

**Entwicklungsmöglichkeiten und
Voraussetzungen von der Statistik
zum Qualitätssicherungsinstrument am
Beispiel der ASF-Statistik der
Schweizerischen Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe**

**Abschlussarbeit
zum Master-Fernstudiengang
„Management von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen“**

**an der
Universität Witten / Herdecke
Fakultät für Medizin**

**eingereicht von
Dr. med. Thomas H. Hess**

September 2008

Inhaltsverzeichnis:

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis: I

Abkürzungsverzeichnis II

1. Einleitung	1
1.1. Qualitätssicherung im schweizerischen Gesundheitswesen und bei Fachgesellschaften: ein Problem?	1
1.2. Aktueller Stand der QS in der Frauenheilkunde	1
1.3. Experten- und Nutzersicht zum Problem	2
1.4. Vorstellung und Geschichte der ASF-Statistik	5
1.5. Die Statistik in der ASF Statistik.....	6
2. Fragestellung, Begründung und Themenabgrenzung	8
2.1. Fragestellungen?.....	8
2.2. Begründungen zu den Fragestellungen.....	9
2.3. Themenabgrenzungen: Kosten-Nutzen-Analyse und IT-Aspekte	10
3. Methodik und Vorgehen	11
3.1. Methodik und Vorgehensweise in der Übersicht.....	11
3.2. Deskriptiver analytischer Ansatz zur ASF-Statistik	12
3.3. Entwicklungsmöglichkeiten und deren Voraussetzungen aus den eskriptiven Ergebnissen abgeleitet.....	12
3.4. Anforderungen an die Qualitätssicherung und deren Übertragung auf die ASF-Statistik.....	13
3.5. Strategieanalysen und Entwicklungsstrategie	13
4. Ergebnisse	14
4.1. Analyse vom ASF-Statistik Fragebogen: Was steckt darin?	14
4.2. Management mit Kennzahlen: Welche Qualitätsindikatoren werden berücksichtigt?	18
4.3. Prozess der Datengenerierung: Vom Input zum Output.....	26
4.4. Auswertungen und Auswertbarkeit	27
4.5. Die Kunden der ASF-Statistik	27
4.6. Die Konkurrenz der ASF-Statistik	30
4.7. Datengüte, Datenhoheit und Bemerkung zum Datenschutz.....	32
5. Entwicklungsmöglichkeiten und ihre Voraussetzungen: Konkrete Vorschläge und Empfehlungen	34
5.1. Empfehlungen aus den bisherigen Ergebnissen	34
5.2. Qualitätssicherungskonzepte auf die ASF-Statistik übertragen.....	38
5.3. Strategische Beurteilung der ASF-Statistik	40
5.4. Empfehlungen für eine mittelfristige Planung	42
6. Thesenzusammenfassung	48
Anhang	51
Literaturangaben	66

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1	Illustration zur Vorgehensweise: Methodik von der ASF-Statistik zur QS.	11
Abbildung 2	„Datenzwiebel“	14
Abbildung 3	Deming Zyklus: Datenbasis und Datenerhebungen	19
Abbildung 4	Modell nach Williamson „ABNA“-Schema	20
Abbildung 5	Qualitätsindikatoren bei Hysterektomien 2006	22
Abbildung 6	Qualitätsindikatoren in der Geburtshilfe 2006	23
Abbildung 7	Benotung der ASF-Statistik 2002	28
Abbildung 8	Kundenbefragung an der Chefärztekonzferenz	29
Abbildung 9	Klinikinterne Daten-Überschneidungen	30
Abbildung 10	Qualitätsmanagement-Markt, Konkurrenz der ASF-Statistik	31
Abbildung 11	Datenhoheit: Wem gehören die Daten?	33
Abbildung 12	SWOT-Analyse der ASF-Statistik	40
Abbildung 13	Marktfeldstrategie nach Ansoff: Interpretation für die ASF-Statistik	41
Abbildung 14	Projektschritte in der Übersicht	47
Tabelle 1	Qualitätsindikatoren nach der SGGG	25
Tabelle 2	Entwicklungen und Voraussetzungen	38
Tabelle 3	Qualitätssicherung und ASF-Voraussetzungen	39
Tabelle 4	Vergleich der Datenerfassungsmodalitäten: Pro und Contra	43
Tabelle 5	Vergleich und Bewertung unterschiedlicher 44 Entwicklungsvarianten	

Abkürzungsverzeichnis

ABNA	“Achievable Benefit Not Achieved”
ASF	Arbeitsgemeinschaft Schweiz. Frauenklinik
ASCII	American Standard Code for Information Interchange
AQC	Arbeitsgemeinschaft für QS in der Chirurgie
BAG	Bundesamt für Gesundheitswesen
BfS	Bundesamt für Statistik
BQS	Bundesgeschäftsstelle QS in Deutschland
CHOP-9	Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) - ICD-9-CM
DEDE	Dezentrale elektronische Dateneingabe
EFQM	European Foundation of Quality Management
Hplus (H+)	Krankenhaus- oder Spitalverband der Schweiz
ICD-9-CM	Operationsklassifizierungsbasis für CHOP-9
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)
IVQ	interkantonale Verein zur QS in den Spitälern
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MbO	Management by Objectives
PDCA	Demingkreis für Plan-Do-Check-Act
QS	Qualitätssicherung
QM	Qualitätsmanagement
QI	Qualitätsindikatoren

RADAR	Results-Approach-Deployment-Assessment Review
Santésuisse	Krankenkassenverband der Schweiz
SEVISA AG	Software-Entwicklung, Datenauswertung und Archivierung
SMART	specific – measurable – achievable – relevant – timely
SPO	Schweizerische Patientenorganisation
SQL	Structured Query Language, auch als freeware MySQL
Swiss-DRG	Aktiengesellschaft zur Umsetzung von DRG in der Schweiz

1. Einleitung

1. 1. Qualitätssicherung im schweizerischen Gesundheitswesen und bei Fachgesellschaften: ein Problem?

Nach dem 2006 publizierten Bericht der OECD und der WHO zum Gesundheitssystem der Schweiz ist das Schweizer Gesundheitswesen hinter jenem der USA weltweit das Zweitbeste (OECD 2006). Die Qualität der Leistungen wird zwar als gut, aber nicht besser als in anderen vergleichbaren Ländern beurteilt. Diese international anerkannte Publikation fordert mehr Transparenz bei der Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung, da in der Schweiz keine nationalen Qualitätsindikatoren (QI) für den Gesundheitsbereich existieren (Sordat Fornerod 2006).

In Deutschland, wie auch in der Schweiz sind Krankenhäuser und im Besonderen die Fachgesellschaften gesetzlich verpflichtet, einen Qualitätsnachweis in ihren Bereichen sicher zu stellen.

In der Schweiz wurde diese Grundlage mit der Einführung des sogenannten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1994 gesetzlich vorgeschrieben. Generell ist festzustellen, dass die Qualitätskonzepte und -programme auch seit bald 15 Jahre nach Inkrafttreten des KVG noch längst nicht so umgesetzt sind, wie es Gesetz und Verordnung verlangen.

1.2. Aktueller Stand der QS in der Frauenheilkunde

Der aktuelle Stand 2007 der Qualitätssicherungsmassnahmen von der FMH anerkannten ärztlichen Fachgesellschaften in der Schweiz mit ihren 5329 Mitgliedern ist absolut ungenügend:

Qualitätsbestrebungen mit ausgewiesener Dokumentation werden nur bei den wenigsten Fachgesellschaften ernst genommen und umgesetzt. Von den 45 Fachgesellschaften der FMH sind es bloss fünf (<90%), die eine eigene Datenbank mit einem von der Fachgesellschaft definierten (minimalen) Datensatz ausweisen (Tabelle 1, Seite 25).

Die chirurgischen Fachgesellschaften werden durch die sogenannte Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) repräsentiert, die fakultativ die Qualitätssicherung (QS) mit der AQC-Datenbank sichern (Matthews u.a. 2004).

In der Schweiz hat die Fachgesellschaft der Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) aktuell mit ihren 1061 Mitgliedern bereits 1983 eine eigene Statistik zur Abbildung der Aktivitäten in der operativen und geburtshilflichen Frauenheilkunde unter Berücksichtigung von Komplikationen, Morbidität und Risikofaktoren eingeführt – zu dieser Zeit in einer pionierhaften Art und Weise.

Diese Statistik der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken, kurz ASF-Statistik genannt, bildet vorwiegend die stationär und ambulant betreuten Fälle in den Frauenkliniken ab und wurde seither in regelmäßigen Abständen den Aktualitäten angepasst und erneuert.

Die von der SGGG als Instrument zur QS bestimmte ASF-Statistik wurde bereits 10 Jahre vor der Einführung vom KVG eingeführt und muss daher auf ihre Tauglichkeit zur Erfüllung der aktuellen Erfordernisse überprüft und entsprechend den heutigen Erwartungen angepasst werden.

1.3. Experten- und Nutzersicht zum Problem

Die Charakterisierung der Ausgangssituation und der Problemstellung aus der Expertensicht nimmt folgende Punkte auf:

- Die QS in medizinischen Fachbereichen ist seit der Einführung vom KVG (Krankenversicherungsgesetz) in der Schweiz obligatorisch.
- Die FMH als Dachorganisation der Schweizer Ärzteschaft hat die QS und Qualitätsförderung in ihren Statuten festgelegt. Von den Fachorganisationen werden diese Vorgaben ungenügend umgesetzt, auch im Fachbereich der Gynäkologie und Geburtshilfe.
- Gesundheitsinstitutionen, insbesondere Hplus als Krankenhausorganisation, sowie die Öffentlichkeit, inklusive Politiker und Gesetzgeber, erwarten die Einhaltung der KVG-Vorgaben.
- Der Krankenkassenverband Santésuisse bezieht eine noch klare Stellung: Es ist ihr Hauptanliegen, dass der Sicherung und Verbesserung der Qualität ein höherer Stellenwert beigemessen wird. Sie fordern die QS in den Tarifverträgen. Grundsätzlich soll demnach kein Vertrag mehr ohne Bestimmungen zur QS abgeschlossen werden dürfen.
- Um dieses Ziel zu erreichen, sind die Krankenversicherer zu einer konstruktiven Zusammenarbeit mit allen Gruppen von Leistungserbringern bereit. Dafür haben im November 2007 die zuständigen Partner für die Spitalversorgung in der Schweiz gemeinsam den Interkantonalen Verein für QS und Qualitätsförderung in den Spitälern IVQ gegründet. Ziel des Vereins wird es sein, auf der Basis einer gemeinsam festgelegten Strategie Qualitätsmessungen in den Schweizer Spitälern durchzuführen, die Resultate zu vergleichen und diese gezielt zu veröffentlichen.

Qualitätssicherungsprojekte in anderen Leistungsbereichen, die bereits erfolgreich gestartet sind, werden vom Krankenkassenverband weiterhin gefördert und in der Weiterentwicklung unterstützt. Für sie wichtig sind vor allem folgende 5 deklarierte Punkte:

- Im Fokus der Krankenversicherer steht die Ergebnisqualität, wobei die Prozess- und Strukturqualität in Verbindung mit der Ergebnisqualität ebenfalls von Bedeutung sein können.
- Die QS muss mess- und vergleichbar sein.
- Die Resultate der vergleichbaren Ergebnismessung sind, vor allem im Interesse der Patienten, transparent zu machen.
- Die Leistungserbringer sollen mit Hilfe von Benchmarks ihre eigene Leistung einordnen und allenfalls verbessern können.
- Die Vertragspartner entwickeln gemeinsam Tarifsysteme, die Anreize zur Umsetzung der Massnahmen zur QS enthalten.

Die Krankenversicherer wollen Druck machen und grundsätzlich keinen Vertrag mehr ohne Bestimmungen zur QS abschliessen. Sie fordern ihre Vertragspartner auf, die gesetzlich vorgeschriebenen Konzepte und Programme zu entwickeln und zusammen mit den Krankenversicherern national koordiniert umzusetzen.

Die Fachgesellschaften SGGG und FMCH anerkennen die als ASF-Statistik 1983 „geborene“ Datensammlung und Auswertung als ihr bewährtes Qualitätssicherungsinstrument. Der Schritt zur Verbreitung bei allen Fachärzten der Gynäkologie und Geburtshilfe in der ganzen Schweiz und vor allem bei den Ausbildungskliniken bedarf einer Ausarbeitung von Empfehlungen, Verbesserungsvorschlägen und Weiterentwicklungs- und Verbreitungsstrategien.

Eine klare Trennung zwischen Experten und Nutzern, ist nicht in jedem Fall einfach und klar, da sich beteiligte Ärzte/innen sowohl als Experten wie auch als Nutzer aufführen und fühlen können. Diese wenig scharf getrennte Doppelfunktion muss vor allem in der Situation der Kundenakquisition und -betreuung berücksichtigt werden.

Ergänzend ergeben aus der Nutzersicht die Charakterisierung der Ausgangssituation und Problemstellung weitere Aspekte:

- Ärzte- und Fachgesellschaften sollen als Nutzer und vor allem als potentielle Neukunden wahrgenommen werden. Bisherige Nicht-Anwender oder noch nicht Kunden sind in abwartender Position bis Sanktionen drohen oder zusätzliche Ressourcen zur Unterstützung der QS freigestellt werden.
- Das IT-Unternehmen für das Datamanagement der ASF-Statistik, die SEVISA AG, muss ebenfalls zu den Nutzern gerechnet werden.

den: Ihr Service steht in einer Konkurrenzsituation mit anderen Anbietern.

- Die (Gesundheits-) Politik als indirekte Nutzerin kennt und akzeptiert grösstenteils die ASF-Statistik und beruft sich z.T. auf deren Angaben. Das Bundesamt für Statistik (BfS) erhält über diese Statistik Datenmaterial für ihre Bundesstatistik. Ähnliches kann über den Verein Outcome gesagt werden, der von der Gesundheitsdirektion vom Kanton Zürich beauftragt ist Qualitätsmessungen durchzuführen und in einzelnen Messungen eine Kooperation mit der ASF-Statistik eingegangen ist.
- Die Medien sind ebenfalls vereinzelt Nutzniesser: Immer wieder verlangen Journalisten/innen bei medizinischen Themen aus der Frauenheilkunde Angaben zu Häufigkeit und Korrelationen aus der ASF-Statistik.
- Sind auch Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften Nutzniesser? Bei unklaren Situationen mit Rückfragen an die Kliniken oder gar bei Haftpflichtfällen kann dank der ASF-Statistik über die realen, schweizerischen Verhältnisse zu Inzidenz von Morbidität und Komplikationen Auskunft gegeben werden.
- Nicht zuletzt zählen auch die Patientinnen als Nutzniesserinnen: Durch die Angaben aus der Statistik ist es möglich eine realistische Information und Aufklärung über die „Gefährlichkeit“ von Operationen und geburtshilflichen Vorkommnissen weiterzugeben. Zudem werden das Vertrauen und das Arzt-Patienten-Verhältnis durch eine objektive und offene Informationspolitik gestärkt.

1.4. Vorstellung und Geschichte der ASF-Statistik

Bevor auf die Fragestellung und Begründung eingegangen werden kann, ist es nötig, die ASF-Statistik und Ihre Geschichte einerseits, als auch die Voraussetzungen und Vorgaben vom Gesundheitswesen punkto QS in der Schweiz andererseits kurz zu skizzieren.

Die Geschichte der ASF-Statistik lässt sich am Besten mit den Worten des Miterfinders Dr. Willy Marti (Marti W. 2007) erläutern:

„25 Jahre ASF, ein kurzer Rückblick

1981 interessierte sich Prof. Dr. Ernst Hochuli, damals Chefarzt am Kantonsspital Münsterlingen, für die Möglichkeiten einer gemeinsamen Datenbank der schweizerischen Frauenkliniken mit den 3 Pfeilern:

- Jahresstatistik
- Morbiditätsanalyse
- Komplikationskontrolle

Ausgangspunkt war die Bayerische Neonatalstatistik (Selbman H K). Die Informatikmittel bestanden damals aus Grosscomputern, Software für einen solch spezialisierten Bereich gab es keine. Kurz: das Projekt war nicht finanzierbar. Der Unterzeichnende, hatte sich aber seit 1977 mit der Systementwicklung auf Kleincomputern (Hardware wie Software) befasst und konnte deswegen einen Vorschlag unterbreiten, der die Grundzüge des theoretischen Projekts umsetzte. Auf einem selbst gebauten, mit zwei 140 KB Floppys ausgerüsteten Mikrocomputer wurde mit etwas Chuzpe das so genannte Pilotjahr 1982 gestartet, welches, getragen von einer enthusiastischen Chefärztekonzferenz über 60 Frauenkliniken mit mehr als 62000 Fällen pro Jahr vereinigte.

Aus den Erfahrungen von 1982 wurde ein definitives Stichwortverzeichnis durch eine spezielle Gruppe von Ärzten aus allen Kliniktypen erarbeitet, welches von 1983-1992, ständig dem jeweiligen Stand des Irrtums angepasst, in Gebrauch stand. Bis zu 85 Kliniken nahmen auf dem Höhepunkt daran teil, während eines Jahres sogar auch eine Berliner Universitätsklinik. 1992, 1998 (bedingt durch die Unterstützung der Bundesstatistik) und 2005 erfolgten grundlegende Neuauflagen des Codierungskatalogs. Seit 1993 steht auch eine Schnittstelle für den elektronischen Datenverkehr zur Verfügung.

Das Ziel «gesamtschweizerisch» haben wir nicht ganz erreicht. So ist die Beteiligung der italienischen Schweiz von «Gut» auf «Null» gesunken, Spitäler wurden geschlossen, andere entwickelten eigene Systeme, die aber den Vorteil, sich mit anderen Kliniken anonymisiert vergleichen zu können gezwungenermassen nicht haben.

Gemessen an der Geburtenzahl können wir sagen, dass wir fast die Hälfte der schweizerischen Fälle erreichen. Die Tendenz ist allerdings wieder steigend, getrieben von der im Gesetz verankerten Pflicht zur Qualitätskontrolle. Deswegen wird die ASF-Datenbank auch ständig unter diesem Gesichtswinkel optimiert, sodass wir sagen können: Die ASF ist ein kompetentes, einfach zu hand-

habendes, kostengünstiges und flexibles Projekt. Sie ist ein guter Partner für die teilnehmenden Kliniken.

Die ASF-Datenbank umfasst seit 1983 mehr als 2'000'000 analysierbare Fälle.“

Dr. med. Willy K. Marti Technischer Projektleiter

Der erwähnte „Codierungskatalog“ wird in den meisten der beteiligten Kliniken als eigentlicher Papierfragebogen verwendet. Die ausgefüllten Fragebogen werden in regelmässigen Abständen an die zentrale Auswertungsstelle der beauftragten Firma, die SEVISA AG, geschickt, wo sie nach einer Kontrolle in die eigentliche Datenbank übertragen werden und in eigentlichen Jahres- und Kumulationsstatistiken verpackt werden. Eine „Benchmark-Statistik“ wird nur in Form von Minimal- und Maximalwerten und 25-er, 50-er und 75-er Perzentilen zu den einzelnen Daten angeboten. Besondere Anfragen in Form von Verknüpfungen der Daten sind nur nach Absprache mit der SEVISA AG und ihrem Datamanagement möglich.

