
Schlussbericht Pilotprojekt Spitalambulant

Projektabschlussbericht zu Handen EQK: Evaluation und Empfehlungen für die nationale Umsetzung
Messung Mai 2022 – Februar 2023

März 2024; Version 1.0

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Einleitung	3
1.1. Ausgangslage	3
1.2. Zielsetzung.....	4
2. Projektablauf	4
2.1. Kurzbeschreibung	4
2.2. Projektorganisation	7
2.2.1. Organigramm.....	7
2.3. Projektrealisierung	8
2.4. Ergebnisse	9
2.4.1. Ergebnisse der Klinikvergleiche	9
2.4.2. Ergebnisse der qualitativen Befragung.....	11
3. Zielerreichung	15
3.1. Übersicht Projektziele.....	15
3.2. Abweichungen und Begründung.....	15
3.3. Erreichung der Ziele	15
3.4. Budget und Auslagen Pilotprojekt Spitalambulant.....	16
4. Erkenntnisse und Bewertungen.....	18
4.1. Durchführbarkeit	18
4.2. Hindernisse und vorgeschlagene Verbesserungen	18
5. Schlussfolgerungen und Ausblick	18
5.1. Empfehlungen	18
Literaturverzeichnis.....	23
Abbildungsverzeichnis	23
Tabellenverzeichnis	23
Anhang/Anhänge	24
A1 Detaillierte Variablensets	24
A2 Erläuterungen zu den im Pilotprojekt verwendeten Darstellungen	27
A3 Detaillierte Ergebnisse der qualitativen Evaluation.....	31
Impressum.....	46

Zusammenfassung

Der vorliegende Projektabschlussbericht gibt Auskunft über die Evaluation des ANQ-Pilotprojektes Spitalambulant, das in ausgewählten Spitälern und Kliniken der Akutsomatik durchgeführt wurde. Der Projektabschlussbericht enthält Informationen zum Projekt generell, zur Zielerreichung, zu Erkenntnissen und Herausforderungen. Ausserdem sind Informationen zur Datenlage integriert, damit die Erkenntnisse eingeordnet werden können. Anhand der gemachten Erfahrungen werden Empfehlungen für eine nationale Implementierung der Messung formuliert. Nicht Teil dieses Berichts sind die ausgewerteten Daten, welche in einem separaten Vergleichsbericht und je klinikeigenen Berichten den Pilotinstitutionen zugestellt wurden.

Ziel des Pilotprojekts ist es, die Machbarkeit von Qualitätsmessungen im spitalambulantem Setting zu überprüfen. Des Weiteren sollen Erfahrungen mit Erhebung, Auswertung und vergleichender Darstellung klinikseitiger Daten und generischer und krankheitsspezifischer patientenseitiger Daten sowie mit deren Verknüpfung gesammelt werden.

Zur Beurteilung der Machbarkeit von Qualitätsmessungen im spitalambulantem Setting wurden Patientinnen und Patienten bei denen ambulant ein chirurgischer Eingriff durchgeführt wurde (einseitige Leistenhernienoperationen / Kniearthroskopie bei Meniskusklaision) befragt. Ausschliesslich Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Mai 2022 und dem 28. Februar 2023 in den teilnehmenden Spitälern und Kliniken operiert oder konservativ behandelt wurden, nahmen gemäss definierten Ein- und Ausschlusskriterien am Pilotprojekt teil. Ausserdem erfasste das Fachpersonal klinische Variablen zu jedem Fall (prä- und perioperativ). Die Patientinnen und Patienten, wie auch die Spitäler und Kliniken haben die Daten der verwendeten Instrumente online über die Plattform heartbeat ONE mittels Tablet-Computern oder via Link über den Internetbrowser erhoben. Ausgewertet wurden die Daten von der Basel Academy for Quality and Research in Medicine.

Das Fachpersonal der teilnehmenden Pilotspitäler und -kliniken wurde zur Durchführung des Pilotprojekts befragt. Diese Ergebnisse wurden qualitativ ausgewertet.

Die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt zeigen, dass die Einführung der Qualitätsmessungen im Format des Pilotprojekts nicht zu empfehlen ist. Zu prüfen ist eine Überarbeitung und Schärfung der Zielsetzungen ebensolcher Messungen, um den Nutzen zu erhöhen. Ausserdem müssten vor- und nachgelagerte Leistungserbringer zwingend eingebunden oder die Messungen auf den ambulanten Eingriff beschränkt werden. Dem Vorstand des ANQ liegen damit Informationen vor für die Diskussion bezüglich der nächsten Schritte. Aus den im Pilotprojekt gemachten Erfahrungen lassen sich zudem Herausforderungen identifizieren, die es im Rahmen allfälliger weiterer Arbeiten zu überwinden gilt.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) realisiert seit mehr als 10 Jahren nationale Qualitätsmessungen in der stationären Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) bildet die Basis der ANQ-Tätigkeit. Mit der Leistungsverlagerung – seit dem 01.01.2019 ist die Regelung «ambulant vor stationär» in Kraft – zeigte sich in den letzten Jahren ein grosses Wachstum spitalambulanter Leistungen. Listen ambulant durchzuführender Untersuchungen und Behandlungen von Bund und Kantonen bewirken konsequente Leistungsverlagerungen in den spitalambulantem Bereich. Der ANQ arbeitet deshalb an einer Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren, um zukünftig auch die spitalambulant versorgten Patientengruppen abzudecken.

Für den spitalambulanten Bereich wurden bisher noch kaum Qualitätsindikatoren entwickelt und keine vergleichenden Messungen durchgeführt. Vorabklärungen mit Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen im Rahmen der Standortbestimmung ANQ (inkl. zukünftige Ausrichtung der Messungen) ergaben, dass der Wunsch nach Messungen im spitalambulantem Setting vorhanden ist. Der ANQ-Vorstand sprach sich, basierend auf Vorarbeiten einer eingesetzten Arbeitsgruppe, für ein Pilotprojekt bei zwei überwiegend ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriffen (einseitige Leistenhernienoperationen / Kniearthroskopie bei Meniskusküläsion) aus.

Die Arbeiten im Rahmen des Pilotprojekts fokussieren sich auf klinische Qualitätsvariablen und die Indikatoren Lebensqualität (PROM), Patientenerfahrung (PREM) und Patientenzufriedenheit, welche direkt bei den Patientinnen und Patienten erhoben werden. Es werden somit Aspekte des Patientenmanagement, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität abdeckt. Diese datenbasierte Grundlage liefert eine Basis für die interne Qualitätsentwicklung.

1.2. Zielsetzung

Ziele des Pilotprojekts sind:

1. die Überprüfung der Machbarkeit von Qualitätsmessungen im spitalambulantem Setting.
2. das Sammeln von Erfahrungen mit Erhebung, Auswertung und vergleichender Darstellung klinikseitiger Daten und generischer und krankheitsspezifischer patientenseitiger Daten sowie mit deren Verknüpfung.

Anhand der gewonnenen Erkenntnisse werden Empfehlungen für eine nationale Implementierung der Messung formuliert. Der Auswertungsbericht soll ferner aufzeigen, wie die Darstellung der Ergebnisse bei einem nationalen Roll-Out aussehen könnte (siehe Anhang).

Rückmeldungen und Bewertungen der verantwortlichen Personen in den Pilotkliniken aus der im Rahmen der Projektevaluation durchgeführten qualitativen Befragung werden für die Bewertung des Pilotprojekts einbezogen.

Die gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Projektevaluation zu Händen des ANQ Vorstandes ein. Hierbei werden Empfehlungen für eine nationale Einführung der Messungen im spitalambulantem Setting formuliert. Diese dienen als Grundlage, um dem ANQ Vorstand Vorschläge für eine nationale Implementierung von Qualitätsmessungen im spitalambulantem Setting zu unterbreiten.

2. Projektablauf

2.1. Kurzbeschreibung

Das Pilotprojekt dauerte vom 1. Mai 2022 bis am 28. Februar 2023. Es umfasste die beiden ambulanten Eingriffsarten Kniearthroskopie bei Meniskusküläsion und einseitige Leistenhernie sowie die konservative Therapie bei Meniskusküläsion. Eingeschlossen wurden alle Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Mai 2022 und dem 28. Februar 2023 in der Sprechstunde waren, die einer ambulant geplanten einseitigen Leistenhernien-Operation unterzogen wurden oder aufgrund einer Meniskusküläsion für eine konservative Behandlung oder eine Teilresektion im Rahmen einer Kniearthroskopie in Betracht kamen und der Operationstermin/Beginn konservative Therapie maximal im März 2023 lag. Eine weitere Voraussetzung ist das schriftliche Vorliegen des Einverständnisses der Patientinnen und Patienten (Einwilligung). Ausgeschlossen wurden im Rahmen des Pilotprojekts Patientinnen und Patienten:

- die geplant stationär operiert werden
- bei denen gleichzeitig andere Eingriffe vorgenommen werden sollen
- die unter 18 Jahre sind

- die kognitive Einschränkungen aufweisen
- mit Wohnsitz im Ausland
- mit beidseitiger Leistenhernie
- mit bereits erfolgter Leistenhernienoperation an derselben Seite
- mit Kniearthroskopie in den letzten 12 Monaten am selben Knie

Die Patientinnen und Patienten wurden zu drei Messzeitpunkten befragt. Diese umfassten eine Baseline-Messung, eine Messung nach dem Eingriff und eine Nachbefragung.

Die 1. Messung fand zum Zeitpunkt der Erstkonsultation statt (im Vorfeld oder direkt in der Sprechstunde). Die 2. Messung fand 14 Tage (Leiste) bzw. 30 Tage (Knie) nach dem Eingriff/Beginn der konservativen Therapie statt. Die 3. Messung fand in Form einer Nachbefragung 6 Monate nach dem Eingriff/Beginn der konservativen Therapie statt.

Erhoben wurden patientenseitig erfasste Daten sowie Daten, die vom Personal des Spitals/der Klinik erfasst wurden. Zum Einsatz kamen etablierte und validierte Messinstrumente sowie spezifische für das Pilotprojekt entwickelte Fragestellungen. Nebst klinischen Qualitätsindikatoren (prä und perioperativ) wurden auch Patient Reported Experience Measures PREMs und Patient Reported Outcome Measures PROMs erfasst. Ergänzend wurden Merkmale des Patientenkollektivs erfasst.

Die folgenden PROMs wurden innerhalb der Befragungssets erfasst:

- Einseitige Leistenhernie
 - COMI Hernia: PROM zur Erfassung von u. a. Schmerz, Einschränkungen, Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit chirurgischem Eingriff der Leistenhernie
 - EQ-5D-5L: generischer PROM zur Erfassung von u. a. Mobilität, Selbstversorgung, Angst, Selbstbewertung des allgemeinen Gesundheitszustands
- Kniearthroskopie bei Meniskusläsion
 - KOOS-12: PROM zur Erfassung von u. a. Schmerz, Symptomen, Funktionsfähigkeit bei Knieverletzungen
 - EQ-5D-5L: generischer PROM zur Erfassung von u. a. Mobilität, Selbstversorgung, Angst, Selbstbewertung des allgemeinen Gesundheitszustands

Die Erhebung der klinischen Daten lehnte sich stark an klassische klinische Datenraster (Herniamed bei einseitiger Leistenhernie, ICHOM Standardset Knie&Hüfte bei Kniearthroskopie) an. Erhoben wurden zusätzlich eigens für das Pilotprojekt definierte Zusatzfragen zu PREMs, Patientenzufriedenheit, klinische Risikofaktoren sowie Patientencharakteristika, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen. Aus den patientenseitig und klinikseitig erhobenen Variablen wurden weitere Variablen abgeleitet (Variablenset im Detail, siehe Anhang).

Die Patientinnen und Patienten, wie auch die Spitäler und Kliniken haben mit einer Ausnahme die Daten der verwendeten Instrumente und Fragen online über die Plattform heartbeat ONE erhoben. Ein Spital hat das Variablenset im eignen System integriert und die Erhebung über das eigene System gemacht.

Heartbeat Medical setzte für die einfache und schnelle Kommunikation und Koordination neueste Technologien ein. Die Funktionalitäten und Prozessabläufe werden im Folgenden erklärt.

- Die Plattform heartbeat ONE diente der automatischen Erfassung von PROMs, PREMs und Patientenzufriedenheit sowie zur einfachen Digitalisierung von klinischen Dokumentationen.
- Ärztinnen und Ärzte erhielten einen Überblick über die individuelle Therapieentwicklung einzelner Personen und deren Genesungsverlauf und waren darüber hinaus in der Lage, die gesammelten Erkenntnisse für bestimmte Patientengruppen auszuwerten und zu analysieren. Alle Ergebnisse standen in Echtzeit zur Verfügung.

- Patientenbefragungen konnten entweder vor Ort am Tablet durchgeführt oder alternativ per E-Mail an die Patientinnen und Patienten verschickt werden, so dass diese auch vor oder nach der Behandlung die Befragungen ortsungebunden durchführen konnten. In der Regel wurde die Erstbefragung vor Ort am Tablet durchgeführt, während alle weiteren Befragungen via E-Mail automatisch versendet wurden, insofern die digitale oder schriftliche Einwilligung der Patientinnen und Patienten vorlag.
- Patientinnen und Patienten wurden automatisch durch die 3 Befragungen geführt, hatten jedoch keine Einsicht in die Resultate.

Für die Teilnahme im Rahmen des Pilotprojekts wurde jedem teilnehmenden Spital/jeder teilnehmenden Klinik das Tablet und eine eigene Benutzeroberfläche auf der heartbeat ONE Plattform zur Verfügung gestellt, auf das nur Benutzerinnen und Benutzer mit eigenem User-Account Zugriff hatten.

Die Übermittlung einer pseudonymisierten Kopie der Daten erfolgt über eine sichere Verbindung an das Auswertungsinstitut, sofern die Einwilligung der Patientinnen und Patienten vorhanden war.

2.2. Projektorganisation

2.2.1. Organigramm

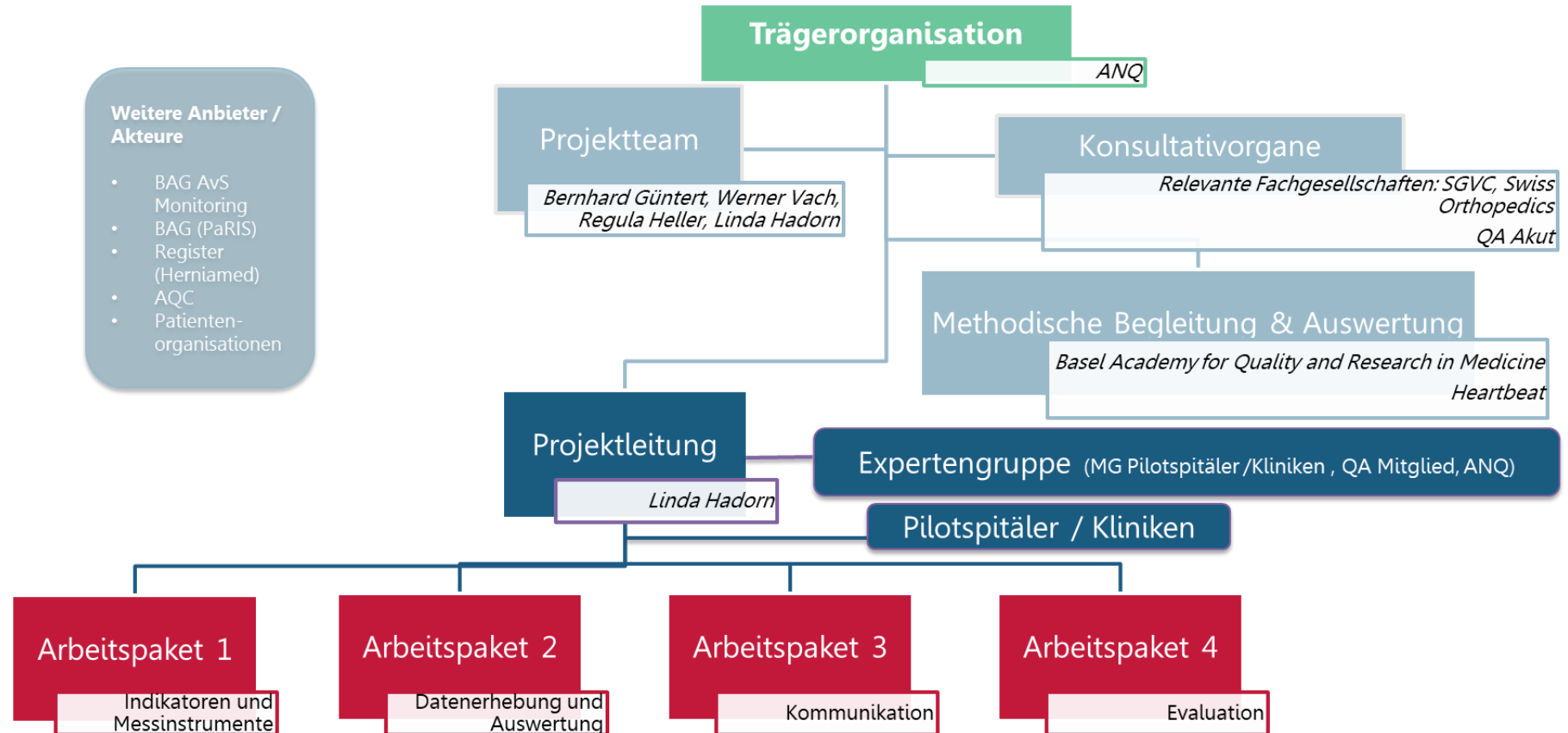


Abbildung 1: Organigramm

2.3. Projektrealisierung

Insgesamt haben 8 Pilotspitäler/-kliniken am Pilotprojekt teilgenommen. Davon haben 4 Spitäler/Kliniken für die Eingriffsart einseitige Leistenhernienoperation, 3 Spitäler/Kliniken für die Eingriffsart Kniearthroskopie bei Meniskusküläsion und ein Spital/eine Klinik für beide Eingriffsarten teilgenommen. Davon haben 6 Spitäler/Kliniken ihren Standort in der Deutschschweiz und 2 Spitäler/Kliniken ihren Standort in der französischsprachigen Schweiz.

Die Datenerhebung startete im Mai 2022. Die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten wurde im Februar 2023 beendet, wobei Eingriffe noch bis Ende März 2023 mögliche waren. Die letzten 6-Monats-Follow-Up Befragungen wurden im September 2023 durchgeführt.

Für den ambulanten Eingriff einseitige Leistenhernie wurden insgesamt 196 Fälle erfasst, für den ambulanten Eingriff Kniearthroskopie bei Meniskusküläsion 44. Ein Spital hat die Erhebung für den Eingriff Kniearthroskopie bei Meniskusküläsion kurz vor Projekt ende abgebrochen, da die Daten nicht zur Auswertung verwendet werden konnten. 2 Spitäler/Kliniken haben je nur einen Fall erfasst für die einseitige Leistenhernienoperation.

