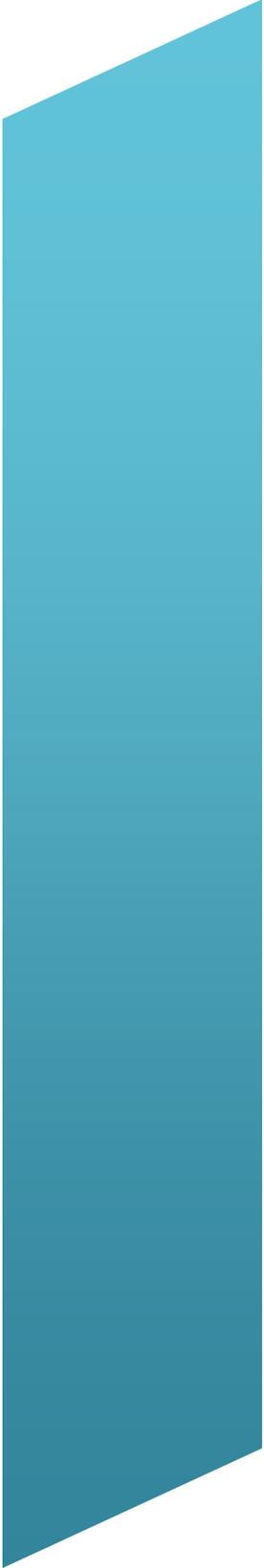


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Patientensicherheit Jahresbericht 2016

Impressum

Fachliche Begleitung/Expertise durch die Fachgruppe Qualität

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Wolfgang Geißler
Vera Buhmann
Alexander Eisenmann
Alexandra Feichter
Anton Hlava
Eva-Maria Kernstock
Martina Lerchner
Eva Leuprecht
Thomas Link
Martin Zuba

Projektassistentin:
Manuela Hauptmann

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
vertreten durch zuständige Sektionsleitung (BMG, Sektion I)

Erscheinungsdatum:
Juni 2017

Inhalt

Abkürzungen.....	IV
1 Einleitung	1
2 Bundesweite Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit im Jahr 2016.....	2
2.1 Hygiene	2
2.1.1 Systematisches Erfassen von Krankenhauskeimen (Surveillance).....	2
2.1.2 Niedergelassener Bereich	3
2.2 Qualitätsberichterstattung mit den Schwerpunkten Patientensicherheit und Hygiene	3
2.3 Kliniksuche.at	4
2.4 Messung der Qualität.....	5
2.4.1 Im Krankenhaus: A-IQI.....	5
2.4.2 Im ambulanten niedergelassenen Bereich	6
2.5 Qualitätsstandard Patient Blood Management	7
2.6 Bevölkerungs- und Patientenbefragung.....	7
3 Beirat Patientensicherheit.....	10
3.1 Austrian Medication Safety Strategy.....	10
3.2 Empfehlung des Beirats für Patientensicherheit zur Wirkstoffverordnung	11
3.3 Österreichische Fachgesellschaft für Qualität & Sicherheit im Gesundheitswesen	11
3.4 Grazer Mangelernährungs-Screening	12
4 Internationale Arbeiten	13
4.1 European Network for Patient Safety and Quality of Care – PaSQ	13
4.1.1 PaSQ-Projektergebnisse	13
4.2 Costs of unsafe care and cost-effectiveness of patient safety programmes	14
5 Ausblick	16
Literatur	17

Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AMEDISS	Austrian Medication Safety Strategy
AMR	Antimikrobielle Resistenzen
ANISS	Austrian Nosokomial Infection Surveillance System
ASDI	Austrian Center for Documentation and Quality Assurance in Intensive Care
ASQS	Österreichische Gesellschaft für Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGK	Bundesgesundheitskommission
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
bzw.	beziehungsweise
CHAFFEA	Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency
d. h.	daher
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EPSO	European Personnel Selection Office
EU	Europäische Union
GESPAG	Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HCAI	Health Care Associated Infections
ISQua	International Society for Quality in Health Care
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
LKF	leistungsbezogene Abrechnungsdaten
NAP-AMR	Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz
NI	Nosokomiale Infektionen
NISS	Nosokomiale-Infektionen-Surveillance-System
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
PASQ	Patient Safety and Quality of Care
PBM	Patient Blood Management
PIM	potenziell inadäquate Medikation
PROHYG	Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene
SCP	safe clinical practices
VO	Verordnung
WHO	World Health Organisation
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Der Bericht für das Jahr 2016 fasst die wesentlichen Aktivitäten im Bereich Patientensicherheit zusammen. Die beschriebenen Maßnahmen sind Teil der Gesundheitsreform, die auf die Sicherheit von Patientinnen und Patienten abzielt. Neben der Darstellung von Aktivitäten auf Bundesebene werden zusätzlich einige ausgewählte Projekte und Initiativen aufgezeigt, die im Patientensicherheitsbeirat diskutiert wurden. Weiters sind Arbeiten im Kontext internationaler bzw. europäischer Kooperationen angeführt.

