



**anq**

**Chancen und Grenzen  
der ANQ-Qualitätsmessungen**

## **Chancen und Grenzen der ANQ-Qualitätsmessungen**

*Der ANQ setzt einheitliche Qualitätsmessungen in der stationären Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie um. Die Messergebnisse werden national vergleichend ausgewertet und transparent publiziert. Damit liefert der ANQ den Spitälern und Kliniken die notwendigen Grundlagen, um gezielt Massnahmen zur Verbesserung der Qualität entwickeln zu können. Die Grundlagen dienen auch den Kostenträgern als wichtige Informationsquelle: Die Versicherer stützen sich bei ihren Tarifverhandlungen darauf ab, die Kantone bei ihren Leistungsvereinbarungen.*

*Bei der Publikation der Ergebnisse achtet der ANQ sorgfältig auf faire Spital- und Klinikvergleiche. Von Spital- oder Klinikranglisten sieht er entschieden ab. Denn je nach Fachbereich und Messinstrument / Messmethode ist die Aussagekraft der Messungen beschränkt. Bei jeder Messung bestehen unterschiedliche Chancen und Grenzen – insbesondere Risiken von Fehlinterpretationen –, die hier ausgeführt sind. Zudem bilden sämtliche Resultate nur Teilaspekte der Gesamtqualität eines Spitals oder einer Klinik ab.*

## Postoperative Wundinfektionen

### Messinstrument

- Programm SSI Surveillance, Swissnoso

### Chancen

*Spitalinfektionen, insbesondere postoperative Wundinfektionen, sind zentrale Themen, die generell mit der Leistungsqualität von Spitälern und Kliniken verbunden werden. Deshalb ist die transparente Veröffentlichung dieser Indikatoren für die Bevölkerung und die Medien von grossem Interesse.*

### Grenzen

#### **Kontext**

*Wundinfektionen müssen immer im Kontext eines chirurgischen Eingriffs betrachtet werden. So kann es sein, dass das Ziel einer Operation (beispielsweise Schmerzentlastung oder Verbesserung einer Gelenkfunktionalität) trotz eines Infekts erreicht wird. Wundinfektionen nach Operationen können zudem nie ganz verhindert werden. Einige Eingriffe sind allein schon aufgrund des Operationsgebiets risikoreicher, beispielsweise solche in der Dickdarm- oder Enddarmchirurgie.*

#### **Risikobereinigung**

*Das statistische Verfahren der Risikobereinigung (Ausgleich der Unterschiede im Leistungsangebot, in der Infrastruktur, dem Patientenkollektiv und bei der Stichprobengrösse) ist nicht perfekt und kann nicht alle Unterschiede zwischen den Institutionen korrigieren.*

#### **Erfassungsqualität**

*Die Qualität der Datenerhebungsprozesse wird mithilfe von standardisierten Instrumenten ermittelt (Validierung). Die Infektionsraten bei Spitälern und Kliniken mit tiefer Erfassungsqualität können verzerrt sein und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.*

#### **Internationaler Vergleich**

*Die Schweizer Infektionsraten können nur bedingt mit denjenigen aus anderen Überwachungssystemen verglichen werden. Massgebliche Unterschiede bestehen bei Methode und Qualität der Erfassung sowie bei der Überwachung nach Spitalaustritt. Weil die Schweiz meist gründlicher erfasst und länger überwacht, ergeben sich teilweise höhere Raten als in anderen Ländern.*

## Sturz und Dekubitus Erwachsene / Dekubitus Kinder

### Messinstrument

- **LPZ International** (Prävalenzmessung)

### Chancen

Die Messung spiegelt wichtige Teilaspekte der Pflegequalität. Die Qualitätsbemühungen der Akutspitäler und Kinderkliniken werden aufgezeigt und gewürdigt. Weil ein internationaler Vergleich der Messresultate möglich ist, können die Schweizer Institutionen jährlich eine aufschlussreiche Standortbestimmung zu diesen Messthemen vornehmen.

### Grenzen

#### **Datenerhebung**

Bei einer Prävalenzmessung werden Daten an einem Stichtag erhoben. Der Vorteil: Im Gegensatz zur Inzidenzmessung (Datenerhebung über längere Zeit) ist sie weniger aufwendig und kostengünstiger. Der Nachteil: Die Ergebnisse unterliegen zufälligen Schwankungen am Mess-tag, insbesondere jene von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen. Damit ist deren Aussagekraft limitiert; es sind mehrere Messungen notwendig, um gesicherte Aussagen machen zu können.