Die Koordination mit an der Messung teilnehmenden Spitälern und Kliniken wurde von Heartbeat Medical übernommen. Heartbeat Medical führte die Qualitätsmessungen im spitalambulanten Setting nach unseren Vorgaben durch und koordinierte die vor- und nachgelagerten Prozesse der Messung (Messlogistik). Mit den Auswertungen wurde die Basel Academy for Quality and Research in Medicine beauftragt.

Um aussagekräftige Resultate zu erhalten, die als Grundlage für die nationale Empfehlung dienen können, wurde angestrebt, möglichst vollständige Datensätze zu erhalten. Um vollständige klinische Dokumentationen sowie eine hohe Rücklaufquote der E-Mail-Befragungen zu erreichen, wurden die folgenden Massnahmen durchgeführt:

- Benutzerschulung: Die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitäler / Kliniken wurden in einer Online-Schulung durch Heartbeat Medical mit der Nutzung der Software heart-beat ONE vertraut gemacht. Bei Rückfragen im Nachgang an die Schulung standen immer direkte Kontaktpersonen seitens Heartbeat Medical zur Verfügung.
- Telefonische Nachverfolgung durch Heartbeat Medical: Um die Rücklaufquote der E-Mail-Befragungen möglichst hochzuhalten, erfolgte ein telefonisches Follow-Up bei den Patientinnen und Patienten via Heartbeat Medical, insofern sie nicht auf ihre drei automatischen Reminder via E-Mail reagiert haben.

Für den Vergleichsbericht wurde auf eine Risikoadjustierung verzichtet, da die Fallzahlen, trotz grosser Bemühungen, zu gering sind, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Die Messergebnisse wurden zu Händen der Pilotspitäler/-kliniken in deskriptiver Form dargestellt. Wie üblich, verzichtet der ANQ darauf, die Ergebnisse aus Pilotprojekten zu publizieren. Aus diesem Grund wird der Vergleichsbericht mit den detaillierten Daten ausschliesslich den Pilotspitälern/-kliniken zugestellt. Zusätzlich wurde pro Spital ein spital-/klinikspezifischer Bericht zu Händen der einzelnen Institutionen erstellt.

Der vorliegende Projektabschlussbericht konzentriert sich auf die Hauptfragestellung der Machbarkeit von Qualitätsmessungen im spitalambulanten Setting sowie der Sammlung von Erfahrung hinsichtlich Erhebung, Auswertung und vergleichender Darstellung.

Qualitative Erhebung

Die Verantwortlichen für das Pilotprojekt in den Spitälern und Kliniken wurden einmal während und nach dem Erhebungszeitraum zur Umsetzung befragt. Die Befragung erfolgte durch den ANQ mittels Online-Umfragen und deckte folgenden Themenbereiche ab:

- Allgemeine Zufriedenheit mit dem Projekt

- Organisation
- Unterstützung durch Heartbeat Medical und ANQ
- Informationsmaterialien
- Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten / geringe Fallzahlen
- Erfassungsinstrumente
- Erhebung mittels heartbeat ONE und Ergebnisdarstellung
- Verbesserungsvorschläge bei nationaler Einführung

Die Zwischenbefragung enthielt 9 Fragen, die Schlussbefragung 29 Fragen und wurde von 8 Personen vollständig ausgefüllt. Zusätzlich wurde den Fachpersonen während der gesamten Erhebungszeit die Möglichkeit geboten, Rückmeldungen direkt einzubringen, damit auf allfällige Schwierigkeiten schnell reagiert werden konnte.

Die Ergebnisse der qualitativen Daten werden nach Themenbereichen der Befragung dargestellt.

2.4. Ergebnisse

Der Ergebnisteil fokussiert schwergewichtig auf die Zielerreichung des Pilotprojekts. Ergebnisse aus den Vergleichen der Qualitätsmessungen werden nicht im Detail wiedergegeben. Im nachfolgenden Kapitel folgen einzig generelle Erkenntnisse hinsichtlich der Klinikvergleiche.

2.4.1. Ergebnisse der Klinikvergleiche

Die Ergebnisse im Vergleichsbericht wurden in sechs Themenbereiche eingeteilt:

- Patientencharakteristika: diese dienen in erster Linie der Einschätzung der Vergleichbarkeit der Patientenpopulationen. Teilweise geben diese Variablen aber auch Einblicke in die Rolle des Spitals/der Klinik in der Patientenversorgung oder in das Zuweiserpektrum.
- Baselinecharakteristika: hier sind die Items des COMI Hernia Instrumentes und des EQ-5D-5L abgebildet, die präoperativ erhoben wurden. Sie stellen somit eine weitere Form von Patientencharakteristika dar.
- Managementcharakteristika: um von anderen Spitälern/Kliniken zu lernen und mögliche Qualitätsunterschiede in Relation zur Patientenversorgung zu setzen, ist ein entsprechender Einblick in die Patientenversorgung notwendig. Hierzu können die erhobenen Managementcharakteristika beitragen.
- Ergebnisqualität: diese Variablen spiegeln verschiedene Aspekte des erreichten Ergebnisses wider – in erster Linie aus der Sicht der Patientinnen und Patienten.
- Prozesszufriedenheit: diese Variablen spiegeln die Zufriedenheit des Patienten/der Patientin mit den von ihnen erlebten Prozessen wider. Da diese grösstenteils auf spezifische Prozesse Bezug nehmen, können sie direkt Anlass zu entsprechenden Korrekturen im Patientenmanagement geben.
- Datenqualität: diese Variablen spiegeln verschiedene Aspekte der Datenerhebung wider, die wichtig sind für die Interpretation der Vergleiche zwischen den Spitälern/Kliniken. Sofern die Spitäler/Kliniken Einfluss auf diese Variablen haben, können sie auch die Datenerhebungsqualität widerspiegeln.

Zu jedem der Themenbereiche wurden die Variablen separat ausgewertet. Einer der innovativen Aspekte dieses Pilotprojektes ist die Nutzung von Patienten Reporting Outcomes Measures zur Erhebung der Ergebnisqualität. Deshalb wird im Projektabschlussbericht dieser Themenbereich noch speziell kommentiert bzw. generell dargestellt. Alle anderen Themenbereiche sind ausschliesslich im nicht veröffentlichten Vergleichsbericht abgebildet.

Verwendet wurden pro Eingriffsart ein krankheitsspezifisches Erhebungsinstrumente und ein generisches Instrument. Beide Instrumente wurden sowohl im Rahmen der Baselinebefragung als auch bei den beiden Follow-Up-Befragungen eingesetzt. Beide Instrumente erlauben es, die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten durch einen Gesamtscore zu beschreiben und somit die Entwicklung der Lebensqualität über die Zeit in jeder Patientin/jedem Patienten zu verfolgen. Pro Patientin/Patient liegen so im Idealfall drei Messungen und damit Scores zu drei Zeitpunkten vor. Damit kann die Entwicklung der Lebensqualität pro Patientin/Patient verfolgt werden.

In den Ergebnissen lassen sich verschiedene Muster in den Verläufen erkennen. Einige Patientinnen und Patienten zeigen kaum eine Veränderung über die Zeit, einige zeigen grosse Schwankungen, einige zeigen eine Verschlechterung der Lebensqualität (ausschliesslich Patientinnen und Patienten mit Kniearthroskopie bei Meniskusläsion) und einige zeigen eine kontinuierliche Verbesserung.

Nachfolgen folgt eine Bewertung der eingesetzten PROMs Instrumente.

In der Baselineerhebung vor der Operation kann eine breite Streuung der Werte des COMI Total Scores beobachtet werden. Einige Patientinnen und Patienten weisen Werte nahe an null auf, so dass von keiner oder nur einer sehr geringen Einschränkung der Lebensqualität ausgegangen werden kann. Einige wenige Patientinnen und Patienten weisen sehr hohe Werte auf, die dem Maximalwert von 10 nahekommen. Leicht verändert hat sich das Bild nach 14 Tagen. Hier ist der Anteil von Patientinnen und Patienten mit Scorewerten nahe 0 gestiegen; viele haben aber immer noch hohe Scorewerte. Nach 6 Monaten hat die Mehrheit der Patientinnen und Patienten einen Scorewert nahe 0 erreicht. Nur einzelne Patientinnen und Patienten weisen noch Werte über 2 auf. Diese Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass es sich um ein sensitives Instrument für den Eingriff der einseitigen Leistenhernienoperation handelt.

Einzig für dieses Instrument liegt ein Vergleich mit der Literatur vor. Die untenstehende Tabelle vergleicht die im Pilotprojekt beobachteten Verteilungen mit entsprechenden Daten aus der Literatur. Die Studie von Staerkle und Villiger (Staerkle & Villiger, 2010) wurde im Rahmen der Entwicklung des COMI Hernia Instrumentes durchgeführt und umfasste 51 deutschsprachige Patientinnen (n=3) und Patienten (n=48) aus zwei Schweizer Spitälern, bei denen die Diagnose einer Leistenhernie (primär oder rekurrent) gestellt wurde. In dieser Studie wurden hinsichtlich des COMI Total Scores fast identische Mittelwerte und Standardabweichungen beobachtet. Die Studie von Villier et al (Staerkle, Vuille-Dit-Bille, Fink, Soll, & Villiger, 2017) umfasste 228 (männliche) Patienten aus sechs Schweizer Spitälern, bei denen die Diagnose einer Leistenhernie (primär und rekurrent) gestellt wurde. Nach 6 Monaten wurde in diesen Patienten ein mittlerer COMI Total Score von 0.75 beobachtet. Der Wert in unserer Population liegt nur geringfügig höher.

	COMI Total Score	
	Pilotstudie	Literatur
Baseline	3.0±1.8	3.0±1.4 ¹⁾
14 Tage Follow-Up	2.6±2.1	
6 Monats Follow-Up	0.82±1.13	0.75 ²⁾

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichung des COMI Total Scores an den drei Erhebungszeitpunkten und Vergleichswerte aus der Literatur. 1) (Staerkle & Villiger, 2010); 2) (Mommers, et al., 2017)

In der Baselineerhebung vor der Operation kann eine breite Streuung der Werte des KOOS-12 Gesamtscores beobachtet werden. Einige Patientinnen und Patienten weisen Werte nahe an 100 auf, so dass von keiner oder nur einer sehr geringen Einschränkung der Lebensqualität ausgegangen werden kann. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten weist jedoch Werte unter 60 auf und sind somit deutlich von einer optimalen Lebensqualität entfernt. Nach 30 Tagen hat sich das Bild deutlich

verändert. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten weist nun Scorewerte über 70 auf. Nach 6 Monaten weist die Mehrheit Werte über 90 auf. Allerdings gibt es immer noch Patientinnen und Patienten mit deutlich eingeschränkter Lebensqualität und Scorewerten unter 60. Diese Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass es sich um ein sensibles Instrument für den Eingriff der Kniearthroskopie bei Meniskusläsion handelt.

Hinsichtlich des EQ-5D-5L Scores ist in der Baselineerhebung das Bild etwas anders. Hier weist die Mehrheit der Patientinnen und Patienten Werte nahe 1, den maximal möglichen Wert auf. Dies spiegelt vermutlich wider, dass der EQ-5D-5L ein Instrument für die allgemeine Lebensqualität ist und nicht gelenkspezifische Lebensqualität ist bzw. viele Leistenhernienpatientinnen und -patienten in ihrer allgemeinen Lebensqualität nicht gravierend eingeschränkt sind. Dennoch lässt sich auch hier eine leichte Verbesserung der Lebensqualität nach 14 bzw. 30 Tagen und eine Verbesserung nach 6 Monaten erkennen.

Bewertung der Ergebnisse der Spital-/Klinikvergleiche

Für die Aussagekraft der Ergebnisse ist die Vollständigkeit und Qualität der zugrundeliegenden Daten zentral. Nachfolgende Tabellen zeigen, auf welchen Fällen die Auswertung basiert.

	Teilgenommen	Präoperative Befragung	Follow-Up 1 (14 Tage)	Follow-Up 2 (6 Monate)
A	29	29	26 (90%)	16 (55%)
B	68	68	56 (82%)	25 (37%)
C	97	67	15 (15%)	0
D	1	1	1 (100%)	1 (100%)
E	1	0	0	0

Tabelle 2: Anzahl der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten je Spital/Klinik und Teilnahme an den Befragungen für einseitige Leistenhernienoperationen.

	Teilgenommen		Präoperative Befragung	Follow-Up 1 (6 Wochen)	Follow-Up 2 (6 Monate)
A	19		19	18 (95%)	14 (74%)
B	15		14	8 (53%)	5 (33%)
C	10		10	3 (30%)	0 (0%)

Tabelle 3: Anzahl der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten je Spital/Klinik und Teilnahme an den Befragungen für Kniearthroskopie bei Meniskusläsion.

2.4.2. Ergebnisse der qualitativen Befragung

Zur Eruierung der zentralen Fragestellungen des Pilotprojekts und zur Ausarbeitung von Empfehlungen für eine spätere Implementierung von Qualitätsmessungen in der spitalambulant Akutsomatik wurden bei den acht teilnehmenden Spitälern und Kliniken je eine Zwischen- und Abschlussevaluation mittels einer Online-Umfrage durchgeführt. Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der Online-Umfrage präsentiert. Die aufgeführten Aspekte sind zum Teil durch aussagekräftige Zitate ergänzt. Eine erschöpfende Liste aller Antworten ist im Anhang zu finden. Des Weiteren ist dieser Ergebnisbericht ergänzt mit Schlussfolgerungen des Auswertungsinstituts im Sinne von «lessons learned».

Strukturmerkmale

Während der Projektlaufzeit von Mai 2022 bis Februar 2023 wurden gemäss Angaben von sieben Pilotspitälern und -kliniken total 370 ambulante Eingriffe (einseitige Leistenhernien und Kniearthroskopie bei Meniskusläsion) durchgeführt. Im gleichen Zeitraum gab es 99 stationäre Eingriffe. Eine Pilotinstitution konnte die Anzahl ambulante und stationäre Eingriffe für den Projektzeitlauf nicht mitteilen.

Sechs der acht Pilotspitäler und -kliniken (75%) bieten den ambulant versorgten Patientinnen und Patienten nach einer einseitigen Leistenhernie und nach einer Kniearthroskopie bei Meniskusläsion einen Nachfolgetermin an. Zwei davon erwähnen explizit, dass der Nachfolgetermin bei der Belegärztin/beim Belegarzt angeboten wird. Gemäss Online-Umfrage übermitteln sechs Pilotspitäler und -kliniken den schriftlichen Austrittsbericht direkt an die Nachbehandelnden; zwei davon händigen den Austrittsbericht zusätzlich den Patientinnen und Patienten aus. Bei einer Institution erfolgt die Aushändigung des Austrittsberichts für Nachbehandelnde nur an die Patientinnen und Patienten. Bei einer Institution wird die Nachsorge der Patientinnen und Patienten selbständig durch die Belegärztin/den Belegarzt durchgeführt.

Organisation des Pilotprojekts (Kommunikation/interne Prozesse)

Die Pilotspitäler und -kliniken beurteilten die Organisation des Pilotprojekts und den kontinuierlichen Informationsfluss als sehr gut. Die Dokumentation, die Hilfsmittel, die Web-Meetings sowie die stete Erreichbarkeit und die zuverlässige Unterstützung des engagierten ANQ-Teams wurden sehr geschätzt. Positiv wurde auch ein gewisses Mitspracherecht genannt und die Möglichkeit, das Pilotprojekt hinsichtlich Erhebungszeitraum zu kürzen. Mit dem Support durch den ANQ waren die Pilotspitäler und -kliniken sehr zufrieden.

Verbesserungsbedarf wurde teilweise beim Ansprechpartner Heartbeat Medical Solutions GmbH eruiert. Die Zusammenarbeit in der Startphase wurde als mühsam empfunden, da Heartbeat Medical für Supportanfragen infolge von vielen personellen Wechsels nicht erreichbar war ohne entsprechende Kommunikation. Für eine andere Pilotinstitution, welches ihr eigenes Erfassungstool einsetzte, war die technische Dokumentation zu wenig detailliert und verschiedene Informationen kamen verspätet. Mit dem Support durch Heartbeat war die Mehrheit der Spitäler und Kliniken zufrieden bis sehr zufrieden. Auch mit der technischen Lösung waren die Spitäler und Kliniken zufrieden und beurteilten das Dashboard als funktional, einfach verständlich und übersichtlich.

Die Pilotmessung wurde unterschiedlich in die tagesklinischen Prozesse integriert, und die Spitäler und Kliniken sahen sich mit verschiedenen Schwierigkeiten konfrontiert. Eine grosse Herausforderung war es, die Patientinnen und Patienten zur Teilnahme zu motivieren vor allem auch bezüglich der Nachbefragungen. In einer Institution gestaltete sich die Integration der Erhebung bei den Leistenhernien einfacher als bei der Kniearthroskopie. Eine andere Institution übergab die Verantwortung für die Erhebung an das Case Management: *«Konnte an das Case Management abgegeben werden, Praxis hatte somit kaum etwas zu tun, ausser Erstinformation abzugeben und Patientendaten ans Case Management weiterzugeben».*

Teilnahmebereitschaft/Fallzahlen

Die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten war eine der Schwierigkeiten der Pilotmessung. Gemäss Rückmeldung der Spitäler und Kliniken wirken sich folgende Aspekte positiv auf die Teilnahmebereitschaft aus:

- Ärztin/Arzt ist von der Erhebung überzeugt und kann den Mehrwert für die Patientinnen und Patienten erklären
- Erhebung ist Teil der Behandlung
- Vertrauensverhältnis der Patientinnen und Patienten zu Ärztin/Arzt und zur Klinik
- Persönliches Gespräch

- Direkte Ansprache
- Gute Information im Vorfeld des Eingriffs

Die Pilotspitäler und -kliniken sehen folgende Schwierigkeiten in Bezug auf die Motivierung der Patientinnen und Patienten:

- Patientinnen und Patienten sehen keinen direkten Nutzen der Erhebung
- Die Erhebung bedeutet ein Zusatzaufwand
- Fehlende Zeit
- Unterzeichnung Einverständniserklärung
- Patientinnen und Patienten werden von allen Seiten mit Befragungen bombardiert
- Patientin/Patient muss die Evaluation selbständig durchführen

Die Fallzahlen waren in allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken kleiner als angenommen. Die Gründe dafür sehen die Spitäler und Kliniken hauptsächlich darin, dass während der Projektlaufzeit tatsächlich weniger ambulante Eingriffe vorgenommen wurden als im Vorfeld angenommen. Weiter nennen sie auch Schwierigkeiten bezüglich der Integration der Erhebung in die internen Prozesse, die oben ausgeführte Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten und die Motivation der Ärzteschaft.