Der Grundstein für die systematische Verbesserung der Patientensicherheit wurde mit der **österreichweiten Qualitätsstrategie** [4] gelegt, die mit ihren operativen Zielen im Jahr 2011 verabschiedet wurde. Patientensicherheit ist darin eines der wichtigsten Themenfelder. Die erste **Patientensicherheitsstrategie** wurde für die Jahre 2013 bis 2016 von der Bundesgesundheitskommission (BGK) beschlossen und veröffentlicht [5]. Dieses Strategiepapier gibt den Rahmen für österreichweite Aktivitäten vor und richtet sich an politische Entscheidungsträger/Entscheidungsträgerinnen, Organisationen, Patientinnen und Patienten, an alle im Gesundheitswesen tätigen Personen und an die interessierte Öffentlichkeit. Zur Begleitung der Strategie wurde ebenfalls im Jahr 2013 ein **Patientensicherheitsbeirat** etabliert, der als beratendes Gremium für die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen fungiert.

Mit 2016 endete die erste Periode der Patientensicherheitsstrategie. Die festgelegten Schwerpunkte wurden in den vergangenen Jahren in vielfältiger Weise bearbeitet und umgesetzt, z. B. in den Bereichen Qualifikation der Gesundheitsdiensteanbieter/innen, Hygiene und in der Blutgebarung. Hervorzuheben sind die Fortschritte bei Transparenz und Veröffentlichung von Qualitätsinformationen für die Bevölkerung.

Der Jahresbericht gibt darüber hinaus noch einen Ausblick auf die geplanten Entwicklungen in der näheren Zukunft.

2 Bundesweite Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit im Jahr 2016

Entsprechend den **Schwerpunkten der Patientensicherheitsstrategie 2013–2016** widmeten sich die Arbeiten im Jahr 2016 im Rahmen des Bundes–Zielsteuerungsvertrags folgenden Themen:

- » Hygiene mit dem Fokus:
 - » Aufbau eines bundesweiten Surveillance–Systems für das systematische Erfassen von Krankenhauskeimen
- » Qualitätsberichterstattung mit den Schwerpunkten Patientensicherheit und Hygiene
- » Bevölkerungs– und Patientenbefragung: Recherchen zum Wissensstand in der Bevölkerung gesundheitspolitische Themen betreffend und zu Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten mit dem Gesundheitssystem machen
- » Qualitätsgesicherte Informationen für die Öffentlichkeit (KLINIKSUCHE.AT)
- » Empfehlungen für ein patientenbezogenes Blutmanagement (Qualitätsstandard Patient Blood Management)

2.1 Hygiene

2.1.1 Systematisches Erfassen von Krankenhauskeimen (Surveillance)

Gesundheitssystem–assoziierte Infektionen (HCAI = Health Care Associated Infections) haben erhebliche medizinische und ökonomische Bedeutung und stellen eine Herausforderung in der optimalen Betreuung von Patientinnen und Patienten dar. Krankenhaushygienische Maßnahmen nehmen in der Vermeidung von HCAI eine Schlüsselrolle ein.

Der Aufbau eines bundesweiten Erfassungssystems (Surveillance) soll nun auch nationale und internationale Vergleichbarkeit schaffen. Hohe Sicherheit sowohl für Patientinnen/Patienten als auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist prioritäres Ziel dieser Aktivitäten. Bundesweit einheitliches standardisiertes Erfassen von Krankenhausinfektionen erlaubt Aussagen über relevanten Entwicklungen von in Krankenanstalten erworbenen Infektionen. Konsequenterweise wird daraus bedarfsorientierter Handlungsbedarf abgeleitet. Damit wird auch den internationalen Meldepflichten (ECDC) Rechnung getragen.

Empfehlungen zur Erfassung postoperativer Wundinfektionen und von Infektionen in Intensiveinheiten wurden im Frühjahr 2016 gemeinsam mit den Verantwortlichen in den Bundesländern und der Sozialversicherung akkordiert und als Rahmenrichtlinie festgelegt.

Die Bundes-Zielsteuerungskommission nahm die Rahmenrichtlinie am 6. April 2016 zustimmend zur Kenntnis. Um den Dokumentations- und EDV-Aufwand so gering wie möglich zu halten, wurde für das bundesweit einheitliche Erfassen und Übermitteln von Daten festgelegt, dass sich die Krankenanstalten folgender Systeme bedienen können: ANISS, ASDI, KISS und NISS.

Im Jahr 2016 wurden weitere technische, organisatorische und finanzielle Fragen zur Umsetzung erarbeitet und abgestimmt: Die Daten werden einmal jährlich durch die Krankenanstalten erhoben und dem BMGF übermittelt. Das BMGF verfasst dazu einen österreichweiten Bericht und leitet die Daten an die EU-Datenstelle weiter.

Zur österreichweiten Erfassung wurden Basisdatensätze und sogenannte Indikatoroperationen festgelegt. Die ersten Datenmeldungen sollen 2017 erfolgen. Einen Bericht zu nosokomialen Infektionen in Österreich wird es voraussichtlich Ende 2018 erstmalig geben.

2.1.2 Niedergelassener Bereich

Hygiene stellt auch für den niedergelassenen ärztlichen Bereich ein wichtiges Thema mit zahlreichen Vorgaben dar. Die Verpflichtung zur ärztlichen Qualitätssicherung ist im Ärztegesetz [1] festgehalten. Konkrete Vorschriften zu Qualität und Hygiene finden sich in der Qualitätssicherungsverordnung 2012 [12] und der Hygiene-VO 2014 der österreichischen Ärztekammer [8]. Nähere Details können unter <http://www.arzthygiene.at/> abgerufen werden.

2.2 Qualitätsberichterstattung mit den Schwerpunkten Patientensicherheit und Hygiene

Mit der Novelle des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten [9] wurden die Länder verpflichtet, die Teilnahme aller bettenführenden Krankenanstalten an der regelmäßigen, österreichweiten Qualitätsberichterstattung und die dafür erforderliche Datenmeldung landesgesetzlich zu verankern.