#### **Kategorisierung**

Die Diagnose von Dekubitus Kategorie 1 (Hautrötung) kann nicht immer eindeutig gestellt werden. Somit sind Unterschiede bei der Erfassung hinsichtlich Anzahl von Hautrötungen zwischen den Spitälern und Kliniken möglich.

#### **Risikobereinigung**

Die gewählte Methode der Risikobereinigung (Ausgleich der Unterschiede im Leistungsangebot, in der Infrastruktur, dem Patientenkollektiv und bei der Stichprobengrösse) liefert eher konservative, dafür robuste Ergebnisse. Kleine Spitäler haben deshalb ein geringeres Risiko und grössere Spitäler ein höheres Risiko, sich signifikant von den anderen zu unterscheiden.

#### **Ergebnisgrafiken**

Die Datenpunkte lassen sich nur in einer aufsteigenden Form übersichtlich darstellen (tiefster Wert unter, höchster Wert über Nulllinie). Die Darstellung kann nicht als Rangliste genutzt werden. Auch wenn sich die Datenpunkte der Institutionen unterscheiden, können diese nicht als besser oder schlechter eingestuft werden. Solange die Linie, auf welcher der Datenpunkt liegt, die Nulllinie schneidet, besteht kein signifikanter Unterschied zu anderen Spitälern und Kliniken.

#### **Benchmarking**

Die Analyse nach Spitalstandorten gemäss BFS-Krankenhaustypologie (2006) bewirkt, dass Institutionen mit einem gemischten Leistungsauftrag allenfalls unterschiedlichen Spitaltypen zugewiesen sind. Die Folge: Ein Benchmarking auf Gesamtinstitutionsebene ist unter Umständen nicht möglich. Diese Ungenauigkeit lässt sich aufgrund der BFS-Typologie nicht vermeiden.

## Implantat-Register SIRIS

### Messinstrument

- Register (Qualitätssicherungssystem)

### Chancen

SIRIS dient als Frühwarnsystem bei Implantatversagen. Das Register gibt Auskunft über Komplikationen und Ursachen. Dank SIRIS können allfällige Rückrufe rasch und effektiv erfolgen. Weiter unterstützt es den Qualitätsvergleich im Spitalwesen und in der Industrie: Nebst der Operationsqualität können auch Langzeitverhalten und Funktionsdauer der Implantate beurteilt werden.

### Grenzen

#### **Datenerhebung**

Erfasst werden (noch) keine Daten, die Aufschluss über das Behandlungsergebnis geben, etwa über die Funktionalität des Gelenks, die Mobilität oder die Schmerzsituation nach dem Eingriff.

#### **Risikobereinigung**

Folgende Hauptfaktoren beeinflussen das Ergebnis eines Implantats: Fähigkeiten und Erfahrung der Chirurgin/des Chirurgen beim Entscheid für ein Implantat und für den entsprechenden Implantat-Typ sowie das Know-how bei dessen Implantation. Weiter: Design, Material und Fixation des Implantats. Schliesslich die /der Implantatträgerin oder -träger, mit Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index, Grunderkrankungen, Aktivitätslevel, Knochenqualität. Nicht all diese Faktoren können risikobereinigt werden.

#### **Datenqualität**

Obwohl die Qualität der Daten regelmässig überprüft wird, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie nicht genügt und damit die Ergebnisse verzerrt.

#### **Mehrjahresvergleich**

Der Nutzen eines solchen Registers ist in der Aufbauphase, die zirka fünf Jahre dauert, begrenzt. Er wird jedoch über mehrere Jahre laufend zunehmen und schliesslich einen aussagekräftigen Längsschnittvergleich liefern.

## Potenziell vermeidbare Reoperationen und Rehospitalisationen

### Messinstrument

- Methode SQLape®

#### Chancen

Reoperationen oder Wiedereintritte in ein Spital/eine Klinik, die vermeidbar gewesen wären, sind nicht nur für Patientinnen und Patienten belastend, sie verursachen auch unnötige Kosten. Die Reoperations- und Rehospitalisationsraten sind deshalb bedeutende Qualitätsmerkmale. Auch für das Austrittsmanagement: Hier setzen die Rehospitalisationsraten einen wichtigen Standard und ermöglichen die Beurteilung, wie gut ein Spitalaustritt – insbesondere auch im Hinblick auf eine gute Nachversorgung – vorbereitet wurde und wo Verbesserungspotenzial vorhanden ist.