Qualitätsindikatoren und Messinstrumente

Die erhobenen Qualitätsindikatoren (patientenseitig und klinikseitig) wurden von den Pilotspitälern und -kliniken mehrheitlich als aussagekräftig bis sehr aussagekräftig eingeschätzt. Auch die verwendeten Messinstrumente EQ-5D-5L, COMIHernia / KOOS 1-12, die prä- und perioperativen Variablen sowie die Fragensets zu Patientenzufriedenheit und PREMs wurden als geeignet und aussagekräftig für das spitalambulante Setting bewertet. Gemäss den Resultaten aus der Online-Befragung sind mit den verwendeten Indikatoren und Messinstrumenten die wichtigsten Qualitätsaspekte abgedeckt.

Es gibt einzelne Einschätzungen, welche die Qualitätsindikatoren und Messinstrumente als wenig aussagekräftig und nicht geeignet beurteilen. Kritisiert wird die viel zu aufwändige und umfangreiche Erhebung für einen ambulanten Eingriff, der im Schnitt eine Stunde dauert. Betreffend die zwei Nachbefragungen erachtete eine Institution den Zeitpunkt der ersten Nachbefragung als zu früh (nach vier Wochen wäre besser). Bei einer anderen Institution war der Erfassungszeitpunkt nicht identisch mit dem Zeitpunkt der Nachverfolgung des internen Prozesses. Dies führte zu Akzeptanz- und Verständnisschwierigkeiten bei der Ärzteschaft.

Datenerhebung und Datendarstellung

Mit Ausnahme eines Spitals, haben alle Pilotspitäler/-kliniken die Plattform heartbeat ONE benutzt. Die Nutzung einer einheitlichen Software hat die Durchführung des Pilotprojekts deutlich vereinfacht. Die Pilotspitäler und -kliniken bewerteten die Plattform heartbeat ONE als einfach zu bedienen und verständlich für die Patientinnen und Patienten. Das Dashboard ist übersichtlich und ansprechend, die Farbe beruhigend. Negative Rückmeldungen gab es zur schlechten Erreichbarkeit wegen Personalwechsel bei technischen Fragen. Gemeldet wurden Start-/Anfangsprobleme und Schwierigkeiten etwas zu finden (fehlende Übersicht). Bemängelt wurde auch die fehlende Defaulteingabe gewisser Kriterien, die ein wiederholtes Ausfüllen erforderten. Die Hälfte der Pilotspitäler und -kliniken würde bei einer dauerhaften Einführung der Messung die zur Verfügung gestellte Software (analog heartbeat ONE) für die Datenerhebung nutzen. Die andere Hälfte bevorzugt die Integration der Erhebung in das Klinikinformationssystem KIS. Ein Spital wünscht sich eine deutlich einfachere Handhabung, bei der Daten direkt aus dem KIS gezogen werden können. Gemäss einer weiteren Rückmeldung wird eine Erhebung *«möglichst ganz ohne personelle Ressourcen»* gewünscht. Eine andere Institution möchte die Erhebung in das eigene PROMs Tool integrieren und die Daten via CSV übermitteln. In diesem Zusammenhang zeigte sich im Pilotprojekt, dass unterschiedliche Datenerhebungssysteme durchaus genutzt

werden können bzw. mit einem guten Data Dictionary wiesen die Daten aus heartbeatONE und dem eigenen Erfassungssystem fast dieselbe Struktur auf und konnten gut zusammengeführt werden für die Auswertung.

Die Plattform heartbeat ONE bietet die Möglichkeit, die Ergebnisse der Patientenbefragung unmittelbar nach dem Ausfüllen darzustellen. Fünf der acht Pilotinstitutionen nutzten die Möglichkeit, individuelle Ergebnisse einzelner Patientinnen und Patienten aus der Nachbefragung anzuschauen. Gemäss Evaluation schauten sich das QM, die Vorort-Projektleitung und auch Ärztinnen/Ärzte die Ergebnisse an. Drei Institutionen sichteten die Ergebnisse bei allen Patientinnen und Patienten, eine Institution ungefähr bei der die Hälfte der Fälle und eine Institution nur testmässig. Die Ergebnisse einzelner Patientinnen und Patienten wurden angeschaut, um sich zu informieren, sich einen Überblick zu verschaffen oder zur Kontrolle. Vor allem in Bezug auf das QM wird diese Möglichkeit geschätzt: *«Diese Rückspiegelung ist für den Arzt und Patient von grosser Wichtigkeit. Beide können so die Resultate objektiv beurteilen. Nur in dieser Form macht die ganze Befragung Sinn»*. Eine Institution besprach die Ergebnisse bei der Konsultation bzw. nahm proaktiv Kontakt auf, wenn Ergebnisse nicht gut waren. Eine Institution verzichtete aus zeitlichen Gründen darauf, die Ergebnisse einzelner Patientinnen und Patienten anzuschauen. Eine andere tat es nur zu Beginn, beurteilte die Sichtung der Ergebnisse dann als zu umständlich.

In sechs Pilotspitälern und -kliniken schauten sich das QM und/oder die Ärzteschaft den Zusammenschau der Ergebnisse aller Patientinnen und Patienten via heartbeat ONE an. Teilweise wurden die Ergebnisse aller Patientinnen und Patienten (noch) nicht angeschaut, dies aus zeitlichen Gründen oder infolge geringer Teilnehmerzahl.

Hinsichtlich des Vergleichsberichts bzw. der Datendarstellung stellten sich zwei wesentliche Herausforderungen. Zum einen wurden Variablen auf unterschiedlichen Skalenniveaus erhoben, hierdurch wurde eine einheitliche Darstellung erschwert. Da eine Vielzahl an Variablen erhoben wurden, schien es wichtig, zentrale Ergebnisse hervorzuheben. Die Auswahl der zentralen Ergebnisse wurde erschwert aufgrund der unterschiedlichen Skalenniveaus, denn so war es nicht möglich, sich auf eine gemeinsame Kenngrösse für die beobachteten Unterschiede zu beziehen.

Nutzen für die Qualitätsentwicklung

Der Nutzen der Selbstbewertung durch Patientinnen und Patienten (PROMs) für die Qualitätsentwicklung wird durch die teilnehmenden Pilotspitäler und -kliniken unterschiedlich eingeschätzt. Für einige sind PROMs notwendig und für die Qualitätsentwicklung sehr wichtig. Sie können helfen, unnötige Eingriffe zu vermeiden: *«En dehors des infections etc. des interventions peuvent bien se passer mais sans plus-value pour le patient. Ces indicateurs aident pour éviter les interventions inutiles.»* Andere schätzen den Nutzen als gering ein oder können wegen zu geringer Fallzahl keine Aussage machen.

Ein wichtiger Aspekt ist, dass die Selbstbewertung der Patientinnen und Patienten in den Behandlungsverlauf einbezogen wird und sie mit der Ärztin/dem Arzt besprochen werden kann. Mit der Selbstbewertung fliesst die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten mit ein. Diese hilft der Ärztin/dem Arzt, die Indikationsqualität zu beurteilen. Allerdings darf der administrative Aufwand nicht zu hoch sein: *«Wenn der administrative Aufwand nicht mehr im Verhältnis steht zum Gesprächsanteil mit einer Fachperson, wird es schwierig.»*

Die Pilotspitäler und -kliniken wollen den Bericht und die Ergebnisse für die eigene Qualitätsentwicklung nutzen und prüfen, ob weitere Befragungen oder gegeben falls Massnahmen notwendig sind.

Bewertung der qualitativen Ergebnisse

Es liegen Rückmeldungen aus allen teilnehmenden Pilotspitälern und -kliniken vor.

3. Zielerreichung

3.1. Übersicht Projektziele

Mit dem Pilotprojekt wurden folgende Ziele verfolgt:

Ziel 1:

Die Überprüfung der Machbarkeit von Qualitätsmessungen im spitalambulantem Setting.

Ziel 2:

Das Sammeln von Erfahrungen mit Erhebung, Auswertung und vergleichender Darstellung klinikseitiger Daten und generischer und krankheitsspezifischer patientenseitiger Daten sowie mit deren Verknüpfung (Ziel 2). Dazu gehört auch die Nachverfolgung der Patientinnen und Patienten nach Klinik-/Spitalaufenthalt (Behandlungserfolg), die Nutzung digitaler Erhebungstools und die unmittelbare grafische Aufbereitung der patientenseitig erhobenen Daten sowie Aussagen zu Praktikabilität, Nutzen und Aufwand dieser Qualitätsmessung.

Angestrebter Impact

Anstoss für Ableitung von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken aufgrund der Erkenntnisse aus den Messungen (PDCA-Zyklus).

3.2. Abweichungen und Begründung

Das Pilotprojekt konnte anhand der formulierten Ziele durchgeführt werden. Es gab drei Abweichungen:

- Ausweitung der Erhebungsdauer von 6 auf 10 Monate.
- Aufgrund von geringen Fallzahlen konnten ausschliesslich deskriptive Auswertungen vorgenommen werden, was bei der Interpretation der Ergebnisse wie auch hinsichtlich Aussagen zu Messinstrumenten berücksichtigt werden muss.
- Ergebnisbericht pro Pilotklinik: die Pilotkliniken haben je einen eigenen Ergebnisbericht erhalten.

3.3. Erreichung der Ziele

Ziel 1

Das Ziel wurde partiell erreicht. Mit der Durchführung der Qualitätsmessungen und den im Pilotprojekt gemachten Erfahrungen konnten Grundlagen geschaffen werden, um die Machbarkeit der Qualitätsmessungen im spitalambulantem Setting zu bewerten. Es zeigte sich, dass es bei der Umsetzung unterschiedlichen Hürden gibt, die nicht zu unterschätzen sind. Zusätzlich basieren die Ergebnisse und Erkenntnisse auf einer geringen Fallzahl. Eine Umsetzung der Qualitätsmessungen in der Form des Pilotprojekts ist nicht zu empfehlen, denn die im Pilotprojekt verwendeten Messthemen bzw. Qualitätsindikatoren erfüllen die [vom ANQ festgehaltenen Anforderungen an Qualitätsindikatoren](#) nur teilweise in der im Pilotprojekt angewendeten Form. Über eine Überarbeitung der Prozesse und Schärfung der Ziele können die Qualitätsindikatoren auf das spitalambulante Setting optimiert werden, so dass sie die Kriterien erfüllen, wurden sie doch von den teilnehmenden Pilotspitälern/und -kliniken als relevant und vollständig bewertet.

Dem Vorstand des ANQ liegen mit den Erfahrungen aus dem Pilotprojekt Informationen vor, die eine Diskussion hinsichtlich möglicher nächster Schritte für eine nationalen Implementierung von Qualitätsmessungen im spitalambulantem Setting erlauben.

Ziel 2

Dieses Ziel wurde partiell erreicht. Es wurden Erfahrungen mit Erhebung, Auswertung von klinikseitigen Daten und generischen und krankheitsspezifischen patientenseitigen Daten sowie mit deren Verknüpfung gesammelt. Im Vergleichsbericht konnten aussagekräftige grafische Darstellungen benutzt werden (siehe Anhang). Es konnte gezeigt werden, dass krankheitsspezifische PROMs aussagekräftiger sind als generische PROMs in Bezug auf die beiden pilotierten ambulanten Eingriffe. Ein risikoadjustierter Vergleich war jedoch aufgrund von geringen Fallzahlen nicht möglich. Auch war es nicht möglich, die angestrebten Patientenpfade konservative Behandlung und ambulanter Eingriff bei der Meniskusläsion hinsichtlich PROMs anzuschauen, da die Fallzahlen der Behandlungspfade in den einzelnen Spitälern zu gering waren.

Die Nachverfolgung der Patientinnen und Patienten wurde erfolgreich umgesetzt. Die Rücklaufquoten zeigen bei den Spitälern/Kliniken mit grösseren Fallzahlen ein vielversprechendes Bild. Auch die Erfahrungen mit dem eingesetzten digitalen Erhebungstool waren positiv, wie auch die unmittelbare grafische Aufbereitung der patientenseitig erhobenen Daten, wo diese genutzt wurde. Aussagen in Bezug auf Nutzen, Praktikabilität und Aufwand der Qualitätsmessung sind aufgrund des Pilotprojekts möglich. Hier gibt es deutliches Verbesserungspotenzial.

Der Impact kann aufgrund der kurzen Umsetzungsphase nur ansatzweise beschrieben werden. Die qualitative Befragung gibt hier Auskunft über die mögliche Ableitung von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung in den Kliniken aufgrund der Erkenntnisse aus den Messungen.

3.4. Budget und Auslagen Pilotprojekt Spitalambulant

Auf der nachfolgenden Seite findet sich die Übersicht zu den veranschlagten Kosten und den effektiven Auslagen per 01. März. 2024. Die budgetierten Kosten wurden auf gewissen Kostenstellen überschritten (v.a. Übersetzung, Auswertung aufgrund der Verlängerung der Erhebungsdauer bzw. Anpassung des Auswertungskonzepts wegen geringer Fallzahlen). Auf anderen Kostenstellen wurden die Kosten deutlich unterschritten (z.B. Zahlung an Spitälern/Kliniken aufgrund geringer Fallzahlen; effizientes Projektmanagement, etc.). Die veranschlagten Gesamtkosten wurden unterschritten wie auch der bei der EQK beantragte Betrag. Damit entsprechen 50% der beantragten Kosten nicht, wie ursprünglich angenommen CHF 97'480.-, sondern CHF 72'600.-.



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
 Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
 Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Projekttitle	Pilotprojekt Spitalambulant
Projektleitung	Linda Hadorn
Datum	Mär 24
veranschlagte Kosten	CHF 320'000.00
davon bei der EQK beantragt	CHF 97'480.00

Nr.	Teilaufgabe / Arbeitspaket	interne Kosten	externe Kosten				Gesamt	Effektive Auslagen
		Projektmanagement	Beratung	Entschädigung (Spesen, Sitzungsgelder, etc.)	Übersetzung	Sonstiges		
	Vorbereitungsarbeiten							
	Vorarbeiten (Projektplanung, Projektkoordination, Projektdokumentation), Kick-off	CHF 48'900.00			CHF 8'500.00		CHF 57'400.00	CHF 13'031.53
	Begleitgremien							
	Projektteam		CHF 18'750.00				CHF 18'750.00	CHF 15'625.00
	Expertengruppe			CHF 10'000.00			CHF 10'000.00	CHF 2'000.00
	Arbeitspaket 1 Indikatoren und Messinstrumente							
	Erarbeitung Erhebungsinstrumente		CHF 1'500.00	CHF 1'000.00	CHF 1'800.00		CHF 4'300.00	CHF 958.00
	Lizenzkosten					CHF 5'500.00	CHF 5'500.00	
	Arbeitspaket 2 Datenerhebung und Auswertung							
	Ausschreibung Messlogistik				CHF 760.00		CHF 760.00	CHF 1'008.00
	Kosten Messlogistikzentrum		CHF 75'000.00				CHF 75'000.00	CHF 68'307.49
	Kosten Auswertungsinstitut		CHF 25'000.00				CHF 25'000.00	CHF 32'500.00
	Zahlung an Pilotspitäler/-kliniken (CHF 60.- pro Fall)			CHF 88'000.00			CHF 88'000.00	CHF 34'713.09
	Arbeitspaket 3 Kommunikation							
	Kommunikationskonzept		CHF 600.00		CHF 800.00		CHF 1'400.00	CHF 4'000.00
	Informationsmaterial				CHF 800.00		CHF 800.00	CHF 594.99
	Arbeitspaket 4 Evaluation							
	Schlussbericht				CHF 2'000.00		CHF 2'000.00	CHF 2'376.21
	Sonstiges							
	Kosten juristische Bertung Verträge, etc.		CHF 2'000.00				CHF 2'000.00	CHF 1'700.00
	Zwischentotal	CHF 48'900.00	CHF 122'850.00		CHF 14'660.00	CHF 5'500.00	CHF 290'910.00	
	Reserve 10%						CHF 29'091.00	
	Gesamt						CHF 320'001.00	CHF 176'814.31
	Projektkosten Antrag EQK (Arbeitspakete 2-4, Sonstiges)						CHF 194'960.00	CHF 145'199.78
						davon 50%	CHF 97'480.00	CHF 72'599.89
								CHF 24'880.11

Welpoststrasse 5 / 3015 Bern / Tel. +41 31 511 38 40 / info@anq.ch / anq.ch
 IBAN: CH45 0079 0016 2864 0545 0

4. Erkenntnisse und Bewertungen

4.1. Durchführbarkeit

Die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt Spitalambulant liefern wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung der Konzeption im Hinblick auf eine nationale Implementierung von Qualitätsmessungen im spitalambulantem Bereich. Die Einführung der Messungen im Format des Pilotprojekts ist nicht zu empfehlen. Zu prüfen ist eine Überarbeitung und Schärfung der Ziele der Messkonzeption im spitalambulantem Setting, um den Nutzen der Messungen sowohl für die Patientinnen und Patienten wie auch die Spitäler und Kliniken zu erhöhen. Zusätzlich ist im Bereich der spitalambulantem Behandlungen die Erweiterung des Settings angezeigt, so dass der Einbezug der vor- und nachgelagerten Leistungserbringer in die Messungen im Sinne des Patientenpfads gewährleistet ist. Aus den im Pilotprojekt gemachten Erfahrungen lassen sich Herausforderungen identifizieren, die es im Rahmen allfälliger weiterer Arbeiten zu überwinden gilt.

4.2. Hindernisse und vorgeschlagene Verbesserungen

Die eher tief ausgefallene Rücklaufquote müsste signifikant erhöht werden, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Aus den Rückmeldungen der Online-Umfrage konnten zentrale Faktoren identifiziert und Strategien abgeleitet werden, die zu einer Erhöhung der Teilnahmebereitschaft beitragen. Bei einem nationalen Roll-Out könnten bspw. Fragebogen mit einer geringeren Anzahl an Items verwendet werden, um Erhebungsaufwand und -kosten zu reduzieren, zumal die pilotierten Indikatoren als relevant eingeschätzt wurden. Vor- und nachgelagerte Leistungserbringer sind zwingend einzubinden, damit der Nutzen von PROMs vollständig ausgeschöpft werden kann, da die Nachbehandlung in den meisten Fällen ausserhalb des Spitals im praxisambulantem Setting stattfindet. Alternativ müssten die Indikatoren so gewählt werden, dass sie ausschliesslich auf die ambulanten Eingriffe fokussieren. Ferner würde sich eine Kürzung der zu lesenden Dokumente anbieten, um die Menge an zu verarbeitenden Informationen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Behandelnden zu reduzieren.

Die Datenerfassung mit den Tablet-Computern und dem von Heartbeat Medical zur Verfügung gestellten Erfassungstool erwies sich als geeignet. Es ist zu prüfen, ob diese Erhebungsmethode bei einem allfälligen nationalen Roll Out beibehalten werden kann. Im Sinne einer Weiterentwicklung für das nationale Roll Out könnte das Erfassungstool zudem durch weitere Funktionalitäten ergänzt werden, um die Messung und den Spital-/Klinikalltag besser zu vereinbaren und den Prozess der Datenerfassung und -lieferung zu vereinfachen.

