009; 34.

- Zufriedenheitszentrierter Ergebnisindikator (subjektiv): Der Qualitätsindikator Patientenzufriedenheit sowie das Google-Sternrating beschreiben ebenfalls die Ergebnisqualität eines Spitals. Im Gegensatz zu den restlichen Qualitätsindikatoren handelt es sich aber bei der Patientenzufriedenheit um eine subjektive Beurteilung der Patienten. Die fachliche Qualität der Behandlung können die Patienten kaum oder nur schwer beurteilen.

Nicht dargestellt werden Indikatoren, welche die Struktur- oder Prozessqualität erfassen. Die Strukturqualität beinhaltet die personelle und technische Ausstattung der Praxis, die Rahmenbedingungen der medizinischen Aus- und Weiterbildung, Genauigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation in der Krankengeschichte etc. Zur Prozessqualität zählt hingegen der grosse Komplex der Handlungen und Interaktionen, die sich zwischen Arzt, Patient und Praxisteam abspielen. Dazu gehören Gesprächsführung, Anamnese, Untersuchung, Medikamentenverordnung, Notfallorganisation etc.

### 3 Interpretation der Farbpunkte

Auf dem Spitalfinder werden die Qualitätsergebnisse, welche die Spitäler erreichen, mit Farbpunkten ausgewiesen. Die Farbvergabe beruht methodisch auf zwei verschiedenen Ansätzen.

- Bei der standardisierten Sterblichkeitsrate (SMR) wird die beobachtete Sterblichkeitsrate eines Spitals ins Verhältnis gesetzt zur erwarteten Sterblichkeit, wenn die Faktoren Alter und Geschlecht berücksichtigt werden. Ein SMR-Wert grösser als 1 bedeutet, dass das Spital schlechter als es die statistischen Daten erwartet lassen, abschneidet. Ein SMR-Wert kleiner als 1 bedeutet demgegenüber, dass ein Spital besser als erwartet, abschneidet. Ein grüner Farbpunkt bedeutet, dass der SMR-Wert sowohl im Betrachtungsjahr als auch im Durchschnitt der letzten fünf Jahre kleiner als 1 war. Ein roter Farbpunkt bedeutet, dass der SMR-Wert sowohl im Betrachtungsjahr als auch im Durchschnitt der letzten fünf Jahre grösser als 1 war. Ein grauer Farbpunkt bedeutet, dass der SMR-Wert sich im Betrachtungsjahr und im Durchschnitt der letzten fünf Jahre nicht gleich verhält und daher keine gesicherte Aussage zur Sterblichkeit in diesem Spital gemacht werden kann.
- Bei allen anderen Qualitätsindikatoren wird farblich gekennzeichnet, ob sich der Wert eines Spitals oberhalb, unterhalb oder innerhalb einer bestimmten Bandbreite (dem sogenannten 95%-Vertrauensintervall) aller Spitäler befindet. Ein grüner Farbpunkt bedeutet, dass das Spital signifikant besser abschneidet als der Mittelwert des Gesamtkollektivs. Ein roter Farbpunkt bedeutet, dass das Spital einen signifikant schlechteren Wert gegenüber dem Durchschnitt aufweist. Ein grauer Farbpunkt bedeutet, dass das Spital nicht nennenswert vom Gesamtdurchschnitt abweicht.

Bei den Fallzahlen und Anteilswerten werden keine Farbpunkte ausgewiesen. Hier wird die absolute Zahl gezeigt.

### 4 Qualitätsausweis auf Ebene der Spitalstandorte

Im Spitalfinder werden die Qualitätsindikatoren auf Ebene der Spitalstandorte ausgewiesen.

Abhängig von den verfügbaren Daten besteht aber dennoch die Möglichkeit, dass Messwerte auf Ebene der Spitalgruppe statt auf Ebene der Spitalstandorte ausgewiesen werden. So sind beim BAG die Anzahl Fälle, Sterblichkeitsverhältnisse und Anteilswerte teilweise nur auf Ebene der Spitalgruppe vorhanden. Beim «Inselspital nicht-universitär» stehen z.B. keine Messwerte auf Ebene der einzelnen Spitalstandorte Tiefenau, Riggisberg und Aarberg zur Verfügung. Auch bei den ANQ Messungen gibt es Fälle, bei denen Werte nur auf Ebene der Spitalgruppe vorhanden sind.

Sind Werte nur auf Ebene der Spitalgruppe verfügbar, werden diese für die verschiedenen Spitalstandorte übernommen und werden auf der Detailansicht eines Spitals als «Gruppenwerte» gekennzeichnet. Demzufolge bedeutet eine hohe Fallzahl nicht zwingend, dass ein Spitalstandort über viel Erfahrung verfügt.

## 5 Aggregationsregeln

Um die verschiedenen Qualitätsindikatoren übersichtlich und nutzerfreundlich zu präsentieren, werden sie auf den Übersichtskacheln des Spitalfinders in aggregierter Form dargestellt. Dabei ist der aggregierte Wert stets der Mittelwert der zur Verfügung stehenden Einzelmessungen.