Zentrales Tool zur Qualitätsberichterstattung ist die webbasierte, zugangsgeschützte Qualitätsplattform. Auf ihr können Qualitätsverantwortliche in Akutkrankenanstalten und stationären Rehabilitationseinrichtungen seit dem Jahr 2010 über ihre Aktivitäten, Strukturen und Projekte berichten und ihre Erfahrungen austauschen. Die Plattform ist bei der Gesundheit Österreich GmbH eingerichtet und bildet die Datenbasis für die Berichte.

Für das Jahr 2015 wurden die Fragebögen der Qualitätsplattform um Aspekte der Patientensicherheit und Hygiene ergänzt und Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement [2] integriert. Die im ersten Quartal 2016 gesammelten Daten von Akutkrankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen stellen die Grundlage für die österreichweiten Qualitätsberichte dar, die Anfang 2017 und damit zum zweiten Mal veröffentlicht

werden. Zudem fanden ausgewählte Daten Eingang in das Internetportal Kliniksuche.at (siehe Abschnitt 2.3).

2.3 Kliniksuche.at

Kliniksuche.at ist ein wegweisendes Projekt, das ausgehend von den Impulsen der Gesundheitsreform 2013 entwickelt wurde und großes nationales und internationales Interesse hervorrief. In Kooperation mit der Fachhochschule Steyr wurden im Vorfeld eine Befragung zum Thema Veröffentlichung von Qualitätsdaten sowie ein Usability-Test des Auswertungstools durchgeführt. Am 6. April 2016 ging www.kliniksuche.at online.

Veröffentlichte Qualitätsdaten sollen die Bevölkerung in der Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt unterstützen. Eine neutrale Plattform kann in der Entscheidungsfindung helfen und damit auch die Gesundheitskompetenz der/des Einzelnen stärken (Empowerment).

Informationen auf Kliniksuche.at werden aus den Krankenhausroutinedaten (LKF) und den Daten der Plattform Qualitätsberichterstattung generiert. Anhand dreier unterschiedlicher Kategorien können sich Userinnen und User derzeit über 16 Behandlungen/Operationen informieren:

- » Anzahl behandelter Fälle
- » Kriterien für den Aufenthalt
- » Allgemeine Kriterien zum Krankenhaus

Im April 2016 startete Kliniksuche.at mit Informationen zu neun unterschiedlichen Behandlungen/Operationen, bereits im September 2016 wurden sieben weitere ergänzt. Damit sind in etwa 60 Prozent des operativen Leistungsgeschehens abgebildet. Themengebiete und Kategorien werden in regelmäßigen Abständen erweitert.

16 abgebildete Behandlungen/Operationen:

- » Grauer Star-Operation
- » Mandeloperation (Kinder, Erwachsene)
- » Rachenpolypen-Operation
- » Schilddrüsen-Entfernung
- » Trommelfellschnitt
- » Herzschrittmacher
- » Krampfadern-Operation
- » Gallenblasen-Entfernung
- » Leistenbruch (Kinder, Erwachsene)
- » Gebärmutter-Entfernung
- » Gebärmutter-Ausschabung
- » Geburt
- » Hüftprothese
- » Knieoperation arthroskopisch
- » Knieprothese

- » Karpaltunnelsyndrom-Operation

2.4 Messung der Qualität

Ziel ist, kontinuierlich an der Verbesserung der Qualität zu arbeiten und somit die bestmögliche und sichere Versorgung von Patientinnen und Patienten über alle Sektoren und Regionen hinweg zu gewährleisten. Der Nutzen von Qualitätsmessung besteht darin, konkrete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung aus den Kennzahlen und Reviews abzuleiten. So wird bereits seit einigen Jahren an der Qualitätsmessung im stationären Bereich und seit dem Jahr 2013 auch an Grundlagen und Konzepten für die Qualitätsmessung im ambulanten Bereich gearbeitet.

2.4.1 Im Krankenhaus: A-IQI

Das System Austrian Inpatient Quality Indicators, kurz A-IQI, nutzt Indikatoren auf Basis von Routinedaten, mit denen Auffälligkeiten festgestellt werden können. Das Analyseinstrument Peer-Review-Verfahren identifiziert Optimierungspotenzial.

Qualitätsindikatoren

Basis für die Berechnung der Kennzahlen sind die Abrechnungsdaten der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Gemessen wird in allen Krankenhäusern mit der exakt gleichen Methode anhand eines bundeseinheitlichen Auswertungstools namens QDok. Qualitätsindikatoren werden anhand von Krankheitsbildern oder Operationen gebildet. Sie umfassen ein breites Spektrum – von häufigen Standardbehandlungen bis zu hochkomplexen Eingriffen und Krankheitsbildern. Im Jahr 2016 konnte die Indikatoren-Version 4.2 realisiert werden. Diese beinhaltet 52 Indikatorenbereiche mit insgesamt 278 Kennzahlen.