Abschliessend lässt sich sagen, dass die Messung in den Pilotspitälern/-kliniken – trotz der Herausforderungen – durchgeführt werden konnte und hilfreiche Erkenntnisse daraus gezogen werden können. Die Schlussfolgerungen aus der Pilotphase und die Erfahrungen aus den statistischen Analysen bilden eine wertvolle Grundlage für eine allfällige nationale Umsetzung der Messung.

5. Schlussfolgerungen und Ausblick

5.1. Empfehlungen

Die Auswertung der qualitativen Erhebung zum Pilotprojekt Spitalambulant liefert wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung der Konzeption im Hinblick auf eine nationale Implementierung von Qualitätsmessungen im spitalambulantem Bereich. Eine obligatorische Einführung der Messungen im Format des Pilotprojekts ist aufgrund der tiefen Fallzahlen und der Ergebnisse nur adaptiert zu prüfen.

Notwendig ist eine Überarbeitung und Schärfung der Ziele der Messkonzeption im spitalambulantem Setting, um den Nutzen der Messungen sowohl für die Patientinnen und Patienten wie auch die Spitäler und Kliniken zu erhöhen. Zusätzlich ist im Bereich der spitalambulantem Behandlungen die Erweiterung des Settings zu empfehlen, so dass der Einbezug der vor- und nachgelagerten Leistungserbringer in die Messungen im Sinne des Patientenpfads gewährleistet ist.

Abgeleitet aus den Erkenntnissen der qualitativen und der statistischen Analysen werden im Folgenden Empfehlungen für eine allfällige nationale Einführung der Messung bzw. Weiterentwicklung der Messkonzeption formuliert. Die Empfehlungen sollen u.a. aufzeigen, welche Erfahrungen des Pilotprojekts für eine nationale Messung genutzt und welche Fragestellungen und Inhalte weiterentwickelt werden können.

Organisation des Pilotprojekts (Kommunikation/interne Prozesse)

- Die Organisation des Pilotprojekts, die Dokumentation, die Information, die Begleitung und der Support durch den ANQ war sehr gut und wurde geschätzt.
- Der technische Support durch die Heartbeat Medical Solutions GmbH verlief teilweise nicht reibungslos. Der Support und die Erreichbarkeit des Softwareanbieters sind von Beginn weg sicherzustellen.
- Spitäler/Kliniken haben die Plattform heartbeat ONE unterschiedlich genutzt. Ein Spital hat die Erhebung in ihre eigenen IT-Systeme integriert. Es wäre hilfreich, die verschiedenen technischen Umsetzungsmöglichkeiten im Voraus im Detail festzulegen und zu beschreiben und entsprechende technische Dokumentationen bereitzustellen. Die IT-Teams aus den Spitälern und Kliniken sind miteinzubeziehen.
- Relevante Aspekte der technischen Umsetzung sind in Fact-Sheets festzuhalten (was machen, können und benötigen die technischen Tools).
- Supportanfragen zur technischen Umsetzung sind sehr heterogen und können sowohl von Nutzerinnen und Nutzern, von Projektverantwortlichen wie auch von IT-Fachpersonen gestellt werden. Idealerweise kann der Softwareanbieter auf die unterschiedlichen Informationsbedürfnisse (Komplexität, Detaillierungsgrad) eingehen.
- Die Testphase vor der Live-Schaltung wurde sehr geschätzt und rege genutzt.

Datenerhebung und Datendarstellung

- Die im Pilotprojekt getestete Plattform heartbeat ONE ist verständlich und einfach zu bedienen, auch für Patientinnen und Patienten.
- Die Pilotspitäler- und Kliniken möchten bei einer obligatorischen Messung die Daten entweder mit der zur Verfügung gestellten Software erheben oder über eine Integration ins eigene Klinikinformationssystem KIS (Vorlagen mit gewünschten Variablen für Integration ins KIS). Beide Varianten müssen organisatorisch und technisch möglich und vorbereitet sein. Die Nutzung einer einheitlichen Software vereinfacht den Umgang mit den Daten hinsichtlich Auswertung. Im Pilotprojekt hat sich aber gezeigt, dass eine Kombination (Software und Nutzung eigenes System) grundsätzlich umsetzbar ist und somit von einheitlichen Software-Lösungen abgewichen werden kann, wenn eine gute Vorlage für den Datenexport vorliegt.
- Der Aufwand für die Datenerhebung ist (zu) gross. Gewisse Kriterien/Parameter nach Möglichkeit als Standard (Default) eingeben, damit diese nicht immer wieder neu erfasst werden müssen. Idealerweise können möglichst viele (Patienten)Daten automatisch aus dem KIS direkt in die Qualitätserhebung übertragen werden. Zu Prüfen wäre, ob auf die Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten verzichtet werden könnte.
- Die unmittelbare Darstellung der Ergebnisse einzelner Patientinnen und Patienten wurde mehrheitlich zur Übersicht und Information genutzt. Allenfalls gilt es vorgängig zu erläutern/vermitteln, wie die unmittelbaren Auswertungen sinnvoll in die Behandlung der Patientinnen und Patienten integriert werden und für die Qualitätsentwicklung genutzt werden können.

- Die Darstellungen im übergreifenden Ergebnisbericht wurden als zielführend empfunden. Insbesondere die Darstellungen der Verläufe und die detaillierten Auswertungen der Charakteristika wurden geschätzt. Es empfiehlt sich, diese neuen Darstellungsformen bei einer allfälligen Einführung eingehend zu prüfen und einzusetzen.

Datenauswertung

- Die Datenexporte aus der Plattform von Heartbeat Medical enthielten alle Daten. Daraus einen Analysedatensatz zu generieren war jedoch mit Aufwand verbunden. Es empfiehlt sich daher, einen grossen Testdatensatz zu Beginn anzufordern (sofern Datenerhebung und Auswertung nicht vom selben Auftragnehmer vorgenommen werden), um die Nutzbarkeit des Datenexportformats systematisch zu testen.
- Bewährt hat sich der Ansatz, die Datenqualität laufend zu prüfen, da hierdurch kleinere Unzulänglichkeiten bei der Datenerhebung frühzeitig entdeckt und behoben werden können. Im Pilotprojekt erfolgte dies manuell. Bei grösseren Datenmengen lohnt sich eine stärkere Automatisierung.
- Offene Fragen wurden im Pilotprojekt manuell hinsichtlich potenzieller personenbezogener Informationen geprüft. Für grössere Datenmengen und im Zuge von Automatisierung offener Fragestellungen, ist es ratsam, sich stärker in die Nutzung offener Fragen einzudenken, damit gewährleistet werden kann, dass keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

Qualitätsindikatoren und Messinstrumente

- Die im Pilotprojekt gemessenen Qualitätsindikatoren und verwendeten Messinstrumente wurden im Grundsatz als aussagekräftig und geeignet für das spitalambulante Setting beurteilt.
- Die Selbstbewertung durch Patientinnen und Patienten (PROMs) wurden als aussagekräftig und teilweise nützlich für die Qualitätsentwicklung gewertet. Für eine nationale Implementierung könnte es hilfreich sein, Vorteile der Nutzung von PROMs im Behandlungsverlauf zu vermitteln, um allenfalls Widerständen in der Ärzteschaft zu begegnen und diesbezügliche Ängste abzubauen.
- Krankheitsspezifische PROMs haben sich für die beiden ambulanten Eingriffsarten als aussagekräftiger für die Verlaufsdarstellung erwiesen als generische Instrumente.
- Da die Teilnahmebereitschaft gering und in der Folge die Fallzahlen klein waren (siehe 2.4) und die Nachbefragungen (siehe 2.5) eine zusätzliche Schwierigkeit darstellten, ist die Messkonzeption und deren Zielsetzung im Hinblick auf eine nationale Implementierung gesamthaft zu überprüfen. Dies erfordert auch eine Überprüfung der Qualitätsindikatoren bzw. des Umfangs der erhobenen Variablen und der Messlogistik.

Teilnahmebereitschaft/Fallzahlen

- Die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten war eine der grossen Herausforderungen der Pilotmessungen. Die Spitäler und Kliniken mussten viel (zusätzlichen) Aufwand betreiben, um Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an der Erhebung zu motivieren.
- Der Nutzen der Messungen für die Patientinnen und Patienten war für die teilnehmenden Pilotspitäler/-kliniken nicht oder zu wenig ersichtlich/nachvollziehbar und/oder wurde im Verhältnis zum Aufwand zu klein bewertet.
- Ein zentraler Faktor für die Erhöhung der Teilnahmebereitschaft ist die reibungslose Integration der Qualitätsmessung in die internen Prozesse, welche für die Pilotspitäler und -kliniken schwierig war. Erschwerend kam hinzu, dass Nachbefragungen Teil der Erhebung waren. Die Organisation der Nachbefragungen lag teilweise nicht in der Verantwortung der Spitäler und Kliniken (siehe 2.5). Es ist zu empfehlen, diesem Punkt im Hinblick auf eine künftige Implementierung besondere Beachtung zu schenken und damit verbundene Fragestellungen vertieft zu bearbeiten, u.a. die Ausweitung auf vor- und nachgelagerte Leistungserbringer.

- Folgende Aspekte wirken sich gemäss qualitativer Erhebung positiv auf die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten aus:
 - Ärztin/Arzt ist von der Erhebung überzeugt und kann den Mehrwert für die Patientinnen und Patienten erklären
 - Erhebung ist Teil der Behandlung
 - Vertrauensverhältnis der Patientinnen und Patienten zu Ärztin/Arzt und zur Klinik
 - Persönliches Gespräch
 - Direkte Ansprache
 - Gute Information im Vorfeld des Eingriffs

Nachbefragung

- Die Messungen beinhalteten die Erhebung von perioperativen Daten kurz nach Austritt, entweder durch das Spital-/Klinikpersonal oder durch die Belegärzteschaft. Im Vergleich zur Erhebung der präoperativen Daten gestaltete sich die Erhebung nach Austritt teilweise als schwierig und erforderte Zusatzaufwand seitens der Spitäler und Kliniken. Sie stellte bezüglich Integration in die internen Prozesse eine besondere Herausforderung dar und war mitverantwortlich für die geringen Fallzahlen. Diese Prozessschritte sind im Hinblick auf eine künftige Implementierung systematisch zu analysieren.
- Teil der Pilotmessungen waren auch zwei Nachbefragungen (Follow-Up) bei den Patientinnen und Patienten zu PROMs und zur Patientenzufriedenheit, einmal 14 Tage bzw. 30 Tage nach dem Eingriff und einmal sechs Monate nach dem Eingriff. Die Follow-Ups wirkten sich auf die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten negativ aus. Auch dieser Aspekt ist für eine Implementierung vertieft zu analysieren.

Berichtslegung

- Um den Nutzen aus den Berichten zu erhöhen, empfiehlt es sich, künftig nicht mehr statische Berichte zu verfassen, sondern dynamische Berichte, die es erlauben, sich individuell auf bestimmte Bereiche zu fokussieren, Darstellungsformen ihren (Seh-)gewohnheiten anzupassen, Kenngrössen gezielt auszuwählen oder Adjustierungen interaktiv vorzunehmen. Dynamische Berichte würden erlauben, sich gezielt die gemeinsame Verteilung von Variablenpaaren anzuschauen.
- Für den Vergleich bzw. die Ableitung von Entwicklungspotenzial ist es wichtig, dass Variablen definiert und erhoben werden, die tatsächlich in der Lage sind, Unterschiede aufzuzeigen. Im vorliegenden Pilotprojekt eignen sich folgende Variablengruppen hierfür besonders:
 - a) Patientencharakteristika, ASA-Risikoklassifikation oder soziodemografische Daten
 - b) Managementcharakteristika, wie Organisation der Patientenversorgung, Operationstechniken, Aufgabenteilung
 - c) Ergebnisqualität mit dem Fokus, individuelle Veränderungen zu erfassen und weniger die Gesamtscores zu fokussieren
 - d) Prozesszufriedenheit, wie Interaktion, erhaltene Informationen, partizipative Entscheidungsfindung
 - e) Datenqualität, wie Vollständigkeit der Daten

Nutzen für die Qualitätsentwicklung

- Der Nutzen der Pilotmessungen für die Qualitätsentwicklungen wurde von den Pilotspitälern und -kliniken heterogen beurteilt. Im Format des Pilotprojekts liefern die getesteten Qualitätsindikatoren und Messinstrumente nur bedingt einen Nutzen für die Qualitätsentwicklung. Für eine obligatorische Implementierung empfiehlt sich, die Messungen besser in die klinikinternen Prozesse zu integrieren und die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

- Patientinnen und Patienten müssen vom Nutzen der Erhebung überzeugt sein.
- Die Messung ist so in den Behandlungsverlauf zu integrieren, dass Patientinnen und Patienten automatisch in die Erhebung eingeschlossen werden und mit geringem Aufwand teilnehmen können.
- Um den Nutzen der Messungen für die Patientinnen und Patienten und für die Spitäler und Kliniken zu erhöhen, ist eine Überarbeitung der Messkonzeption zu empfehlen:
 - a) Schärfung der Messziele für spitalambulant Setting mit Überprüfung der Indikatoren/Messinstrumente, deren Umsetzbarkeit und Aussagekraft.
 - b) Erweiterung des Settings unter Einbezug der vor- und nachgelagerten Leistungserbringer im Sinne des Patientenpfads mit Überprüfung der Indikatoren/Messinstrumente, deren Umsetzbarkeit und Aussagekraft.

Nationale Messungen im spitalambulant Setting

Generell sind im Rahmen von einer nationalen Ausweitung des Weiteren nachfolgende Empfehlungen zu berücksichtigen:

- Die Prozesse innerhalb der Spitäler/Kliniken sind nicht dieselben wie im stationären Bereich. Die Abläufe der Messungen müssen diesen abweichenden Umständen Rechnung tragen.
- Beim Einsatz von PROMs ist zu beachten, dass es aus therapeutischer Sicht wertvoll ist, die Ergebnisse zusammen mit den Patientinnen und Patienten anzuschauen und zu besprechen. Damit wird ebenfalls die Gesundheitskompetenz gestärkt, was ebenfalls Ziel von Gesundheit 2030 ist. Der Austausch wird auch von den Patientinnen und Patienten geschätzt und ermöglicht einen aktiven Einbezug. Erst über den Einbezug der Patientinnen und Patienten wird die patientenorientierte Behandlung, die angestrebt wird, voll entfaltet. Möglich ist dies im spitalambulant Setting mehrheitlich nur über die Einbindung von vor- und nachgelagerten Leistungserbringern.
- Die Durchführung abgegrenzter Messungen im spitalambulant (eigene Messungen) erscheint wenig sinnvoll. Relevant ist die Berücksichtigung der Patientenpfade. Längerfristig ist es sinnvoll für Qualitätsmessungen den gesamten Patientenpfad zu fokussieren und damit auch unterschiedliche Settings einzubinden. PROMs als Indikatoren erweisen sich diesbezüglich als vielversprechender Indikator, da Verläufe nachverfolgt werden können. Ausserdem wird damit auch die koordinierte Versorgung in den Fokus gerückt im Sinne von Gesundheit 2030, die über koordinierte Versorgung die Qualität der Versorgung erhöhen möchte.
- Generell gilt es auch zu überlegen, wie mit kleinen Fallzahlen umgegangen wird, sofern das gesamte spitalambulant Setting einbezogen werden soll.
- Für die erfolgreiche Umsetzung nationaler Qualitätsmessungen im spitalambulant Setting ist schlussendlich ebenfalls die Finanzierungsfrage zu klären. Entsprechende Finanzierungsmechanismen sind zu entwickeln, um den finanziellen Ressourcenaufwand zu decken, zumal der Nationale Qualitätsvertrag des ANQ aus dem Jahr 2011 keine Grundlage für die Finanzierung von spitalambulant Messungen beinhaltet.

Im Rahmen des Pilotprojekts wurden zusätzlich folgende vertrauliche Berichte erstellt:

- Auswertungsbericht: Vergleichsbericht übergreifend Leistenhernie/Knie
- Spital/klinikspezifische Berichte

Literaturverzeichnis

- Staerkle, R. F., Vuille-Dit-Bille, R. N., Fink, L., Soll, C., & Villiger, P. (2017). Chronic pain and quality of life after inguinal hernia repair using the COMI-hernia score. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 935-947.
- Staerkle, R., & Villiger, P. (2010). Simple questionnaire for assessing core outcomes in inguinal hernia repair. *British Journal of Surgery Society Ltd*, 148-155.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organigramm.....	7
Abbildung 2: Ergebnisdarstellung für eine fiktive Variable mit ordinalem Skalenniveau	27
Abbildung 3: Ergebnisdarstellung für eine fiktive Variable mit stetigem Skalenniveau	28
Abbildung 4: Ergebnisdarstellung für eine fiktive Variable mit binärem Skalenniveau	29
Abbildung 5: Ergebnisdarstellung für eine fiktive Variable mit nominalem Skalenniveau	29
Abbildung 6: Vergleichende Darstellungen mehrerer Variablen (fiktive Daten)	30
Abbildung 7: Beispielverläufe von zwei Scores über drei Messzeitpunkte	30
Abbildung 8: Verteilung von einem Lebensqualitätsscore zu drei Erfassungszeitpunkten	30

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichung des COMI Total Scores an den drei Erhebungszeitpunkten und Vergleichswerte aus der Literatur. 1) (Staerkle & Villiger, 2010); 2) (Mommers, et al., 2017)	10
Tabelle 2: Anzahl der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten je Spital/Klinik und Teilnahme an den Befragungen für einseitige Leistenhernienoperationen.	11
Tabelle 3: Anzahl der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten je Spital/Klinik und Teilnahme an den Befragungen für Kniearthroskopie bei Meniskusläsion.	11
Tabelle 4: Detaillierte Liste der erfassten klinischen Daten, Patientencharakteristika und PREMs sowie Patientenzufriedenheit	24
Tabelle 5: Liste der abgeleiteten Variablen	25
Tabelle 6: für die Abbildung des Datenerhebungsprozesses erstellte Variablen	26
Tabelle 7: Allgemeine Zufriedenheit mit dem Pilotprojekt	31
Tabelle 8: Strukturmerkmale	31
Tabelle 9: Organisation des Pilotprojekts	32
Tabelle 10: Rückmeldungen zur Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten und Einordnung Fallzahlen	34
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren und Messinstrumente	35
Tabelle 12: Erhebung mit heartbeat ONE	40
Tabelle 13: Visuelle Darstellung der Resultate in heartbeat ONE	41
Tabelle 14: Ableitungen für Qualitätsentwicklung	43
Tabelle 15: Weitere Rückmeldungen	44