## 6 In welcher Reihenfolge werden die Spitäler gezeigt?

Der Spitalfinder gibt die öffentlich verfügbaren Daten möglichst wertneutral und nicht modifiziert wieder. Um den Spitalfinder nutzerfreundlich zu gestalten, wird aber bei einer ersten Suchabfrage die Reihenfolge der Spitäler entweder anhand der Fallzahlen oder der Patientenzufriedenheit vordefiniert.

Wählt der Nutzer eine **spezifische Behandlung** aus, werden die Spitäler in der Reihenfolge ihrer Fallzahlen angezeigt. Spitäler mit der höchsten Fallzahl erscheinen zuoberst. Wählt der Nutzer **keine spezifische Behandlung** aus, werden die Spitäler nach dem Mittelwert der Patientenzufriedenheit angezeigt. Spitäler mit der höchsten Patientenzufriedenheit erscheinen zuoberst. Relevant für den Mittelwert der Patientenzufriedenheit sind dabei die Farbpunkte, also das Signifikanzkriterium, und nicht die erzielte Punktzahl.

## 7 Datenquelle

Alle im Spitalfinder publizierten Qualitätsindikatoren stützen sich auf die öffentlich zugänglichen Daten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie auf das online verfügbare Google-Sternenrating. Weitere Hintergrundinformationen zu den ANQ Qualitätsindikatoren und den BAG Qualitätsindikatoren finden Sie auf der ANQ-Webpage ([www.anq.ch](http://www.anq.ch)) und auf der BAG-Webpage ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)).

## 8 Akutspitäler

### 8.1 Qualitätsindikatoren BAG

Das Indikatorenkonzept des BAG (CH-IQI) ist deckungsgleich mit dem deutschen System (G-IQI) der Initiative Qualitätsmedizin (IQ<sup>M</sup>), welcher die grossen deutschen Universitätszentren und die Schweizer Universitätsspitäler auf freiwilliger Basis angeschlossen sind. Die Qualitätsindikatoren werden in Zusammenarbeit mit Prof. T. Mansky von der Technischen Universität Berlin, Dr. D. Zahnd vom Inselspital Bern und weiteren Fachpersonen laufend weiterentwickelt.

#### 8.1.1 Fallzahlen

Die Fallzahl drückt aus, wie viele operative Eingriffe oder Behandlungen im jeweiligen Spital für das ausgewählte Krankheitsbild vorgenommen wurden. Bei Fachexperten besteht ein breiter Konsens, dass Fallzahlen mit der medizinischen Behandlungsqualität korrelieren. Dies geht auch aus der einschlägigen Literatur hervor<sup>2,3,4,5</sup>. Mit anderen Worten: Regelmässige Übung und Erfahrung führt zu besseren Behandlungsergebnissen.

Im Spitalfinder wird die Fallzahl jeweils für die ausgewählte Behandlung angezeigt (behandlungsbezogener Qualitätsindikator).

Bei der Interpretation der Fallzahlen gilt es folgende Punkte zu beachten:

- Bei den Angaben zu den Fallzahlen handelt es sich um einen Qualitätsindikator, der vom BAG publiziert wird. Die Fallzahlen basieren auf Routinedaten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Die den Fallzahlen zugrundeliegenden Daten wurden nicht für die Qualitätssicherung, sondern für administrative Zwecke erfasst. Damit sind Verzerrungen nicht auszuschliessen, da sich die Qualität der administrativen Daten und ihre Erfassung unter Umständen zwischen den einzelnen Spitälern unterscheiden. Diese Schwäche in Bezug auf die Datenquelle gilt es analog auch bei den Indikatoren zu den Anteilswerten (vgl. 4.1.2) und zur Sterblichkeit (vgl. 4.1.3) zu beachten.
- Obschon als Qualitätsindikator anerkannt, muss bedacht werden, dass die vom BAG stammenden Fallzahlen an das Spital und nicht an den behandelnden Arzt geknüpft sind. Denn nicht alleine der Operateur bestimmt die Qualität, sondern ebenso relevant für das Ergebnis ist die Nachsorge durch das behandelnde Team. Es ist somit möglich, dass ein Spital eine hohe Fallzahl ausweist, diese Fälle aber auf verschiedene Chirurgen aufgeteilt sind.
- Bei der Interpretation der Fallzahlen ist zwischen operativen Eingriffen und Behandlungen zu unterscheiden. Der positive Zusammenhang zwischen regelmässiger Übung und besseren Behandlungsergebnissen wurde in Studien für operative Eingriffe untersucht.

---

<sup>2</sup> Phillips KA, Luft HS, Ritchie JL. The association of hospital volumes of percutaneous transluminal coronary angioplasty with adverse outcomes, length of stay, and charges in California. *Med Care* 1995;33:502-514

<sup>3</sup> Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA* 1998;280:1745-1751

<sup>4</sup> Markar SR, Karthikesalingam A, Thrumurthy S, Low DE. Volume-outcome relationship in surgery for exophageal malignancy: A systematic review and meta-analysis 2000-2011. *J Gastrointest Surg* 2011.