Peer-Review-Verfahren

Das Verfahren dauert einen ganzen Tag und wird im Krankenhaus vor Ort von „externen“, erfahrenen und geschulten Primarärztinnen und Primärärzten bzw. leitenden Oberärztinnen und Oberärzten (Peers) durchgeführt. Das Peer-Review-Team besteht aus drei bis vier Peers aus zumindest zwei unterschiedlichen Fachrichtungen und dieses analysiert und bewertet bis zu 20 ausgewählte Fälle anhand von definierten Analyse Kriterien. Das Herzstück des Verfahrens ist die gemeinsame Diskussion der Einzelfälle mit den Abteilungsleitungen vor Ort und eine anschließend gemeinsame Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen. Von Jänner bis September 2016 fanden 17 Peer-Review-Verfahren zu folgenden Jahresschwerpunkten statt:

- » Gefäßchirurgie
- » Herzchirurgie
- » Urologie

Zusätzlich zu den genannten Jahresschwerpunkten wurden drei freiwillige Verfahren zu den Themen Herzinfarkt, Linksherzkatheter und Schlaganfall durchgeführt.

Monitoring

Um die Nachhaltigkeit von A-IQI zu gewährleisten, werden im Zuge eines Monitorings zwei Fragestellungen bearbeitet:

- » Wie ist der Umsetzungsgrad der vorgeschlagenen Peer-Review-Maßnahmen?
(Maßnahmen-Monitoring)
- » Wie wirksam sind diese vorgeschlagenen Peer-Review-Maßnahmen?
(Ergebnis-Monitoring)

A-IQI-Bericht

2016 wurde wiederum der jährliche A-IQI-Bericht [6] veröffentlicht. Dieser referiert Qualitätsindikatoren-Ergebnisse im internationalen Vergleich und nennt alle identifizierten Verbesserungspotenziale aus den durchgeführten Peer-Review-Verfahren. Erstmals finden sich auch detaillierte Monitoring- und Feedback-Ergebnisse im Bericht.

2.4.2 Im ambulanten niedergelassenen Bereich

Entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit [14] soll eine sektorenübergreifende, damit auch den extramuralen Bereich umfassende Qualitätsmessung entwickelt werden. Das Konzept zur Qualitätsmessung im ambulanten niedergelassenen Bereich wurde im April 2016 von der B-ZK abgenommen. Im Herbst 2016 wurde eine Steuerungsgruppe einberufen.

Für das Pilotprojekt wurden jeweils zwei Bezirke aus zwei Bundesländern ausgewählt, wobei ein Bezirk jeweils eher städtisch und einer eher ländlich sein sollte; diese Bezirke waren in Oberösterreich Steyr (Stadt) und Schärching; in der Steiermark: Graz und Murau.

Für die Pilotierung wurden basierend auf Vorarbeiten von LEICON (Leistungscontrolling des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger) Indikatoren zu Diabetes mellitus Typ II (thematischer Schwerpunkt Krankheitsbilder / chronische Erkrankungen) verwendet. Die errechneten Maßzahlen sollen in regionalen, von der Ärzteschaft selbst organisierten Qualitätszirkeln gegebenenfalls unter Beiziehung von Expertinnen und Experten diskutiert werden. Bis Ende 2017 soll das Pilotprojekt abgeschlossen und evaluiert werden.

2.5 Qualitätsstandard Patient Blood Management

Patient Blood Management (PBM) ist eine wichtige Maßnahme zur Erhöhung der Sicherheit für Patientinnen und Patienten, insbesondere im Hinblick auf Transfusionshäufigkeit und Anämiemanagement. PBM umfasst den gesamten Prozess – von der präoperativen Vorbereitung über intraoperative Maßnahmen bis hin zur postoperativen Betreuung.

Die Fachgruppe Qualität schlug für das Bundes-Jahresarbeitsprogramm 2015 die Entwicklung des Qualitätsstandards PBM vor, womit auch den Vereinbarungen im Bundes-Zielsteuerungsvertrag, operatives Ziel 7.1.1. (2013) entsprochen wurde [3]. Bundeseinheitliche Qualitätsstandards seien für ausgewählte Themenbereiche festzulegen und in der Folge auf Landesebene umzusetzen.

Der Qualitätsstandard PBM [7] bezieht sich auf erwachsene Patientinnen und Patienten, die sich einem geplanten, blutungsrisikanten Eingriff unterziehen, und richtet sich daher vor allem an Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister, die solche Eingriffe vorbereiten, durchführen und begleiten. Medizinische Grundlage für den Qualitätsstandard PBM bildet das Konsensuspapier *Interdisziplinäre Empfehlung zum Anämiemanagement (Patientenorientiertes Blutmanagement)*, das eine österreichische Expertengruppe erarbeitete [10].

Im Jahr 2016 wurde der Qualitätsstandard PBM unter fachlicher Expertise und Begleitung der Projektgruppe Qualitätsstandards, der Fachgruppe Qualität, der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) sowie der Gesundheit Österreich GmbH fertiggestellt. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde er zusätzlich einer Begutachtung durch externe Fachexpertinnen/Fachexperten sowie einer öffentlichen Konsultation unterzogen.

Entsprechend dem Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission im Dezember 2016 wurde der **bundesweite Qualitätsstandard zum Patient Blood Management** unter anderem auf den Webseiten des BMGF und der GÖG veröffentlicht:

http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetsversicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard_Patient_Blood_Management und www.goeg.at/de/Bereich/Qualitaetsstandards-Patient-Blood-Management-PBM.html.

2.6 Bevölkerungs- und Patientenbefragung

Patientenbefragung

Im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission wurde eine Befragung ausgearbeitet, womit Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit einzelnen Aspekten der Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor in Österreich recherchiert werden sollten.