Das Krankenversicherungsgesetz der Schweiz, KVG genannt, wurde nach einer Abstimmung vom Volk gutgeheissen und 1994 als Gesetzesgrundlage zur Umsetzung des Gesundheitswesens in den Kantonen eingeführt. Damit wurde neu neben der Wirtschaftlichkeit auch die Qualität als Voraussetzung und Bedingung für die ausführenden Gesundheitsbereiche und –institutionen gestellt, deren Pflicht es auch ist einen Nachweis der QS zu erbringen.

Dazu die Gesetzesstellen aus dem KVG in dem Abschnitt 4 Aufsicht und Statistik mit dem Art 21, Aufsicht der Qualität in dem Abschnitt 6, Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen mit den Art. 58, QS und Art. 59 Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen.

1.5. Die Statistik in der ASF Statistik

Beschreibung der ASF-Statistik

Die Datenerfassung erfolgt mit einem Fragebogen in Papierversion Format A4 auf beidseits bedruckten Blättern mit insgesamt 8 Seiten (Anhang IV Seite 55). Diese Version wird bisher von wenigen Kliniken umgangen und direkt über eine definierte Schnittstelle elektronisch via Internet oder Datenträger der SEVISA-AG, die das Datamanagement betreut, für die weitere Auswertung in regelmässigen Abständen übergeben. Die Auswertungen finden als eigentliche Jahresabschlüsse statt und werden in hauptsächlich 3 Formen den Kliniken zurückerstattet:

- Jahresstatistik der Klinik mit Vergleich zur Gesamtstatistik
- Kumulativstatistik mit Vergleich zur Gesamtstatistik
- CD-ROM mit Daten der Klinik zur individuellen Auswertung

Genauere Angaben zu dieser Statistik werden in den Auswertungen unter dem Kapitel Ergebnisse beschrieben (Illustration dazu im Anhang II Seiten 53 mit Fragebogen und Auswertungs-CD, Print-Screen-Darstellung vom Auswertungsprogramm).

Die ASF-Statistik beschreibt eine Gesamtdarstellung der Aktivitäten und bildet somit keine beschränkte, sondern eine offene, kontinuierliche Messperiode ab. Die Daten müssen daher nicht mit der Unschärfe von einem Vertrauensintervall (CI) angesehen werden.

Neben der einfachen statistischen Kernauswertung, die v.a. als Grundlage für Jahresstatistiken in den Kliniken dient, werden von der ASF-Statistik zusätzlich Ergebnisse und Auswertungen mit Zusatzaufgaben gefordert, die vor allem die Flexibilität der Auswertbarkeit demonstrieren:

- BfS Daten
- Weiterbildungsdokumentation für Fachärzte
- Kooperation für Datentransfer mit Verein-Outcome
- Einfügen oder Anhängen von eigenen Suchkriterien
- Erweiterung der ICD-9 und ICD-10
- Codierung für Swiss-DRG
- Controlling für Controller

Als Statistik hat die ASF-Statistik folgende Merkmale:

- kontinuierliche 100%-ige Messung
- ohne Selektion der Zeitintervalle
- Erfassung objektiver Kriterien
- Gesamtabbildung der Klinik-Aktivität
- keine partielle oder selektive Messsegmente

Die statistische Auswertung enthält und produziert eine breite Palette von Daten:

- absolute und relative Häufigkeiten von Diagnosen und Eingriffen
- Inzidenz (Häufigkeit pro Jahr als Zeiteinheit)
- selektive Daten mit Ein- und Ausschlusskriterien (Verknüpfungen)
- Suche nach Einzeldaten und speziellen Fallgruppen
- Verknüpfungsmöglichkeit für QI (Nenner/ Zähler)
- Jahresauswertungen (pro Jahrgang)
- kumulative Auswertungen (Erfassung von mehreren Jahren)
- Morbidität, Komplikationen und Risikofaktoren-Erfassung
- Vergleich der Daten mit der Gesamtstatistik

Der vollständige Fragebogen ist im Anhang oder unter www.sevisa.ch einsehbar. Die Auswertungskonfektion und Ansicht der Auswertungsmaske sind zur Illustration im Anhang dargestellt (Anhang III, Seite 54).

Die ASF-Statistik in Stichworten:

- seit 1983 grosser Datenpool mit >2Mio erfassten Patientinnen
- Beteiligung von 50 der 71 öffentlichen Kliniken 2007 (70%)
- Repräsentation von rund 40% aller Fälle in der Schweiz (öffentliche und private gynäkologisch/geburtshilfliche Kliniken)
- gute Akzeptanz in den Kliniken, aber keine Flächendeckung
- zu wenig als Qualitätssicherungsinstrument benutzt
- Eingabe hauptsächlich via Papierfragebogen zur Datenerhebung
- Darstellung von ICD9 und ICD10, Komplikationen, Morbidität- und Risikofaktoren für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Routineauswertung in Jahresabschnitten für Jahres- und Kumulationsstatistiken und klinikspezifischer Auswertungs-CD
- Spezialauswertungen nach Anfragen durch die SEVISA AG

2. Fragestellung, Begründung und Themenabgrenzung

2.1. Fragestellungen?

Die Hauptfrage, die hinter der beschriebenen Problemstellung steckt und vom Titel der Arbeit abgeleitet werden muss, teilt sich in zwei Grundfragen:

- Wozu braucht es eine Entwicklung von der Statistik zum Qualitätssicherungsinstrument?
- Was sind die Entwicklungsmöglichkeiten und Voraussetzungen dafür?

Die Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken (ASF) hat 1983 erstmals die sogenannte ASF-Statistik in den Frauenkliniken der Krankenhäuser der Schweiz in 3 Sprachen eingeführt und so die Grundlage der Datenerhebung in Gynäkologie und Geburtshilfe geschaffen. Seither ist diese Statistik mit dem dazu gehörigen Fragebogen verschiedentlich verändert und der Aktualität angepasst worden, so entstanden unterschiedliche Datenstrukturen von 1983 – 1992, 1993 – 2004 und 2005 bis heute.

Dabei wurden die Datenstruktur und der dazu gehörige Fragebogen nicht nur erweitert und den Bedürfnissen angepasst, sondern auch für zusätzliche Aufgaben ausserhalb einer QS aufgerüstet.

Für das richtige oder bessere Verständnis der aktuellen ASF-Statistik sind folgende Punkte und Fragen zu klären:

- Was beinhaltet der Fragebogen der ASF-Statistik?
- Wie funktioniert die Datenaufbereitung und –auswertung?
- Wie sieht der Bezug von der ASF-Statistik zur QS aus?
- Welches sind die Entwicklungsmöglichkeiten in der QS?
- Was sind Voraussetzungen dazu?
- Welchen Ansprüchen kann die Statistik gerecht zu werden?

2.2. Begründungen zu den Fragestellungen

Die gesetzlichen Vorgaben auf Bundesebene (gesamtschweizerisch) zu den geforderten Qualitätssicherungsmassnahmen sprechen eigentlich für sich, umso mehr als im KVG Gesetzestext ausführlich auf die Sanktionen oder Bestrafungsmassnahmen hingewiesen werden.

Die schweizerische Ärztesgesellschaft FMH nennt die QS als Voraussetzung, dass die Fachgesellschaften auch akzeptiert sind und Stimmrecht haben können.

Die direkten Partner der Fachgesellschaften erwarten nicht nur die Umsetzung, sie stellen es als Bedingung für die weitere Zusammenarbeit. So zum Beispiel: FMH, SPO, Hplus (oder auch H+), Santésuisse, Sanitätsdirektorenkonferenz, BAG und BfS.

Die von der Fachgesellschaft 1983 in die Gesundheitslandschaft gestellte ASF-Statistik muss im Hinblick auf die Zukunftsanforderungen auf ihre aktuelle Tauglichkeit zu den Anforderungen überprüft und rechtzeitig angepasst und modifiziert werden, was ohne Analyse nicht möglich wäre.

Die ASF-Statistik hat auch eine respektable Kundschaft, die immerhin fast 50% der Daten in der Gynäkologie und Geburtshilfe in der Schweiz erfasst und mit einer Beteiligung von 70% der öffentlichen Frauenkliniken auch einen wichtigen Weiterbildungsauftrag abdeckt. Das gute Image und ein unkomplizierter Service liessen eine treue „Fangemeinde“ der ASF-Statistik entstehen, die darauf angewiesen ist, dass die gestellten Fragen auch für sie beantwortet werden.

Die Antworten werden auch Impulse zu Strategien und Weiterentwicklungsprojekten geben können und daher eine wichtige Rolle spielen.

2.3. Themenabgrenzungen: Kosten-Nutzen-Analyse und IT-Aspekte

Was am Rand erwähnt wird, aber nicht von der Arbeit erwartet werden kann, sind technische Daten und Analysen der IT-Anforderungen, der Software- und Programmierungsprobleme. Die Anwenderansprüche der Kunden für die Dateneingaben, das Datenmanagement und die Auswertung dagegen werden behandelt. Software- und IT-Aspekte finden Erwähnung im Rahmen der Schnittstellenanalyse und Prozessbeschreibungen im Kapitel Resultate unter Entwicklungsmöglichkeiten und deren Voraussetzungen.

Kosten-Nutzenanalysen für Qualitätsindikatorprojekte (QS und QM) und dazu die Investitionsberechnungen sind vor allem aus der Industrie bekannt. In Gesundheits- und Sozialeinrichtungen gibt es keine vergleichbaren Literaturangaben, wahrscheinlich auch aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungssysteme, der Komplexität der Daten und der fehlenden Transparenz.

Schätzungsweise wird in industriellen Unternehmen bis zu 30% des Gewinnes fix in qualitätssichernde und -fördernde Massnahmen gesteckt. Würde man die Firmenumsätze mit den Krankenhausaufwendungen in Relation setzen, wären dies Prozente oder Promille an direkten Investitionskosten, die für die ASF-Statistik verwendet würden (Rageth 1993).

Auf betriebswirtschaftliche und weitere Kosten-Nutzen Berechnungen wird daher nicht eingegangen, da dies der Umfang der Arbeit sprengen würde.

Beide Themen würden aufgrund ihrer Komplexität den Rahmen und vor allem den Umfang der Masterarbeit übersteigen.

Fragestellung und Begründung in Stichworten

- Anforderungskriterien für QS in Frauenkliniken sind gefordert, aber durch die Fachgesellschaften wenig definiert.
- Die Voraussetzung zu der Fragestellung ist gesetzlich und gesellschaftlich gegeben und von den Fachgesellschaften gefordert.
- Wenn die Fachgesellschaften die QS nicht selber bestimmen, werden andere sie definieren und mögliche Sanktionen erheben.
- Wie kann eine Statistik den Ansprüchen für QS gerecht werden?
- Aufgrund dieser Aspekte werden die nötigen Fragestellungen abgeleitet und formuliert.

3. Methodik und Vorgehen

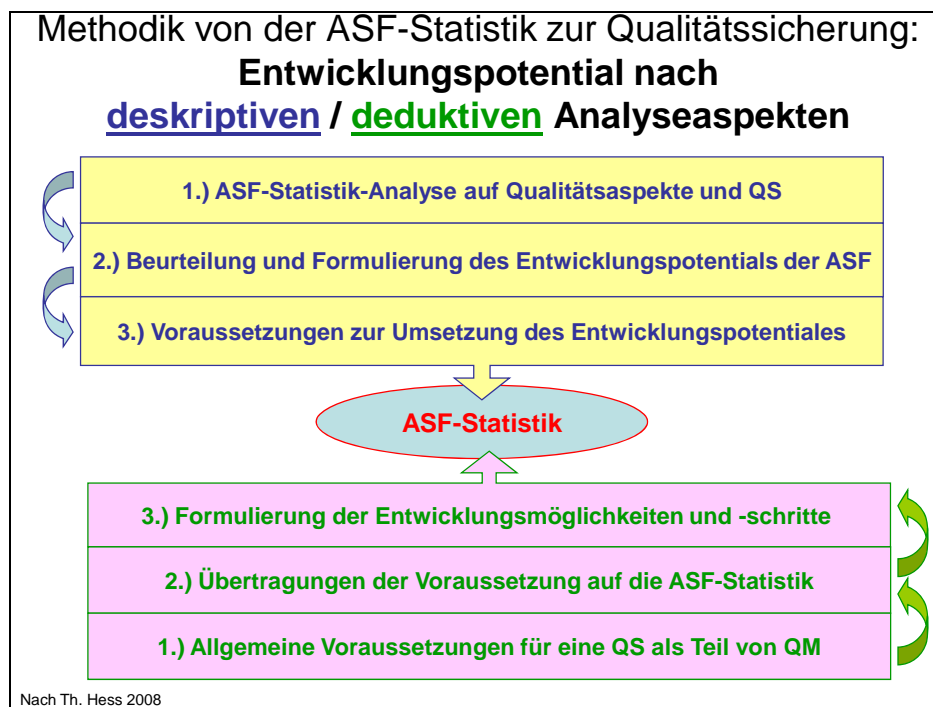
3.1. Methodik und Vorgehensweise in der Übersicht

Im ersten Ansatz werden die Daten und Datenstruktur im ASF-Fragebogen untersucht und analysiert. Diese Untersuchung teilt sich in Fragen auf, die sich zunächst auf deskriptiv analytische Aspekte beschränken. In einem weiteren Schritt werden die erhobenen Resultate aus der ASF-Statistik auf ihre Entwicklungsmöglichkeiten und deren Voraussetzungen untersucht. Diese Vorgehensweise versteht sich als deskriptiven Ansatz.

Ergänzend zu diesem Vorgehen werden allgemeine Voraussetzungen, die an eine QS gebunden sind, dargestellt und als Entwicklungsmöglichkeit der ASF-Statistik in Form eines deduktiven Schrittes gegenübergestellt.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen der Entwicklungsmöglichkeiten kann in einem weiteren Schritt eine Priorisierungsliste erstellt und es können Strategien zu Entwicklungsansätzen erarbeitet werden.

Abbildung 1: Illustration zur Vorgehensweise



3.2. Deskriptiver analytischer Ansatz zur ASF-Statistik

Die Beschreibung und Untersuchung der ASF-Statistik beginnt mit der Analyse des Fragebogens und wird im Kapitel 4 mit weiteren sieben Unterkapiteln aufgeführt und beinhaltet:

- Analyse vom ASF-Statistikfragebogen: Die Einfachheit der Datenstruktur wird beschrieben und damit werden die Grenzen des Umfangs und der Weiterentwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt.
- Management mit Kennzahlen: Welche Kennzahlen werden berücksichtigt? Die Eigenschaften von QI und von Kennzahlen in Krankenhäusern werden dargestellt, damit werden auch Management- und Qualitätsaspekte in Bezug auf die ASF-Statistik gebracht und die schweizerischen und deutschen anerkannten QI in ihrer Darstellungsmöglichkeit der ASF-Statistik gewertet. Lücken und Defizite in der Umsetzung von QI aus der ASF-Statistik werden definiert.
- Prozess der Datengenerierung: Vom Input zum Output wird der Weg, den die Daten beschreiben, die Vorgehensweise der Kontrollen, der Datensammlung, -auswertung und –archivierung beschrieben und dazu die Schnittstellen und zeitlichen Vorgaben in Verbindung gebracht.
- Auswertungen und Auswertbarkeit: Was kann man mit den Daten untersuchen und darstellen? Wo sind Grenzen und Probleme in der Datenauswertung? Diese beiden Fragebereiche werden anschaulich aufgeführt.
- Mit Kunden und Konkurrenz setzen sich zwei Unterkapitel auseinander. Die Kunden werden definiert. Die Erfahrungen mit den Kunden können aufgeführt werden. Zu den Konkurrenz-bereichen werden die krankenhausinternen Überschneidungen von Daten und Auswertungsansprüchen aufgeführt. Die externe Konkurrenz wird, soweit nicht auch Kooperationen vorhanden sind, erwähnt und beschrieben.
- Datengüte, Datenhoheit und Datenschutz: Zu diesen Stichworten werden die drei dazu gehörigen Fragen zu beantworten sein: Wie gut sind die Daten und wie kann das gemessen werden? Wem gehören die Daten? Und wird dem Datenschutz Folge geleistet?

3.3. Entwicklungsmöglichkeiten und deren Voraussetzungen aus den deskriptiven Ergebnissen abgeleitet

Die erhobenen Resultate können auf ihr Entwicklungspotential bewertet werden. Daraus werden die Entwicklungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der nötigen Voraussetzungen aufgezeigt und in Bezug auf Wichtigkeit und Dringlichkeit als Entwicklungsstrategien bewertet.

Dieser Analyseansatz wird als deskriptiver Weg der Methodik verstanden.

3.4. Anforderungen an die Qualitätssicherung und deren Übertragung auf die ASF-Statistik

Welches sind die Grundanforderungen an eine QS auch im Hinblick auf ein QM? Die erarbeiteten Punkte als allgemeine unspezifische Anforderungen werden in einem deduktiven Schritt auf ihre Übertragbarkeit auf die ASF-Statistik untersucht und daraus die Entwicklungsmöglichkeiten und auch wiederum die Voraussetzungen, die die ASF dazu mitbringt, aufgezeigt und bewertet.

3.5. Strategieanalysen und Entwicklungsstrategie

Zur aktuellen Situation der ASF-Statistik wird eine SWOT-Analyse erhoben. In einer Basismarktstrategie zur ASF-Statistik werden Kunden, Konkurrenten, Allianzen und Netzwerke orientiert und mögliche Aktions-schritte aufgezeigt.

Zum Schluss wird aus den Erkenntnissen eine Entwicklungsstrategie mit den wichtigsten Empfehlungspunkten in einer mittelfristigen Planung für die ASF-Statistik als Kernpunkt zusammengefasst. Vor- und Nachteile der Entwicklung werden berücksichtigt und eine SMART-Analyse für die Hauptempfehlung erstellt. Varianten der Entwicklungsstrategie werden mit einer gewichteten Portfolio-Analyse bewertet.

Methodik und Vorgehen:

- Als empirische Arbeit geht es zunächst um eine deskriptive Analyse der ASF-Statistik und des ASF-Fragebogens
- Ergebnisse werden zu ihren Entwicklungspotentialen untersucht und Vorgaben dazu bezeichnet.
- Allgemeine Anforderungen an eine QS werden auf die Entwicklungsmöglichkeiten analysiert, die deduktiv auf die ASF-Statistik übertragen werden.
- Strategieanalysen und Entwicklungsstrategien werden mit bekannten Hilfsmitteln (SWOT-, SMART-Analyse, Marktfeldstrategie usw.) erarbeitet und Empfehlungen abgegeben

4. Ergebnisse

4.1. Analyse vom ASF-Statistik-Fragebogen: Was steckt darin?

Die ASF-Statistik wird in den allermeisten Fällen mit einem Papierfragebogen pro Patientin generiert (siehe Anhang). Damit werden alle Hospitalisationsfälle erfasst.