Anhang/Anhänge

A1 Detaillierte Variablensets

Klinische Parameter	PREMs / Zufriedenheit	Patientencharakteristika
Beide Eingriffe: ASA Seite der Operation Lokalisation Raucherstatus Tatsächlicher Behandlungspfad Gründe für Wechsel des Pfads Anästhesie-Form Erfahrung Operateur OP-Datum Eintrittszeit Schnitt Naht Austrittszeit Intraoperative Komplikationen <i>Zusätzlich bei Leiste:</i> Operationsmethode Bruchfortengrösse Netz Anästhesie-Durchführung <i>Zusätzlich bei Knie:</i> Achse Richtung der Läsion Knorpelstatus Bänderstabilität Symptombdauer Frühere Eingriffe Kontralaterale Einschränkungen Geplanter Behandlungspfad Vorbehandlungsdauer konservativ Konservative Therapieform Abweichung vom Operationsplan	Beeinträchtigung Anzahl Nächte im Spital ¹ Anzahl Schmerztage Ungeplanter Arztkontakt Rehospitalisationen Post-OP Komplikationen / Komplikationsgrad Arbeitsfähigkeit Zufriedenheit Ergebnis Zufriedenheit Behandlung Empfehlung Aufklärung Medikation Schmerzkontrolle Kontaktperson Zufriedenheit Nachsorge Betreuung zuhause	Klinikseitig: Geburtsjahr Geschlecht Versicherungsklasse Gewicht Körpergrösse Patientenseitig: Sprache Bildung Nationalität Lebenssituation

Tabelle 4: Detaillierte Liste der erfassten klinischen Daten, Patientencharakteristika und PREMs sowie Patientenzufriedenheit

BMI	Der Body Mass Index ist definiert als Quotient aus Gewicht (in kg) und dem Quadrat der Körperhöhe (in m)
Wochentag	Wochentag der Durchführung des Eingriffs
Aufenthaltsdauer	Differenz zwischen «Beginn des Spitalaufenthaltes» und «Austrittszeit» (in Stunden)

¹ wenn postoperativ aufgenommen

Operationsdauer	Differenz zwischen «Beginn des Eingriffs (Schnitt) » und «Ende des Eingriffs (Naht) » (in Minuten).
Vorbereitungszeit	Differenz zwischen «Beginn des Spitalaufenthaltes» und «Beginn des Eingriffs (Schnitt)» (in Minuten)
Nachsorgezeit	Differenz zwischen «Ende des Eingriffs (Naht) » und «Austrittszeit» (in Minuten)
Change XXX	Differenz der Variablen XXX zwischen der Follow-Up-Befragung und der präoperativen Befragung. Diese Variablen sind für alle Scores gebildet, die zu diesen Zeitpunkten erhoben wurden, nicht aber für die einzelnen Items.
Anzahl der genannten Beschwerden (Leiste)	Zählt die bei den Fragen «Eine Leistenbruchoperation kann zu folgenden Beschwerden führen. ... » genannten Beschwerden.
Anzahl der genannten Probleme (Leiste)	Zählt die bei den Fragen «Ist nach der Operation bei Ihnen eines der folgenden Probleme aufgetreten? » genannten Probleme.
Anzahl der Komplikationen (Knie)	Zählt die genannten Komplikationen.
Score Ergebnisqualität (Leiste)	Summenscore basierend auf den Variablen «Wie beeinträchtigend - störend waren diese Probleme (FU 1)», «Wie viele Tage hatten Sie nach dem Eingriff noch operationsbedingte Schmerzen? (FU 1)», «Mussten Sie nach der Operation unvorhergesehen und wegen des Eingriffs einen Arzt aufsuchen? (FU 1)», «Mussten Sie wegen eines erneuten Leistenbruchs auf der gleichen Seite nochmals operiert werden? (FU 1)» und «Anzahl der genannten Beschwerden [*] (FU 1)»
Score Ergebnisqualität (Knie)	Summenscore basierend auf den Variablen «Wie beeinträchtigend - störend waren diese Probleme (FU 1)», «Wie viele Tage hatten Sie nach dem Eingriff noch operationsbedingte Schmerzen? (FU 1)», «Mussten Sie nach der Operation unvorhergesehen und wegen des Eingriffs einen Arzt aufsuchen? (FU 1)», «Wurden Sie nach dem Eingriff wieder in ein Spital eingewiesen? (FU 1)» und «Anzahl der Komplikationen [*] (FU 1) »
Score Prozessqualität	Summenscore basierend auf den Variablen «Wurden Sie vor dem Eingriff über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und deren Risiken aufgeklärt? (FU 1) », «Wurden Ihnen für die Tage nach dem Eingriff (im Spital oder zu Hause) ausreichend Schmerzmittel verschrieben? (FU 1) », «Wurde Ihnen auf verständliche Weise erklärt, wozu die Medikamente dienen, die Sie zu Hause einnehmen mussten? (FU 1) », «Wie zufrieden waren/sind Sie mit der Schmerzkontrolle nach Ihrer Entlassung aus dem Spital? (FU 1) », «Wurde Ihnen eine Ansprechperson im Spital genannt, an die Sie sich bei Problemen nach der Entlassung aus dem Spital wenden können? (FU 1) » und «Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation und Durchführung der Nachsorge nach Ihrer Entlassung aus dem Spital? (FU 1) »

Tabelle 5: Liste der abgeleiteten Variablen

Die Scores zur Ergebnis- bzw. Prozessqualität zielen darauf ab, die Information mehrerer Variablen zusammenzufassen, um dadurch in den spital-/klinikspezifischen Vergleichsberichten Unterschiede zwischen den Spitälern/Kliniken deutlicher erkennen zu können. Die Summenscores wurden durch

Aufaddieren der Variablen gebildet, wobei ordinale skalierte Variablen also 0, 1, 2, ... kodiert wurden und binäre Variablen mit 0 und 1. Somit gilt jeweils, dass der Wert 0 des Scores der günstigsten Antwortmöglichkeit in allen Variablen entspricht. Beim Ergebnisqualitätsscore wurde die Variablen «Mussten Sie nach der Operation unvorhergesehen und wegen des Eingriffs einen Arzt aufsuchen? (FU 1)», «Mussten Sie wegen eines erneuten Leistenbruchs auf der gleichen Seite nochmals operiert werden? (FU 1)» und «Wurden Sie nach dem Eingriff wieder in ein Spital eingewiesen? (FU 1)» aufgrund ihrer Wichtigkeit doppelt gezählt. Beim Prozessqualitätsscore wurden bei den binären Variablen die «Nein»-Antworten als 1 gewertet.

Um einen Einblick in die Datenerhebungsprozesse zu geben, wurden die folgenden Variablen definiert:

XXX unbekannt	Dies bezieht sich auf eine Variable XXX, bei der bei der Datenerhebung explizit die Kategorie «unbekannt» gewählt werden konnte. Die neu gebildete Variable beschreibt also die Häufigkeit, mit der von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wurde. Sie spiegelt somit die Informationsgrundlage in jedem Spital/jeder Klinik zu dieser Frage wider.
Dauer der präoperativen Datenerhebung (in Tagen)	Zeitraum vom Anlegen der Patientin/des Patienten im System bis zum letzten Eintrag einer Information zu einer präoperativen Variable.
Dauer der perioperativen Erhebung (in Tagen)	Zeitraum vom ersten Eintrag einer Information zu einer perioperativen Variable bis zum letzten Eintrag einer Information zu einer perioperativen Variable.
Abstand Ende perioperative Datenerhebung zu OP (in Tagen)	Zeitraum von der Durchführung der OP bis zum letzten Eintrag einer Information zu einer perioperativen Variable.
Abstand OP zu Baselinebefragung (in Tagen)	Zeitraum von der Beantwortung der Baselineerhebung durch die Patientin/den Patienten bis zur Durchführung der OP.
Abstand Follow-Up 1 zu OP (in Tagen)	Zeitraum von der Durchführung der OP bis zur Beantwortung der ersten Nachbefragung. Der angestrebte Abstand war 14 Tage.
Abstand Follow-Up 2 zu OP (in Tagen)	Zeitraum von der Durchführung der OP bis zur Beantwortung der zweiten Nachbefragung. Der angestrebte Abstand war 180 Tage.
Präoperatives Assessment	Teilnahme der Patientin/des Patienten an der präoperativen Befragung. (Patientinnen und Patienten, die nur die Fragen zu Sprache, Schulbildung, und Lebenssituation beantwortet haben, sind hier nicht berücksichtigt.)
1. Follow-Up Assessment (FU 1)	Teilnahme der Patientin/des Patienten an der 1. Follow-Up Befragung
2. Follow-Up Assessment (FU 2)	Teilnahme der Patientin/des Patienten an der 2. Follow-Up Befragung

Tabelle 6: für die Abbildung des Datenerhebungsprozesses erstellte Variablen

A2 Erläuterungen zu den im Pilotprojekt verwendeten Darstellungen

Die betreffende Klinik/das betreffende Spital ist farblich oder symbolisch markiert, um die Einordnung im Verhältnis zu den anderen Kliniken/Spitälern zu erleichtern. In dieser Leseanleitung wurden nur fiktive Daten verwendet zur Verdeutlichung der Grafiken.

Wenn immer möglich sind die graphischen Darstellungen vertikal ausgerichtet, so dass günstige Werte oberhalb der ungünstigen Werte liegen. Zusätzlich sind die Pilotinstitutionen von links nach rechts so angeordnet, dass diejenigen mit den günstigeren Ergebnissen rechts erscheinen.

Die graphischen Darstellungen zeigen die gesamte Verteilung einer Variablen oder fokussieren auf ein bestimmtes Charakteristikum (z.B. den Mittelwert). Für jedes Charakteristikum wird auch die Genauigkeit in der Schätzung dieses Aspekts durch die Angabe eines 95%-Konfidenzintervalles angezeigt. In der rechten unteren Ecke gewisser Abbildung ist ein p-Wert wiedergegeben. Dieser spiegelt wider, in welchem Umfang die beobachteten Unterschiede möglicherweise durch zufällige Schwankungen erklärt werden können. Eine weitere wichtige Information zur Einschätzung der Überzufälligkeit beobachteter Unterschiede ist die Anzahl der Beobachtungen, die den jeweiligen graphischen Darstellungen zu Grunde liegen. Diese schwanken häufig stark zwischen den teilnehmenden Spitälern und Kliniken.

Es werden vier unterschiedliche graphische Darstellungsformen benutzt, je nachdem ob die Variable auf einer ordinalen, stetigen, binären oder nominalen Skala gemessen wurde.

Darstellungen von Variablen mit ordinalem Skalenniveau

Variablen auf ordinalem Skalenniveau können mehrere, verschieden Ausprägungen, die eine Anordnung widerspiegeln annehmen, z.B. unmöglich - grosse Probleme - mässige Probleme - leichte Probleme - keine Probleme. Zur Beschreibung der Verteilung einer derartigen Variablen wird ein gestapeltes Balkendiagramm benutzt (Abbildung 1 links). Hinsichtlich der Charakteristika werden zwei jeweils datenabhängig gewählte Trennpunkte betrachtet. Der erste Trennpunkt ist derjenige, bei dem in der Gesamtpopulation die Häufigkeit unter dem Trennpunkt zu liegen, möglichst nahe an 50% liegt. Der zweite Trennpunkt führt zu einer Häufigkeit möglichst nahe an 90%, d.h. dass nur 10% der beobachteten Werte oberhalb liegen. Zu beiden Trennpunkten werden dann die relativen Häufigkeiten über diesem Trennpunkt zu liegen, zusammen mit Konfidenzintervallen dargestellt (Abbildung 1 Mitte und rechts). Wenn die Trennpunkte identisch sind (weil eine der möglichen Ausprägungen der Variablen sehr häufig ist), wird nur eine Darstellung in der Abbildung gezeigt.

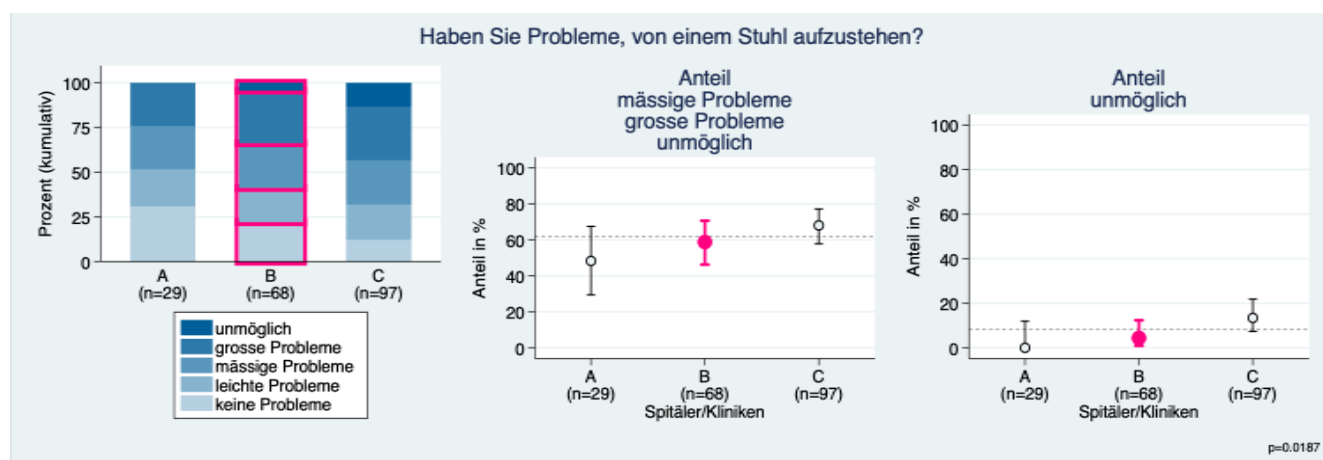


Abbildung 2: Ergebnisdarstellung für eine fiktive Variable mit ordinalem Skalenniveau

Lesebeispiel: In dem fiktiven Beispiel in Abbildung 1 ist aus dem Balkendiagramm links ersichtlich, dass Beispielspital/-klinik B weniger Patientinnen/Patienten mit der Antwort «keine Probleme» aufweist als Beispielspital/-klinik A, aber mehr Patientinnen/Patienten als Beispielspital/-klinik C. In den Abbildungen in der Mitte und rechts liegt Beispielspital/-klinik B zwischen den beiden anderen Beispielspitälern/-kliniken. In der Mitte dargestellt ist der Anteil der Patientinnen/Patienten mit den drei ungünstigsten Ausprägungen (mässige Probleme, grosse Probleme, unmöglich). In der Abbildung rechts ist der Anteil der Patientinnen/Patienten mit der ungünstigsten Ausprägung (unmöglich) dargestellt.

Darstellungen von Variablen mit stetigem Skalenniveau

Stetige Variablen können sehr viele, numerische Werte annehmen. Beispiele sind Zeitintervalle oder Summenscores. Für die Beschreibung derartiger Variablen wird ein Punktplot benutzt, der für jede Klinik/jedes Spital die 5%, 10%, 25%, 50%, 75%, 90% und 95%-Perzentile sowie den Mittelwert zeigt, und diese durch Linien verbindet (Abbildung 2 links). Hierdurch können sowohl Unterschiede erkannt werden, die die gesamte Patientenpopulation betreffen (Median und Mittelwert), als auch solche, die sich in erster Linie durch eine erhöhte Häufigkeit besonders niedriger oder hoher Werte (5%, 10%, 90%, 95%-Perzentile) zeigen. Als Charakteristika, für die auch die Ungenauigkeit mit einbezogen wird, werden der Mittelwert und das 90%-Perzentil betrachtet und diese jeweils zusammen mit einem Konfidenzintervall dargestellt (Abbildung 2 Mitte und rechts). In diesen Abbildungen ist auch der Durchschnittswert in der Gesamtpopulation durch eine gestrichelte Linie markiert.

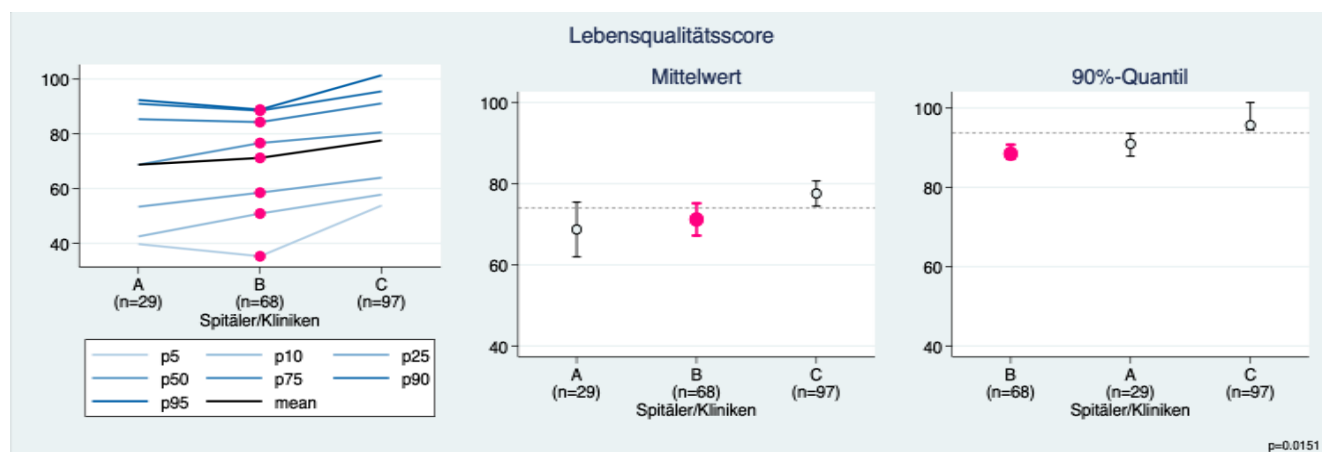


Abbildung 3: Ergebnisdarstellung für eine fiktive Variable mit stetigem Skalenniveau

Lesebeispiel: In dem fiktiven Beispiel in Abbildung 2 ist auf der linken Seite am 5%-Perzentil (p5) zu erkennen, dass es in Beispielspital/-Klinik B mehr Patientinnen/Patienten mit einer sehr geringen Lebensqualität gibt als in den beiden anderen, während Beispielspital/-klinik B hinsichtlich der medianen Lebensqualität (p50) und der mittleren Lebensqualität (mean) zwischen den beiden anderen Spitälern platziert ist. Die letztere Erkenntnis ist auch aus der Mitte von Abbildung 2 zu entnehmen, wobei aber zusätzlich deutlich wird, dass in Beispielspital/-klinik C der Mittelwert statistisch signifikant von der mittleren Lebensqualität aller Patientinnen/Patienten abweicht, da das Konfidenzintervall oberhalb der gestrichelten Linie liegt. Auf der rechten Seite von Abbildung 2 können Sie sehen, dass Beispielspital/-klinik B hinsichtlich des 90%-Perzentils unterhalb der beiden anderen Spitäler/Kliniken liegt, also einen geringeren Anteil an Patientinnen/Patienten mit hohen Lebensqualitätswerten aufweist.

Darstellungen von Variablen mit binärem Skalenniveau

Im Falle einer Variablen mit binärem Skalenniveau ist die gesamte Verteilung durch eine einzige Zahl charakterisiert: Die relative Häufigkeit. Daher ist hier nur eine Abbildung erforderlich, die die relative Häufigkeit mit Konfidenzintervallen zeigt (Abbildung 3).