#### Grenzen

##### Kontext

Zu einer unvorhergesehenen Rehospitalisation führen verschiedene Gründe: Einige davon können von den Spitälern/Kliniken direkt oder indirekt beeinflusst werden. Andere sind nicht beeinflussbar.

##### Datenerhebung

Welche Wiedereintritte vermeidbar sind und welche nicht, lässt sich nicht immer eindeutig abgrenzen.

##### Methode

Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität können keine gezogen werden. Das Prinzip von SQLape verfolgt eine Systemsicht, bezieht die gesamte Behandlungskette ein.

##### Risikobereinigung

Ein isolierter Spital- oder Klinikvergleich der beobachteten Raten ist nicht möglich, weil sich die Institutionen im Risikoprofil ihrer Patientinnen und Patienten unterscheiden.

##### Ergebnisgrafiken

Relevant ist nicht der Vergleich der beobachteten bzw. der erwarteten Raten zwischen den Institutionen, sondern die Abweichung zwischen dem erwarteten und dem beobachteten Wert eines einzelnen Spitals respektive einer Klinik. Deshalb wird das Verhältnis zwischen beobachteter und erwarteter Rate ausgewiesen.

## Messmodule 2 und 3

### Messinstrumente

- **Hauptziele der Rehabilitationsbehandlung und Zielerreichung**
- **Functional Impairment Measurement (FIM®)** oder **Erweiterter Barthel-Index (EBI)** (Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des alltäglichen Lebens, Fremdbewertung durch Behandelnde)
- **MacNew Heart Fragebogen** (Lebensqualität, Selbstbewertung durch Patient/-in)
- **CRQ bei COPD** (Lebensqualität, Selbstbewertung durch Patient/-in)
- **Feeling-Thermometer** (allgemeiner Gesundheitszustand, Selbstbewertung durch Patient/-in)
- **6-Minuten-Gehtest** oder **Ergometrie** (Belastungstest, Fremdbewertung durch Behandelnde)

### Chancen

Die Dauermessungen, welche zentrale Aspekte der Leistungsqualität abbilden, sind nach Reha-Bereich in Module gegliedert: neurologische und muskuloskelettale, kardiale, pneumonale sowie andere Reha. Zur anderen Reha zählen geriatrische, internistische/onkologische, paraplegiologische, psychosomatische und pädiatrische Reha. Die Messergebnisse müssen indikationspezifisch betrachtet werden. Die ANQ-Messungen zeichnen damit ein differenziertes Bild und tragen zu einem besseren Qualitätsverständnis in der Öffentlichkeit bei.

### Grenzen

#### Datenerhebung

Erfasst werden wichtige Qualitätsindikatoren, jedoch nicht alle, die für eine gesicherte Aussage über die gesamte Ergebnisqualität einer Klinik benötigt würden. So erhebt der ANQ beispielsweise keine Daten zu Mortalität, Rehospitalisierung, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Sturzrate oder «Return to work».

#### Auswertung

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 Ergebnisse nicht für alle Patientinnen und Patienten einer Rehaklinik repräsentativ sind und somit nur limitiert Auskunft über das jeweilige Messthema respektive dessen Qualität geben.

#### Risikobereinigung

Das statistische Verfahren der Risikobereinigung (Ausgleich der Unterschiede im Leistungsangebot, in der Infrastruktur, dem Patientenkollektiv und bei der Stichprobengrösse) ist nicht perfekt und kann nicht alle Unterschiede zwischen den Institutionen korrigieren.

#### Ergebnisgrafiken

Die Messergebnisse werden als Trichtergrafiken ausgewiesen. Dabei wird das 95%-Konfidenzintervall des Gesamtmittelwerts im Verhältnis zur Anzahl der eingeschlossenen Fälle dargestellt. Nur Kliniken, deren Werte ausserhalb des Konfidenzintervalls (in den Grafiken als gestrichelte Linie gekennzeichnet) liegen, weichen signifikant vom Gesamtmittelwert ab.

## Erwachsene / Kinder und Jugend / Forensik

### Messinstrumente

- **HoNOS** (Symptombelastung aus Sicht der Behandelnden) oder
- **HoNOSCA** Kinder und Jugend
- **BSCL** (Symptombelastung aus Sicht der Patientinnen und Patienten) oder
- **HoNOSCA-SR** Kinder und Jugend
- **EFM** (Häufigkeit von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen) oder
- **EFM-KJP** Kinder und Jugend

### Chancen

Die Messung der Veränderung der Symptombelastung und der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen sowie deren transparente Publikation ermöglichen eine sachliche öffentliche Diskussion. Die Kliniken erhalten Rückmeldungen für ihren Verbesserungsprozess und die Messinstrumente generieren einen direkten Nutzen für den Behandlungsverlauf.