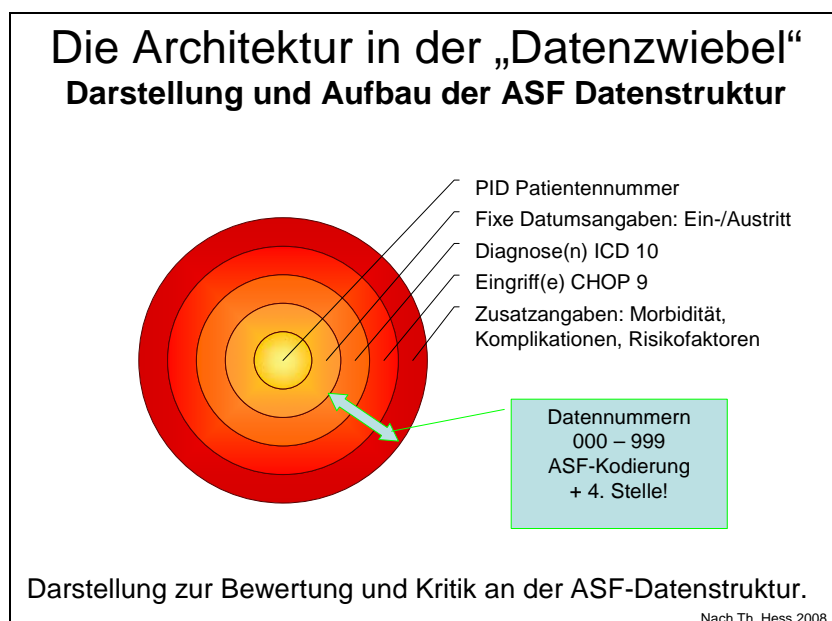
Die Datenerhebung erfolgt in den Kliniken durch die zuständigen Assistenzärzte/innen und wird bei Abschluss der Krankengeschichte, d.h. bei Austritt der Patientin oberärztlich kontrolliert und visiert.

Neben den individuellen Angaben zu Kerndaten werden zur Kodierung 3-stellige Nummern von 000 bis 999 vergeben, um die gynäkologischen und geburtshilflichen Daten zu beschreiben. Dieses 3-stellige System wird für Präzisierungen um eine 4. Stelle erweitert.

Die Diagnosen werden mit dem ICD-10 und die Eingriffe mit dem CHOP9 erfasst und damit definiert.

Kern der ASF-Daten bilden die Patientenidentifikationsnummer und mit den Angaben zu Ein- und Austritt die Fallnummer (wird auch als Krankengeschichten- oder Geburtsnummer je nach Klinik geführt). Um diese Daten sind es vor allem die Diagnose- und Eingriffs- oder Operationskodierungen, die sich auf einen einheitlichen Standard und eine schweizweite Akzeptanz stützen. Qualitätsangaben werden in den Angaben zu Risikofaktoren, Morbidität und Komplikationen lokalisiert.

Abbildung 2: „Datenzwiebel“



Dazu ausführlicher die Gliederung der ASF-Datenstruktur in 4 Gruppen:

- **Kerndaten**
- **3-stellige Kodierungsnummern**
- **Reservedatenstellen (oder Nummern)**
- **4. Stelle**

Kerndaten im Detail

Administrative:	Fall-, respektive Klinik-Nummer, PID oder KG-Nummer, Nationalität, Wohnort/PLZ
Datum:	Eintritt, Austritt, Geburtsdatum
Eintritt:	(Modalität), Behandlungsart, Versicherungsklasse
Austritt:	Entscheid für Austritt, Aufenthalt und Behandlung nach Austritt
Diagnose:	Hauptdiagnose ICD-10, Zusatz- und Nebendiagnosen (1-8)
Behandlung:	Haupt- und Nebenbehandlung(-en 1-8)(CHOP-9), Datum und Behandlungszeit
Besonderes:	IPS-Aufenthalt
Identifikation:	Klinikinterne Personenidentifikation: Operateur/Geburtshelfer, 1.-Assistenz
Patientendaten:	Körpergewicht (kg) und Körperlänge (cm) (automatische BMI-Berechnung)
Zusatzangaben in der Geburtshilfe:	Schwangerschaftsdauer in Wochen und Tagen Operationsdauer in Minuten (1.-9. Eingriff) Graviditäts- und Paritätsangaben
Neugeborene:	Geburtstag, -zeit und Nummer; Gewicht (g), Länge (cm), 5- und 10-Minuten Apgar-Score, Nabelarterien-pH (NA-pH), Basen-Exzess (BE).

3-stellige Kodierungsnummern der gynäkologischen und geburtshilflichen Angaben:

Allgemeine Angaben*:	57 Positionen	(001-073)
Gynäkologische Diagnosen:	196 Positionen	(074-299)
Gynäkologische Operationen:	156 Positionen	(300-501)
Operative Morbiditätsanalyse:	86 Positionen	(502-597)
Frühere Gravidität(en) :	22 Positionen	(599- 624)
Aktuelle Schwangerschaft:	108 Positionen	(625-753)
Geburt(en)und Wochenbett:	101 Positionen	(754-872)
Wochenbett/post partum:	40 Positionen	(873-915)
Das Neugeborene:	73 Positionen	(916-996)
Reservedatenstellen	217 Positionen	(000-999)

Reserven zu Kodierungspositionen sind in bis zu 217 Positionen, d.h. noch nicht besetzten Nummern der Kombinationen von 000 bis 999 möglich und beinhalten ein Erweiterungspotential des Fragebogens.

4. Stelle als Zusatzinformationen:

Die vierte Stelle wird als Leerstelle verwendet, die mit der Kodierung in folgenden Bereichen besetzt werden muss:

- Karzinomstadien
- Haupt-, Nebendiagnose
- Operationen: Operationsnummer 1 bis 9

Durch diese Besetzung werden die Angaben im einzelnen Fall präzisiert.

* Eintrittsart, Zivilstand, Herkunft, Ethnie, Risikofaktoren und Nebendiagnosen, systematische Antibiotikatherapie/-prophylaxe, TE-Prophylaxe /Therapie, allgemeine Massnahmen, Austritt und Verlegung, Erwachsenen Exitus.

Dieses Datensystem konnte in den letzten 25 Jahren entwickelt, den Bedürfnissen angepasst werden und zeigt so eine Flexibilität einerseits und eine Vollständigkeit andererseits, die den Umfang der gynäkologisch-geburtshilflichen Behandlungsfälle über die ganzen Jahre vollständig abbilden kann.

Bei der gesammelten Statistik handelt es sich nicht um einen umschriebenen oder fokussierten Messbereich in einer definierten Messperiode, sondern um ein System der Gesamtabbildung aller behandelten gynäkologischen, geburtshilflichen, ambulanten und stationären Fälle.

Mit den Daten können so statische Querschnittsprofile der Kliniken, wie sie für Jahresberichte dienlich sind, erstellt werden und Längsverläufe über mehrere Jahresperioden (bis zu 25 Jahre), mit der Möglichkeit Trends und Entwicklungen errechnet werden.

Bei den Daten wird versucht, die „Realität“ abzubilden, so dass Berechnungen von Vertrauensintervallen (CI) wegfallen und sich die „Messung“ auf objektive Messwerte beruft.

Die Grunddaten werden in einem internen Benchmarking nach Perzentilen mit dem Gesamtdatensatz der beteiligten Kliniken verglichen.

Die Perzentilen werden aufgeschlüsselt nach dem minimalsten, 25.-, 50.-, 75.-Perzentilen- und dem maximalsten Wert. Dabei sind keine Mindestanforderungsgrenzen und –limiten von der Fachgesellschaft definiert worden. Ebenso wenig gibt es daher Massnahmen oder sogar Sanktionen, die mit der ASF-Statistik verknüpft werden könnten. Mit dem Perzentilen-Benchmarking werden keine Ranglistenauswertungen ausgeführt.

Die Statistik bezieht sich auf Häufigkeiten und damit auch auf epidemiologische Grunddaten, die mit den externen Daten vom Bundesamt für Statistik (BfS) verglichen werden können, was mit einem externen Benchmarking verglichen werden könnte.

Für die Frage nach der QS ist entscheidend, darzustellen welche Qualitätsformen in diesem medizinischen Dienstleistungsbereich abgebildet werden.

Nach Donabedian (Donabedian 1980) werden die Qualitäten nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden.

Können diese Qualitäten ebenfalls in der ASF-Statistik gefunden werden?

Mit den folgenden Beispielen wird klar gezeigt, dass diese Qualitätsaspekte zwar abrufbar sind, aber in den Auswertungen -besonders in den Jahresstatistiken - zu wenig ausgeführt werden.

Beispiele für Strukturqualitäten:

- eigene Intensivstation (interne Verlegung)
- Neonatologie im Haus
- (intraoperative) Radiotherapie, interventionelle Radiologie
- Operationsverfahren: endoskopische Eingriffe

Beispiele für Prozessqualitäten:

- Pädiater anwesend bei der Geburt
- Extreme Notfallsectiones mit Decision-Delivery-Time <30 Minuten
- Peripartale Hysterektomierate
- Antibiotika-, Thromboseprophylaxe
- Sentinel-Node Biopsie bei Mammakarzinom
- Verhältnis Brustreihaltung zu Mastektomie (Ablatio mammae)
- Brusteingriffe bei benignen Histologien

Beispiele für Ergebnisqualitäten:

- Komplikationsstatistik
- Morbiditätsanalysen
- Re-Operationen
- Bluttransfusionen
- Aufenthaltsdauer
- Neugeborenen-Werte: Nabelarterien-pH, Apgar-Score

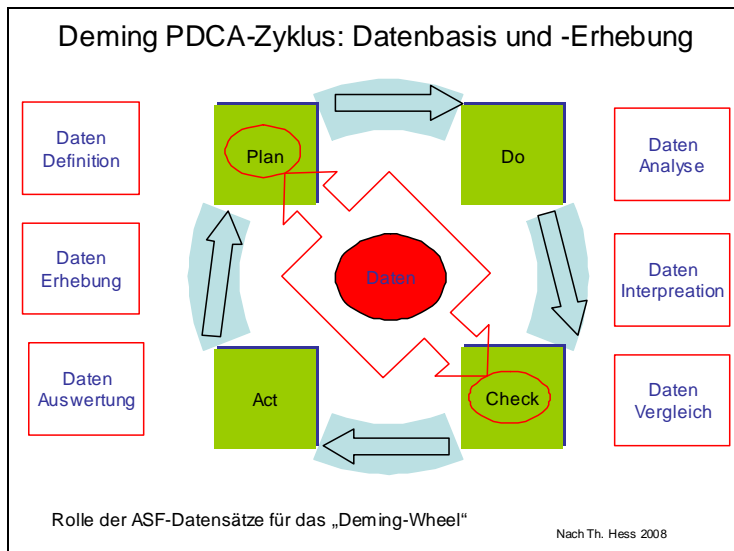
Mit den beschriebenen Qualitätsformen werden die medizinischen Kenndaten und damit die Qualitätsindikatoren verknüpft.

4.2. Management mit Kennzahlen: Welche Qualitätsindikatoren werden berücksichtigt?

Kennzahlen spielen für das Management im Allgemeinen eine zentrale Rolle. Nur mit den richtigen Kennzahlen kann der Ablauf in einem Betrieb richtig geplant (ex ante: Plan) und richtig kontrolliert (ex post: Check) werden.

Der sogenannte PDCA-Zyklus (Deming 1986), auch „Deming-Wheel“ genannt, benötigt die richtigen Kennzahlen, um Verbesserungen (Qualität, Umsatz, Kosten etc.) zu überwachen und Strategien für die zukünftige Planung effizient umzusetzen. Mit den Daten der ASF-Statistik kann der Plan-Do-Check-Act Kreislauf gespiesen und aufrecht erhalten werden.

Abbildung 3: Deming Zyklus



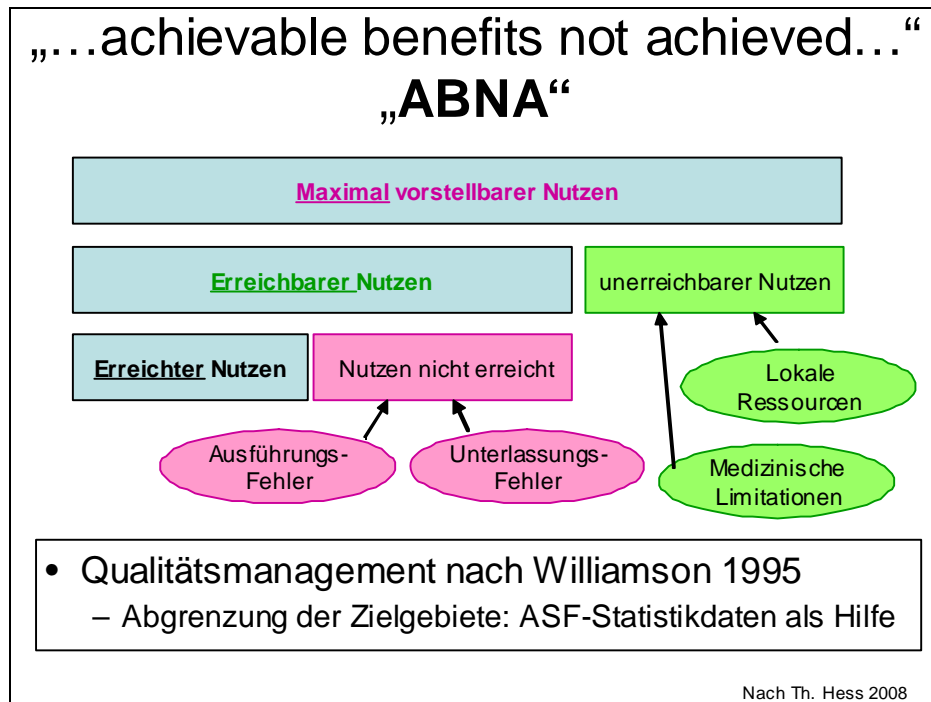
Anstelle des PDCA-Zyklus kann auch das sogenannte RADAR-Prinzip des EFQM als Beurteilungsprozess angewendet und mit entsprechenden Daten der ASF-Statistik durchgespielt werden (EFQM 2006). Dabei stehen die Buchstaben des Akronyms RADAR für Results, Approach, Deployment, Assessment und Review. In Gesundheits- und Sozialeinrichtungen werden zu den medizinischen Kennzahlen auch die QI gezählt.

QI zeichnen sich durch ihren Bezug zu objektivierbaren und messbaren Daten aus, die Auskunft über Qualitätsmerkmale geben und allgemein oder international anerkannt sind. QI besitzen eine Grösse, die es zu erreichen oder zu übertreffen gilt.

Um Daten und Limiten ins richtige Licht zu setzen, muss auch die Frage gestattet sein, wie viel Qualität verlangt wird? Und welcher Aufwand für eine „Null-Fehler-Welt“ erbracht werden muss?

Es ist rein aus ökonomischen Überlegungen sinnvoll, maximal vorstellbare von möglich erreichbaren Qualitätslimiten oder -nutzen zu unterscheiden und zu definieren. Die tatsächlich erreichten Qualitäten oder Nutzen sollten zu diesen beiden Limiten nach dem Modell von Williamson abgegrenzt werden (Williamson 1995):

Abbildung 4: Modell nach Williamson



Umsetzungsaspekte im QM nach Williamson J. unterscheiden demnach das Qualitätsmonitoring für erreichbare Werte, Qualitäten oder Nutzen und das Ressourcenmanagement zur Planung und Strategieentwicklung, um unerreichbare Ziele in erreichbare Grenzen zu bringen (Birnbauer u.a. 2006). Dazu gehört auch die Forschung.

Die ASF-Statistik kann einerseits in der QS zur Festlegung der erreichten Anforderungen und andererseits der Verbesserung der Qualität Hilfe bieten.

Die QI dienen als medizinische Kennzahlen, die die Grenzen von Qualitätsanforderungen bestimmen und von Fachgesellschaften, medizinischen Experten und politischen Verantwortlichen für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen als anerkannte Größen vertreten werden müssen. Gerade bei schwindenden Ressourcen ist das Monitoring dieser QI von entscheidender Bedeutung. Verändern sich QI nach gesundheitspolitischen Regulativen zum Schlechten, haben diese Veränderungen brisante und medienwirksame Wirkung zur Folge.

QI werden auch als Quality Measures (Klinische Messgrößen) bezeichnet und müssen von Patient Safety Indicators (PSI) unterschieden werden.

QI sind Hinweise zur Qualität, wenn auf eine vollständige Erfassung der Qualitätsmerkmale mit Kriterien und Standards verzichtet wird (H+ Bildung 1999). Sie werden daher nach den Qualitätsdimensionen in Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Indikatoren eingeteilt.

Zu den Anforderungen an QI gehören (Schrappe 2004):

- Erfassung mit kleinem (Zeit-) Aufwand (Routinedaten)
- praktische Messbarkeit, numerische Ausprägung (Prozentsatz, Proportionen)
- Relevanz (grosse Aussagekraft für wichtige Probleme)
- Sensibilität (Signalwirkung bei Abweichungen von Ziel-/Sollwert)
- Validität (Basis für QM)
- Verständlichkeit für das ganze Fachpersonal, damit verbunden die Voraussetzungen der Verfügbarkeit und Aktualität

Die minimale Beschreibung eines QI enthält die Bezeichnung eines Hauptproblems, sowie die Proportion eines Ereignisses (Zähler) zur Gesamtzahl dem Ereignis exponierten Fälle (Nenner).

QI, die in der Literatur aufgeführt werden, weisen unterschiedliche Akzeptanz und auch unterschiedliche Definitionen auf. Ihre Limiten sind oft einer Dynamik unterworfen, die nicht zuletzt auch auf Erfahrungen von Evidence Based Medicine gestützt, gerechtfertigt sind und von Fachgesellschaften und deren Opinion Leaders beeinflusst werden.

Von den QI, die in Deutschland anerkannt und verbreitet sind, ist sicher die BQS an erster Stelle zu erwähnen. Die Bundesstelle für QS (BQS) verpflichtet die Krankenhäuser zu regelmässigen, jährlichen bis 2-jährlichen Qualitätsberichten, die zu veröffentlichen sind (Public Reporting).

Können BQS relevante QI mit der ASF-Statistik abgebildet werden? Die Anforderungen an QI können weitgehend erfüllt und umgesetzt werden. Die Verfügbarkeit und Aktualität ist lediglich durch das Prozedere der jährlichen Auswertungen ausserhalb der Kliniken nicht als optimal einzuschätzen.

Ein Vergleich von QI der deutschen BQS-Statistik und der deutschen Asklepios-Kliniken mit den ASF-Daten anhand der folgenden Bereiche soll ein Versuch sein, unsere ASF-Statistik auf die Probe und auch zu internationalen Benchmarks in Frage zu stellen:

- Hysterektomie
- Geburtshilfe

Als Beispiel eines Public Reporting wurden unsere Daten der Frauenklinik vom Kantonsspital Winterthur in die Darstellungen aufgenommen (Hess 2007).