<sup>5</sup> Nimptsch U, Peschke D, Mansky T. Der Einfluss von Qualitätsmessung, Transparenz und Peer Reviews auf die Krankenhaussterblichkeit – Retrospektive Vorher-Nachher-Studie mit 63 Kliniken. *ZEFQ* 2016; 115:10-23

### 8.1.2 Anteilswerte

Mit den Anteilswerten wird die Häufigkeit einer Behandlung oder eines Eingriffs im Spital in Bezug zu einer anderen Behandlung dargestellt.

Im Spitalfinder werden für die ausgewählte Behandlung die Fallzahl, der Anteilswert und die Fallzahl der Bezugsbehandlung dargestellt (behandlungsbezogener Qualitätsindikator). Wird also zum Beispiel der Kaiserschnitt ausgewählt, wird für jeden Spitalstandort die Anzahl Kaiserschnitte (z.B. 50), der Anteil der Kaiserschnitte am Total der Geburten (z.B. 25%) sowie die Zahl der Geburten insgesamt (z.B. 200) angezeigt.

Anteilswerte geben somit Auskunft über den Einsatz bestimmter Behandlungsarten und liefern Informationen zur Versorgungssituation in den Spitälern.

### 8.1.3 Sterblichkeit

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen den Zusammenhang zwischen einer niedrigen Sterblichkeit und einer höheren Behandlungsqualität<sup>6</sup>. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass bei einer älteren Frau die Wahrscheinlichkeit zu sterben höher ist als bei einem jungen Mann. Dieser Tatsache wurde Rechnung getragen, indem der Anteil Verstorbener um das Alter und das Geschlecht bereinigt wurde.

Im Spitalfinder wird die standardisierte Sterblichkeitsrate (SMR) für die ausgewählte Behandlung gezeigt (behandlungsbezogener Qualitätsindikator). Die standardisierte Sterblichkeitsrate errechnet sich, indem die beobachtete Sterblichkeitsrate eines Spitals ins Verhältnis gesetzt zur erwarteten Sterblichkeit, wenn nach Alter und Geschlecht korrigiert wird. Ein SMR-Wert grösser als 1 bedeutet, dass das Spital schlechter als erwartet abschneidet, ein SMR-Wert kleiner als 1 bedeutet demgegenüber, dass ein Spital besser als erwartet abschneidet. Wird kein Wert (« – ») für die standardisierte Sterblichkeit ausgewiesen, so kann dies zwei Ursachen haben. Entweder ist die Fallzahl zu klein (« <10 ») um einen Wert mit genügender statistischer Aussagekraft auszuweisen oder das Spital hat keinen Patienten mit diesem Krankheitsbild behandelt (« 0 »).

Bei kleineren Fallzahlen stellt sich die Frage der statistischen Aussagekraft der Sterblichkeitsrate. Bereits ein Todesfall kann statistisch zu einer vergleichsweise hohen Sterblichkeitsrate führen. Daher dürfen die Ergebnisse zur standardisierten Sterblichkeit nicht isoliert betrachtet werden. Für eine bessere Einordnung und Interpretation der Ergebnisse wird im Spitalfinder daher die standardisierte Sterblichkeit in früheren Jahren miteinbezogen, indem der erreichte SMR-Wert farblich gekennzeichnet wird.

Bei der Interpretation der Sterblichkeit sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Mit der standardisierten Sterblichkeit werden Todesfälle während des Spitalaufenthaltes erfasst. Nicht erfasst werden Patienten, die nach Spitalaustritt zu Hause sterben. Ebenfalls nicht erfasst werden Patienten mit einem komplizierten Krankheitsverlauf, die in ein anderes Spital verlegt werden. Beim Vergleich der Ergebnisse sollte daher auch die Versorgungssituation der Spitäler berücksichtigt werden. Der Vergleich ist verlässlicher, wenn er sich auf Spitäler mit gleichem Versorgungsauftrag bezieht, beispielsweise Universitätsspital mit Universitätsspital.
- Patienten sind unterschiedlich hohen Risiken ausgesetzt, ob eine Behandlung im Spital erfolgreich verläuft (z.B. Schwere der behandelten Krankheitsbilder, vorhandene Begleiterkrankungen, Alter, Geschlecht etc.). Demzufolge ergibt sich für Spitäler eine unterschiedliche Patientenstruktur und auch Risikostruktur. Damit die Ergebnisse der Spitäler fair verglichen werden können, werden diese

---

<sup>6</sup> Jha AK, Orav EJ, Li Z, Epstein AM. The inverse relationship between mortality rates and performance in the hospital quality alliance measures. *Health Affairs* 2007;26:1104-1110.

Risiken ausgeglichen. Bei der standardisierten Sterblichkeit wird dieser Ausgleich mittels Korrektur nach Alter und Geschlecht vorgenommen. Spitäler, die iberdurchschnittlich viele komplexe und schwere Fälle behandeln, können somit methodisch bedingt eine vergleichsweise höhere Sterblichkeit aufweisen als Spitäler, die weniger komplexe Fälle versorgen. Des Weiteren werden Patienten und Patientinnen mit vielen verschiedenen Parallelkrankungen von der Erfassung ausgeschlossen. Auch hier können Spitäler mit ähnlichem Versorgungsauftrag besser miteinander verglichen werden.