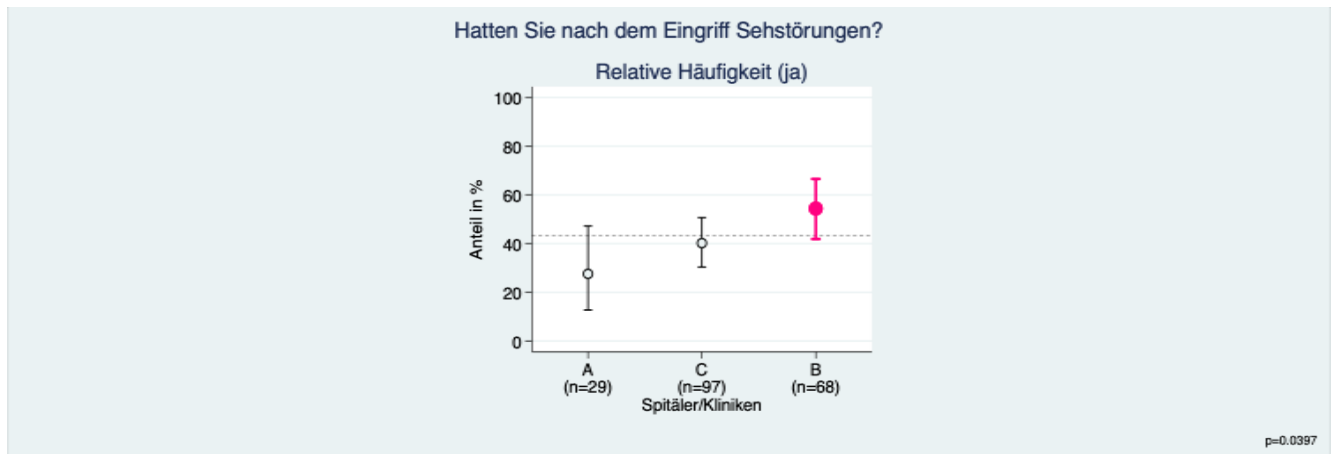


Abbildung 4: Ergebnisdarstellung für eine fiktive Variable mit binärem Skalenniveau

Lesebeispiel: In dem fiktiven Beispiel in Abbildung 3 ist zu erkennen, dass Beispielspital/-Klinik B hinsichtlich des Auftretens von Sehstörungen eine höhere Häufigkeit als die beiden anderen Beispielspitäler/-kliniken aufweist.

Darstellungen von Variablen mit nominalem Skalenniveau

Variablen auf nominalem Skalenniveau können mehrere Ausprägungen annehmen, die jedoch keine Rangordnung aufweisen. Die Verteilung einer derartigen Variablen wird durch ein Kuchendiagramm dargestellt (Abbildung 4 linker Teil). Zusätzlich werden für eine oder eine Teilmenge der möglichen Ausprägungen die entsprechenden Häufigkeiten dargestellt (Abbildung 4, rechts). Im Kuchendiagramm erfolgt die Hervorhebung von Beispielspital/-klinik B nicht farblich, sondern durch die Markierung $\gg B <<$. In den Kuchendiagrammen ist die Anordnung der Kliniken/Spitäler in allen Abbildungen identisch.

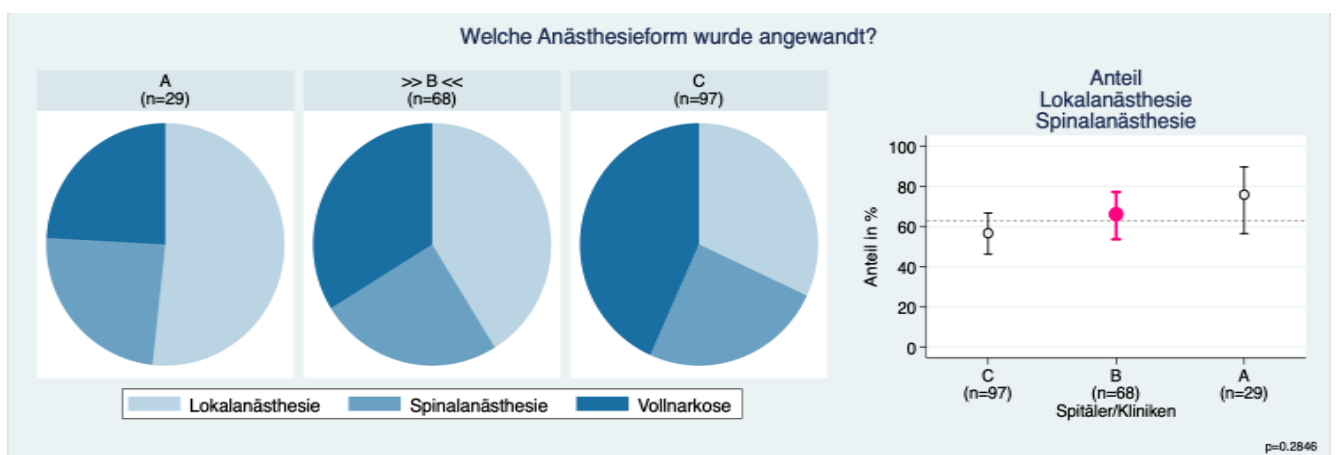


Abbildung 5: Ergebnisdarstellung für eine fiktive Variable mit nominalem Skalenniveau

Lesebeispiel: In dem fiktiven Beispiel in Abbildung 4 wäre auf der linken Seite zu erkennen, dass Beispielspital/-klinik B hinsichtlich der Lokalanästhesie einen Anteil von weniger als 50% aufweist und anteilmässig zwischen den beiden anderen Beispielspitälern/-kliniken liegt. Auf der rechten Seite ist zu erkennen, dass auch bei Zusammenfassung von Lokalanästhesie und Spinalanästhesie Beispielspital/-klinik B zwischen den beiden anderen Beispielspitälern/-kliniken platziert ist.

Vergleichende Darstellung für mehrere Variablen

Um einen schnellen Überblick über die Einordnung eines Spitals hinsichtlich mehrerer Variablen zu erreichen, wurden die Charakteristika (ohne Information über ihre Genauigkeit) gemeinsam visualisiert.

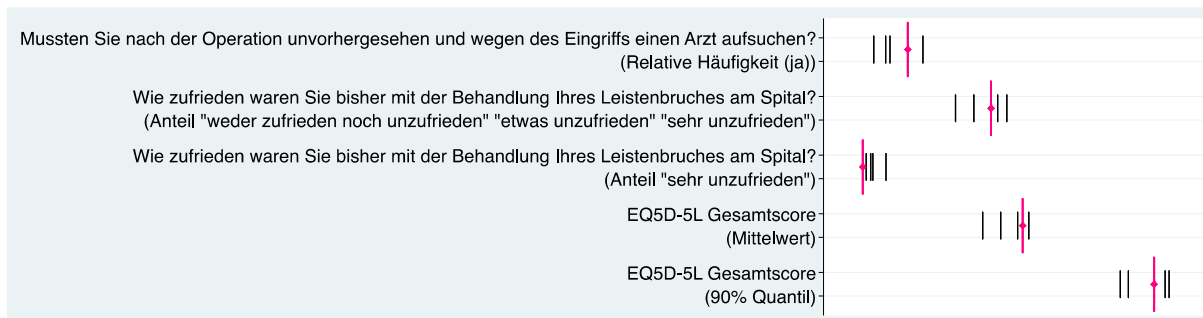


Abbildung 6: Vergleichende Darstellung mehrerer Variablen (fiktive Daten)

Darstellung Verläufe und Verteilungen

Die Darstellung zeigt die einzelnen Verläufe der Patientinnen und Patienten hinsichtlich drei Messzeitpunkten für zwei Messinstrumente.

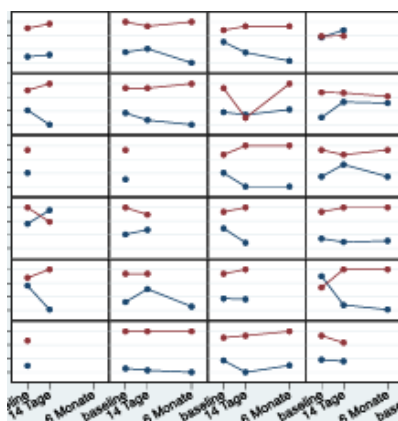


Abbildung 7: Beispielverläufe von zwei Scores über drei Messzeitpunkte

Die Darstellung zeigt die Verteilung der Scores zu drei Erhebungszeitpunkten. Werte nahe 0 bedeuten eine geringe Einschränkung der Lebensqualität, hohe Werte eine erhebliche Einschränkung. Hier dargestellt ist eine breite Streuung des Scores zum Zeitpunkt der Baselineerhebung, eine Verbesserung der Lebensqualität zum Messzeitpunkt zwei und eine deutliche Steigerung zu Messzeitpunkt drei.

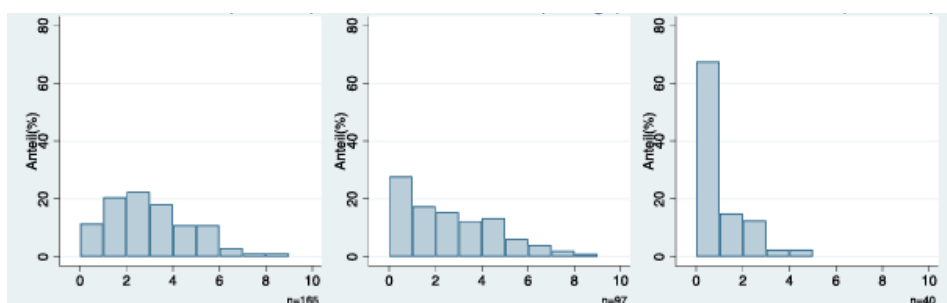


Abbildung 8: Verteilung von einem Lebensqualitätsscore zu drei Erfassungszeitpunkten

A3 Detaillierte Ergebnisse der qualitativen Evaluation

In den untenstehenden Tabellen sind die wortgetreuen Rückmeldungen aus der Online-Umfrage abgebildet. Jede Zeile bezieht sich auf eine befragte Person. Eine Zeile beinhaltet sowohl Antworten aus der Zwischen- als auch aus der Abschlussevaluation. Wenn eine Person in der Zwischen- und in der Abschlussevaluation dieselbe Rückmeldung gegeben hat, so ist diese nur einmal aufgeführt.

Tabelle 7: Allgemeine Zufriedenheit mit dem Pilotprojekt

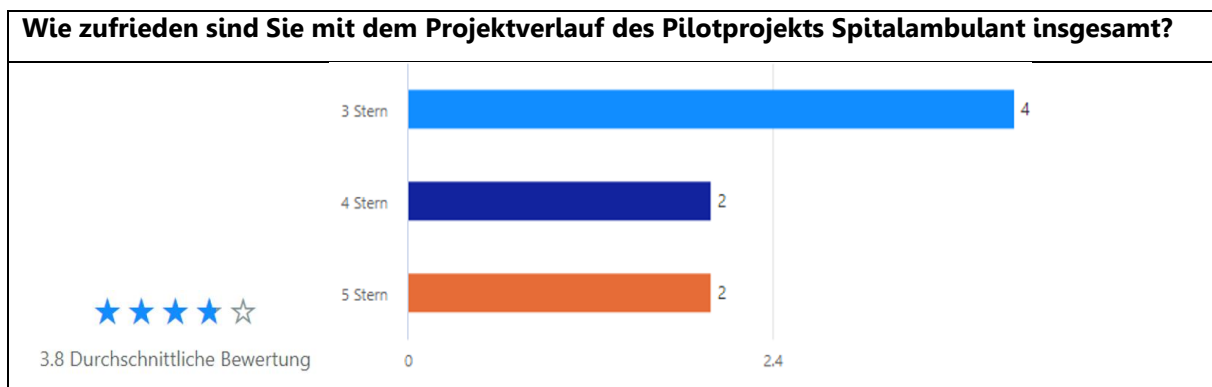
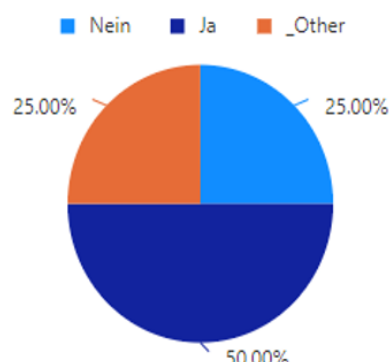


Tabelle 8: Strukturmerkmale

Anzahl Eingriffe (einseitige Leistenhernie / Kniearthroskopie bei Meniskuskäsion) während der Projektlaufzeit von Mai '22 - Februar '23?	
Ambulant	Stationär
62	kann ich nicht genau eruieren ca. 8
2	0
80	48
8	0
10	0
150	20
58	23
Bemerkungen:	
auch aus meiner Sicht sehr spannend, denn Herr XY hat mir versichert er habe nach bestem Wissen und Gewissen die Patienten eingeschlossen. Also entweder, diese haben sich nicht schriftlich zurückgemeldet, sie wurden durch einen anderen Arzt operiert oder er hat sie doch vergessen	
Bieten Sie den bei Ihnen ambulant versorgten Patientinnen und Patienten (Leistenhernie / Kniearthroskopie bei Meniskuskäsion) einen Nachsorgetermin an?	
Nein	
Ja, beim Belegarzt	
Ja	

Ja
Nein
Ja, beim Belegarzt
Ja
Ja



Wie gestaltet sich in Ihrem Spital die Schnittstelle zu den Behandelnden, die die Nachsorge durchführen?
Übermittlung Austrittsbericht direkt an Nachbehandelnde; Aushändigung schriftlicher Bericht für Nachbehandelnde an Patientinnen und Patienten; regelmässiger Austausch mit Nachbehandelnden;
selbständig durch Belegarzt;
Übermittlung Austrittsbericht direkt an Nachbehandelnde;
Übermittlung Austrittsbericht direkt an Nachbehandelnde;
Übermittlung Austrittsbericht direkt an Nachbehandelnde; Aushändigung schriftlicher Bericht für Nachbehandelnde an Patientinnen und Patienten;
Übermittlung Austrittsbericht direkt an Nachbehandelnde;
Aushändigung schriftlicher Bericht für Nachbehandelnde an Patientinnen und Patienten;
Übermittlung Austrittsbericht direkt an Nachbehandelnde;

Tabelle 9: Organisation des Pilotprojekts

Was war positiv hinsichtlich Organisation
da wir schon herniamed betreiben war es für uns einigermaßen überschaubar. Gut dass wir Projekt auch noch kürzen konnten, Also gewisses Mitspracherecht hatten.
kontinuierlicher Informationsfluss war sehr gut
Sehr engagiertes Team seitens anq. Gute Dokumentation und Information.
La communication, l'accompagnement pendant la phase de préparation et aussi pendant tous le déroulement du projet était très bien. A tout moment le soutien était garanti. La documentation était bien.
Ansprechbarkeit immer gegeben, sehr viel Geduld und immer nachgehakt :-)
Unterstützung
Web Meetings
Sehr gut organisiert und Dokumentiert. Hilfsmittel sehr gut
Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Organisation
Die Zusammenarbeit mit Heartbeat gerade in der Startphase war sehr mühsam, da da kein wirklicher Support stattgefunden hat. bluewin Adressen nicht funktioniert hatten und nur deutsche Handynummer anrufbar war, die dann nicht erreichbar war und viel Personalwechsel ohne dass es kommuniziert wurde.
Bei technischen Fragen manchmal etwas schwerfällig. Ggf. etwas mehr Information auf höherer Flughöhe für nicht so tief Involvierte.
La solution Heartbeat a été proposé comme outil pour ce projet. La documentation technique pourra être un peu plus détaillé pour répondre aux questions de notre service IT. Comme on a participé avec notre propre outil interne pour faire la saisie, plusieurs infos et document sont venue un

peu plus tard. Peut-être prévoir la participation des hôpitaux avec différents outils dès le début et détaillé un peu plus des infos et documents pour ces hôpitaux. Dans le future, plusieurs hôpitaux vont avoir leurs propre outil PROMs. Le questionnaire et le format d'envoi peut être la même, comme c'est fait pour les autres mesures.

keine Idee

Keine

Keine

Wie gelang es Ihnen, die Erhebung in ihre tagesklinischen Prozesse zu integrieren und wo gab es allenfalls Schwierigkeiten?

Es war ein deutlicher Mehraufwand für uns. Es musste jemand sich ständig drum kümmern dass es läuft und nichts vergessen wird. Und wir sind nur ein sehr kleines Spital. Problem war auch dass viele Patienten nicht ein mal eine Mailadresse haben

konnte an das Case Management abgegeben werden, Praxis hatte somit kaum etwas zu tun, ausser Erstinformation abzugeben und Pat.-Daten ans CM weiterzugeben.

Die Ersterhebung war problemlos. Mühsamer war es bei den Nachbearbeitungen, Kontrollen etc.

Pour le processus des hernie inguinale, l'intégration était plus facile. La communication entre les médecins et le secrétariat s'est bien passée et aussi le premier contrôle postopératoire était adapté selon notre processus interne. Pas contre, pour le processus des ménisques, ce n'était pas bien adapté à notre processus interne et on avait beaucoup de difficulté de faire remplir le premier questionnaire. Le patient arrive avec des problèmes, il entre en consultation, il sort avec la diagnostique et déjà un rendez-vous. Souvent, la suite de l'organisation se fait par téléphone et par courrier. Le patient part après la consultation et il n'a pas reçu le questionnaire. Comme on n'avais pas encore intégré ce questionnaire dans le processus d'envoi par mail, c'était difficile d'intégrer le patient.

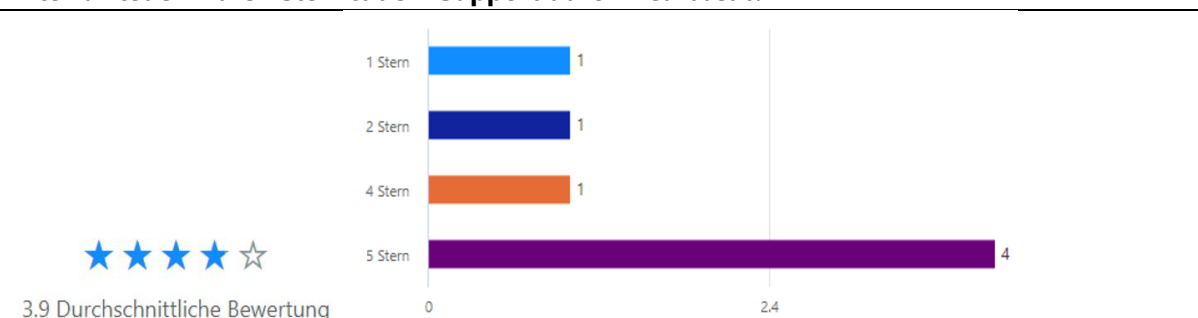
Information an Patienten direkt druch Arzt erforderlich, unklar ob diese immer stattfand, Unterschrift Patienten zu erhalten, Motivation Patienten zur Ausfüllen auch nach 6 Monaten noch...

im Rahmen der Ein- und Austrittsbesprechung

Aufwand in Sprechstunde eher gross

Sehr schwierig, Patienten zu motivieren. Arthroscopic Ambulant ist kleine Operation, Patient nach 2 h wieder auf dem Heimweg. Wollten deshalb meist nicht mitmachen. Bei uns Information durch MPA. Das konnte Patienten nicht überzeugen

Wie zufrieden waren Sie mit dem Support durch Heartbeat?