Beispiel Hysterektomie

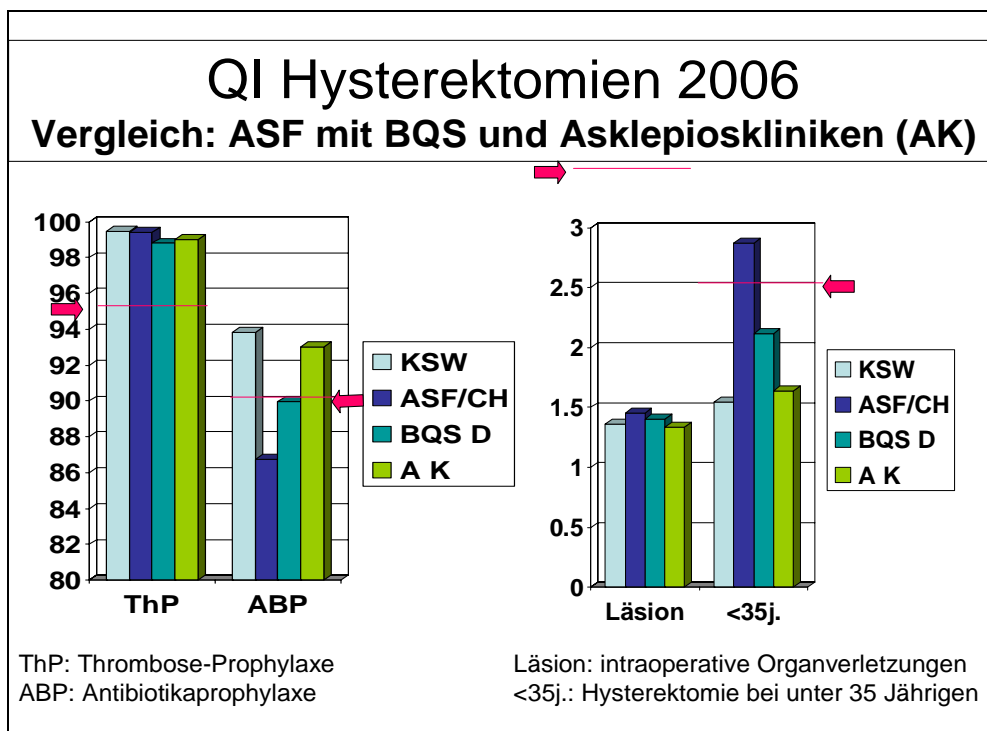
QI nach BQS mit folgenden 4 Ergebnis-Faktoren und ihren geforderten Grenzwerten (in Klammern) werden zum Referenzbereich Hysterektomie untersucht:

- Thrombose-Prophylaxe (>95%)
- Antibiotika-Prophylaxe (>90%)
- Hysterektomie bei unter 35 jährigen Frauen (<2,5%)
- Intraoperative Organverletzungen (<4%)

Die Antibiotika- und Thrombose-Prophylaxe soll mindestens in 90, bzw . 95% der Fälle durchgeführt werden. Die Rate von intraoperativen Organverletzungen soll weniger als 4% und der Anteil von unter 35jährigen Frauen soll weniger als 2,5% der Hysterektomien ausmachen.

Die Resultate der ASF zeigen, dass die Antibiotikaphylaxe und Hysterektomieraten der unter 35jährigen die geforderten Grenzen nach BQS nicht einhalten. Die Antibiotikaphylaxe sollte seit Mitte der 90-er Jahre vor allem in Ausbildungskliniken ein etablierter Standard sein. Die höhere Hysterektomierate bei jungen Frauen könnte als Hinweis interpretiert werden, dass zu viele, eventuell unnötige Hysterektomien durchgeführt werden.

Abbildung 5: Qualitätsindikatoren bei Hysterektomien 2006



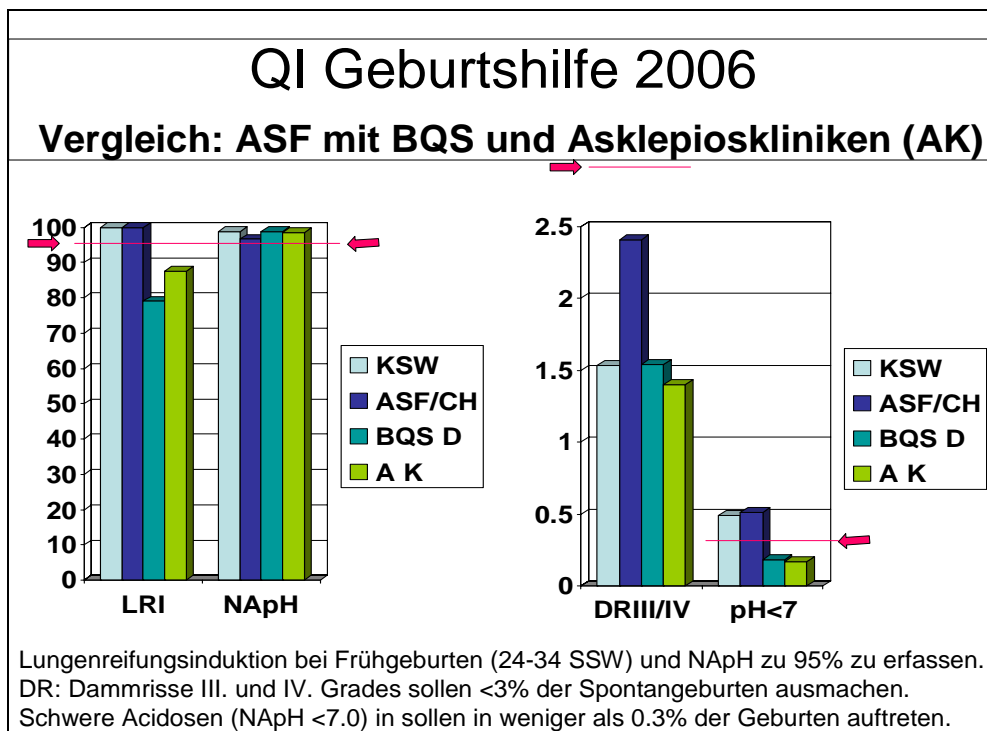
Beispiel Geburtshilfe

Nach BQS sind folgende 4 QI in der Geburtshilfe einzuhalten, nämlich:

- Bestimmung von Nabelarterien-pH (**NApH**) in mehr als 95% der Fälle (Lebendgeburten)
- Lungenreifungsinduktion (**LRI**) bei Frühgeburten 24 0/7 bis 34 0/7 SSW besser als 90%-ig
- Dammriss 3. und 4. Grades (**DR III und IV**) in weniger als 3% der Spontangeburt
- Schwere Acidosen mit NA-pH Werten unter 7.0 (**pH < 7**) in weniger als 0.3% der Lebendgeburten

Die Resultate werden in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 6: Qualitätsindikatoren in der Geburtshilfe 2006



Der Vergleich der ASF mit den BQS-Kliniken in Deutschland zeigt erfreulicherweise, dass die Nabelarterien-pH Messungen in den geforderten Grenzen erfüllt werden, und dass bei uns die Lungenreifungsinduktion bei Frühgeburten als etablierter Standard die minimalen Grenzen deutlich übertreffen im Gegensatz zu den BQS-Kliniken.

Auch die Dammrissraten liegen in den erwarteten Grenzen, sie sind jedoch deutlich schlechter als die deutschen Vergleichsdaten. Schlecht, respektive ungenügend fallen unsere Daten der schweren Acidosen auf. Hier ist nicht nur ein Erklärungsbedarf, sondern auch ein dringender Handlungsbedarf gegeben.

Fragen, die unbedingt zu klären sind, beziehen sich auf die QI (Welche? Wieviele?), den Umgang mit Benchmarks (Was ist bei Handlungsbedarf zu tun? Wer hat das Sagen?) und die Stellung der Fachgesellschaften zum Phänomen des Public Reporting (Wie sollen wir uns verhalten?).

Diese Auswertungen und Abbildungen wurden im Bulletin der SGGG 2007 publiziert und können als Powerpoint-Präsentation unter thomas.hess@ksw.ch angefordert werden.

Die Asklepios Ergebnisqualität kann als Bericht 2007 aus dem Internet bezogen werden unter:

http://www.asklepios.com/Medizin/Medizinische_Kompetenz/Forschung_und_Lehre/Medizinische_Ergebnisqualitaet/default.asp

Annerkannte BQS-Vorgaben haben für die gesundheitspolitische Landschaft in der Schweiz auch eine Bedeutung, da diese QI vom schweizerischen Krankenhausverband, Hplus oder H+, erwähnt und indirekt für sie als wegweisend beschrieben werden. So in ihrem Qualitätsbericht und in ihrer Homepage, wo sich die Öffentlichkeit über die einzelnen Kliniken informieren kann (www.qualitatsbericht.ch) oder das von ihnen propagierte und z.T. geforderte Public Reporting zu den Leistungen und Qualitäten der einzelnen Kliniken.

Zur möglichen Beurteilung der Anwendbarkeit der ASF-Statistik auf die QI der BQS wird im Anhang eine Zusammenstellung aufgeführt. Für die Fachgesellschaft der SGGG ist jedoch ein anderes System bis jetzt wegweisend:

QI unserer Fachgesellschaft, der SGGG, wurden bereits 2003 definiert von der ACOG übernommen und in der Qualitätssicherungskommission publiziert.

Diese gliedern sich in 3 Gruppen mit ihrer Anzahl QI auf:

- **QI Geburtshilfe, deren 12**
- **QI Neonatologie, deren 3**
- **QI Gynäkologie, deren 15**

Übersicht über die SGGG/ACOG QI, deren Anwendbarkeit auf die ASF-Statistik (+ erfüllt, 0 nicht erfüllt, * nicht erfüllbar) und die Art der beschriebenen Qualität (S = Struktur-, P = Prozess- und E = Ergebnisqualität):

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren nach der SGGG

QI Geburtshilfe		
1. Mütterliche Mortalität	+	E
2. Ungeplanter Wiedereintritt	+	P
3. CP-Reanimation	+	E
4. Antibiotika-Therapie 24h postpartal	+	E
5. Ungeplante Operationen	+	P
6. Übermässiger Blutverlust	+	E
7. Hospitalisation > 1 Tag länger als geplant	0	P
8. Eklampsie	+	?
9. Geburt ohne Arzt (ungeplant)	+	P
10. Ungeplante Operation/Gebüsüberwachung	0	P
11. Sectio bei fetaler Indikation	+	E
12. Sectio bei Geburtsstillstand	+	E
QI Neonatologie		
1. Todesfälle >500g	+	E
2. Geburten <32 SSW ohne Neonatologie im Hause	+	P, S
3. Neonatale Verlegungen	+	P
QI Gynäkologie		
1. Ungeplante Wiedereintritte	+	E
2. Postop. amb. Kons. für persistierende Symptome	0*	E
3. CP-Reanimation	+	E
4. Hospitalisationsinfektionen	+	E
5. Ungeplanter IPS-Aufenthalt	+	E
6. Ungeplante Re-Operationen	+	E
7. Ambulante Therapie n. postop. Komplikationen	0*	E
8. Übermässiger Blutverlust	+	E
9. Organverletzungen	+	E
10. Antibiotika-Therapie > 24 Std. postoperativ	+	E
11. Diskrepanz zwischen Ein- und Austrittsdiagnose	0	E
12. Hysterektomie bei asympt. u. myomatosus	0	P
13. Corpus luteum als Operationsindikation	+	P
14. Hysterektomie < 30J.	+	P
15. Mortalität	+	E
<p>Von den 30 QI sind 2 unerfüllbar (0*), weitere 4 bisher nicht erfüllt (0) und insgesamt 25 oder 80% voll in der Statistik integriert. Zu den Bewertungen des BQS siehe Anhang VI Seite 65.</p>		

Die ASF-Statistik ist flexibel genug, sich den QI, so wie von der Fachgesellschaft vorgegeben, aber auch nach BQS Vorgaben auszurichten und sie weitgehend zu reproduzieren.

Die nicht abgebildeten QI in der ASF-Statistik könnten bei einer elektronischen Eingabehilfe mit Zugriffsmöglichkeit zu den Klinikinformationssystemen leicht erweitert und gemäss den Anforderungen angepasst werden.

4.3. Prozess der Datengenerierung: Vom Input zum Output

Von der Datenerhebung in den Kliniken bis zur Auswertung, wie sie beschrieben worden ist, mit Jahresstatistik, Kumulativstatistik und Auswertungs-CD kann ein Prozess – vom Input bis zum Output - beschrieben werden:

1. Datenerhebung in der Klinik vom Eintritt bis zum Austritt:
 - a. Erste Erhebung bei Eintrittsuntersuchung
 - b. Während der Behandlung oder Operation
 - c. Bei Austritt und Krankengeschichtenabschluss
2. Diese Daten werden durch Assitenzärzte/innen erhoben und durch Oberärzte/innen korrigiert und kontrolliert
3. Quartalsweise oder monatliche Weiterleitung der Fragebogen mit den Daten an die SEVISA AG:
 - a. Kontrolle und Korrektur mit Rückfragen oder Rückweisung zum betreffenden Datenblatt
 - b. Eingabe durch Datatypisten/innen
 - c. Validierungsprogramm mit Überprüfung der Plausibilität
4. Eigentliche Auswertung nach Abschluss der Eingaben aller beteiligten Kliniken.
5. Versenden der Auswertungen und Rückgabe der Fragebogen an die Kliniken.
6. Eventuelle Rückfragen von den Kliniken zu den Daten oder einzelnen Resultaten.

Vorteile des Auswertungsprozesses

- lückenlose Erfassung
- mehrfache Kontrolle und Korrektur (-möglichkeit)
- einheitliche Datenverarbeitung und –management
- bekannter Ablauf und Schulungs- /Unterstützungsprozess
- hohe Akzeptanz bei den Kliniken (Leitungen)

Nachteile des Auswertungsprozesses:

- langer Prozess (Zeit und Ablauf bezogen)
- hohe Ressourcen zeitlich und personell
- Motivationsproblem bei langen Verarbeitungswegen
- Fehlermöglichkeiten durch viele Schritte
- Korrekturmöglichkeiten nach Monaten umständlich
- Papierfragebogen nicht mehr zeitgemäss

Obschon der Prozess der Datenerhebung sich über die Jahre bewährt und auch seine Funktionstüchtigkeit bewiesen hat, liegen sowohl ein Verbesserungspotential als auch eine Innovations- und Entwicklungsmöglichkeit vor.

Ein negatives Argument für die Dateneingabe ist der Vorwurf, dass die Arbeit zwei Mal gemacht werden muss: doppelte oder mehrfache Eingaben der gleichen oder ähnlichen Daten ist demotivierend und Fehler anfällig.

4.4. Auswertungen und Auswertbarkeit

Die Auswertungen haben bei den Auftraggebern, den Frauenkliniken, eine hohe Akzeptanz, obschon das Verfahren, die Resultate als Papier-Ausdrucke für die Jahres- und Kumulativstatistik zu übermitteln, wenig zeitgemäss erscheint. Die Auswertungs-CD erlaubt zwar auf die Daten zurück zu greifen. Dieses Verfahren erscheint aber wenig kundenfreundlich, da die Daten mit einem (veralteten) DOS-Programm bearbeitet werden müssen und nur beschränkt via Verknüpfungen und Ausschluss-/Suchverfahren eine eigene, individuelle Auswertung in den Kliniken erlauben. Die Auswertungen sollten daher anwenderfreundlicher gestaltet werden und auch die Gesamtstatistik im Vergleich zu den eigenen Daten im Auswertungsprogramm enthalten, sowie Hinweise zu einer qualitätsbezogenen Beurteilung erlauben.

Was viel Geduld beansprucht, ist die Zeitdauer von der Dateneingabe und dem Abschluss in den Kliniken bis zur Übermittlung der Datenauswertung, die mehr als ein Jahr beanspruchen kann.

Auswertbarkeit der Daten lassen neben den Statistiken auch folgende Analysen zu:

- Einzelfallsuche
- Morbiditäts- und Komplikations-Analysen
- Verknüpfungen und Ausschluss zur Suche von Fallgruppen

4.5. Die Kunden der ASF-Statistik

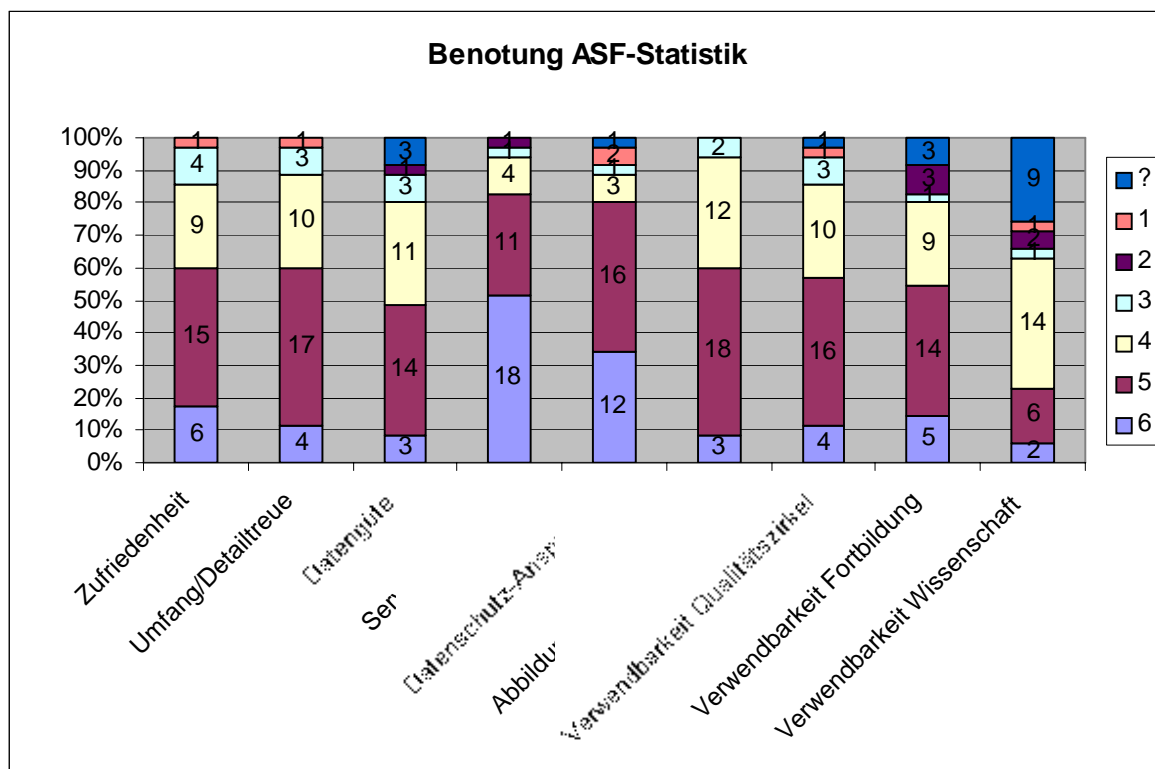
Über die Ausgangssituation wurde bereits im Abschnitt „Charakterisierung der Ausgangssituation und Problemstellung Nutzersicht“ eingegangen.

Zu den Kunden der ASF-Statistik und indirekt der SEVISA AG, der Datenauswertungsfirma, und auch indirekt der Fachgesellschaft gehören in erster Linie die beteiligten Frauenkliniken und deren ärztliche Vertretungen.

Bei regelmässig durchgeführten Kundenumfragen schnitt die ASF-Statistik immer gut bis sogar sehr gut ab.

Umfrage 2002 zu der ASF-Statistik (Rücklauf 50% der Ausbildungskliniken):

Abbildung 7: Benotung der ASF-Statistik 2002



Benotung: 6 sehr gut, 5 gut, 4 genügend, 3 ungenügend, 2 schlecht, 1 sehr schlecht; ? Enthaltung

Es sei anzumerken, dass diese Kundenbefragungen sich an die Leitungen der Frauenkliniken (Chefärzte/innen) richtete und nicht die Assistenz- und Oberärzte/innen direkt beinhaltete.

Die in Weiterbildung zur Fachausbildung stehende Ärzteschaft sollte mehr berücksichtigt werden und deren Bedürfnisse umgesetzt werden.