## 8.2 Qualitätsindikatoren ANQ

### 8.2.1 Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit wird vom ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) anhand einer Patientenumfrage bei Spitalaustritt erhoben und widerspiegelt die subjektive Beurteilung der medizinischen Versorgung im Spital durch die Patienten. Die Patientenzufriedenheit bezieht sich somit nicht auf eine spezifische Behandlung, sondern auf den Spitalstandort insgesamt (spitalbezogener Qualitätsindikator). Der Fragebogen deckt mittels sechs Fragen die Dimensionen, «Qualität der Behandlung», «Fragemöglichkeiten des Patienten», «Qualität der Antworten», «Medikamentenzweck», «Spitalaustritt» sowie «Aufenthaltsdauer» ab. Der Patient kann die sechs Dimensionen auf einer Skala von 1 bis 5 bewerten. Im Spitalfinder werden nur die Fragen 1 bis 5 dargestellt<sup>7</sup>:

1. Qualität der Behandlung: Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung?
2. Fragemöglichkeiten: Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?
3. Antwortqualität: Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?
4. Medikamentenzweck: Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?
5. Spitalaustritt: Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator. Allerdings hat auch die Patientenzufriedenheitsbefragung Schwächen, die es bei der Beurteilung der Ergebnisse zu berücksichtigen gilt:

- Je kürzer der Zeitraum zwischen der Zufriedenheitsmessung und dem Austritt war, desto zufriedener sind Patienten. Spitalspezifische Unterschiede in Bezug auf diesen Zeitraum können zu Verzerrungen in den Ergebnissen führen. Bei der ANQ-Patientenzufriedenheitsbefragung in der Akutsomatik findet die Patientenbefragung in einem definierten Zeitfenster statt. Die Fragebogen werden in der Regel 14 Tage nach dem Spitalaufenthalt an die Patienten verschickt. 8-10 Wochen später werden die Umfrageergebnisse an die Auswertungsinstitute weitergeleitet. Durch den iber alle Spitäler einheitlich definierten Zeitraum werden Verzerrungen in den Ergebnissen minimiert, können aber nicht gänzlich ausgeschlossen werden.
- Die erreichten Zufriedenheitswerte eines Spitalstandorts werden um die Merkmale sämtlicher Patienten (Alter, Geschlecht, Leistung, Spitalabteilung usw.) bereinigt. Zusätzlich zu den nicht gemessenen Faktoren können unter Umständen auch geografische/kulturelle Unterschiede die Ergebnisse beeinflussen.

### 8.2.2 Wundinfektionsraten

Unter postoperativen Wundinfektionen werden Infektionen verstanden, die innerhalb eines Monats nach dem Eingriff (respektive ein Jahr bei orthopädischen Eingriffen und Herzchirurgie) in Geweben, Organen oder Hohlräumen auftreten, die im Rahmen des Eingriffes behandelt wurden. Die Spitäler können aus einer Liste von Eingriffen jene – mindestens drei – auswählen, bei denen sie eine Infektionserfassung

---

<sup>7</sup> Frage 6 kann derzeit nicht dargestellt werden, da die statistische Angabe zum Vertrauensintervall nicht zur Verfügung steht.

durchführen möchten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Spitäler, in denen Dickdarmchirurgie durchgeführt wird, diesen Eingriff obligatorisch in ihr Erfassungsprogramm aufnehmen müssen.

Im Spitalfinder sind die Wundinfektionsmessungen für eine Reihe von Eingriffen abrufbar. Und zwar handelt es sich um Wundinfekte bei Blinddarmentfernungen<sup>8</sup>, bei Gallenblasenentfernungen, bei Leistenbrüchen, bei Dickdarmchirurgie, bei Kaiserschnitten, für die Herzchirurgie insgesamt, für die koronare Bypasschirurgie, beim Herzklappenersatz, bei der Gebärmutterentfernung, für die Magenbypassoperation, für die Wirbelsäulenoperation, für die Enddarmoperation sowie für Hüftgelenks- und Kniegelenksprothesen. Für die ausgewählte Behandlung (behandlungsbezogener Qualitätsindikator) werden die thematisch passenden Wundinfekte angezeigt.

### 8.2.3 Stürze

Als Sturz gilt ein Ereignis, in dessen Folge ein Patient unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt<sup>9</sup>. Bei einer richtig und sorgfältig durchgeführten Pflege reduziert sich die Wahrscheinlichkeit von Stürzen. Der Indikator Sturz weist daher auf die Qualität der Pflegeleistung in einem Spital hin, indem er erfasst, wie häufig Stürze in einem Spital auftreten. Der Qualitätsindikator Sturz bezieht sich nicht auf eine spezifische Behandlung, sondern auf den Spitalstandort insgesamt (spitalbezogener Qualitätsindikator). Stürze<sup>10</sup> werden mittels einer Periodenprävalenzmessung erfasst. Das bedeutet, dass sich die Messung der Sturzereignisse auf die letzten 30 Tage bzw. den Zeitraum zwischen Eintritt und Messtag bezieht.