Der Erhebungsschwerpunkt dieser Befragung lag neben den Prozessen innerhalb der einzelnen Versorgungsbereiche insbesondere auf den Abläufen zwischen dem ambulanten und stationären

Gesundheitsversorgungsbereich. Insbesondere interessierte die Qualität der Versorgung an den Nahtstellen, d. h. im Übergang aus einem Versorgungsbereich in den nächsten.

Die sektorenübergreifende Patientenbefragung fand zwischen Mai und Juli 2015 statt. Für die Stichprobe wurden Abrechnungsdaten des vierten Quartals 2014 von zwölf Krankenversicherungsträgern verwendet: Rückmeldungen von 20.234 Patientinnen und Patienten, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor Leistungen in Anspruch genommen hatten, wurden in die Auswertung einbezogen. (Rücklauf: 17,1 Prozent; Versand von 118.278 Fragebögen an Patientinnen und Patienten ab dem 14. Lebensjahr).

Die Ergebnisse sollen die kontinuierliche Weiterentwicklung und Optimierung des gesamten Versorgungsprozesses unterstützen.

Insgesamt sind die Österreicher/innen mit dem Gesundheitssystem zufrieden. Mehr als 95 Prozent aller Patientinnen und Patienten sind mit einem Besuch bei der / beim niedergelassenen Ärztin/Arzt bzw. mit dem Krankenhausaufenthalt zufrieden bzw. eher zufrieden.

Ausgewählte Ergebnisse

- » 89 Prozent wünschen sich, dass ihre Befunde für sie und ihre behandelnden Ärztinnen/Ärzte elektronisch zur Verfügung stehen.
- » Zum Teil erhielten die Befragten von unterschiedlichen Gesundheitsdienstleistern (z. B. Hausärztin/Hausarzt, Krankenhauspersonal, Hauskrankenpflege, Therapeutin/Therapeut, Apothekerin/Apotheker) widersprüchliche Informationen zu Behandlung und Betreuung (9 % stimme zu, 11 % stimme eher zu).
- » Zum Teil schlugen die unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister widersprüchliche Behandlungsmethoden vor (7 % stimme zu, 10 % stimme eher zu).
- » Die/der behandelnde Ärztin/Arzt bzw. Apothekerin/Apotheker informierten ausreichend über Dosierung, Einnahmezeitpunkt sowie mögliche Nebenwirkungen zu den eingenommenen Medikamenten (6 % nein, 14 % ja, aber nicht ausreichend).

Der Ergebnisbericht [11] ist auf der Seite des BMGF abrufbar:

<http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/4/7/CH1330/CMS1311931110184/patientenbefragung2015.pdf>

Bevölkerungsbefragung

Der Wissensstand der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen und insbesondere zur aktuellen Gesundheitsreform war Erhebungsgegenstand der Bevölkerungsbefragung 2016. Erwartungen und Erfahrungen der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem wurden strukturiert erfasst, um die Ergebnisse für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse heranzuziehen. Das Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten soll zielgerichtete Maßnahmen zur Optimierung des Gesundheitssystems generieren. Insgesamt wurden 3.478 Österreicherinnen und Österreicher telefonisch zu den Themen Gesundheitszustand, Erfahrungen und Zufriedenheit, Primary Health Care: Erwartungen, Ziele und Maßnahmen des Gesundheitswesens und Health Literacy befragt.

Ausgewählte Ergebnisse

- » Sehr positiv wird die medizinische Versorgung durch Fachärztinnen/Fachärzte und praktische Ärztinnen/Ärzte wahrgenommen, auch Spitalsambulanzen weisen gute Zufriedenheitswerte auf.
- » Qualitätskriterium für die medizinische Dienstleistung der Ärztinnen/Ärzte sind unmittelbare Erfahrungen mit der Person der Ärztin / des Arztes: Die Bevölkerung erwartet sich insbesondere, dass Ärztinnen und Ärzte zuhören, sich Zeit nehmen, Fachkenntnisse haben und nach dem Besuch klar sein soll, was zu tun ist (alle Teilwerte: 95–100 %).
- » 47 Prozent der österreichischen Bevölkerung können sich vorstellen, sich telefonisch von Expertinnen/Experten zu Gesundheitsfragen am Telefon beraten zu lassen. Stärker vorstellbar ist dies für jüngere, urbane Personen, mit gutem Gesundheitszustand.
- » Wichtige Themen aus Sicht der Bevölkerung: verbesserte medizinische und Vorsorgeuntersuchungen. Das sind wiederum jene Themen, die den persönlichen Nutzen der medizinischen Versorgung betreffen und weniger Verbesserungen des Versorgungssystems, das den Befragten nicht so nahe liegt.

Der Bericht [13] ist auf der Seite des BMGF:

http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsbeurichterstattung/Ergebnisbericht_und_Management_Summary_zur_Bevoelkerungsbefragung_2016

und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger abrufbar:

<http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.770606&viewmode=content>

3 Beirat Patientensicherheit

Um die Qualität der Gesundheitsversorgung in Österreich nicht nur sicherzustellen, sondern auch laufend zu verbessern, wurde im Jahr 2013 der Patientensicherheitsbeirat, ein nach § 8 Bundesministeriengesetz beratendes Gremium für den Themenbereich Patientensicherheit, eingerichtet. Im Jahr 2016 behandelte der Beirat folgende Themen:

- » KLINIKSUCHE.AT – Entwicklung des Webtools zur Darstellung von Qualitätsdaten im stationären Bereich (siehe Abschnitt 2.3)
- » AMEDISS – Austrian Medication Safety Strategy
- » Empfehlung des Beirats für Patientensicherheit zur Wirkstoffverordnung
- » ASQS – Österreichische Fachgesellschaft für Qualität & Sicherheit im Gesundheitswesen
- » Mangelernährungs-Screening Diätologinnen

Geschäftsordnung und Protokolle des Patientensicherheitsbeirates sind abrufbar unter:
https://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/PatientInnensicherheit/Beirat_fuer_PatientInnensicherheit

Der folgende Abschnitt stellt eine Auswahl aus behandelten Projekten vor.