Wie zufrieden waren Sie mit dem Support durch den ANQ?

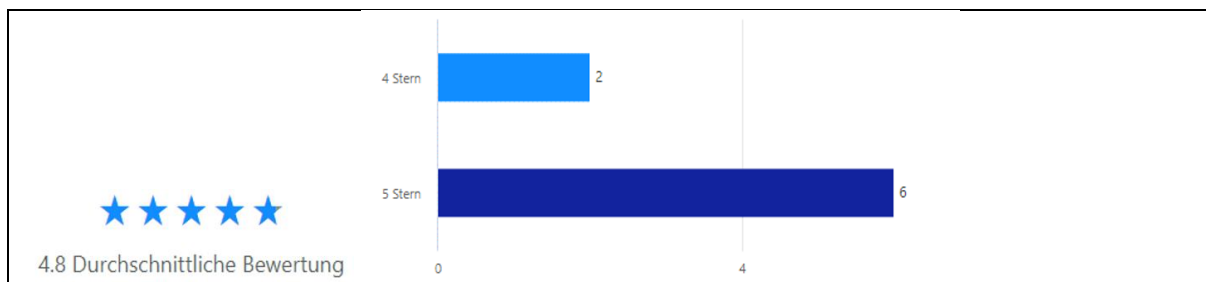
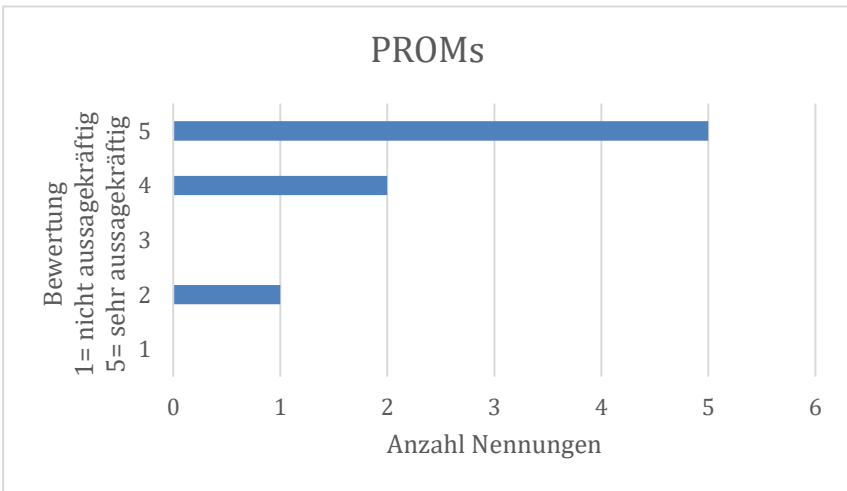


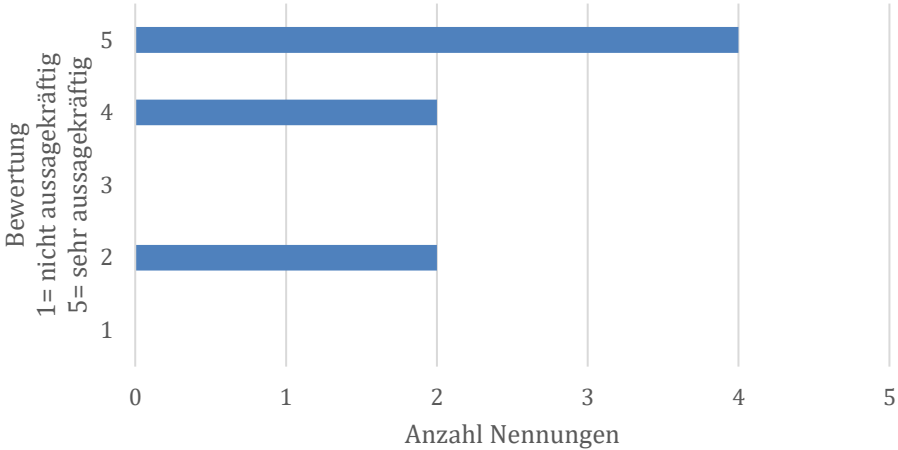
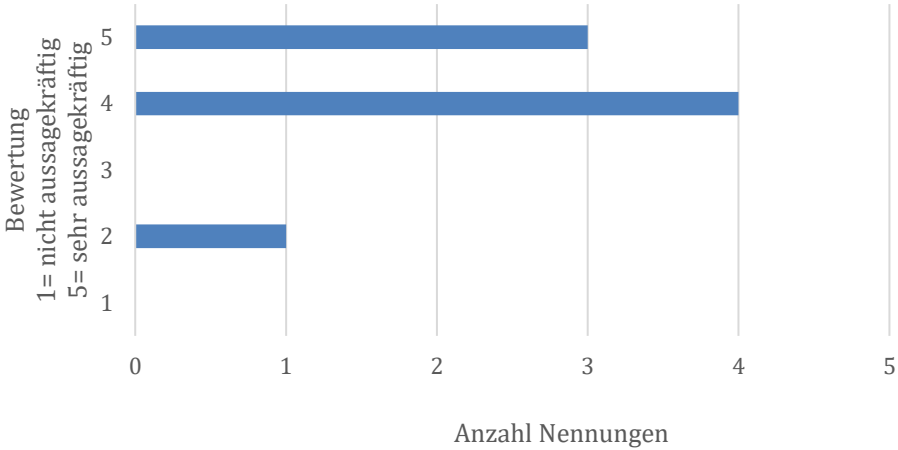
Tabelle 10: Rückmeldungen zur Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten und Einordnung Fallzahlen

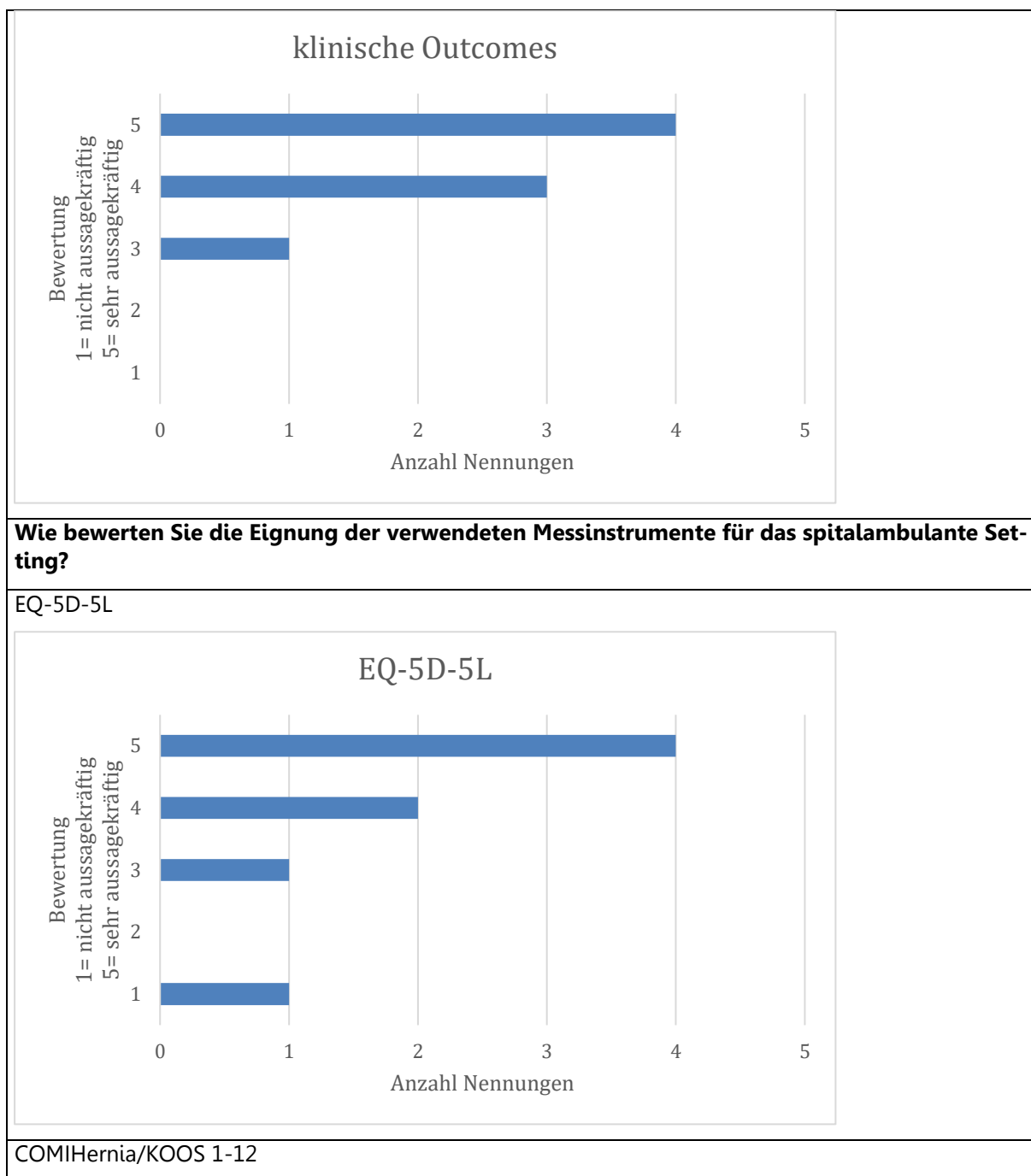
Welche Aspekte der Erhebung haben sich positiv auf die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten ausgewirkt.
Keine
Vertrauen zum Arzt und der Klinik
Sie hatten keinen Anreiz. Es passierte rein aus Loyalität für die Forschung. Einen direkten Nutzen für sie gab es nicht.
Pour nous, si on peut convaincre le médecin et lui, il explique bien le plus-value pour le patient, les patients sont plus vite participatives. Par contre, si on donne qu'une information patient et la feuille du consentement, c'est plus difficile. Il y a plus de question et les secrétaires n'ont pas le même impact sur le patient que le médecin. Aussi le fait que le médecin peut présenter les résultats et il travaille avec pendant la consultation, c'est un facteur très important. Mais pour cela, il faut déjà faire remplir le questionnaire avant qu'il entre en consultation.
direkte Ansprache
gute Information im Vorfeld des Op-Tages
Persönliches Gespräch
Keine. Patient schwierig zu überzeugen da kein Gewinn für ihn, nur Aufwand
Wo sehen Sie Schwierigkeiten in Bezug auf die Motivierung der Patientinnen und Patienten?
Ist ein sehr grosser aufwand. Wir haben auch einige die wir wieder rausnehmen mussten, das sie im Nachhinein den Aufwand zu gross fanden. Die Patienten mussten dazu überredet werden. Patienten haben keine Zeit das vor Ort aus zu füllen, Entscheiden sich dann für Mail und füllen es trotz mehrfach Mahnung nicht aus. Somit auch ständig Kontrolle durch personal und sehr aufwendig.
Dass kein direkter Nutzen gesehen wird. Dass man von allen Seiten mit Befragungen bombardiert wird.
Il ne suffit pas de lui donner une feuille de consentement et une tablette avec le questionnaire. Il faut lui expliquer le plus-value pour lui-même du processus. Ce n'est pas de l'administratif, cela fait parti du traitement.
Teilnahmebereitschaft bei Zusatzaufwand ohne eigenen Nutzen, Bereitschaft zur Unterschrift
Zeitaufwand
Patient muss selbständig Evaluation durchführen.
Kein Gewinn für Patient. Nur Aufwand

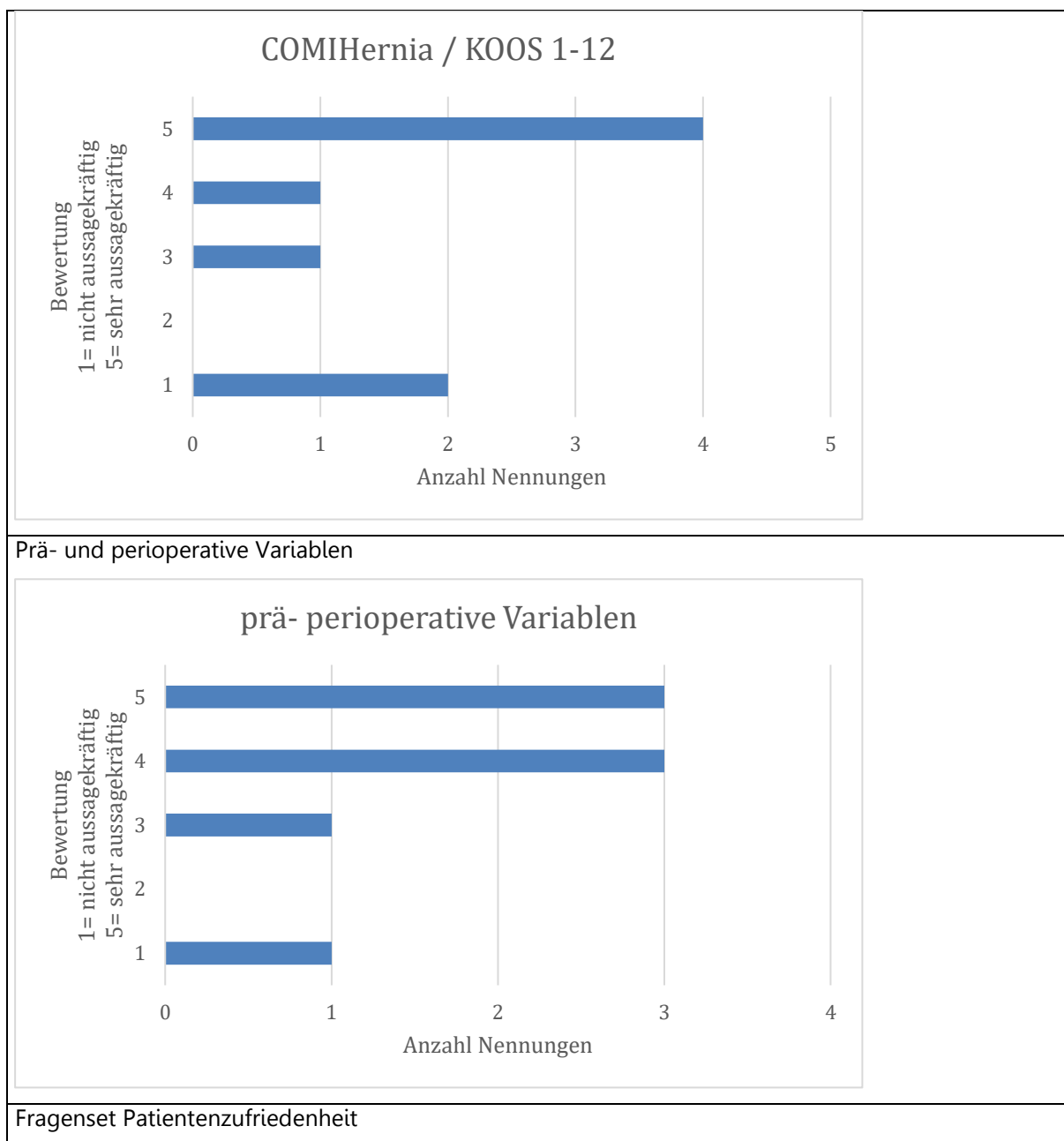
Die Fallzahlen waren in allen teilnehmenden Spitälern/Kliniken kleiner als angenommen. Wo sehen Sie die Gründe dafür? Mehrfachantworten möglich	
Geringe Teilnahmebereitschaft bei Patientinnen und Patienten	2
Schwierigkeiten bezüglich Integration in interne Prozesse	4
Es fanden weniger ambulante Eingriffe als angenommen statt	5
Es wurden mehr Fälle als angenommen stationär behandelt	1
Die definierten Ein- bzw. Ausschlusskriterien waren zu eng gefasst	1
Weitere: • Patienten ohne Mailadresse • Kein Highperformer dabei • Motivation der Ärzteschaft • Nouveau processus PROMs dans ces domaines, ils n'avaient pas encore l'habitude de faire • Temps d'intégrer ce processus dans le quotidien	3

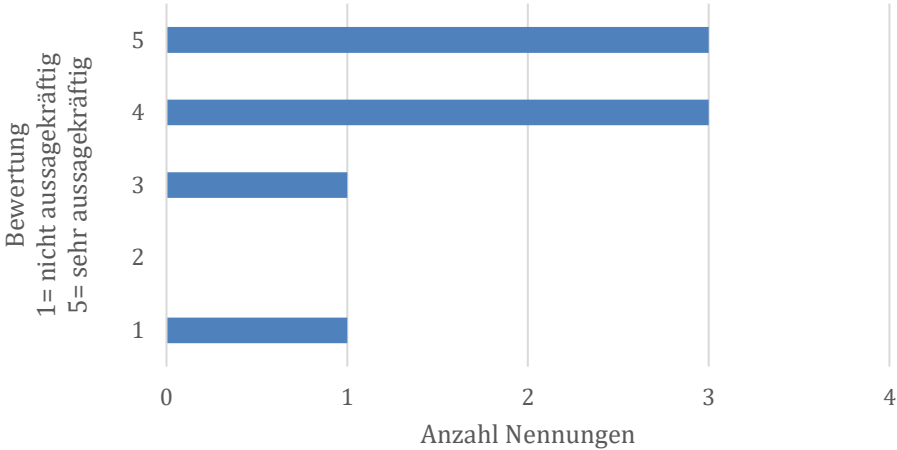
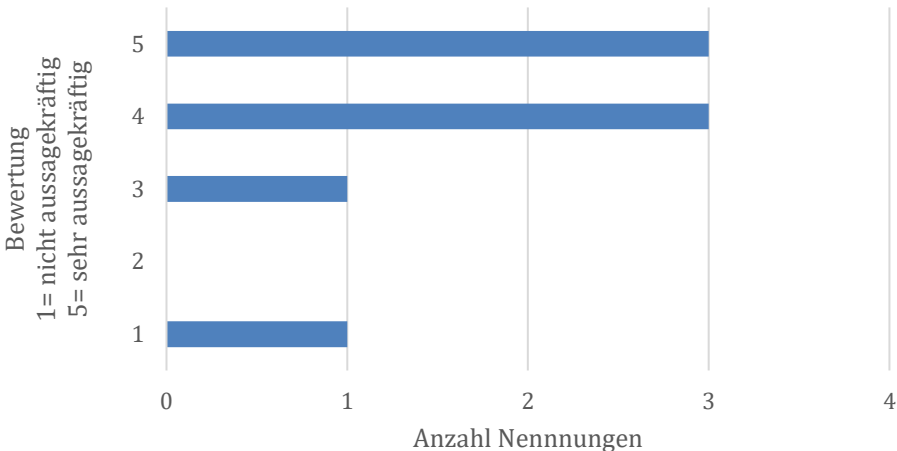
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren und Messinstrumente