### Grenzen: Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM)

#### Kontext

FM werden unterschiedlich eingesetzt und müssen immer im Kontext mit dem jeweiligen Klinikkonzept betrachtet werden. Das heisst: Weniger FM bedeuten nicht automatisch eine bessere Qualität. Während einige Kliniken häufiger kürzere FM anwenden, setzen andere auf längere, dafür auf weniger. Zentral ist, dass FM reflektiert, begründet und dokumentiert sind sowie den Kindes- und Erwachsenenschutz berücksichtigen. Relevant sind neben dem Anteil an FM auch die Häufigkeit und die Wiederholungen pro Fall sowie die Kombination mehrerer Massnahmen zum selben Zeitpunkt.

#### Datenerhebung

Kliniken, die konsequent alle FM gemäss ANQ-Vorgaben erfassen, weisen eine höhere Anzahl an FM auf. Ein direkter Vergleich der Anzahl FM zwischen den Kliniken ist deshalb nicht zulässig. Weiter werden FM derzeit von den Kliniken selbst deklariert; es existiert noch keine externe Überprüfung.

#### Risikobereinigung

Die Daten werden nicht risikobereinigt ausgewertet. Das heisst: Unterschiede im Leistungsangebot, in der Infrastruktur, dem Patientenkollektiv und bei der Stichprobengrösse werden nicht ausgeglichen. Deshalb dürfen die Kliniken nicht direkt miteinander verglichen werden.

#### Mehrjahresvergleich

Mit der Erfassung von FM wurde erst im Jahre 2013 begonnen. Eine Zunahme an FM hängt aktuell in erster Linie mit einer sorgfältigeren Erfassung zusammen. Um einen Trend zu einer Zu- oder Abnahme ausmachen zu können, bedarf es mehrerer Messungen über mehrere Jahre mit gleichbleibender Erfassung bzw. Datenqualität.

#### Internationaler Vergleich

Die Resultate können derzeit international noch nicht verglichen werden.



## Patientenzufriedenheit Erwachsene und Eltern

### Messinstrument

- ANQ-Kurzfragebogen

### Chancen

*Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals / einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator. Mit dieser Messung werden die Qualitätsbemühungen der Spitäler und Kliniken aufgezeigt und gewürdigt. Die Patientenzufriedenheit wird in der Öffentlichkeit breit wahrgenommen und regelmässig von den Medien aufgegriffen.*

### Grenzen

#### **Tiefenschärfe**

*Die Messung lässt keine detaillierte Interpretation der Ergebnisse zu und kann eine ausführliche Zufriedenheitsbefragung nicht ersetzen. Sie dient in erster Linie der nationalen Vergleichbarkeit und zeichnet ein landesweites Bild. Die ANQ-Patientenbefragung beschränkt sich bewusst auf sechs Kernfragen. Der Kurzfragebogen ermöglicht es den Institutionen, ihn mit ihrem spitaleigenen, ausführlicheren Fragebogen zu kombinieren.*

#### **Ergebnisgrafiken**

*Bei der transparenten Publikation auf der ANQ-Webseite werden die Ergebnisse als Trichtergrafiken dargestellt. Dies erfolgt in einem dynamischen Umfeld. Die Folge: Skalenausschnitte können variieren, weil das System automatisch den optimalen Ausschnitt wählt, der benötigt wird, um alle Ergebnisse anzuzeigen. Deshalb ist es möglich, dass in den Grafiken unterschiedliche Skalenausschnitte angezeigt werden, welche die Unterschiede zwischen den Spitälern / Kliniken grösser erscheinen lassen.*

#### **Interdisziplinäre Vergleichbarkeit**

*Vergleiche zwischen den einzelnen Fachbereichen sind nicht zulässig, da Unterschiede in den Leistungsaufträgen und bei den strukturellen Bedingungen bestehen.*

*Rehabilitation: Klinikvergleiche innerhalb einer Rehabilitationsart (muskuloskelettale, neurologische, kardiale, pulmonale und andere Reha) können aus methodischen Gründen nicht erfolgen.*

#### **Internationale Vergleichbarkeit**

*Die Resultate können international nicht verglichen werden, weil die Schweiz einen eigenen Fragebogen einsetzt. Bei dessen Entwicklung stand die nationale, nicht die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse im Vordergrund.*