3.1 Austrian Medication Safety Strategy

Austrian Medication Safety Strategy (AMEDISS) ist ein Tool zur Selbsteinschätzung der Medikationssicherheit. Ein Bundesland wandte im Jahr 2014 die Methode zur Selbsteinschätzung der Medikationspraxis in ihren Krankenhäusern in Zusammenarbeit mit Dr. Brigitte Ettl und Dr. Reli Mechtler von der Plattform Patientensicherheit an.

Dazu erhielten die betreffenden Häuser einen Fragebogen, der auf dem Medication Safety Self Assessment Questionnaire¹ des ISMP (Institute for Safe Medication Practice) aus dem Jahr 2011 beruht. In den Fragebogen integriert wurden bisherige Arbeiten wie das österreichische MEDSAFE-Modell, das mit Unterstützung des BMGF entwickelt und in vier Pilotspitälern getestet wurde.

Zentraler Projektinhalt war das Ausarbeiten von Informationen und Antworten zur Selbsteinschätzung der Medikationspraxis mit definierten Arbeitsgruppen in den jeweiligen Häusern. Qualitätsmanagerinnen und Qualitätsmanager in den Einrichtungen übernahmen die Nachbearbeitung des Fragebogens. Anschließend wurden die ausgefüllten Fragebögen an die Plattform Patientensicherheit übermittelt und ausgewertet.

¹

Der ursprüngliche Fragebogen kann unter folgender Adresse eingesehen werden: <https://www.ismp.org/selfassessments/>

Die Häuser wurden für das Thema Medikationssicherheit sensibilisiert und Lösungen für alle Häuser gemeinsam gefunden. Mit AMEDISS konnte hier sowohl Akzeptanz für das Thema geschaffen als auch thematisch in den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für die betreffenden Krankenanstalten verankert werden. Leider ist keine Weiterentwicklung des Projektes vorgesehen. Ebenso wenig erklärten sich weitere Bundesländer bereit, sich am Projekt zu beteiligen. Das ursprünglich geplante Projektziel – einen österreichweiten Vergleich zu ziehen – konnte daher nicht erreicht werden. Zudem wurde kritisiert, dass Ärztinnen und Ärzte keine ausreichenden rechtlichen Grundlagen für die Verordnung von Wirkstoffen haben.

3.2 Empfehlung des Beirats für Patientensicherheit zur Wirkstoffverordnung

Nach den Erfahrungen mit dem Projekt AMEDISS formulierte der Patientensicherheitsbeirat gegenüber dem BMGF den Wunsch eine Wirkstoffverordnung gesetzlich zu ermöglichen (ev. als Kann- anstelle einer Muss-Bestimmung). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden den Wirkstoff eines Präparates zu verordnen anstelle des Präparates nach Herstellernamen, d. h. das Original eines pharmazeutischen Produktes. Der Beirat verwies darauf, dass bei Erarbeitung eines Gesetzesentwurfs auf die Unterschiede zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich zu achten sei.

Der Beirat empfahl in der 8. Sitzung im Oktober 2016 die rechtliche und inhaltliche Prüfung der Thematik Wirkstoffverordnung im stationären und niedergelassenen Bereich. Mit zu regeln wäre die Dokumentation des zu verschreibenden Wirkstoffes und des konkret zu verwendenden Präparates.

3.3 Österreichische Fachgesellschaft für Qualität & Sicherheit im Gesundheitswesen

Im Oktober 2016 erläuterte der Präsident der Österreichischen Fachgesellschaft für Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen ASQS², Priv.-Doz. Mag. Dr. Gerald Sendlhofer, dem Patientensicherheitsbeirat aktuelle Projekte der Fachgesellschaft, insbesondere zu Erfahrungen mit CIRS-Systemen, Patientenbefragungen und Real Time Audits. Weitere Arbeiten bestehen darin, kritische Situationen mit dem Krankenhauspersonal zu simulieren und Patientensicherheitsaspekte in die Lehre zu integrieren.

2

Siehe auch: www.asqs.at

3.4 Grazer Mangelernährungs–Screening

Ebenfalls im Herbst 2016 stellten Prof. Andrea Hofbauer und Anna Eisenberger vom Verband der Diätologinnen Österreichs das Grazer Mangelernährungs–Screening (GMS) im Rahmen des Beirates für Patientensicherheit vor.

Mangelernährung im stationären Bereich ist kein zu unterschätzendes Phänomen. Die Folgen von Mangelernährung im Akutkrankenhaus können weitreichend sein, wie z. B. längere Krankenhaus–Aufenthaltsdauern, höhere Komplikations–, Morbiditäts– und Mortalitätsraten sowie höhere Pflegebedürftigkeit und verminderte Lebensqualität. Adäquate Ernährungstherapie vermeidet diese Folgen, verringert Wiederaufnahmeraten, erhöht das Körpergewicht der betroffenen Patientinnen und Patienten, verbessert allgemein die körperlichen Funktionen, wie beispielsweise der Handkraft, und führt letztendlich auch zu einer höheren Kosteneffizienz durch beispielsweise das Verhindern von Dekubiti oder verringerte Aufenthaltsdauern.