Inwieweit schätzen Sie die erhobenen Indikatoren als aussagekräftig und relevant ein?													
Patient Reported Outcome PROMs													
PROMs <table><thead><tr><th>Bewertung</th><th>Anzahl Nennungen</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>0</td></tr><tr><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>3</td><td>0</td></tr><tr><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></tbody></table>		Bewertung	Anzahl Nennungen	1	0	2	2	3	0	4	2	5	5
Bewertung	Anzahl Nennungen												
1	0												
2	2												
3	0												
4	2												
5	5												
Patient Reported Experience Measures PREMs													

PREMs  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bewertung</th> <th>Anzahl Nennungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Bewertung	Anzahl Nennungen	5	4	4	2	3	0	2	2	1	0	
Bewertung	Anzahl Nennungen												
5	4												
4	2												
3	0												
2	2												
1	0												
Patientenzufriedenheit  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bewertung</th> <th>Anzahl Nennungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Bewertung	Anzahl Nennungen	5	3	4	4	3	0	2	1	1	0	
Bewertung	Anzahl Nennungen												
5	3												
4	4												
3	0												
2	1												
1	0												
klinische Outcomes													





Fragenset Patientenzufriedenheit  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bewertung</th> <th>Anzahl Nennungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3</td><td>1</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	Bewertung	Anzahl Nennungen	1	1	2	0	3	1	4	3	5	3	
Bewertung	Anzahl Nennungen												
1	1												
2	0												
3	1												
4	3												
5	3												
Fragenset PREMs  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bewertung</th> <th>Anzahl Nennungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3</td><td>1</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	Bewertung	Anzahl Nennungen	1	1	2	0	3	1	4	3	5	3	
Bewertung	Anzahl Nennungen												
1	1												
2	0												
3	1												
4	3												
5	3												
Fehlen Ihnen wichtige Indikatoren (Qualitätsaspekte) für das spitalambulante Setting. Falls ja, welche wären diese?													
das ganze ist viel zu Aufwendig und Umfangreich für eine ambulante OP, die im Schnitt eine Stunde dauert. Die Befragung bei den Stationären Patienten hat ja auch einen deutlich geringeren Umfang.													
Temps d'attente (premier rendez-vous - entre premier rendez-vous et date de l'intervention)													
keine Teilnahme an LH (=Leistenhernien) daher keine Beurteilung möglich, s.o. ungeeignete Indikationsstellung für solch aufwändige Befragungen ohne Nutzen: keine Nachuntersuchung geplant daher werden die Daten nicht mehr angesehen, ist evtl. bei LH besser													
Nein													
Nein													

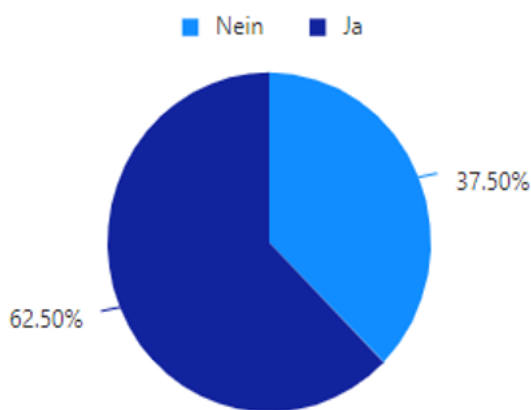
Nein Parameter bereits ausführlich
Haben Sie Bemerkungen zu den 2 Nachbefragungen (Zeitpunkt, Nutzen, Verwendung der Informationen aus Nachbefragung)
ich glaube die erste ist zu früh 4 Wochen wäre besser.
Le moment de saisie n'était pas identique au moment de suivi du processus interne. L'acceptation et la compréhension de nos médecins interne étaient difficile. Comme c'était dans le cadre d'un projet pilote, on a bien pu expliquer et adapter. Par contre, si cela était une exigence nationale et obligatoire, je pense que la résistance pourra être plus forte. Le médecins n'ont pas non plus le temps de remplir des questionnaires supplémentaires. Il faut alors bien réfléchir quelles données cliniques sont vraiment nécessaires dans le cadre des indicateurs ambulatoires. Si les données qui sont saisie d'une manière ou d'une autre dans le dossier patient ou dans la statistique médicale, on peut les reprendre. Par contre, il faut éviter que les médecins doivent saisir plus de données, ils ont déjà assez de tâches administratives.
Daten wurden nicht verwendet, s.o.
Nein
Nein
Keine

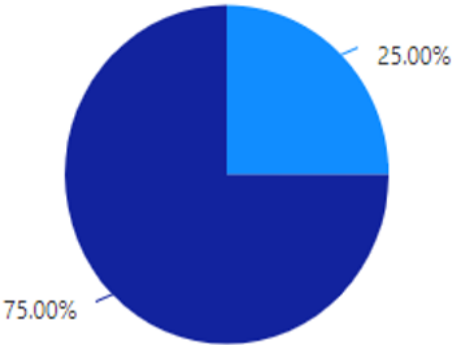
Tabelle 12: Erhebung mit heartbeat ONE

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie die Erhebung mittels heartbeat ONE erlebt haben (sofern Sie diese Option genutzt haben). Denken Sie hierbei beispielsweise an Inbetriebnahme, Login, Falleröffnung und Bedienungsfreundlichkeit.
Was ist Ihnen dabei besonders positiv aufgefallen?
Farbe war beruhigend,
einfache Anwendung
Einfache Eingabe, übersichtliches Dashboard
Ansprechbarkeit, Übersicht über das Auswertungstool,
neutral
Einfach zu bedienen. Verständlich für Patienten
Was ist Ihnen dabei besonders negativ aufgefallen?
viel Personalwechsel, schlechte Erreichbarkeit bei Problemen. diverse Start-/ Anfangsprobleme, Übersicht nicht so übersichtlich, viel Suchen nötig. es braucht lange bis man das findet was man sucht. Nicht selbsterklärend
Personenwechsel, schlechtere Response bei technischen Fragen; Ticketsystem etc.
keine Defaulteingabe von gewissen Kriterien, immer neu ausfüllen erforderlich z.B. von Erfahrung Operateur
Nichts
nichts

Nichts	
Wie würden Sie die Daten bei dauerhafter Einführung der Messung erheben wollen?	
zur Verfügung gestellte Software (analog heartbeat ONE)	4
Integration der Erhebung in das Klinikinformationssystem KIS	4
Nutzung Excelvorlage für Dateneingabe	0
Paper-Pencil	0
Anderes: • es müsste alles deutlich einfacher zu handhaben sein z. B daten direkt aus Kiss ziehen, die Dokumentation nimmt immer mehr überhand und diese Zeit geht beim persönlichen Kontakt mit dem Patienten verloren • Intégration dans l'outil PROMs individuel et fichier cvs pour envoi des données comme pour les autres mesures ANQ • möglichst ganz ohne personelle Ressourcen schaffen	3

Tabelle 13: Visuelle Darstellung der Resultate in heartbeat ONE

Ergebnisse der Patientenbefragung lassen sich im Erfassungssystem heartbeat ONE unmittelbar nach dem Ausfüllen darstellen (vorausgesetzt, dass das System zur Erfassung genutzt wurde). Bitte teilen Sie uns mit, ob diese Darstellung für Sie von Nutzen war.	
Wurde an Ihrem Spital die Möglichkeit genutzt, sich die Ergebnisse einzelner Patientinnen und Patienten aus der Nachbefragung via heartbeat ONE anzuschauen?	
 A pie chart with two segments. The larger segment, colored dark blue, represents 'Ja' (Yes) at 62.50%. The smaller segment, colored light blue, represents 'Nein' (No) at 37.50%. A legend at the top shows a light blue square for 'Nein' and a dark blue square for 'Ja'.	
Wenn ja Angehörige welcher Gruppen haben dies genutzt?	
Vorort-Projektleitung	
QM	
Arzt selten, QM eher am Anfang	

QM
Ärztinnen und Ärzte
Wenn ja Wie gross ist der Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen dies genutzt wurde (Prozentsatz), an allen Patientinnen und Patienten?
100
nur testmässig
50%
100
Alle, sofern teilgenommen
Wenn ja Wozu wurden diese Ergebnisse genutzt?
nicht genutzt, einfach zur Info
zur Übersicht
Übersicht schaffen, Interesse für Ansicht
Kontrolle
Besprechung der Ergebnisse bei Konsultationen
Wenn nein Warum haben Sie darauf verzichtet?
Wir haben es initial gemacht, war für uns aber dann zu umständlich
Aus zeitlichen Gründen
Wurde an Ihrem Spital die Möglichkeit genutzt, sich die Ergebnisse aller Patientinnen und Patienten des Spitals aus den Nachbefragung via heartbeat ONE anzuschauen? (ja/nein)
■ Ja ■ Nein  25.00% 75.00%
Wenn ja Angehörige welcher Gruppen haben dies genutzt?
QM

Ärztinnen und Ärzte
Wenn ja Wozu wurden diese Ergebnisse genutzt?
QM
Diese Rückspiegelung ist für den Arzt und Patient von grosser Wichtigkeit. Beide können so die Resultate objektiv beurteilen. Nur in dieser Form macht die ganze Befragung sinn
Wenn nein Warum haben Sie darauf verzichtet?
das müssen wir mal noch schauen wo man das findet.
geringe Teilnehmerzahl
Kommt noch
wir wussten nicht, dass das geht
Aus zeitlichen Gründen

Tabelle 14: Ableitungen für Qualitätsentwicklung

Wie schätzen Sie den Nutzen der Selbstbewertung durch Patientinnen und Patienten (Patient Reported Outcome Measures PROM's) hinsichtlich Qualitätsentwicklung ein? Denken Sie dabei an die Behandlungsebene, die Spital-/Klinikebene und die Systemebene.
wir schätzen den nutzen Aufwand gering ein
Triage unter den Beteiligten/Erfahrungsaustausch/cave: Ärzte befürchten negative Reputation aufgrund der Patientenbewertung
Meines Erachtens sind PROMS sehr wichtig zur Qualitätsentwicklung. Wichtig ist allerdings, dass die Patienten:innen auch spüren, dass mit den Ergebnisse gearbeitet wird und zwar während des Behandlungsverlaufs. Ebenso darf der administrative Aufwand nicht enorm sein. Wenn der administrative Aufwand nicht mehr im Verhältnis steht zum Gesprächsanteil mit einer Fachperson, wird es schwierig
L'utilisation des données PROM sont très important dans le développement de la qualité. En dehors des infections etc. des interventions peuvent bien se passer mais sans plus-value pour le patient. Ces indicateurs aident pour éviter les interventions inutiles.
Gering. Selbstbewertungen macht dann Sinn, wenn man sie auch dem Arzt mitteilen und mit ihm besprechen oder Probleme analysieren kann. Im Bereich Meniskus hat das (zumindest bei uns) aufgrund der etablierten Abläufe nicht stattgefunden (Nachuntersuchung durch Hausarzt, dieser müsste integriert werden)
Notwendig
Keine Aussagen wegen wenigen Fällen möglich
Letztendlich wahrscheinlich wichtiger als objektive Parameter, da die Erwartungshaltung damit einfließt. Dies Hilft auch dem Arzt Indie Indikationsqualität zu Beurteilen

Aus dem Pilotprojekt wird ein Bericht hervorgehen, der die teilnehmenden Spitäler in Bezug auf unterschiedliche Qualitätsaspekte vergleicht. Mit welchen weiteren Schritten und Prozessen gedenken Sie, die Ergebnisse aus diesem Bericht für die eigene Qualitätsentwicklung zu nutzen?
da wir bereits Herniamed nutzen, hat dies für uns nicht so grosse Relevanz. wir werdend die Daten anschauen und dann ggf.
Vergleich zwischen kleinen und grossen Spitälern
Um zu prüfen, ob und wo ggf. weitere Befragungen sinnvoll sind. Wieviel administrativen Aufwand man dafür in Kauf nehmen kann.
Encore à réfléchir. On est en plein implémentation des PROMs et à échanger là-dessus dans un groupe de travail au niveau cantonal. Chaque expérience nous aide à nous améliorer dans ce processus et dans le développement de la qualité.
je nachdem, was drin steht...wir nutzen generell den PDCA Kreislauf: analyse der Daten, Vergleich mit anderen, bewerten ob Problem / Abweichung vorliegt, dann ggf. Massnahmen ergreifen.
In kontinuierliche Optimierung einfließen lassen
Kann ich noch nicht beurteilen
Für uns war vor allem die ungenügende Bereitschaft der Patienten, an einem Qualitätsprojekt teilzunehmen überraschend. Hier müsste überlegt werden, wie dies verbessert werden kann. Der Patient müsste einen direkten Nutzen sehen können.

Tabelle 15: Weitere Rückmeldungen

Was hat gut funktioniert im Projekt? Wo sehen Sie den Nutzen/das Potenzial der spitalambulant Qualitätsmessungen?
Wir haben es irgendwie geschafft, für uns hatte es bisher keinen zusätzlichen Nutzen. Bei uns sind alle froh dass das Pilotprojekt vorbei ist.
Ein "Must" in der Spitalplanung
Wir haben uns noch zu wenig auf die Gesamt-Ergebnisse fokussiert, um klare Aussagen zu machen.
Oui, je trouve très important de développer des indicateurs qualité dans le domaine ambulatoire. De plus en plus de prestations hospitaliers vont être fait en ambulatoire. Un développement et un suivi de la qualité dans ce domaine est indispensable.
Qualitätskontrolle
Bereitschaft der Patienten
Technische Abläufe, Befragung
Welche Probleme und Herausforderungen gab es im Projekt und wie wurden diese gelöst?
Das Personal sowie die Patienten mussten ständig motiviert werden. Teilweise haben wir den Patienten selber noch hinterher telefoniert und das kann es nicht sein
Ärzte freiwillig zur Teilnahme zu gewinnen war extrem schwierig. Sie scheinen sich nicht gewohnt zu sein, dass ihre Arbeit von Patienten beurteilt/bewertet werden. Es kommen viele Aspekte dazu wie Nebendiagnosen, unter denen das Resultat des Eingriffes anders bewertet werden kann.

In Zukunft würde ich die interne Projektgruppe näher zusammenbringen.
Le plus grand défi est de trouvé un processus commun entre les différents hôpitaux et d'identifier des données cliniques sans que les médecins doivent encore remplir un questionnaire supplémentaires. Dès qu'on une solution qui respecte en plus la saisie dans l'outil spécifique de chaque hôpital/clinique et on se base sur l'envoi des données comme dans les autres indicateurs, ce sera bien réalisable.
Wenn der behandelnde Arzt keinen Nutzen sieht, ist er nicht motiviert, seine etablierten Strukturen in seiner Sprechstunden (Gesprächsführung, Untersuchung) zu verändern.
Zeitaufwand, Patienteninformation anpassen im Regelbetrieb
Zu wenige Patienten konnten evaluiert werden
Einschluss der Patienten
Was müsste Ihrer Meinung nach bei einer nationalen Einführung anders umgesetzt werden?
Wir stehen einer nationalen Einführung sehr kritisch gegenüber. Für uns als kleines Spital war es kaum machbar, es muss quasi eine Person sich nur darum kümmern dass es läuft. Bei einem grossen Spital müsste dafür extra Pesonal eingestellt werde, also eine neu Stelle geschaffen werden. Der Nutzen Aufwand ist einfach viel zu gross. Dies spiegeln ja auch die niedrigen Teilnahmezahlen wieder. dien Aufwand kann man sich sparen. Insgesamt viel zu umfangreiche Datenerhebung. Die Adminitrative Arbeit nimmt immer mehr zu und diese Zeit fehlt beim Patienten.
Im Moment noch schwer zu sagen. Vermutlich wohl in ähnlicher Form realistisch.
Sinnvolle ambulante Eingriffe finden, Umsetzen ohne personelle Ressourcen, Abschaffen von Einverständniserklärungen für Teilnahme die Unterschrieben werden müssen, Patient muss von Nutzen und Teilnahme überzeugt werden und freiwillig teilnehmen, Kosten für automatisierte Datenerfassung muss von Auftraggeber getragen werden.
Abgeltung
Patientenmotivation die Qualität der Behandlung ins Zentrum zu rücken. Der Patient scheint vertrauen zum Arzt zu haben, was ihm offensichtlich genügt. Incentives?
1. Eine irgendwie geartete Befragung mit Proms und Prems muss so aufgelegt werden, dass Patientinnen und Patienten automatisiert eingeschlossen werden und nicht abhängig von individuellen Zusatzaufgaben sind, welche vergessen werden können. 2. Dringend die Einverständniserklärung für PROMS und PREMS abschaffen, wenn diese obligatorisch vorgegeben werden: unverhältnismässiger Zusatzaufwand für Spitäler 3. Nutzen für Patientinnen und Patienten bieten, damit diese sich danach REISSEN sich beteiligen zu dürfen oder es ihnen obligatorisch vorgeben (geknüpft an die Kostenübernahme)
...und was ich sonst noch sagen möchte:
Hätte es den Finaziellen Anreiz des Pilotprojektes nicht gegeben. Hätte unser Spital nicht mit gemacht. Der Aufwand war wirklich sehr gross. Die Zahl der Spitäler, die mitgemacht haben und die Fallzahlen sprechen unserer Meinung nach für sich. Auch dass keine Uniklinik oder ein grösseres Kantonsspital teilgenommen hat.
Wir hätten gerne mehr zum Pilotprojekt beigetragen, jedoch aufgrund der oben erwähnten Punkte sehr schwierig in einer Klinik mit Belegarztsystem die Ärzte zu motivieren.

Die Expertengruppe war kein richtiges Kernteam. Es waren nie alle dabei. Der Austausch konnte daher nur bedingt stattfinden. Ggf. hätte ein physisches, persönliches Treffen geholfen. An dieser Endbefragung ist es schwierig, dass die einzelnen Involvierten alle Fragen beantworten können. Es wäre für diesen Fall sinnvoll, die Auswahlmöglichkeit "k.A." oder ähnliches zu machen. Mir wäre es wichtig, dass die hier abgefragten Themen auch im Plenum noch einmal diskutiert würden.

Merci pour votre soutien au cours du projet. Merci beaucoup.

lieber Daten aus vorhandenen Datensätzen für Auswertungen verwenden, PROMS für Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen nutzen ist viel sinnvoller, wenn es eine zusätzliche Datenerfassung geben sollte zentral aus EINER Hand organisieren und finanzieren (analog Wiedereintrittsrates)

Impressum

Titel	Projektschlussbericht Pilotprojekt Spitalambulant
Autoren und Autorin	Linda Hadorn, ANQ
Zitation	ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern. Projektschlussbericht Pilotprojekt Spitalambulant
Auftraggeber vertreten durch	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ Linda Hadorn, Leitung multidisziplinäre Themen
Copyright	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ Geschäftsstelle Welpoststrasse 5 3015 Bern