Zum Verhältnis zwischen den direkten Kunden der Frauenkliniken mit Ausbildungsauftrag und der SEVISA AG wurde 2004 eine Umfrage zu einer Verpflichtung zur ASF-Statistik für Weiterbildungskliniken, zur Unterstützung des Fragebogens als Grundinstrument und zur Zusammenarbeit mit der SEVISA AG als Datamanagerin in konsultativer Weise durchgeführt.

Abbildung 8: Kundenbefragung an der Chefärztekonzferenz



Zur zwingenden Verpflichtung konnten sich zwar eine knappe Mehrheit durchringen, Befürworter machen jedoch nur einen Drittel der Weiterbildungskliniken (24 von 70) aus. Die Antworten zur Unterstützung des „bewährten“ Fragebogens und der SEVISA AG in Kooperation zeigten eine überwältigende Befürwortung.

Die Fort- und Weiterbildung fordert heute den Sektor der medizinischen Ökonomie und damit auch des QM in den Fachkliniken umzusetzen.

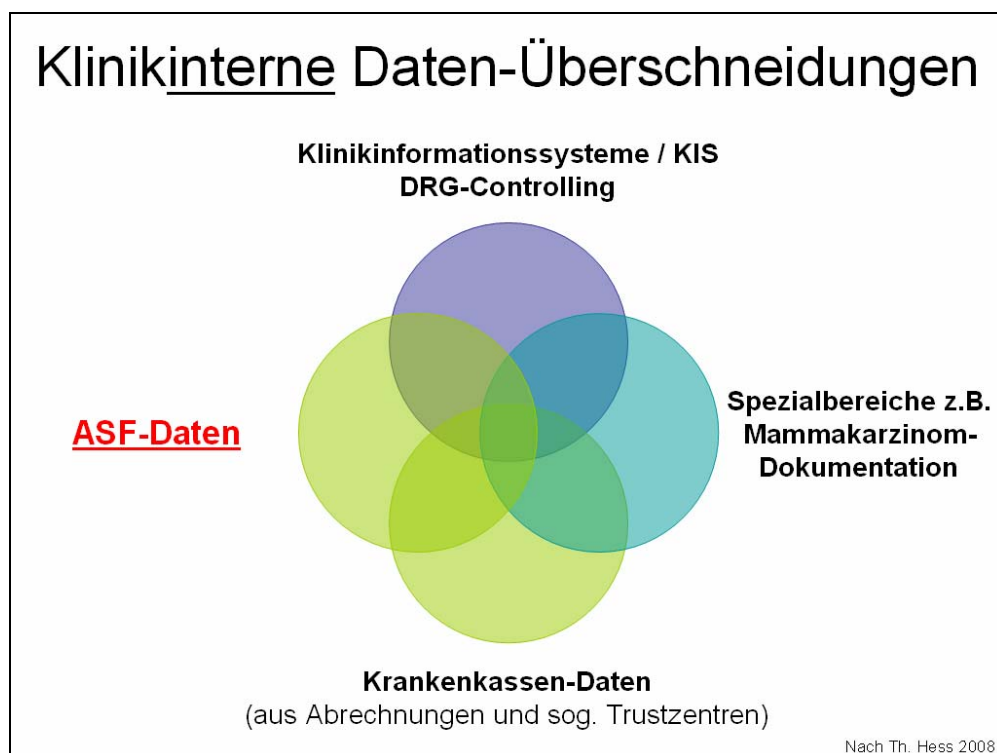
Oft vergessene Kunden sind die Krankenhausdirektionen, die unbedingt über die Vorzüge einer QS informiert werden sollen, damit auch die Unterstützung, vor allem finanzieller Art, garantiert ist.

Zum möglichen Kundenpotential gehören die nur sehr vereinzelt partizipierenden Privatkliniken und privatärztlich tätigen Gynäkologen/innen.

4.6. Die Konkurrenz der ASF-Statistik

Zur Konkurrenz der ASF-Statistik gehören an erster Stelle sicher alle Krankenhaus bezogenen Insellösungen der Datenerfassungen und Qualitätssicherungssysteme (= interne Konkurrenz). Dabei gibt es eine Überschneidung der Daten und die Gefahr unterschiedlicher Definitionen der Datenstruktur.

Abbildung 9: Klinikinterne Daten-Überschneidungen



Daneben konkurrenzieren auch die Controlling-Verfahren, die in der Schweiz auf Grund der Einführung eines Swiss-DRG zur Vergütung mit Fallpauschalen in den Krankenhäusern prioritär behandelt werden, und elektronische Datenerfassungsverfahren (sog. KIS, Klinikinformationssysteme), die vermehrt umgesetzt werden. Die Chirurgische Fachgesellschaft propagiert ihr eigenes System mit der AQC, das von der Qualitätssicherungskommission der FMCH akzeptiert und empfohlen wird.

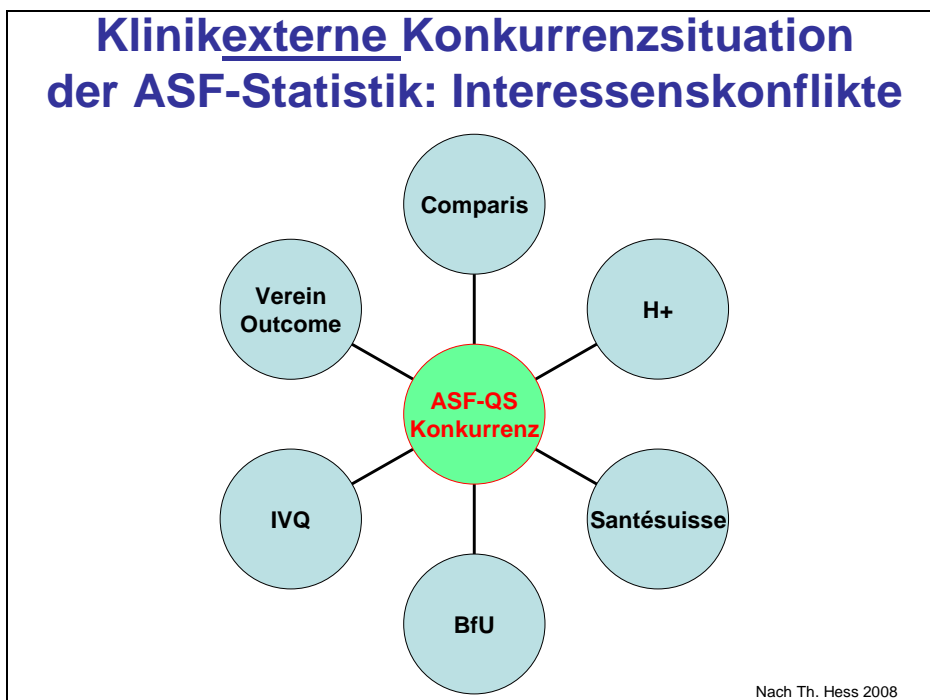
Weitere mögliche externe Konkurrenten sind die von gesundheitspolitischer Seite unterstützten Systeme.

Dazu gehören:

- Verein Outcome (Kanton Zürich)
- Qualitätsbericht (Hplus), BQS basiert (?)
- Sanacert
- Für den Bereich Mammakarzinom ODSeasy
- Für den Bereich Reproduktionsmedizin FIVNAT-Statistik

Dazu eine Darstellung der externen Konkurrenz:

Abbildung 10: "Qualitätssicherungsmarkt" und ASF-Konkurrenz



In Zukunft ist sicher mit weiterer Konkurrenz zu rechnen, da der Sektor der QS für einzelne Firmen profitorientiert als rentable Einnahmequellen gelten und eine eigentliche Industrie für QM entstanden ist (Vagts 2008).

4.7. Datengüte, Datenhoheit und Bemerkung zum Datenschutz

Wie kann die Datengüte beurteilt werden?

Umgekehrt gefragt, muss man sich überlegen, wo sich Eingabefehler einschleichen, wo es zu Verwechslungen oder nicht eindeutigen Kodierungsschritten kommen kann und wie man diese Unstimmigkeiten in den Daten oder Fehler entdecken kann?

Im Fragebogen liegen obligatorische Datengruppen oder Eingaben vor, ohne die der Datensatz nicht abgeschlossen werden kann:

- Fallnummer
- Ein- und Austrittsdatum
- Hauptdiagnose (ICD 10)
- Operations-, Eingriffs- oder Geburtsdatum mit den CHOP-9 Angaben
- Grunddaten zur Geburtshilfe (Gewicht, Schwangerschaftsdauer etc.)

Zu diesen Angaben gibt es eindeutige Verknüpfungsmöglichkeiten und Grössenangaben. Beispiele für Fehler, die das Eingabesystem nicht akzeptiert, sind Postmenopausenblutungen, die bei Kindern auftreten, ein Alter für Patientinnen von 150 Jahren, ein Geburtsgewicht von 20 kg etc. Dazu gibt es ein Validierungsprogramm, das die Daten auf ihre Plausibilität hin untersucht.

Eingabefehler können dadurch reduziert, aber nicht ausgeschlossen werden. Eine weitere Möglichkeit der Überprüfung gibt es in den meisten Krankenhäusern mit den sog. Klinikinformationssystemen, deren Daten mit der ASF-Statistik verglichen werden. Für die vollständige Falldaten-grösse ist dieser Vergleich wichtig, damit keine Fälle unterschlagen werden oder verloren gehen. Die Definition der Fälle (stationäre oder ambulante Betreuung) richtet sich daher auch nach der Krankenhausdefinition.

Die Möglichkeit der Fehlergenerierung v.a. durch asynchrone, mehrfache Dateneingabe und durch mehrere, z.T. nicht mit dem Fall betreute Personen, wurde bereits schon erwähnt.

Unklare Datenverhältnisse in unterschiedlichen Beurteilungsformen können aufgrund verschiedener Definitionen der Diagnosen auftreten.

Dazu ein Beispiel bei Patientinnen, die eine Gebärmutter Spiegelung (Hysteroskopie) und eine Auskratzung der Gebärmutter (Curretage oder Abrasio uteri) erhalten haben. Es ist möglich und vorstellbar, dass folgende Diagnosen in die Statistik verpackt werden:

- den Manifestationstyp der Blutung, die Postmenopausenblutung
- die diagnostische Beurteilung in der Ultraschalluntersuchung, z.B. Endometriumpolyp
- die zytologische Beurteilung als Atypie
- der Operationsbefund eines Myomes und
- die definitive Histologie von einem Endometriumkarzinom

All diese Diagnosen haben abhängig vom Beurteilungszeitpunkt und dem Beurteilungsaspekt ihre Berechtigung und können zu „unzuverlässigen“ Statistiken führen.

Die ASF- Anleitung (unter download der SEVISA AG Homepage (http://www.sevisa.ch/downloads/ASF_Manual_2005_D.pdf) versucht, neben den obligatorischen Angaben Präzisionsangaben zur Anamnese, zu Risikofaktoren etc., die den Datensatz genauer und grösser machen können, zu definieren.

Datenhoheit und mögliches Konfliktpotential: Wem gehören die Daten?

Die Datenhoheit ist dieselbe wie bei den anderen Dokumenten, die im Krankenhaus entstehen. Die SEVISA AG als Datamanagerin verarbeitet die Daten der Kliniken und gibt sie mit den Identifikationsnummern zu den Fällen und den Patientinnen zurück. Sie behält eine anonymisierte Gesamtdatenbank zurück, die für die Kliniken und die Fachgesellschaft zur Archivierung und Weiterführung und Vervollständigung der Jahresstatistiken im Benchmarking und der Kumulativstatistiken nötig ist. Die Krankenhausdirektionen sind über diese Statistik und damit darüber informiert, dass die Klinik eine „QS“ durchführt. Die Daten sind jedoch zunehmend auch von Interesse, um die Arbeit in den Kliniken und indirekt in der Klinikführung zu beurteilen.

Abbildung 11: Datenhoheit: Wem gehören die Daten?



Die Einsichtsmöglichkeit ist wie bei den Krankengeschichten als normale Akten anzusehen. Zur Akten- und Dateneinsicht durch Patientinnen gibt es rechtliche Grundlagen, die verbindlich sind (im Kanton Zürich z.B. das kantonale Patientengesetz).

Bemerkung zum Datenschutz:

Die Daten sind strikt als Krankenhausdokumente zu betrachten, denen wie bei den anderen Unterlagen und Daten, die während einem Krankenhausaufenthalt generiert werden, maximale Sicherheit zukommt. Da die Daten der QS dienen und dies der Auftrag sowohl vom Bund (gesamtschweizerisch) und der Kantone ist, ist keine zusätzliche Informations-, Aufklärungs- und Einwilligungspflicht nötig.

Zusammenfassung der bisherigen Resultate:

- Formal inhaltlich entspricht die ASF-Statistik allen Kriterien einer wissenschaftlichen Statistik. Sie umfasst 100% aller Fälle der beteiligten Kliniken mit Angaben zu Diagnosen (ICD-10), Operationen (CHOP-9) und Zusatzangaben wie Risikofaktoren, Komplikationen und Morbidität.
- Die Statistik kann für Prozess- und QM z.B. als PDCA und zur Erschliessung von QI eingesetzt werden.
- Die Dateneingabe erfolgt vor allem sequentiell mit Papierfragebogen und einer Auswertung durch die SEVISA AG in jährlichem Abstand.
- Kundenumfragen zeigen eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit.
- Konkurrenz findet sich z.T. klinikintern (Überschneidungen) und extern durch andere Anbieter.
- Die Datengüte kann nur indirekt beurteilt werden und ist trotz Eingabefehlern dank Kontrollmechanismen insgesamt gut.
- Datenhoheit und Datenschutz sind geregelt.

5. Entwicklungsmöglichkeiten und ihre Voraussetzungen: Konkrete Vorschläge und Empfehlungen

5.1. Empfehlungen aus den bisherigen Ergebnissen

Die Analyse vom ASF-Fragebogen:

Veränderungen am Fragebogen-Inhalt sind schwierig, da die jahrzehntelange Bewährung und Entwicklung, sowie die Kundenrückmeldungen kaum Anlass zu grösseren Umstellungen aufzwingen.

Möglichkeiten der Diversifikation in Gynäkologie, Geburtshilfe, aber auch in Subspezialitäten wie Senologie, Neonatologie usw., würden dem

Fragebogen den Vorteil der Gesamtabbildung der Klinik entziehen. Sich auf selektive Messsegmente zu konzentrieren und den Fragebogen aufzusplitteln hätte ähnliche Nachteile.

Den Fragebogen prozessorientiert in Bereiche Behandlungsmodalität stationär/ambulant oder nach Versicherungsklassen allgemein/privat aufzuteilen brächte den Nachteil, dass der Überblick über das Klinikgeschehen eingeschränkt würde (Berchtold 2008, S. 20).

Die regelmässige Überprüfung vom Inhalt des Fragebogens nach klaren Vorgaben und Ausrichtungen hätte den Vorteil, dass ein Entwicklungspotential in der Gültigkeit, Anwendbarkeit und Qualität des Inhaltes garantiert wäre.

Ein solches Monitoring-Schema könnte folgende Punkte integrieren:

- 1-2 jährliche Umfrage bei den Kunden zum Inhalt des Fragebogens
- zuständige Arbeitsgruppe, die alle Punkte in 3-5 jährlichem Abstand mit Hilfe der Verantwortlichen aus den Subspezialitäten überprüft
- Veränderungs- und Anpassungsmöglichkeiten als Korrektur jederzeit umsetzen und direkt an Kunden kommunizieren
- Inhaltliche Überwachung der Diagnosevorgaben vom ICD-10 Code und vom Eingriffskodierung mit dem CHOP-9 Code und Anpassung des Fragebogens
- Überwachung und Kontrollen der anwendbaren QI, auf die man sich geeinigt hat
- Einbringen von Innovationsstandards in der Diagnostik und Therapie
- Änderungen am Fragebogen müssten auf den Veränderungseffekt an den Qualitätsresultate überprüft werden (Schüpfer 2004).

Diese Empfehlungen werden grösstenteils bereits eingehalten.

Grundsätzlich wäre der Schritt weg vom Fragebogen in Papierform und Integration in ein Klinikinformationssystem mit flexibler Korrekturmöglichkeit, besserer Eingabekontrolle und –validierung sicher von Vorteil.

Nach der bisherigen Beurteilung werden die Qualitätsindikatoren, die von der SGGG vorgeschlagen sind, zu 80% (24 von 30 QI) und diejenigen der BQS zu 84% (26 von 31 QI) mit der ASF-Statistik abgebildet. Durch Ergänzungen vom Fragebogen könnte dieser Anteil verbessert werden, sodass mit beiden Systemen nur 2 Punkte auf administrativ-organisatorische oder prozessorientierte Punkte unabgebildet blieben. Bei den QI sehen die Entwicklungsmöglichkeiten folgende Punkte vor:

- Erhöhung des Erfüllungsgrades der aktuellen QI
- Umsetzung mit Schulung und Kommunikation
- Arbeit mit QI an der Basis fördern

- QI als Grundlage für Assessments fördern
- Kundeninformation

Die Voraussetzungen sind entsprechende Ressourcen und das Interesse, respektive die Motivation der beteiligten Kräfte.

Die Datengenerierung sollte die festgestellten Nachteile beheben:

- Verkürzung des Eingabe- und Auswertungsprozesses
- Vereinfachung der Dateneingaben ohne Mehraufwand
- personellen Aufwand reduzieren
- Motivation mit Kundennähe der Statistik fördern

Als besonderer Punkt sollte die Verfügbarkeit der Daten und die Zeitnähe von Eingabe zu Auswertungen und Auswertbarkeit verbessert werden (Peterson 2005). Eine Lösungsmöglichkeit wäre die DEDE mit intelligenten Eingabehilfen und mit Überprüfungs- und Korrekturprogrammen.

Zur Auswertung und Auswertbarkeit können klare Vorschläge für eine Weiterentwicklung aufgelistet werden:

- Auswertungsanleitungen und Schulungsangebot
- Auswertungsinterpretationen und Dokumentation
- Graphiken mit Histogrammen und weiteren statistischen Hilfen
- Auswertungsprogramme für die Kliniken
- Archivierte Daten mit dem gleichen Anspruch aufarbeiten
- Verfügbarkeit der Gesamtdaten teilweise oder ganz in anonymisierter Form

Voraussetzungen dazu wären eine Software der Dateneingabe als DE-DE, Auswertungsprogramme und „Aufarbeitbarkeit“ der alten Daten, sowie Flexibilität und Innovationsfreude der Anwender oder Kunden.

Alle Entwicklungen oder Veränderungen müssten von den Kunden verstanden und dementsprechend kundenfreundlich gestaltet werden. Dazu gehört nicht nur die Kundenpflege mit Kontakten, Netzwerken, Kommunikation und Orientierung. Umfragen, wie sie bisher auch gepflegt wurden, sind bei Innovationsschritten unerlässlich. Zu den offenen Potentialen zählen die „noch-nicht“ Kunden, die bei den öffentlichen Ausbildungskliniken, bei Privatkliniken, bei anderen Fachgebieten und – gesellschaften und theoretisch auch bei ausländischen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen zu suchen wären.

Bei den Kliniken müssen Erwartungen und Kooperation auf den drei Ebenen Chefarzt – Oberarzt – Assistenzarzt mit den dazu gehörigen Bereichen Auswertung – Kontrolle – Dateneingabe berücksichtigt und als eigentliche Kundensegmente mit eigenen Bedürfnissen an eine QS respektiert werden.