Das Grazer Mangelernährungs–Screening basiert auf den Empfehlungen der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). Für die Umsetzung wurde ein eigener Screeningbogen entwickelt. In einem nächsten Schritt wurde das Screening–Tool in das elektronische Patientendokumentationssystem des Landeskrankenhauses – Universitätsklinikum Graz integriert. Das Tool hat sich in der Praxis bewährt und gilt als einfach und praktikabel in der Anwendung. Das System wurde als valide und reliable Methode zur Vermeidung von Mangelernährung beschrieben.

Als zentrales Ergebnis wurde festgehalten, dass Screeninginstrumente sowohl in Krankenanstalten als auch in Alters– und Pflegeheimen wichtig seien und flächendeckend eingesetzt werden sollten. Ernährung ist ein wesentlicher Teil der Therapie. Qualität der Behandlung und Patientensicherheit können durch verpflichtende Ernährungsstandards gewährleistet werden. Dementsprechend werden der Einsatz von Ernährungsteams, von Ernährungsscreenings bei der Aufnahme sowie intra– und extramurales Nahtstellenmanagement empfohlen.

4 Internationale Arbeiten

4.1 European Network for Patient Safety and Quality of Care

Das im Mai 2012 gestartete Projekt European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ) wurde am 31. 3. 2016 nach fast vierjähriger Laufzeit abgeschlossen. Die Joint Action war ursprünglich für eine Laufzeit von Mai 2012 bis April 2015 geplant. Aufgrund nicht ausgeschöpfter finanzieller Mittel konnte die französische Projektleitung mit CHAFAEA eine Verlängerung des Projekts bis Ende März 2016 aushandeln. Das Projekt intendierte als Ergebnis ein nachhaltiges Netzwerk, das zur sicheren und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung aller EU-Bürger und Bürgerinnen beitragen soll.

Die GÖG fungierte im BMGF-Auftrag als Associated Partner; nationale Kontaktstelle war das BMGF. Die oberösterreichische GESPAG, die Plattform für Patientensicherheit und auch das BMGF selbst brachten ihre Expertise als Collaborating Partners ein. Weitere Vertreterinnen und Vertreter folgender Stakeholder waren in das Projekt involviert: 28 EU-Mitgliedstaaten inklusive Norwegen (NCP); internationale Organisationen wie WHO, OECD, ISQua, EPSO; europäische Stakeholder zur Vertretung diverser Berufsgruppen; 61 nationale Partnerorganisationen mit rund 200 Vertretern/Vertreterinnen aus den diversen Bereichen; 220 Gesundheitseinrichtungen und rund 300 Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister.

4.1.1 PaSQ-Projektergebnisse

Das Projekt führte zur inhaltlichen Vernetzung von Institutionen auf EU-, internationaler und nationaler Ebene. Im Folgenden sind die Ergebnisse von PaSQ im Detail aufgelistet.

4.1.1.1 PaSQ – Online Datenbank für Patientensicherheitsinitiativen

In der im Rahmen von PaSQ konzipierten Online-Datenbank wurden bislang rund 500 Patientensicherheitsinitiativen erfasst. In der Konzeption der weiter unten beschriebenen xchange-Events konnte auf diese Einträge zurückgegriffen und der internationale Austausch gefördert werden. Nach Registrierung sind die Ergebnisse auf der folgenden Seite abrufbar: <http://www.pasq.eu/Wiki/PSandQCGoodPractices.aspx>.

Österreichische Gesundheitseinrichtungen sowie Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister meldeten 18 patientensicherheitsrelevante Initiativen in die PaSQ-Online-Datenbank ein.

Exchange–Eved 35 Exchange–GesundheitsdEvents, das sind internationale Meetings, Workshops, Webinare, Studienreisen zu patientensicherheitsrelevanten Themen, fanden in allen teilnehmenden Mitgliedstaaten statt.

4.1.1.2 PaSQ – Implementierungsprojekte

Rund 200 Gesundheitseinrichtungen implementierten Projekte zu vier definierten patientensicherheitsrelevanten Themen (SCP, safe clinical practices). Jedes am PaSQ–Projekt teilnehmende Land mit kalkuliertem Implementierungsbudget war verpflichtet, zumindest eine der vier SCP

- » Händehygiene zur Prävention nosokomialer Infektionen
- » Anwendung von Checklisten im OP–Setting
- » Arzneimittelsicherheit
- » Pädiatrische Notfallwarnsysteme

in mindestens drei Gesundheitseinrichtungen einzuführen.

Für Österreich beteiligten sich drei Kliniken (in Oberösterreich – die Krankenhäuser Bad Ischl, Gmunden, Vöcklabruck sowie das Krankenhaus Hietzing in Wien) an der Implementierung von Patientensicherheitsinitiativen.

- » In Oberösterreich wurde eine Studie zum Thema Medication Reconciliation durchgeführt. Ziel war es den Routineeinsatz von PIM–Listen (potentially inappropriate medicine) zur Identifikation nebenwirkungsreicher Medikamentenkombinationen zu überprüfen. Angewandte Methoden waren der Checklistenabgleich, die PIM–Identifikation, die Anpassung von Dosierung und Auswahl der Medikamente an die Funktionalität – Grad der Frailty. Interimsergebnisse bestätigten den erwarteten Effekt der implementierten Maßnahmen nicht.
- » Das Krankenhaus Hietzing evaluierte die Zufriedenheit mit den seit dem Jahr 2012 sukzessive eingeführten chirurgischen Checklisten. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass 67 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Einführung als sinnvolle, risikominimierende Maßnahmen erachteten. Es zeigte sich ebenso, dass das Anwenden von Checklisten im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel gut etabliert ist.