Bei der Interpretation gilt es folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Die Daten zu den Sturzereignissen stammen bei einigen Spitälern aus der fortlaufenden Routedokumentation. Teilweise werden die Sturzereignisse aber auch retrospektiv (innert den letzten 30 Tagen) bei den Patienten erhoben. Letztere Erhebungsart basiert auf der Erinnerung der Patienten und ist damit etwas unzuverlässig<sup>11</sup>.
- Der Qualitätsindikator Sturz ist eine Annäherung an die Qualität der Pflegeleistung in einem Spital. Im Spitalfinder wird der Qualitätsindikator Sturz bei jeder Abfrage ausgewiesen. Für den Nutzer von Bedeutung sind die Ergebnisse bei Sturz aber nur bei Behandlungen, bei denen die Gefahr eines Sturzes vorhanden ist. So z.B. beim Einsatz eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks.

### 8.2.4 Dekubitus

Ein Dekubitus, auch Druckgeschwür genannt, ist eine lokale Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes. Er kann unabhängig vom eigentlichen Eingriff auftreten. Druckgeschwüre können durch Pflegefehler entstehen und werden deshalb als Indikator für die Pflegeleistung in einem Spital verwendet. Der Qualitätsindikator Dekubitus bezieht sich nicht auf eine spezifische Behandlung, sondern auf den Spitalstandort insgesamt (spitalbezogener Qualitätsindikator). Beim Indikator Dekubitus handelt es sich um eine Punktprävalenzmessung. Das bedeutet, dass die Erhebung von Druckgeschwüren<sup>12</sup> an einen bestimmten Messtag erfolgt.

---

<sup>8</sup> Die Auswertung der Wundinfektionsmessung erfolgt seit 2014 unterteilt in Patienten jünger als 16 Jahre und Patienten, die 16 Jahre und älter sind. Im Spitalfinder werden nur die Messergebnisse für die Patienten, die 16 Jahre und älter sind, abgebildet.

<sup>9</sup> Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008

<sup>10</sup> Die Stürze werden als berechneter Wert eines Spitals unter Berücksichtigung der patienteneigenen Risiken wie Aufenthaltsdauer, Alter, Grunderkrankung sowie weitere Adjustierungsvariablen erfasst (sog. Residuum). Damit wird ein fairer risikoadjustierter Vergleich zwischen den Spitälern ermöglicht. Somit werden nicht pflegebedingte Einflussfaktoren, welche ebenfalls zu Stürzen führen können, korrigiert.

<sup>11</sup> ANQ (2014). Überprüfung ANQ-Messplan auf Vollständigkeit und Relevanz.

<sup>12</sup> Die Häufigkeit von Druckgeschwüren wird als berechneter Wert eines Spitals unter Berücksichtigung der patienteneigenen Risiken wie Grad der Dekubitusgefährdung, Alter, Aufenthaltsdauer sowie weitere Adjustierungsvariablen erfasst (sog. Residuum). Damit wird ein fairer risikoadjustierter Vergleich zwischen den Spitälern ermöglicht. Somit werden nicht pflegebedingte Einflussfaktoren, welche ebenfalls zu Druckgeschwüren führen können, korrigiert.

Der Spitalfinder zeigt zwei Indikatoren zu den Druckgeschwüren:

- Schwere Druckgeschwüre: Dieser Indikator stellt dar, wie häufig schwere Druckgeschwüre (Grad 2 bis Grad 4) in einem Spital auftreten. Die schweren Druckgeschwüre werden gesondert ausgewiesen, da die eindeutige Diagnose des einfachen Dekubitus (Grad 1) schwierig ist und daher bei den schweren Druckgeschwüren weniger Messfehler zu erwarten sind.
- Alle Druckgeschwüre: Dieser Indikator stellt dar, wie häufig Druckgeschwüre aller Arten, also inklusive Grad 1, in einem Spital auftreten.

Bei der Interpretation zu berücksichtigen ist:

- Die Erhebung der Druckgeschwüre findet jeweils an einem definierten Stichtag im Herbst statt. Mit dieser Stichtagserhebung werden saisonale Muster in den Patientengruppen, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung von Spital zu Spital unterscheiden, nicht berücksichtigt.
- Der Qualitätsindikator Dekubitus ist eine Annäherung an die Qualität der Pflegeleistung in einem Spital. Im Spitalfinder wird der Qualitätsindikator Dekubitus – unabhängig von der Abfrage – immer ausgewiesen. Für den Nutzer von Bedeutung sind die Ergebnisse bei Druckgeschwüren aber nur bei Behandlungen, bei denen mit einem langen Spitalaufenthalt zu rechnen ist.

### **8.2.5 Ungeplante Rehospitalisationen**

Bei den ungeplanten Wiedereintritten in ein Spital wird der Anteil von potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen am Total der Hospitalisationen in Schweizer Spitälern anhand der Daten aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser gemessen. Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen (innert 30 Tagen nach Datum der Entlassung des Erstaufenthalts) und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden.

Die Rate der ungeplanten Rehospitalisationen misst einen wichtigen Aspekt der Behandlungsqualität eines Spitals. Aus der wissenschaftlichen Literatur und deren empirischen Evidenz geht hervor, dass ein Zusammenhang zwischen der Behandlungsqualität und dem Risiko einer Rehospitalisation besteht<sup>13</sup>.