Die Konkurrenz der ASF-Statistik ist wegen der Einfachheit und der kostengünstigen Preise als klein zu beurteilen.

Bei den internen Konkurrenten ist vor allem auf Überschneidungen mit bisherigen Datensystemen zu achten.

Mit externen Konkurrenten wären die Wege der Kooperation und Allianz mit Zielrichtung einer „win-win“-Situation am ehesten zu überprüfen und zu verfolgen.

Die Datengüte müsste überprüfbarer und registrierbarer werden. Als günstige Voraussetzung dazu wäre sicher eine DEDE vorteilhaft, die auch Instrumente beinhalten oder entwickeln könnte, um die Daten zu monitorisieren und zu validieren. Ein Vergleich mit anderen Datenquellen, z.B. aus dem Controlling oder von der Buchhaltung und dem Rechnungswesen, könnten zudem nützlich sein. Dabei wäre auf eine Standardisierung mit Entwicklung von eigenen QI zu achten.

An der Datenhoheit muss zurzeit nichts verändert werden. Ein Entwicklungspotential ist dort sicher beschränkt und von gesetzlichen Rahmenbedingungen eingeeengt.

Der Datenschutz wird in der Prozess- und Strukturbeschreibung eingehalten. Um die Wirklichkeit zu spiegeln, wäre eine externe Überprüfung nicht zuletzt im Hinblick auf eine mögliche Zertifizierung vorstellbar und sinnvoll.

Vorschläge zu den Entwicklungsmöglichkeiten und Voraussetzungen, die aus den bisherigen Resultaten abgeleitet werden können:

Tabelle 2: Entwicklungen und Voraussetzungen für eine QS

<u>Entwicklungen</u>	<u>Voraussetzungen</u>
Flächendeckung, Akzeptanz	Bekanntes, Bewährtes erhalten Neues mit Vorteilen, Vereinfachung
Zeitgemässe PC-Eingabe	Programmentwicklung, Software mit Open Access
Dezentrale Eingabe (DEDE)	Integration in KIS der KH, Zugriff und Auswertbarkeit kliniknah
Zeitgemässe Schnittstellen	Von ASCII zu SQL Eingaben
Zukunftssicherung	Archivierung der Daten
Statistik als QS	Kundennaher, einfacher Zugang, schnellere Verfügbarkeit der Daten
Anwenderfreundlichkeit	Verständliche, flexible Auswertung, Kooperationen pflegen
Kunden und Marketing	Kunden pflegen und orientieren, Finanzierung der Entwicklung mit der SGGG

5.2. Qualitätssicherungskonzepte auf die ASF-Statistik übertragen

Die Beurteilung der Entwicklungsmöglichkeiten, die aus den bisherigen Resultaten in eine Planungsstrategie übertragen werden, zeigt den deskriptiven Weg auf. Als zweiten Ansatz können Qualitätskonzepte für die ASF-Statistik auch aus allgemeine Voraussetzungen für eine QS im Sinne von QM abgeleitet werden und stellen das deduktive Verfahren mit den Schritten vom Allgemeinen zum Speziellen in der ASF-Statistik dar.

Das Deutsche Institut für Normierung (DIN) definiert QS in der Normenreihe DIN ISO 9000:2000 als „Teil des QMs, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden“.

Im deutschen und schweizerischen Gesundheitswesen bedeutet Qualität eine ausreichende und zweckmäßige und im Kern vor allem eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Patientenversorgung auf hohem Niveau.

Welche Merkmale muss die QS aufweisen?

Tabelle 3: QS und ASF-Voraussetzungen

QS braucht:	ASF-Voraussetzungen: ✓ / ✗
Definitionen, Standards	ICD-10, CHOP-9 ✓
Qualitätsindikatoren, Kenndaten	definiert, wenig dokumentiert (✓)
Dokumentation Eingabe, Resultate	Eingabe und Auswertung ✓
Berichterstellungen mit Vorgaben	Eingabe und Auswertung ✓
Messbarkeit, Auswertbarkeit	klar definiert und dokumentiert ✓
Zielwerte und Umsetzbarkeit	Unbekannt, Optimum als Ziel (✗)
Kommunikation intern (Mitarbeiter)	Bekannt aber wenig integriert (✓)
Externe QS, Benchmarking	Perzentilen, Min./Max. ✓
Vergleichbare Strukturen	Inhomogene Klinikstrukturen ✗
Vergleichbare Prozesse	Noch zu wenig standardisiert (✗)
Kommunikation extern (Kunden)	Kaum Publikationen (✗)
Aktualität der Daten	Auswertung jährlich ✗
Verfügbarkeit der Resultate	Gut ausser Gesamtdaten (✓)

QS-Vorgaben:

✓ erfüllt, (✓) teilweise erfüllt, (✗) grösstenteils nicht erfüllt, ✗ nicht erfüllt.

Was benötigt eine Statistik zur QS?

Die Anforderungen an eine Statistik, damit sie zur QS etwas taugt, sind zum Teil schon in den Beschreibungen und Auswertungen der ASF-Statistik angeschnitten und in der Tabelle von allgemeinen Vorgaben an eine QS abgeleitet worden.

Eine Statistik soll im Idealfall alle Güteansprüche der testtheoretischen Prinzipien erfüllen und im Besonderen QI und andere Kennzahlen von Wichtigkeit und Nutzen beinhalten und vor allem auch retrospektiv in der Bewertung und prospektiv in der Planung benutzen.

Als Instrument der QS sind die Anforderungen auf den übergeordneten Bereichen des QM höher. In einem ersten Schritt müssten die nicht oder ungenügend umgesetzten Voraussetzungen an die QS erfüllt und in einem zweiten Schritt nach einer Selbstbewertung eine externe Bewertung des QM mit dem Ziel einer Zertifizierung angestrebt werden.

5.3. Strategische Beurteilung der ASF-Statistik

Zur Festlegung von Prioritäten in der Planung und zur Ausrichtung von Zielen in einer Unternehmensführung ist eine Strategie unerlässlich. Dazu kann eine sogenannte SWOT-Analyse hilfreich sein (Bruhn M. 1996, S. 150-151), indem sie Stärken und Schwächen einerseits und die Chancen und Gefahren andererseits in einer 4-Feldertafel einander gegenüber stellt.

Abbildung 12 **Stärken/Schwächen-Chancen/Gefahren-Beurteilung**

SWOT-Analyse der ASF-Statistik		
Umweltfaktoren	Opportunities/Chancen	Threats/Gefahren
ASF-Faktoren	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gesetzlich verbindlich 2. Konkurrenzsituation günstig 3. FG (SGGG), Forschung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ärztl. Demotivation 2. Unverstandene Nutzen 3. Angst vor QM / Arbeit
Strengths/Stärken	SO Strategischer Vorteil Vorreiterrolle Schutz eigener Interessen	ST Reputationsrisiko
Weaknesses/Schwächen	WO Sanktionen, Konkurrenzen Rentabilität Entwicklungsmöglichkeiten	WT Abhängigkeit Person / SEVISA Fehlinvestition Keine Kontinuität / Ende
Nach Th. Hess 2008		

Auf der Seite von Chancen und Stärken zeigt die ASF-Statistik strategische und Eigenschutz-Vorteile in ihrer Vorreiterrolle. Chancen aus der Schwäche ergeben sich aus Sanktionen bei nicht Einhaltung von Qualitätssicherungsansprüchen, durch eine gesunde Konkurrenzsituation, durch einen Preisvorteil mit den Chancen der Rentabilität und durch noch nicht ausgeschöpfte Entwicklungspotentiale. Im Schnittpunkt von Gefahren und Stärken steht vor allem das Reputationsrisiko.

Die Kombination von Schwächen- und Gefahrenpotential ergibt sich aus Abhängigkeiten von Personen und Einrichtungen, die die Interessen der ASF-Statistik nicht wahrnehmen könnten, aus Fehlinvestitionen und als endgültige, negativste Entwicklung das Aufgeben der Qualitätssicherungsbestrebungen in der Fachgesellschaft und die Beendigung der ASF-Statistik insgesamt.

Dabei müsste man auch den grossen Verlust an Datenauswertungspotential aus dem bisherigen Archiv von mehr als 2 Mio. Fällen vergegenwärtigen.

Basismarktstrategien: Welche Dimensionen sind für die ASF wichtig?

Die ASF-Statistik muss sich auch als Unternehmen verstehen und dabei nicht nur Kunden und Konkurrenz, sondern auch die Märkte mit Ihren Chancen und Strategien abschätzen können.

Für die Basismarktstrategien sind es drei Gruppen der Ausrichtung:

- kundenorientierte Strategien
- konkurrentenorientierte Strategien
- Netzwerkarrangements als unternehmensübergreifende Strategie

Eine eingehende Analyse dieser Strategieausrichtungen würde den Umfang der Arbeit überschreiten. Trotzdem ist je ein Kommentar zu den 3 Strategien für die ASF-Statistik lohnenswert.

Bei der kundenorientierten Strategiebewertung ist sicher die Marktfeldstrategie nach Ansoff (Ansoff 1966) am bekanntesten:

Abbildung 13: Marktfeldstrategie auf die ASF-Statistik angewandt

Marktfeldstrategie nach Ansoff <i>Interpretation für die ASF-Statistik</i>		
Märkte ? Produkte ?	gegenwärtig	neu
gegenwärtig	Marktdurchdringung <i>Alle Weiterbildner</i> <i>Flächendeckung</i>	Marktentwicklung <i>Privatkliniken</i> <i>Neue Märkte</i>
neu	Produktentwicklung <i>DEDE</i> <i>Intelligente Software</i>	Diversifikation <i>Neue Produkte</i> <i>Datawarehouse</i>

Mit dem Stichwort der Marktdurchdringung ist vor allem die Flächen- deckung in der Schweiz für alle Weiterbildungskliniken gemeint, die zu- mindest alle Weiterbildner involvieren müsste.

Der zweite Punkt ist je nach Ablauforientierung entweder die Z-Strategie bei der Marktentwicklung oder die L-Strategie mit der Produkt- entwicklung.

Die Marktentwicklung könnte sowohl auf Privatkliniken als auch auf neue Marktgebiete im Ausland oder auf andere Fachrichtungen abzielen. Bei der Produktentwicklung ist all das gemeint, was unter Innovation und Entwicklungspotential bereits vorgestellt wurde. In unserem Beispiel der ASF-Statistik ist vor allem die Kernidee die DEDE.

Eine Diversifikation kommt für die SEVISA AG und sogar für die ASF- Statistik in Frage; vorstellbar wären auch Programme für klinische Stu- dien, Controlling-Instrumente für die Krankenhausadministration oder Programme für intelligente KIS.

Bei konkurrenzenorientierten Strategien ist vor allem die Kostenführer- schaft der SEVISA AG hervorragend, da bisher sehr sparsam und kos- tenbewusst die ASF-Statistik betrieben wurde und trotzdem ein hohes Niveau an Spezialwissen und eine grosse Erfahrung besonders in der Entwicklung vom Fragebogen gesammelt werden konnten.

Netzwerkarrangements als unternehmensübergreifende Strategie sind ebenfalls ein interessanter Aspekt für die ASF-Statistik, die sie ja eine Matrix verschiedener Netzwerke bereits beinhaltet:

- Weiterbildungskliniken mit der Chefärztesgesellschaft
- Fachgesellschaft der SGGG
- Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Arztgruppen, Kranken- hausorganisationen, der SEVISA AG und einer Vielfalt von Kon- kurrenten.

Netzwerkbildungen und Allianzen mit besonderen Kooperationen wären hier zu prüfen.

5.4. Empfehlungen für eine mittelfristige Planung

DEDE als wichtiges Element und Voraussetzung für die Entwicklungs- möglichkeit und Erreichung der Vorgabe für eine QS in der ASF- Statistik.

Dazu ein Vergleich mit Bewertung der Vor- (Pro) und Nachteile (Contra) in dem Datenerfassungsmodalitäten der ASF-Statistik:

Tabelle 4: Vergleich der Datenerfassungsmodalitäten

Dateneingabe	Pro	Contra
Papierfragbogen	Bekannt, bewährt, funktionierend	Zeitintensiv, umständlich, fehleranfällig, personenabhängig, Auswertungsverzögerung
Dezentrale elektronisch	Dokumentenintegration, einfachere Archivierung und Verarbeitung, Datenschutz, kundennahe Anwendbarkeit, QM freundlich	Einführungs-, Entwicklungs-, Innovationsaufwand, -kosten, Schulungs-, Testphasen

Viele Punkte sprechen für die DEDE. Die vermeintlichen Nachteile (Contra) sind vor allem als Innovationsinvestition und Entwicklungskosten, aber auch Unterhaltskosten für die ASF-Statistik zu verstehen. Möchte man die Nachteile gänzlich weglassen, wäre eine Aufgabe der ASF-Statistik keine realistische Alternative, weil damit eine QS als Vorgabe gänzlich entfallen würde oder alternativ eine „De-Novo“ Entwicklung mit deutlich grösserem Aufwand an Ressourcen und Kosten allgemein zu Buche schlagen würde.

Gibt es Alternativen und Entwicklungsvarianten?

Tabelle 5: Vergleich und Bewertung unterschiedlicher Entwicklungsvarianten

ASF Entwicklungsvorschläge gewichtete Bewertung 2008													
Entscheidungskriterien		Variante 0 IST-Analyse		Variante 1 Ileo-Sevisa (1.Vorschlag)		Variante 2 SGGG (2.Vorschlag)		Variante 3 AOC (3.Vorschlag)		Variante 4 MIX = hypothetisch (4. Vorschlag)		Variante 5 KEINE ASF Keine Lösung	
Itr	Kriterium	X	R	X	R	X	R	X	R	X	R	X	R
	Gewichtung (Total 100)												
1	Kosten / Fell	3	30	2	20	5	50	4	40	5	50	6	60
2	Funktionieren	5	75	4	60	4	60	6	90	6	90	1	15
3	Service, Dienstleistung	5	75	4	60	4	60	6	90	5	75	1	15
4	Datengüte	4	80	5	100	6	120	5	100	6	120	1	20
5	GMI und QS	4	80	5	75	5	75	6	90	6	90	1	15
6	Zeitaufwand / Fell	2	50	5	125	5	125	3	75	5	125	6	150
	Gesamtnutzen der Alternativen		370		440		490		485		550		275
	Präferenzordnung = Rang		5		4		2		3		1		6

X = Bewertung 6 = sehr gut, 1 = sehr schlecht R = Nutzen pro Kriterium
 Kommentare: Handlungsvarianten 0 bis 5 als Grundlagen im Veränderungsmanagementkonzept und als Instrument zur Umsetzungsplanung.

Neben der Ist-Situation (**Variante 0**) wurden vier mögliche und geprüfte Varianten der Weiterentwicklung bewertet und auch gegen eine Aufgabe und Beendigung der ASF-Statistik als fünfte Alternative gegenübergestellt (**Variante 5**).

Variante 1 als „Neo-SEVISA“ bezeichnet, wäre ein völliger Neustart mit einer Offerte von einem Medizin-Informatiker, der noch nichts mit der ASF-Statistik zu tun hatte. Grösste Nachteile: hohe Kosten und Risiko.

Variante 2 als SGGG-Vorschlag wäre eine Weiterentwicklung mit Innovation mit der bestehenden SEVISA AG.

Variante 3 als AQC-Vorschlag hätte vorgesehen, dass das Qualitätssicherungssystem der Chirurgiegesellschaft mit einer Erweiterung für die Geburtshilfe übernommen würde.

Variante 4 als MIX ist eine Verbindung aus dem Vorschlag der Varianten 2 und 3 mit einer Entwicklung des Fragebogens für Geburtshilfe und der Archivierung durch die SEVISA AG und das weitere Datenmanagement mit Hilfe der AQC.

Diese Varianten von 0 bis 5 wurden mit 6 Kriterien bewertet:

- Kosten pro Fall
- Funktionieren des Datamanagement und Archivierung
- Service und Dienstleistung
- QM und QS
- Zeitaufwand pro Fall

Die Bewertung wurde zunächst mit einer neutralen Gewichtung der Kriterien, danach mit einer gewichteten Bewertung (siehe Tabelle 5) durchgeführt, die von verschiedenen Experten mitgestaltet wurde. Es konnten Punkte von 1 bis 6 vergeben werden. Dabei schnitt die hypothetische Variante 4 „MIX“ am besten ab, gefolgt von der Variante 2 „SGGG-Vorschlag“.

Tatsächlich konnte diese zweitbeste Lösung konnte in der Generalversammlung und im Vorstand der SGGG im Sommer 2008 bestätigt werden und ist nun in der Projektplanung und der beginnenden Umsetzungsphase.

SMART-Analyse der dezentralen elektronischen Dateneingabe

SMART ist ein Akronym und steht für „specific – measurable – achievable – relevant –timely“. Diese Analyse bezieht sich auf die Eigenschaft von Zielen, die bei Prozessmanagement und Management by Objectives (MbO) eine zentrale Rolle spielen.

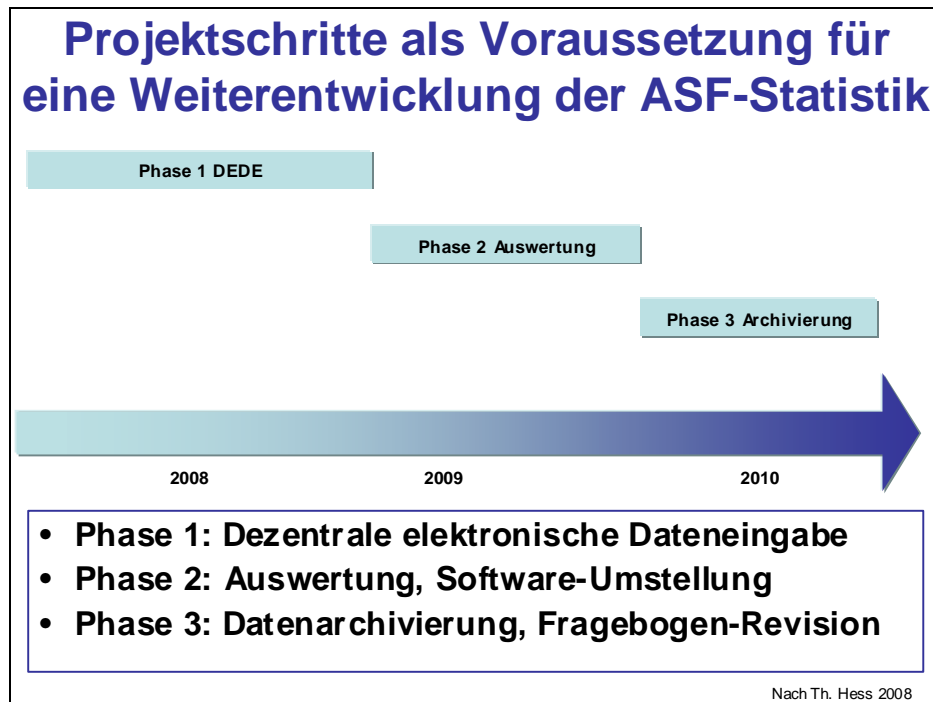
DEDE:

<u>Spezifisch:</u>	Eindeutige Ziele und gleich gute oder bessere Auswertbarkeit der Daten bei leichterem kundenfreundlicher Eingabe, schnellerer Datenübermittlung und Auswertungen.
<u>Messbar:</u>	Mittels Kundenumfragen und in der Übergangsfrist Vergleich der Auswertung in Papierform versus DEDE.
<u>Angemessen:</u>	Ressourcen zur Umstellung sind durch die Fachgesellschaft bereitgestellt, die Überprüfung der Umsetzungsvarianten ist realistisch und erreichbar.
<u>Relevant:</u>	Der Mehrwert ist durch die Analysen und Ergebnisse definiert, so besonders die bessere Auswertbarkeit und schnellere Auswertung, vor allem aber die Zukunftssicherung und Archivierung.
<u>Terminiert:</u>	Durch Vorbereitungen in der 2. Hälfte 2008, Umsetzungsbeginn 2009, erste Auswertung 2010, definitive Umsetzung für alle nach 2010 und danach Weiterentwicklung, Marktstrategien und Abschluss der Archivierung der bisherigen Daten bis 1983.