4.2 Costs of unsafe care and cost–effectiveness of patient safety programmes

Die Europäische Kommission und die zugehörige Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (CHAFEA) schrieben im Jahr 2014 ein Projekt im Bereich Gesundheitsökonomie mit dem Titel *Costs of unsafe care and cost–effectiveness of patient safety programmes* aus. Die

Gesundheit Österreich GesmbH (GÖG) bewarb sich und erhielt den Zuschlag für das Projekt im März 2015.

Der Anfang 2017 publizierte Bericht [15] gibt einen Überblick über Prävalenz und Kosten von Fehlern in der medizinischen Behandlung sowie über die Kosten-Effektivität von ausgewählten Interventionen zur Verbesserung der Patientensicherheit.

Der systematische Literaturreview erfasste Prävalenz oder Kostenabschätzungen von schädlichen Nebeneffekten medizinischer Behandlung. Aus den ausgewerteten Daten wurden die finanziellen Kosten medizinischer Fehlbehandlung in Europa quantifiziert. Der zweite systematische Literaturreview konzentrierte sich auf europäische Patientensicherheitsprogramme, wobei Kosteneffektivität von Interventionen sowie Auswirkungen auf die Fehlbehandlungskosten analysiert wurden.

Der Ergebnisbericht kann unter folgender Adresse heruntergeladen werden: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2016_costs_psp_en.pdf

5 Ausblick

Patientensicherheit bleibt auch weiterhin ein zentrales Thema. Im Jahr 2017 werden strategische Arbeiten forciert, um die Weichen für die kommenden Jahre neu zu stellen.

Die Abstimmungsgespräche zwischen BMGF, Ländern und Sozialversicherungen zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2017 bis 2020 bauen auf der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens auf und regeln die bundesweiten Arbeiten im Gesundheitsreformprozess für die kommenden drei Jahre.

Der Zielsteuerungsvertrag sieht die Überarbeitung und Anpassung der Qualitätsstrategie vor (siehe Art 8 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Die Qualitätsstrategie schafft die Voraussetzung für das koordinierte und gebündelte Umsetzen von Qualitätsaktivitäten. Sie wird daher regelmäßig auf Umsetz- und Anwendbarkeit sowie Gültigkeit überprüft und entsprechend angepasst. Bis Ende 2017 sollen die Qualitätsstrategie und deren operative Ziele aktualisiert sein.

Weiters ist die Patientensicherheitsstrategie (siehe Art 8 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG) zu überarbeiten und neu auszurichten. Die für die Jahre 2013 bis 2016 gültige erste berufsgruppen- und sektorenübergreifende österreichweite Patientensicherheitsstrategie wird anhand bisheriger Erfahrungen weiter entwickelt. Berücksichtigt werden auch die umgesetzten Maßnahmen und inhaltlichen Schwerpunkte des Patientensicherheitsbeirates.

Literatur

- [1] ÄrzteG 1998: Ärztegesetz 1998. BGBl I Nr 169/1998, Fassung vom 10.11.1998
- [2] B-ZK (2014): Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Qualitätsarbeit im stationären und ambulanten/niedergelassenen Bereich. Im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Bundesministerium für Gesundheit
- [3] B-ZV: Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit
- [4] BGA, Bundesgesundheitsagentur (2010): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- [5] BMG (2013): Patientensicherheit – Österreichweite Strategie 2013 – 2016. Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Bundesministerium für Gesundheit
- [6] BMGF (2016): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- [7] BMGF (2016): Qualitätsstandard Patient Blood Management. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- [8] Hygiene-VO 2014: Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (Hygiene-VO 2014). Kundmachung der Österreichischen Ärztekammer Nr. 07/2013, veröffentlicht am 17.12.2013
- [9] KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten. BGBl Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung.
- [10] Kozek-Langenecker, S.; Bettelheim, P.; Giurea, A.; Halbmayr, W.; Haushofer, A.; Holzer, P.; Jilma, B.; Kamenski, G.; Kulier, A.; Nehrer, S.; Pachucki, A.; Pilger, E.; Rabady, S.; Roka, R.; Schennach, H.; Steurer, M.; Watzke, H. (2013): Interdisziplinäre Empfehlung zum Anämiemanagement (Patienten-orientiertes Blutmanagement).
- [11] Leuprecht, Eva; Lerchner, Martina; Neubauer, Sonja; Kern, Reinhard (2016): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Expertenbericht 2015. Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- [12] QS-VO: Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012), in der Fassung der 1. Novelle der QS-VO 2012
- [13] TQS & HVSVT (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle

Gesundheitsreform. Hg. v. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger unter Mitarbeit der Gesundheit Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit

- [14] Zielsteuerung-Gesundheit: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. unveröffentlichte Version
- [15] Zsifkovits, Johannes; Zuba, Martin; Geißler, Wolfgang; Lepuschütz, Lena; Pertl, Daniela; Kernstock, Eva; Ostermann, Herwig (2016): Costs of unsafe care and cost effectiveness of patient safety programmes. Hg. v. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH and SOGETI. European Union