

Hygiene- Transparenz

Veröffentlichung von Infektionszahlen – wie viel kann, wie viel muss sein?

Gerlinde Angerler

Transparenz im Gesundheitswesen wird aus verschiedenen Gründen gefordert.

Viele Stakeholder, unter anderen die Finanziere des Gesundheitssystems, setzen hohe Erwartungen in eine Offenlegung von Ergebnisqualitätsdaten bzw. von Zahlen über Krankenhausinfektionen. Die Anbieter könnten damit ihre Leistungen darstellen, das interne Qualitätsmanagement könnte strategisch planen und steuern, heißt es. Dem Recht der Bevölkerung auf Information werde Rechnung getragen, ein Qualitätswettbewerb und Vergütungsanreize könnten geschaffen werden. In weiterer Folge würde das Vertrauen der Öffentlichkeit gestärkt werden, wird argumentiert. Doch jede Verzerrung der Gegebenheiten kann das Gegenteil bewirken, das Gesundheitssystem könnte Schaden nehmen, das Vertrauen der Bevölkerung würde geschwächt. Nebenwirkungen der Offenlegung könnten etwa Datenmanipulation sein, Patientenrisikoselektion, ein Streben nach Mittelmaß, ungerechtfertigter Einsatz von Antibiotika, Verzicht auf neue Operationsmethoden oder die Durchführung der Infektionserfassung auf weniger sorgfältige Art und Weise. Spitäler, die ihre Daten nicht darstellen, würden den Eindruck eines Problems oder der Vertuschung vermitteln.

Kundenorientierung und Informationsbedarf

Das Verbraucherbewusstsein der Patienten wächst. Sie fordern Ergebnisqualität ein, Leistungen werden kritisiert und/oder abgelehnt. Deutsche Krankenversicherungen haben in ihnen einen wertvollen Partner entdeckt, der die Angebote kritisch prüft und hinterfragt und somit Einfluss auf unnötige Ausgaben und Interventionen ausübt. Vor allem für Wahleingriffe wurde 2015 ein Gesetz zur Einholung der Zweitmeinung eingeführt. Untersuchungen zeigen, dass nach dem Gespräch mit einem zweiten Arzt zwei Drittel der Personen ihre Entscheidung abgeändert haben. Eine europäische Telefonumfrage von über 8000 Personen zeigte, dass die Menschen eine eigenständige Rolle im Gesundheitssystem einnehmen wollen. Dazu müssen Patienten in ihren Kompetenzen durch Information gestärkt werden, um Eigenverantwortung zu übernehmen. Allerdings ist zu bedenken, dass eine Person umso unmündiger in Bezug auf Entscheidungen ist, je abhängiger sie ist.

Kritisch sollte auch der Wettbewerb gesehen werden, der die Ursache von Falschinformationen sein kann. Gesundheitskom-

munikation kann zum Empowerment der Bevölkerung betreffend der eigenen Gesundheit beitragen und Gesundheitsverhalten entscheidend steuern. Aber einseitige, verzerrende und populistische Information kann auch unerwünschte Reaktionen auslösen. Bei der Gesundheitsinformation handelt es sich immer um ein machtvolles Instrument, mit dem vorsichtig umgegangen werden muss, denn vieles kann falsch wiedergegeben und falsch verstanden werden. Vorsicht geboten ist auch beim zunehmenden Zertifizierungsboom, ein Zertifikat spiegelt nicht automatisch Qualität wider. Nur wenn die Philosophie der Qualitätssicherung akzeptiert wird, kann es zu einer tatsächlichen Veränderung kommen. Die Qualitätsverbesserung muss integraler Bestandteil des Alltags der handelnden Personen werden. Untersuchungen zeigten zudem, dass Qualitätsberichte in der Informationsvermittlung für Laien noch relativ unbekannt und inhaltlich schwer verständlich sind.