Empfehlungen für die wichtigsten vier Schritte in der mittelfristigen Planung von drei Phasen sind:

- DEDE ab 2009
- Neue Auswertungssoftware ab 2010
- Archivierung ab 2010
- Fragebogenentwicklung mit Anpassungen an Swiss-DRG

Abbildung 14: Projektschritte in der Übersicht



Die Darstellung zeigt die elementaren Kernphasen, die in ein eigentliches Projektmanagement gehören. Sie sind Voraussetzung für weitere Schritte und Lösungen zur Umsetzung einer QS auf dem Weg zum QM. So ist es wichtig, dass die Anwender und Kunden über den Sinn und Zweck von einem QM geschult werden und die Instrumente der QS kennen und deren Anwendung beherrschen.

Namensgebung „ASF-Statistik“ überdenken?

Bei den Umsetzungen von der ASF-Statistik zur QS bleibt die Frage, ob der Name „ASF-Statistik“ bestehen bleiben soll?

Ein neuer Name könnte helfen, das Produkt mit den veränderten Funktionen besser an die Kunden zu bringen. Weitere Argumente für eine Namensänderung liegen in der Tatsache, dass das Kürzel ASF in der Welt bereits durch viele andere Firmen und Arbeitsgruppen besetzt worden ist – inklusive einer Homepage www.asf.com. Gegen einen Namenswechsel wäre vor allem ein Teil der treuen Kundschaft, die sich an den „Brand“ ASF und ASF-Statistik gewöhnt hat.

Wann und wie sollte eine Namensfindung initiiert werden? Dazu müsste ein eigentliches Projekt geboren werden, das auch die Aspekte Marketing und Internet mit Homepage beinhalten müsste.

Entwicklungsmöglichkeiten und ihre Voraussetzungen mit konkreten Empfehlungen und Vorschlägen:

- Kunden- und zeitnahe DEDE
- Entwicklung von optimierter Datenauswertung, -management und -archivierung; Zugang zu den anonymisierten Gesamtdaten.
- Empfehlungen zu einer QS als Prozessmanagement oder QM
- Strategie-Analyse mit SWOT und Marktfeldstrategie
- ASF-Statistik als Unternehmen verstanden, das QM vermittelt
- Mittelfristige Planung mit 1.) DEDE 2.) neuer Auswertungssoftware 3.) Archivierung und 4.) Fragebogenentwicklung und Anpassung an Swiss-DRG

6. Thesenzusammenfassung

Die Grundthese, dass es Entwicklungsmöglichkeiten und Voraussetzungen gibt, die eine Statistik in ein Qualitätssicherungsinstrument umwandeln lassen, kann generell, gestützt auf die erhobenen Ergebnisse für die ASF-Statistik, bestätigt werden. Die Frage, ob die ASF-Statistik ein Entwicklungspotential zur QS besitzt, kann klar mit einem Ja beantwortet werden. Ob sie auch ein eigentliches Qualitätssicherungsinstrument ist, muss bezweifelt werden, da nur Teilaspekte von einer QS für ein Qualitätsmanagement-System abgedeckt werden – auch wenn diese Aspekte gute und wichtige Funktionen für eine QS repräsentieren.

Die Resultate aus der deskriptiven Analyse von der ASF-Statistik können inhaltlich den Ansprüchen einer Qualitätserfassung in der Gynäkologie und Geburtshilfe standhalten. Die ASF-Statistik erfüllt vor allem die Anforderungen und Kriterien einer wissenschaftlichen Statistik. Im Besonderen werden die geforderten QI weitgehend abgebildet und können mit den Vorschlägen zu den Entwicklungsmöglichkeiten ergänzt und nahezu vollständig erfüllt werden.

In der Beurteilung von Rageth (Rageth 1993) zur QS in der Gynäkologie wird auf 2 Grundprobleme verwiesen, nämlich die sequentielle Datenverwaltung in Papierform und den zu umfangreichen Fragen-katalog.

Die sequentielle Datenverwaltung müsste demnach mit PC- Unterstützung vereinfacht und vor allem den Bedürfnissen der heutigen Mitarbeiter angepasst werden, wo der Traum von einem papierlosen und vernetzten Arbeitsplatz Realität werden sollte.

Die genannte Arbeit kommt zum gleichen Schluss in der Beschreibung der DEDE und den weiteren Empfehlungen zur mittelfristigen Planung.

Die Reduktion des Fragebogens auf der anderen Seite könnte verlockend sein, wenn man sich eine Cockpit-Funktion vorstellt, die den Mitarbeitern am Bildschirm „online“ die aktuellsten Daten der wichtigsten Diagnosen und Therapien mitteilen würde. Diese fokussierte Wahrnehmung der Qualität wäre als Hilfsmittel der QS wünschenswert, sollte jedoch nicht auf Kosten der Gesamtabbildung geschehen.

Der Fragebogen besitzt seine Stärke im Kompromiss zwischen Vollständigkeit und Einfachheit in Umfang und Struktur. Die Datenmenge pro Behandlungsfall ist für einen Computer minimal. Zudem muss man den Fragebogen als bewährt und auch noch flexibel beurteilen. Bei einer Reduktion der Daten müsste man sich auf Tracerdiagnosen oder Traceeingriffe beschränken und damit würde ein Grossteil der Aktivitäten in einer Frauenklinik ausgeblendet, der zum Tagesgeschäft und zum Auftrag gehören. Die Interpretation von wichtigen Kenndaten und die Beurteilung von Bias-Faktoren würden verloren gehen. Zudem darf aktuell der Aspekt von Controllern und DRG nicht vergessen gehen. Mit der ASF-Statistik kann auch dieser Bereich überprüft und kontrolliert werden und die Case Mix Indices (CMI) könnten unabhängiger interpretiert werden.

Weitere Vorteile, die aus der Analyse abgeleitet werden können, sind die Unterstützung vom Prozessmanagement am Beispiel des Deming-Zyklus, des MbO am Beispiel des „ABNA“-Konzeptes nach Williamson und der Umsetzung von BQS-Zielvorgaben minimaler Qualitätsstandards.

Ein zentraler Vorschlag zur Weiterentwicklung besteht in der mehrfach erwähnten DEDE und dazugehörig der optimierten Datenverwaltung und Datenarchivierung. Neben den formellen Voraussetzungen zu dieser Entwicklung, wie sie im Projektmanagement inklusive der Finanzierungsaspekte üblich sind, gilt für eine erfolgreiche QS die Kundeninformation und Schulung prioritär zu fördern.

Für noch nicht beteiligte Weiterbildungskliniken und neue unerfahrene Mitarbeiter, die mit administrativer Arbeit überlastet sind, ist das Verständnis der QS und dem QM gegenüber klein und dazu Motivation und Interesse aufzubringen ist problematisch.

Für die ASF-Statistik als Unternehmen der Fachgesellschaft hat sich gezeigt, dass die Entwicklung von Strategien und im Besonderen von Marketingstrategien wertvolle Hilfen und Elemente zur Innovation der Statistik aufzeigen kann. Die eigentlichen Umsetzungsbestrebungen der QS in Richtung Qualitätsmanagement-System könnten so nur indirekt unterstützt werden.

Als Thesenzusammenfassung darf man sagen, dass die ASF-Statistik eine reelle Chance hat, sich als Instrument der QS zu behaupten und als

wesentliche Komponente die gynäkologische und geburtshilfliche Expertise von der Fachgesellschaft zu tragen.

Die Rahmenbedingungen zur QS als offizieller und politischer Auftrag nach Vorgaben des KVG werden zeigen, ob diese Umsetzung sinnvoll und erfolgreich ablaufen wird. Dazu gehört der gesundheitspolitische Druck von der Exekutiven, den Medien und der Öffentlichkeit und nicht zuletzt auch Anreizmodelle mit finanzieller Unterstützung oder Sanktionen (Peterson 2005).

Als Pionier der medizinischen QS darf sicher H.K. Selbmann angesehen werden, der den Standpunkt vertreten hat, dass ein gesetzlicher Druck unumgänglich ist, um alle zur Mitarbeit zur QS zu bewegen (Selbmann 1990, 1995). In Deutschland hat sich gezeigt, dass diese Vorgehensweise zwar umgesetzt werden kann, dass aber die enthusiastische Unterstützung der Qualitätssicherungsbestrebungen von Mitarbeitern in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen fehlt, und das QM nur in einzelnen Kliniken häufig Personen abhängig erfolgreich umgesetzt wird.

Ganz unter dem Motto von der QS zurück zur Statistik kann beobachtet werden, dass das Geschäft mit der QS dazu geführt hat, dass viele Kliniken und Krankenhäuser ihre QS extern unter Zeit- und Ressourcen-Druck ausführen lassen, ohne ein QM intern anzuwenden und zu „leben“ und ohne je eine Selbstbewertung, wie es von Qualitätsmanagement-Gedanken richtig wäre, durchgeführt zu haben. Diese Art von QS muss als Etikettenschwindel bezeichnet werden.

Zudem läuft die QS heute Gefahr, zu einem Druckmittel zu verkommen, um Kosteneinsparungen unter dem Monitoring einer minimalen Qualitätsstufe zu optimieren.

Die QS im Benchmarking vermag auch dazu zu führen, dass Krankenhäuser umstrukturiert oder gar geschlossen werden, wenn nicht ein QM mit Strategien, Zielen und Planung dahinter steht.

Unter diesen Aspekten sollte der ASF-Statistik mit dem nötigen Verständnis eine Chance als Qualitätssicherungsinstrument der Fachgesellschaft SGGG gegeben werden und Entwicklungspotentiale mit Rahmenbedingungen dazu gefördert werden.

Anhang

Anhang I	Tabelle zu den Fachgesellschaften und ihre 52 Qualitätssicherungsmassnahmen	
Anhang II	Illustration zu den verschickten Auswertungsunterlagen: Fragobogen (A4), Jahres- und Kumulationsstatistik, Auswertungs-CD	53
Anhang III	Print-Out vom Bildschirm im Auswertungsprogramm der SEVISA AG	54
Anhang IV	8 Fragebogenblätter der ASF-Statistik	55
Anhang V	SEVISA Erläuterungen, Preisliste 2007	63
Anhang VI	BQS-Qualitätsindikatoren in der Bewertung und Beurteilung zur ASF-Statistik	65

Anhang I

<u>Fachgesellschaft</u>	Datenbank	Verpflichtung
SG für Anästhesie und Reanimation	ADS, AMDS	dringend empfohlen
SG für Gynäkologie und Geburtshilfe	ASF	fakultativ
SG für Intensivmedizin	MDSi	obligatorisch
SG für Neonatologie	MNDS	fakultativ
SG für Reproduktionsmedizin	FIVNAT	obligatorisch
FMCH (16 chirurgische Organisationen)	AQC	fakultativ

Aus:

http://www.fmh.ch/ww/de/pub/organisationen/medizinische_fachgesellschafte.htm vom 16.07.2008 (Homepage Foederatio Medicorum Helveticorum; www.fmh.ch).

Abkürzungserklärungen:

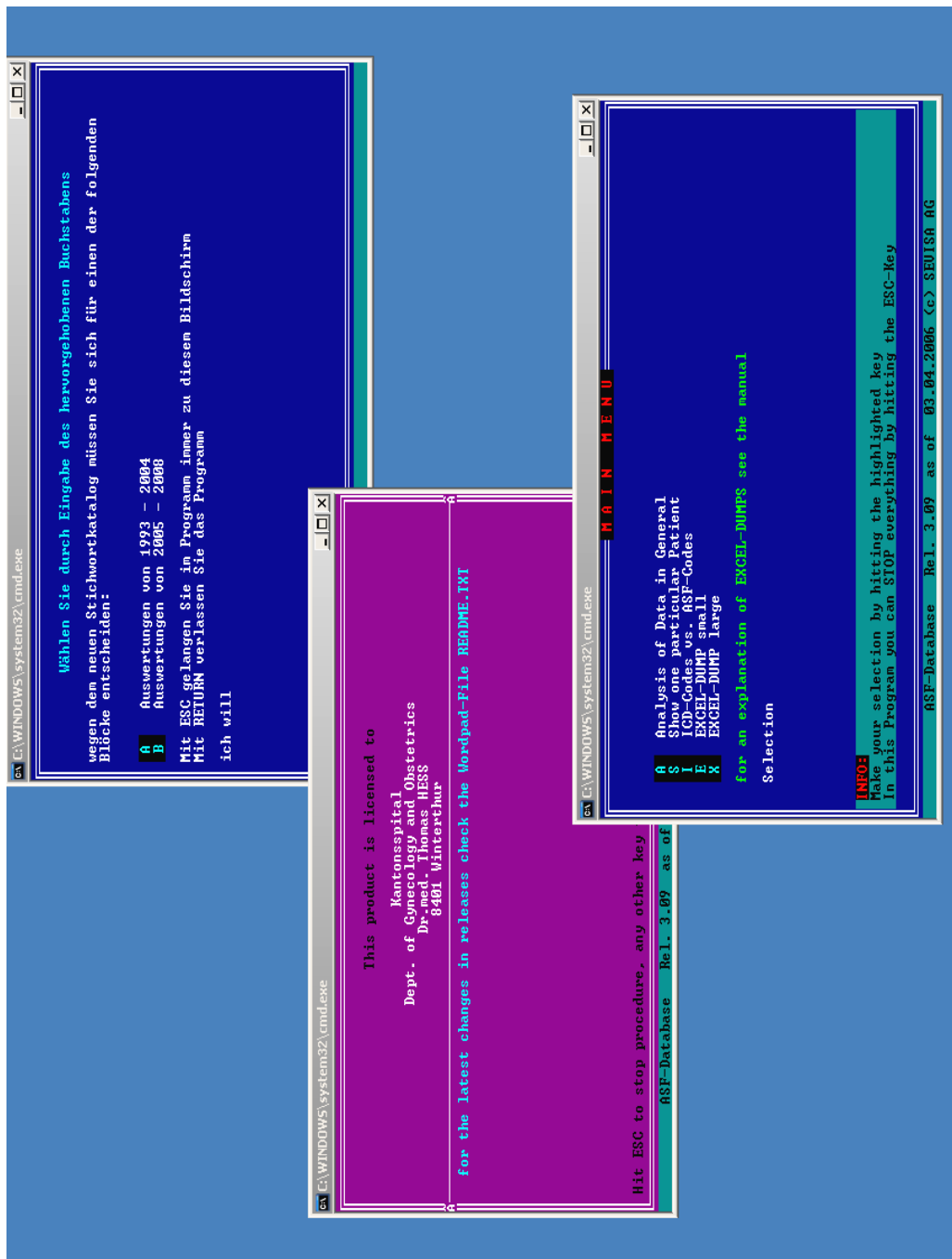
SG für Schweizerische Gesellschaft, ADS = Anästhesiologischer Datensatz, MDSi Minimaler Datensatz intensivmedizinisch, MNDS minimaler neonatologischer Datensatz, FIVNAT Statistik der SG für Reproduktionsmedizin, AQC Arbeitsgruppe für QS in der Chirurgie.

Anhang II



Anhang III

Anhang IV



ALLGEMEINE ANGABEN

Art des Eintritts

- 001 Gynäkologischer Eintritt
 002 Eintritt in der SSW Tag
 003 Eintritt im Wochenbett (bis 6 Wo. post partum)
 004 ungeplante Rehospitalisation innert 14 Tagen
 005 Übertritt aus anderer Klinik
 006 Klinikinterne Sonderfälle (Diagnosen)
 007 Klinikinterne Sonderfälle (Therapien)

Zivilstand

- 008 unverheiratet
 009 verheiratet
 010 verwitwet
 011 geschieden

Herkunft (1. Generation)

- 012 Schweiz
 013 Europe
 014 Asien/Australien/Ozeanien
 015 Afrika
 016 Nordamerika
 017 Südamerika

Ethnie

- 018 kaukasisch (weissrassig)
 019 nicht kaukasisch

4. Stelle = 9 bedeutet Status nach

Risikofaktoren / Nebendiagnosen

- 021 keine besonderen Risikofaktoren
 022 Kreislauferkrankungen/Hypertonie (I51.6)
 023 Diabetes mellitus (II) behandelt (E14.9)
 024 andere Stoffwechselerkrankungen (E88.9)
 025 Erkrankungen des Bewegungsapparates (M89.9)
 026 Erkrankungen der Respirationsorgane (J98.9)
 027 Uro- nephrologische Erkrankung (Z87.4)
 028 Neurologische Erkrankung (G99)
 029 Störung in der Blutgerinnung (D68.9)
 030 Erkrankungen des endokrinen Systems (E34.9)
 031 Alkoholabusus (Z72.1)
 032 Nikotinabusus (Z72.0)
 033 Drogenabhängigkeit (F19.2)
 034 psychische Erkrankung (F99)
 035 HIV positiv (Z21)
 036 manifeste AIDS-Erkrankung (B24)
 037 Immunsuppression (D89.9)
 038 Adipositas (BMI ab 30) (E66.9)
 039 Hormonersatztherapie
 040 Antioestrogene (SERM)
 041 Antioestrogene (Aromatasehemmer)
 048 andere Risikofaktoren

systemische Antibiotika- Prophylaxe/Therapie

- 046 keine Antibiotika
 047 Antibiotika prophylaktisch (99.21)
 048 Antibiotika therapeutisch (99.21)

Thromboembolie Prophylaxe / Therapie

- 055 keine Thromboembolieprophylaxe
 056 medikamentöse Thromboembolieprophylaxe (99.19)
 057 Antikoagulation (99.19)

Allgemeine Massnahmen

- 061 keine operative Behandlung (in Gynäkologie)
 062 Zytostatika (99.25)
 063 Strahlentherapie (92.29)
 067 andere allgemeine Massnahmen (99.99)

Austritt / Verlegung

- 068 Verlegung innerhalb Spital
 069 Verlegung in Zentrums Spital
 070 Rückverlegung ins einweisende Spital

Erwachsenen Exitus

- 071 Exitus intraoperativ
 072 Exitus postoperativ
 073 Exitus ohne Zusammenhang mit OP

GYNÄKOLOGISCHE DIAGNOSEN

Blutungsanomalien

- 074 Blutungsunregelmässigkeit vor Menopause (N82.5)
 075 primäre Amenorrhoe (N81.0)
 076 sekundäre Oligo-Amenorrhoe (N81.1)
 077 Blutungsunregelmässigkeit nach Menopause (N85.0)