Im Spitalfinder wird angezeigt, ob sich die Rehospitalisationsrate eines Spitalstandorts signifikant von der erwarteten Rate<sup>14</sup> unterscheidet.

### **8.2.6 Implantaterneuerungen**

Bei den Implantaterneuerungen wird anhand der SIRIS-Registerdaten für die einzelnen Spitäler berechnet, wie häufig ein Erstersatz des Knie- oder Hüftgelenks innerhalb von zwei Jahren erneuert werden muss (Zweijahres-Revisionsrate).

Die Zweijahres-Revisionsrate misst einen wichtigen Aspekt der Behandlungsqualität im Bereich der Knie- und Hüftprothetik. Ist die Zweijahres-Revisionsrate nennenswert höher (oberhalb des 95%-Vertrauensintervalls) als die durchschnittliche Rate aller Spitäler, ist dies ein Hinweis auf einen möglichen Qualitätsmangel bei solchen Operationen.

Im Spitalfinder ist die Zweijahres-Revisionsrate sowohl für die Knieprothetik als auch für die Hüftprothetik abrufbar. Wird eine spezifische Behandlung ausgewählt, erscheint die Zweijahres-Revisionsrate nur bei orthopädischen Behandlungen (behandlungsbezogener Qualitätsindikator).

---

<sup>13</sup> Vgl. unter anderem Halfon et al. (2002).

<sup>14</sup> Um die erwartete Rate zu berechnen, wird ein Adjustierungsmodell verwendet. Dieses Modell berücksichtigt Faktoren, welche das Risiko einer Rehospitalisation massgeblich beeinflussen (z.B. Alter, Diagnosen, geplanter/nicht geplanter Eintritt usw.).

## 9 Stationäre Rehabilitation

### 9.1 Qualitätsindikatoren BAG

Für Behandlungen in der stationären Rehabilitation publiziert das BAG keine Qualitätsindikatoren. Daher sind im Bereich der stationären Rehabilitation weder Fallzahlen, Anteilswerte noch das standardisierte Sterblichkeitsverhältnis abrufbar.

### 9.2 Qualitätsindikatoren ANQ

#### 9.2.1 Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation wird vom ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) anhand einer Patientenumfrage bei Austritt erhoben und widerspiegelt die subjektive Beurteilung der medizinischen Versorgung. Die Patientenzufriedenheit bezieht sich auf den Rehabilitationsstandort insgesamt (spitalbezogener Qualitätsindikator). Der Fragebogen deckt mittels sechs Fragen die Dimensionen «Qualität der Behandlung», «Verständlichkeit der Informationen», «Einbezug des Patienten», «Antwortqualität», «Therapieerwartungen», «Austritt» ab.

1. Qualität der Behandlung: Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch das Reha-Team (ärztliches und therapeutisches Personal, Pflegefachpersonen, Sozialdienst)?
2. Verständlichkeit der Informationen: Wurden Sie zu Beginn Ihres Reha-Aufenthalts verständlich über Ablauf und Ziele Ihrer Rehabilitation informiert?
3. Einbezug des Patienten: Wurden Sie während Ihres Reha-Aufenthalts ausreichend in Entscheidungen einbezogen?
4. Antwortqualität: Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?
5. Therapieerwartungen: Entsprachen die Therapien Ihren Erwartungen (Umfang, Ablauf usw.)?
6. Austritt: Wie war die Organisation aller für Sie und Ihre Angehörigen wichtigen Massnahmen für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Betreuung, Spitez, Therapien usw.)?

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Rehabilitationsklinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator. Bei der Beurteilung der Ergebnisse gilt es zu berücksichtigen:

- Je kürzer der Zeitraum zwischen der Zufriedenheitsmessung und dem Austritt war, desto zufriedener sind Patienten. Spitalspezifische Unterschiede in Bezug auf diesen Zeitraum können zu Verzerrungen in den Ergebnissen führen. Bei der ANQ-Patientenzufriedenheitsbefragung in der stationären Rehabilitation findet die Patientenbefragung in einem definierten Zeitfenster statt. Die Fragebogen werden in der Regel 14 Tage nach dem Spitalaufenthalt an die Patienten verschickt. 8-10 Wochen später werden die Umfrageergebnisse an die Auswertungsinstitute weitergeleitet. Durch den über alle Spitäler einheitlich definierten Zeitraum werden Verzerrungen in den Ergebnissen minimiert.
- Die erreichten Zufriedenheitswerte eines Spitalstandorts werden um die Merkmale sämtlicher Patienten (Alter, Geschlecht, Leistung, Spitalabteilung usw.) bereinigt. Zusätzlich zu den nicht gemessenen Faktoren können unter Umständen auch geografische/kulturelle Unterschiede die Ergebnisse beeinflussen.
- Bei der Patientenzufriedenheit wird auf einen Klinikvergleich innerhalb einer Rehabilitationsart (muskuloskelettale, neurologische, kardiale und pulmonale sowie andere Rehabilitation) wurde aus methodischen Gründen verzichtet.