Nosokomiale Infektionen (NI)

Die Probleme durch in Einrichtungen des Gesundheitswesens erworbene Infektionen (NI) sind kein neues Phänomen, werden aber durch die Zunahme von diagnostischen, therapeutischen und anästhesiologischen Möglichkeiten verstärkt. Zudem erhöhen Patientenfaktoren (z.B. Alter, Zivilisationskrankheiten, Immundefizite) und Umweltbedingungen (z.B. Antibiotika-Resistenzen, Lebensstil) das Risiko. Das European Centre for Disease Control kommt in der europäischen Punktprävalenzstudie (PPS) von 2012 auf über 4.000.000 Patienten, die jährlich an sogenannten „health-care associated infections“ (HAI) erkranken. Daraus resultierend entstehen direkte, berechenbare Kosten und viel weitreichendere, intangible Effekte. Ein höheres Mortalitätsrisiko, verlängerte Krankenhausaufenthalte sowie zusätzliche Interventionen und Behandlungen führen neben dem erhöhten Ressourcenaufwand der Krankenträger zu schwer bis gar nicht berechenbaren volkswirtschaftlichen Schäden sowie ethischen Problemen. Die individuellen Auswirkungen reichen von Einschränkungen der Lebensqualität, Schmerzen bis hin zum Verlust der Fürsorge von unterhaltspflichtigen Personen.

Der steigende Wettbewerb, die mediale Berichterstattung und das zunehmende Allokationsproblem zwingen alle Beteiligten zum Umdenken, etwa auf die Fokussierung der Kosten hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen, auf Prävention und Stärkung des persönlichen Gesundheitsverhaltens. Die Erhaltung der Gesundheit muss im Vordergrund der Überlegungen stehen. Denn wie die Wirtschaftsforscherin Andrea Jurack feststellt, verliert „jeder Konsum [...] an Wertschätzung, wenn er die Gesundheit des Konsumenten beschädigt“.

Wie viele NI sind vermeidbar?

Die Intransparenz des Gesundheitssystems, die Reparaturmedizin und die geringen präventiven Ansätze bestärken die Bevölkerung in Österreich in ihrer Annahme, dass solche Infektionen und Ereignisse in der modernen Medizin nicht auftreten dürfen. Die Autoren der SCENIC-Studie 1974 sowie jene einer weiteren Untersuchung 2014 kamen zu dem Schluss, dass eine Reduktion der Infektionen von 30 Prozent möglich ist. Transparente Systeme, eine hohe Surveillancekultur, zahlreiche Interventions-

Reinraum-Service

Messtechnik und Wartung für Reinräume und Geräte

**REGELMÄSSIGES SERVICE
GIBT SICHERHEIT!**



Cleanroom Technology Austria

IZ-NÖ-Süd, Strasse 10, Objekt 60
A-2355 Wr. Neudorf

Tel. +43 (0)2236 320053-0
Fax +43 (0)2236 320053 -11
Email office@cta.at
Web www.cta.at

Ihr Spezialist für reine Luft!

studien und finanzielle sowie rechtliche Gründe haben 2012 die Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) in Amerika ermutigt, den Begriff der „Zero Tolerance“ im Rahmen einer Vision als Ziel einzuführen. Deutsche Experten gehen unter Ausschöpfung aller Präventionspotenziale von einer Reduktion der NI um mehr als 30 Prozent aus, nicht jedoch von einer kompletten Verhinderung.

Finanzierung und Reformen

Der Gesundheitssektor wächst rasch und spielt weltwirtschaftlich gesehen eine entscheidende Rolle. Die österreichischen Gesundheitsausgaben betragen 2015 10,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) bzw. über 37,5 Milliarden Euro, 74 Prozent der Ausgaben entfallen auf den öffentlichen Bereich. Das bedeutet seit 1990 einen durchschnittlich jährlichen Anstieg von 4,9 Prozent. Die Kostendämpfungsmaßnahmen zeigen nur langsam Erfolge. Politische Anstrengungen dazu sind unter anderem in der Artikel-15a-Vereinbarung, dem Zielsteuerungsvertrag und dem Gesundheits-Zielsteuergesetz sowie dem Gesundheitsqualitätsgesetz enthalten.

Was die epidemiologische Datenlage in Österreich betrifft, so wird sie von Eurostat als deutlich eingeschränkt beschrieben, nur im Zusammenhang mit gesetzlichen Meldepflichten liegen ausreichend gute Daten vor. Verpflichtende Qualitätsberichte und ein implementiertes Messsystem – A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) – sowie eine webbasierte Klinikinformation wurden schon gestartet.