## 9.2.2 Behandlungserfolg

Die Messung des Behandlungserfolgs in der stationären Rehabilitation wird vom ANQ koordiniert, die Datenerhebung erfolgt hingegen in den Rehabilitationskliniken. Die Messung des Behandlungserfolgs erfolgt für die Klinik insgesamt (spitalbezogener Qualitätsindikator).

Zur Messung des Behandlungserfolgs kommen für die verschiedenen Rehabilitationsarten unterschiedliche Instrumente zur Anwendung. Nachfolgend wird kurz auf die verschiedenen Instrumente eingegangen. Ausführlichere Informationen stellt der ANQ bereit.

- **Muskuloskeletale Rehabilitation:** Erkrankungen am Bewegungsapparat sind häufig mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen verbunden. Die muskuloskeletale Rehabilitation hat daher zum Ziel, den Schmerz zu beseitigen und die ursprüngliche Funktionsfähigkeit und Lebensqualität wiederherzustellen. Im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation wird der Behandlungserfolg an der Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens (z.B. Wohnen oder Arbeit) gemessen. Hierzu wird anhand von Patientenbeobachtungen durch das Klinikpersonal die Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des täglichen Lebens überprüft und bewertet. Die Erfassung der Funktionsfähigkeit erfolgt wahlweise mit dem Instrument Erweiterter Barthel Index (EBI) oder durch den Functional Independence Measure (FIM). Mit einem Umrechnungsalgorithmus werden die beiden unterschiedlichen Instrumente vergleichbar gemacht. In der **neurologischen Rehabilitation**, der **geriatrischen Rehabilitation**, der **internistischen Rehabilitation** und der **onkologischen Rehabilitation** wird der Behandlungserfolg mit den gleichen Instrumenten gemessen wie in der muskuloskelettalen Rehabilitation.
- **Kardiale Rehabilitation:** Bei der Rehabilitation nach einem Herzinfarkt, einer Herzoperation oder einer anderen Herz-Gefäss-Erkrankung spricht man von einer kardialen Rehabilitation. Im Bereich der kardialen Rehabilitation wird der Behandlungserfolg einerseits an der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gemessen. Diese wird anhand des MacNew Heart erfasst, ein Selbstbeurteilungsinstrument, das von den Patienten und Patienten selber ausgefüllt wird. Andererseits wird der Behandlungserfolg anhand der körperlichen Leistungsfähigkeit gemessen. Die körperliche Leistungsfähigkeit wird entweder anhand des 6-Minuten-Gehtests oder anhand der Fahrrad-Ergometrie durch das Klinikpersonal erfasst.
- **Pulmonale Rehabilitation:** Die pulmonale Rehabilitation ist auf lungenkranke Patienten ausgerichtet und hat zum Ziel, die Lebensqualität zu verbessern. Der Behandlungserfolg wird einerseits gemessen an der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die körperliche Leistungsfähigkeit wird anhand des 6-Minuten-Gehtests durch das Klinikpersonal erfasst. Bei Patienten mit chronischer Lungenerkrankung wird die körperliche Leistungsfähigkeit anhand des Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) erfasst, das von den Patienten selber ausgefüllt wird. Andererseits wird der Behandlungserfolg gemessen am allgemeinen Gesundheitszustand. Dieser wird von den Patienten selber anhand des Feeling-Thermometer erfasst.

Bestimmte Patientenmerkmale (z. B. Alter oder Komorbidität) können mit dem Erfolg der Rehabilitationsbehandlung verknüpft sein. Diese Patientenmerkmale sind jedoch nicht gleich über alle Kliniken verteilt. Ein Vergleich des Behandlungserfolgs zwischen den Kliniken ohne Berücksichtigung der jeweiligen Patientenstruktur wäre nicht fair. Für den Vergleich des Behandlungserfolgs wird daher jeweils der risikoadjustierte Austrittswert, der mit dem entsprechenden Instrument gemessen wird, zwischen den beteiligten Kliniken verglichen. Die Risikoadjustierung dient dazu, trotz unterschiedlicher Patientenstruktur einen Klinikvergleich zu ermöglichen. Verschiedene Merkmale wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Behandlungsdauer, Versicherungsstatus, Hauptkostenträger, Aufenthaltsort vor Eintritt und nach Austritt sowie Hauptdiagnose und Komorbidität fließen als erklärende Variablen in die Adjustierung ein.

Die Messergebnisse der oben beschriebenen Instrumente sind anerkannte Qualitätsindikatoren für Rehabilitationsbehandlungen. Allerdings gilt es bei der Interpretation zu berücksichtigen:

- Mit den Instrumenten werden wichtige Qualitätsindikatoren erfasst, jedoch nicht alle, die für eine gesicherte Aussage über die gesamte Ergebnisqualität einer Klinik benötigt würden. So fehlen beispielsweise im Bereich Rehabilitation Informationen zur Mortalität, Rehospitalisation oder die Häufigkeit von Stürzen.
- Die Ergebnisse von Kliniken, die weniger als 50 auswertbare Fälle erfassen, sind aufgrund der geringen Fallzahl statistisch nur eingeschränkt aussagekräftig. Generell bedeuten wenig auswertbare Fälle, dass die Aussagekraft über die Qualität limitiert ist.