Qualitätsbegriff im Gesundheitssystem

Österreich liegt trotz eines hinsichtlich der Ressourcen ausgezeichneten Gesundheitssystems in der Punktprävalenzstudie nur im Mittelfeld. Wir haben die zweithöchste Arztdichte und unsere Spitalsbettendichte befindet sich nur gering hinter der von Deutschland. Bei der Krankenhaushäufigkeit sind wir, im europäischen Vergleich, sogar erstplatziert – vermutlich mit ein Grund für die nicht geringe Infektionsrate. Einzig die Ausstattung mit Pflegepersonal liegt unter dem EU-Durchschnitt. Die unterschiedlichen Anforderungen an Qualität zeigen das Spannungsfeld auf.

Methodische Probleme bei der Vergleichbarkeit von Qualität

Grundvoraussetzungen des Vergleichs und der Veröffentlichung von Daten sind unter anderem die Teilnahme aller Einrichtungen an Datenerhebungen unter Berücksichtigung einer Risikoadjustierung (Krankheitsbilder, Risikofaktoren, Einrichtungsarten, Fallzahlen), eines einheitlichen Protokolls, unabhängiger geschulter Datenerheber (der Behandler kann seine Arbeit diesbezüglich nicht objektiv beurteilen) sowie der Prüfung der Validität. Ungenauigkeiten entstehen durch Veränderungen im Erhebungsteam (Unerfahrenheit, zeitliche Abdeckung), Abweichungen vom

Eine Reduktion der Infektionen um 30 Prozent ist möglich.

Protokoll oder der Kriterien und durch eine sogenannte Post-discharge-Surveillance, also Infektionen, die erst nach dem Krankenhausaufenthalt erhoben werden. Aber auch unzureichende, fehlerhafte Dokumentationen, unklare Antibiotikagaben, neue Operationstechniken, Personalveränderungen (Mangel an Mitarbeitern oder viele neue) sowie Fehler in der mikrobiologischen Diagnostik (fehlende Diagnostik, falsches Material, fehlerhafte Abnahme, Lagerung, unpräzise Anforderungen) können die Diagnoseabsicherung erschweren bzw. bei Veränderung der Parameter kann es zu einem Anstieg oder Abfall der Infektionszahlen kommen.

Gezeigt hat sich, dass eine zeitlich sehr aufwendige, aber hoch sensitive, gut abgedeckte Surveillance zur Feststellung höherer Infektionszahlen führt. Eine Qualitätsprüfung der Erfassung mittels Fallberichten des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) zeigte auf Intensivstationen eine Variation der Sensitivität bei der Entdeckung von NI zwischen 30 und 100 Prozent. Eine Prüfung der SwissNOSO-Daten ergab eine Fehlinterpretation von 9,5 Prozent, auch hier wurde der Einfluss durch die Erfassung nachgewiesen. Ohne Sensitivität, Spezifität und Validierung gibt es kein einheitliches Ergebnis. Schlechte Erfahrungen mit Publikationen von Infektionszahlen haben die Schweizer zur Erstellung von Grundlagenpapieren und Checklisten bewogen.

Diskussion und Ausblick

Die Durchsicht der Literatur zeigt, dass Transparenz im Gesundheitswesen aus verschiedenen Gründen gefordert wird. Dazu ist ein Paradigmenwechsel an mehreren Stellen notwendig. Die Bevölkerung muss ihre Eigenverantwortung am Gesundheitssystem tragen, dazu muss es zu einer Veränderung der persönlichen Risikowahrnehmung und der Risikoeinstellung kommen. Psychologisch gesehen handelt es sich hier um einen schwierigen Prozess, aber eine transparente Aufklärung kann einen Teil dazu beitragen. Es müssen Kompetenzen entwickelt und Einstellungen verändert werden. Diese Entwicklung benötigt, wie auch die Veröffentlichung von Infektionsdaten, Zeit. Es muss Vertrauen aufgebaut, es müssen tradierte Verhaltensmuster abgebaut und mittels Information das eigene Gesundheitsverhalten gestärkt werden. Erst wenn die Erfahrung mit der Erfassung und Interpretation wächst, sollten die Daten der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Damit wird auch der Verbesserungsprozess beschleunigt, die Qualität kann somit erhöht und der Patientennutzen gesteigert werden. ::

Die Ausstattung mit Pflegepersonal liegt unter dem EU-Durchschnitt.



Literatur bei der Autorin

Gerlinde Angerler BA
Orthopädisches Spital Speising,
Stabsstelle Krankenhaushygiene;
Leitung Hygienekompetenzzentrum
(HKZ) LABCON
gerlinde.angerler@oss.at