## 10 Stationäre Psychiatrie

### 10.1 Qualitätsindikatoren BAG

Für Behandlungen in der stationären Psychiatrie publiziert das BAG keine Qualitätsindikatoren. Daher sind im Bereich der stationären Psychiatrie weder Fallzahlen, Anteilswerte noch das standardisierte Sterblichkeitsverhältnis abrufbar.

### 10.2 Qualitätsindikatoren ANQ

#### 10.2.1 Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit in der stationären Psychiatrie wird vom ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) anhand einer Patientenumfrage bei Spitalaustritt erhoben und widerspiegelt die subjektive Beurteilung der medizinischen Versorgung im Spital durch die Patienten. Die Patientenzufriedenheit bezieht sich somit nicht auf eine spezifische Behandlung, sondern auf den Spitalstandort insgesamt (spitalbezogener Qualitätsindikator). Der Fragebogen deckt mittels sechs Fragen die Dimensionen, «Qualität der Behandlung», «Fragemöglichkeiten des Patienten», «Qualität der Antworten», «Medikamentenzweck», «Einbezug des Patienten » sowie «Organisation Spitalaustritt » ab. Der Patient kann die sechs Dimensionen auf einer Skala von 1 bis 5 bewerten.

1. Qualität der Behandlung: Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung?
2. Fragemöglichkeiten: Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?
3. Antwortqualität: Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?
4. Medikamentenzweck: Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkung, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?
5. Einbezug des Patienten: Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?
6. Organisation Spitalaustritt: Entspricht die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator. Bei der Beurteilung der Ergebnisse gilt es folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Der Fragebogen darf frühestens 72 Stunden vor Austritt und spätestens am Austrittstag an die Patienten abgegeben werden. Der ausgefüllte Fragebogen kann direkt an das Klinikpersonal in einem verschlossenen Briefumschlag abgegeben, in einen klinikinternen Briefkasten eingeworfen oder online ausgefüllt werden. Diese Vorgehensweise kann dazu führen, dass die Auskunft zu Frage 6 (Organisation des Spitalaustritts) fehlt oder nicht wahrheitsgetreu ist.
- Die erreichten Zufriedenheitswerte eines Spitalstandorts werden um die Merkmale sämtlicher Patienten (Alter, Geschlecht, Leistung, Spitalabteilung usw.) bereinigt. Zusätzlich zu den nicht gemessenen Faktoren können unter Umständen auch geografische/kulturelle Unterschiede die Ergebnisse beeinflussen.

#### 10.2.2 Veränderung der Symptombelastung

Der ANQ erhebt in der stationären Psychiatrie zwei Indikatoren, welche die Reduktion der Symptombelastung erfassen und Hinweise auf die Qualität der psychiatrischen Behandlung geben. Bei der Symptombelastung aus Patientensicht wird die psychische Belastung durch die Patienten beim Eintritt und beim Austritt selbst bewertet. Bei der Symptombelastung aus Betreuungssicht wird die psychische Belastung beim Eintritt und beim Austritt durch die behandelnde Person beurteilt. Die Differenz der Werte zwischen Eintritt und Austritt bildet jeweils die Veränderung der Symptombelastung einer psychischen Beeinträchtigung während der stationären Behandlung ab. Damit der Klinikvergleich fair ist, wird diese

Differenz risikobereinigt. Die Risikobereinigung erfolgt unter anderem mit den Faktoren Alter, Geschlecht, Diagnose sowie die Höhe der Symptombelastung bei Eintritt. Im Spitalfinder ist sowohl die Symptombelastung aus Patientensicht als auch aus Betreuersicht abrufbar.

## 11 Quellenangaben

- ANQ (2020). Chancen und Grenzen der ANQ-Qualitätsmessungen. Abgerufen am 17. Juni 2020.
- ANQ (2018). Nationaler Vergleichsbericht 2017 Andere Rehabilitation.
- ANQ (2018). Nationaler Vergleichsbericht 2017 Kardiale Rehabilitation.
- ANQ (2018). Nationaler Vergleichsbericht 2017 Muskuloskelettale Rehabilitation.
- ANQ (2018). Nationaler Vergleichsbericht 2017 Neurologische Rehabilitation.
- ANQ (2018). Nationaler Vergleichsbericht 2017 Pulmonale Rehabilitation.
- ANQ (2019). Nationaler Vergleichsbericht. Programm zur Überwachung postoperativer Wundinfektionen.
- ANQ (2019). Patientenzufriedenheit Akutsomatik Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht. Messung 2018.
- ANQ (2020). Patientenzufriedenheit Psychiatrie Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht. Messung 2019.
- ANQ (2019). Patientenzufriedenheit Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht. Messung 2019.
- ANQ (2019). Patientenzufriedenheitsmessung ANQ. Konzept für die Messungen in der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.
- ANQ (2019). Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen Akutsomatik. Nationaler Vergleichsbericht.
- ANQ (2019). Symptombelastung und freiheitsbeschränkende Massnahmen. Stationäre Psychiatrie Erwachsene.
- ANQ (2019). Sturz und Dekubitus Akutsomatik Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht.
- BAG (2018). Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2018.