Erkrankungen der Zervix gutartig / nicht invasiv

- 079 Kondylome (A63.0)
 080 Zervixpolyp (N84.1)
 081 CIN I (N87.0)
 082 CIN II (N87.1)
 083 CIN III Ca in situ (D06.9)
 084 Adenokarzinom in situ (N87.2)
 085 andere benigne Erkrankungen der Zervix (N88.9)

Zervixkarzinom

- 086 Zervixkarzinom IA1 (C53.9)
 087 Zervixkarzinom IA2 (C53.9)
 088 Zervixkarzinom IB1 (C53.9)
 089 Zervixkarzinom IB2 (C53.9)
 090 Zervixkarzinom IA (C53.9)
 091 Zervixkarzinom IB (C53.9)
 092 Zervixkarzinom IIIA (C53.9)
 093 Zervixkarzinom IIIB (C53.9)
 094 Zervixkarzinom IVA (C53.9)
 095 Zervixkarzinom IVB (C53.9)
 096 Wiedereintritt wg. bekanntem Zervixkarzinom (C53.9)
 097 Histologisch: Plattenepithelkarzinom der Zervix
 098 Histologisch: Adenokarzinom der Zervix
 099 Histologisch: Anderes epitheliales Malignom der Zervix
 101 andere maligne Erkrankungen der Zervix (C53.9)

Erkrankungen des Uterus gutartig

- 102 Adenomyosis uteri (N80.0)
 103 Uterus myomatosis (D25.9)
 104 Endometritis/Myometritis/Parametritis (N71.9)
 105 Pyometra/Hämatometra (N71.9)
 106 Fehlbildungen des Uterus (C51.9)

- 107 Korpuspolypen (N84.0)
 108 Endometriumhyperplasie ohne Atypien (N85.0)
 109 Atypische Endometriumhyperplasie (0/pTis) (N85.1)
 111 andere benigne Uteruserkrankungen (N85.9)

Korpuskarzinom

- 112 Korpuskarzinom IA (nur Endometrium) (C54.1)
 113 Korpuskarzinom IB (<50% Invasion) (C54.9)
 114 Korpuskarzinom IC (>50% Invasion) (C54.9)
 115 Korpuskarzinom IIA (endozervikal glandulär) (C54.9)
 116 Korpuskarzinom IIB (zervikale Stromainvasion) (C54.9)
 117 Korpuskarzinom IIIB (C54.9)
 118 Korpuskarzinom IIIC (C54.9)
 119 Korpuskarzinom IIIC (C54.9)
 120 Korpuskarzinom IVA (C54.9)
 121 Korpuskarzinom IVB (Femmetastasen) (C54.9)
 122 Korpuskarzinom G1 [bei jedem Karzinom erheben]
 123 Korpuskarzinom G2
 124 Korpuskarzinom G3
 125 Histo: endometrioides Endometriumkarzinom
 126 Histo: seröses Endometriumkarzinom (serös-papilläres)
 127 Histo: hellzelliges Endometriumkarzinom
 128 Histo: anderer histol. Typ eines Endometriumkarzinoms
 129 Wiedereintritt wg. bekanntem Korpuskarzinom (C54.9)
 130 Leiomyosarkom des Uterus (C54.2)
 131 Karzinosarkom des Uterus (MMMT) (C54.8)
 132 endometriales Stromasarkom des corpus uteri (C54.8)
 133 Wiedereintritt wg. bekanntem Uterussarkom (C54.8)
 134 Wiedereintritt bei bekanntem Chorionkarzinom (C58)
 138 andere maligne Uteruserkrankungen (C55)

Gutartige Erkrankungen der Adnexe

- 139 rechts
 140 links
 141 Adnexitis/Salpingitis/Pelvoepitonitis (N70.9)
 142 Tuboovariale Abszess bei Eintritt (N70.0)
 143 Sektosalpinx (N70.1)
 144 Überstimulationssyndrom (N98.1)
 145 Tuberverschluss (N97.1)
 146 gutartiger Ovarialtumor (D27)
 147 funktionelle Ovarialzyste (N83.2)
 148 Stieldrehung (N83.5)
 151 andere benigne Adnexerkrankungen (N83.9)

Ovarialneoplasie

- 152 rechts
 153 links
 154 Ovarialneoplasie IA (C56)
 155 Ovarialneoplasie IB (C56)
 156 Ovarialneoplasie IC (C56)
 157 Ovarialneoplasie IIA (C56)
 158 Ovarialneoplasie IIB (C56)
 159 Ovarialneoplasie IIC (C56)
 160 Ovarialneoplasie IIIA (C56)
 161 Ovarialneoplasie IIIB (C56)
 162 Ovarialneoplasie IIIC (C56)
 163 Ovarialneoplasie IV (C56)
 164 Histologisch: epitheliales Ovarialkarzinom
 165 Histo: maligner Keimzelltumor (Stadium wie Ovarialneoplasie)
 166 Histo: prim. Peritonealkarzinom (Stadium wie Ovarialneoplasie)
 167 Histo: maligner Keimleiten-Stromatumor (Stad. wie Ovarialneoplasie)
 168 Borderlinetumor ohne Implants (C56)
 169 Borderlinetumor mit nicht invasiven Implants (C56)
 170 Borderlinetumor mit invasiven Implants (C56)
 171 Wiedereintritt bei bekannter Ovarialneoplasie (C56)
 173 Tuberkarzinom (C57.0)
 174 Wiedereintritt bei bekanntem Tuberkarzinom (C57.0)
 175 andere maligne Adnexerkrankungen (C57.4)

GYNÄKOLOGISCHE DIAGNOSEN

Fortsetzung

Erkrankungen von Vulva /

Vagina gutartig

- 176... Vulvitis / Kolpitis (N76.0)
- 177... Kondylome Vulva / Vagina inkl. VIN I / VAIN I (A63.0)
- 178... Herpes genitalis (A60.0)
- 179... Bartholinitis (N75.8)
- 180... gutartige Tumoren der Vulva (D28.0)
- 181... Lichen sclerosus (L98.0)
- 182... andere Dermatosen (L98.9)
- 183... Morbus Paget der Vulva (D07.1)
- 184... invasiver Morbus Paget (Paget-Karzinom) (C51.9)
- 185... VIN II (N80.1)
- 186... VIN III (Ca in situ/Vulva-Ca. 0/Tis) (D07.1)
- 192... andere benigne Erkrankungen Vulva/ Vagina (N89.9)

Vulvakarzinom / Vaginalkarzinom

- 193... Vulvakarzinom IA (C51.9)
- 194... Vulvakarzinom IB (C51.9)
- 195... Vulvakarzinom II (C51.9)
- 196... Vulvakarzinom IIIA (C51.9)
- 197... Vulvakarzinom IIIB (C51.9)
- 198... Vulvakarzinom IVA (C51.9)
- 199... Vulvakarzinom IVB (C51.9)
- 200... VAIN II (N89.1)
- 201... VAIN III (Ca in situ / Vaginalkarzinom 0/Tis) (D07.2)
- 202... Vaginalkarzinom (alle Stadien) (C52)
- 203... malignes Melanom der Vulva (D03.8)
- 204... Wiedereintritt wg. bek. Karzinom Vulva/Vagina (C51.8)
- 206... andere maligne Erkrankungen von Vulva / Vagina (C51.9)

Lageveränderungen

- 206... Deszensus uteri I - II (N81.2)
- 207... Deszensus uteri III / Totalprolaps (N81.3)
- 208... Zystozele (N81.1)
- 209... Rektozele (N81.6)
- 210... Enterozele (N81.5)
- 211... Vaginalstumpfprolaps (N81.8)
- 212... Rezidivprolaps (N81.9)

Inkontinenz

- 214... Stressinkontinenz (N39.3)
- 215... Urgeinkontinenz (N39.4)
- 217... andere Inkontinenzursachen (R32)
- 218... Urogenitalfistel (N82.1)
- 219... Intestinalfistel (N32.1)
- 220... Stuhlkontinenz (R15)
- 221... stool-outlet Beschwerden (K59.8)

Erkrankungen der Mamma

- 225... rechts
- 226... links

Erkrankungen der Mamma gutartig / nicht invasiv

- 227... gutartige entzündliche Erkrankung der Mamma (N61)
- 228... Anlage und Formfehler (nur als OP-Indikation) (Q83.8)
- 229... gutartige nicht entzündliche Membranveränderung (N60.9)
- 230... DCIS der Mamma (als Hauptdiagnose) (D05.7)
- 231... atypische duktale Hyperplasie der Mamma (N60.9)
- 232... lobuläre Neoplasie der Mamma (N60.8)
- 239... andere gutartige Erkrankungen der Mamma (N64.8)

Mammakarzinom

- 240... mikroinvasives Mammakarzinom pT1mic (D06.9)
- 241... Mammakarzinom pT1a (C50.9)
- 242... Mammakarzinom pT1b (C50.9)
- 243... Mammakarzinom pT1c (C50.9)
- 244... Mammakarzinom pT2 (C50.9)
- 245... Mammakarzinom pT3 (C50.9)
- 246... Mammakarzinom pT4a (C50.9)
- 247... Mammakarzinom pT4b (C50.9)
- 248... Mammakarzinom pT4c (C50.9)
- 249... Mammakarzinom pT4d (Inflammatorisch) (C50.9)
- 250... Mammakarzinom pN0
- 251... Mammakarzinom pN0+ (nur IHC positiv)
- 252... Mammakarzinom pN1mi (Mikrometastasen)
- 253... Mammakarzinom pN1a
- 254... Mammakarzinom pN1b
- 255... Mammakarzinom pN1c
- 256... Mammakarzinom pN2a
- 257... Mammakarzinom pN2b
- 258... Mammakarzinom pN3a
- 259... Mammakarzinom pN3b
- 260... Mammakarzinom pN3c
- 261... Mammakarzinom cM0
- 262... Mammakarzinom cM1
- 263... Mammakarzinom Tx
- 264... Mammakarzinom Nx
- 265... Mammakarzinom Mx
- 267... Wiedereintritt wg. bekanntem Mammakarzinom (C50.9)
- 268... andere maligne Erkrankungen der Mamma (C50.9)

Sonstige Diagnosen / funktionelle Störungen

- 269... Fehlbildungen der Genitalorgane (Q52.8)
- 270... Verletzungen des Genitalorgane (S31.4)
- 271... Sexueller Missbrauch (Z04.4)
- 272... primäre Sterilität (N97.0)
- 273... sekundäre Sterilität (N97.8)
- 274... primäre Infertilität (N98)
- 275... sekundäre Infertilität (N97.1)
- 276... Genitaltuberkulose (N74.1)
- 277... Endometriose I-III (N80.9)
- 278... Endometriose III-IV (N80.9)
- 279... Endometriose des Septum rectovaginale (N80.4)
- 280... Dysmenorrhoe (N84.6)
- 281... Dyspareunie (N94.1)
- 282... unklare Abdominalbeschwerden (R10.4)
- 283... Adhäsionen (operativ bestätigt) (N73.6)
- 284... Wunsch nach Sterilisation (Z30.2)
- 285... Fettschürze als Operationsindikation (E65)
- 286... akutes Abdomen / Pelvoperitonitis (N73.5)
- 287... Appendizitis (K35.9)
- 288... Divertikulitis (K57.3)
- 289... Harnwegsinfekt / Zystitis/Pyelonephritis (N59.0)
- 290... Hernien (K45.8)
- 291... Komplikationen bei IUD (T83.3)
- 292... Komplikation bei Hormontherapie/ Antikonzeption (Z30.4)
- 294... Kondylome (ausserhalb Zervix/Vagina/ Vulva) (A63.0)
- 295... Spätkomplikationen nach geburtshilflichem Trauma (Z42.8)
- 299... andere Diagnosen

3 Codes je ein T, N, M

Bei allen Karzinomen muss an der 4. Stelle immer eine Zahl stehen.

Bei den Karzinomstadien muss entweder der Code 1, 2 oder 9 an die 4. Stelle gesetzt werden.

- 1 = erstmals codiert (Doppelerfassung vermeiden)
- 2 = Wiedereintritt (Erststadium-Einteilung)
- 9 = St. nach (sofern relevant für diesen Eintrag) Die Stadiumeinteilung erfolgt immer.

Bei Wiedereintritt wegen bereits bekanntem Karzinom muss beim Code an 4. Stelle immer die Zahl 3,4,5 oder 6 gesetzt werden.

- 3 = mit Lokalrezidiv / oder Tumorprogression
- 4 = mit Lokalrezidiv und mit Metastasen
- 5 = mit Metastasen
- 6 = ohne Lokalrezidiv und ohne Metastasen, ohne Tumorprogression

Bei allen anderen gyn. Diagnosen gilt die 4. Stelle für:

- 1 = Hauptdiagnose / Hauptindikation
- 2 = Nebendiagnose / Nebenindikation
- 9 = St. nach (sofern relevant für diesen Eintrag)

GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

Bei allen kursiv gesetzten Rubriken braucht es die vollständige Morbiditätsanalyse

Abdominale Operationen

- 300. Zugang über Pfannenstrichschnitt
- 301. Zugang über Längsschnitt
- 302. anderer Zugang
- 303. abdominale Hysterektomie (n.n.b.) (68.4)
- 304. radikale erweiterte Hysterektomie (s. Manuell) (68.6)
- 305. pelvine Lymphonodektomie (40.53)
- 306. paraaortale Lymphonodektomie (40.52)
- 307. Exenteration (s. Manuell) (68.8)
- 310. Ovarektomie rechts (65.39)
- 311. Ovarektomie links (65.39)
- 314. Salpingotomie rechts (66.01)
- 315. Salpingotomie links (66.01)
- 316. Salpingektomie rechts (66.4)
- 317. Salpingektomie links (66.4)
- 318. organerhaltende Eingriffe am Ovar (65.29)
- 319. organerhaltende Eingriffe an der Tube (66.99)
- 320. abdominale Tubenligatur (nicht per Laparoskopie) (66.39)
- 321. mikrochirurgische Reinfertilisation (66.79)
- 322. suprazervikale Uterusamputation (68.39)
- 323. konservative Myomoperation (68.29)
- 325. Metroplastik (69.49)
- 326. Adhäsionslyse (54.59)
- 327. explorative Laparotomie (54.11)
- 328. second-look Laparotomie (54.12)
- 329. Omentektomie (54.4)
- 330. Darmresektion (45.62)
- 331. Douglasobliteration (70.92)
- 332. abdomino-vaginale Fixation (Sekropexie) (69.29)
- 333. abdominaler Fistelverschluss (70.74)
- 334. Operation bei Lageveränderung des Uterus (69.22)
- 339. andere abdominale Eingriffe (54.19)

Laparoskopien

- 340. diagnostische Laparoskopie (54.21)
- 341. TLH totale laparoskopische Hysterektomie (68.31)
- 342. STLH subtotale laparoskopische Hysterektomie (68.31)
- 343. LAVH laparoskop. assistierte vaginale Hysterektomie (68.51)
- 344. Myomektomie (54.21+68.29)
- 345. Morcellation (54.21+68.19)
- 346. Salpingotomie rechts (54.21+66.01)
- 347. Salpingotomie links (54.21+66.01)
- 348. Salpingektomie rechts (54.21+66.4)
- 349. Salpingektomie links (54.21+66.4)
- 350. Ovarektomie rechts (65.31)
- 351. Ovarektomie links (65.31)
- 352. organerhaltende Operation am Ovar (65.24)
- 353. Zystenpunktion (65.23)
- 354. Tumor-Debulking (54.21+65.25)
- 355. Endometriose-Excision (54.21+69.19)
- 356. Endometriose-Destruktion (54.21+69.19)
- 357. organerhaltender Eingriff bei EUG (54.21+66.01)
- 358. Sterilisation (68.29)
- 359. Biopsien (68.16)
- 360. Adhäsionslyse (54.51)
- 361. Lymphonodektomie (54.21+40.50)
- 362. Operation bei Lageveränderungen (54.21+69.22)
- 363. second-look laparoscopy (54.21+54.29)
- 364. Chromopertubation (54.21+66.8)
- 365. anstchl. Endoskopie bei Komplikationen (54.21+68.12)
- 366. anstchl. Laparotomie wegen Komplikationen (54.21+54.19)
- 367. Lasertechnik (54.21+67.32)
- 371. andere laparoskopische Eingriffe (54.21)

Laparoskopiertechnik/Zugang

- 372. Verres-Nadel / Pneumoperitonäum
- 373. Open-laparoscopy
- 374. Gazeless-laparoscopy

Inkontinenzoperationen

- 379. abdominale Inkontinenzoperation (inkl. Kolposuspension) (59.5)
- 380. laparoskopische Inkontinenzeingriffe (54.21+59.79)
- 381. Schlingenoperation (tension free) transobturatorisch (59.4)
- 382. Schlingenoperation (tension free) retropubisch (59.4)
- 383. andere vag. Inkontinenzoperationen (59.79)
- 384. Revision nach Inkontinenzeingriffen (Spaltung/Bougierung) (59.92)

artifizielle Reproduktionsmethoden

- 395. artifizielle Reproduktion (Z31.1+69.92)

vaginale Operationen

- 398. vaginale Hysterektomie (68.59)
- 399. vaginale Ovarektomie rechts (65.39)
- 400. vaginale Ovarektomie links (65.39)
- 401. vaginale Salpingektomie rechts (66.4)
- 402. vaginale Salpingektomie links (66.4)
- 403. Diaphragmaplastik (70.79)
- 404. Kolpoperineoplastik oder Kleins (70.52)
- 405. vaginale fixatio sacrospinialis (Richter) (70.77)
- 406. Enterozelenverschluss (70.92)
- 407. vaginale Portioexstirpation (69.99)
- 408. vaginaler Fistelverschluss (70.75)
- 409. diagnostische Curettage (69.09)
- 410. Curettage zur Interruptio (69.01)
- 411. Curettage bei Abort (69.02)
- 412. Probebiopsie (67.19)
- 413. Polypabtragung (67.39)
- 414. Carctage (67.59)
- 415. Messerkonisation (67.2)
- 416. Elektrokonisation (LEEP) (67.32)
- 417. Laserkonisation (67.32)
- 418. Laserexcision / -inzision Vagina / Zervix (67.32)
- 419. Laservaporisation Vagina / Zervix (67.32)
- 420. lokal destruierende Massnahme an der Portio (67.39)
- 421. Sanierung bei altem geburtshilflichem Trauma (70.79)
- 422. Narkoseuntersuchung allein (69.26)
- 423. Douglaspunktion oder Douglas-drainage (70.12)
- 424. Endometriumbiopsie (68.13)
- 425. Endometriumablation/Destruktion nicht hysteroskopisch (68.23)
- 426. IUD-Einlage oder Wechsel (68.7)
- 427. Netzeinlage (68.21)
- 430. andere vaginale Eingriffe (70.91)

endoskopische Eingriffe

- 431. Hysteroskopie diagnostisch (ESGE Level I) (68.12)
- 432. Hysteroskopie therapeutisch leicht (ESGE Level II) (68.23)
- 433. Hysteroskopie therapeutisch schwer (ESGE Level III und IV) (68.23)
- 439. andere endoskopische Eingriffe (68.12)

Operationen an der Vulva

- 440. Probebiopsie (71.11)
- 441. Marsupialisation (71.23)
- 442. Exzision von Zysten / Tumoren (71.3)
- 443. Lasertherapie am äusseren Genitale (71.8)
- 444. Introitusplastik (71.09)
- 445. einfache Vulvektomie (71.61)
- 446. partielle Vulvektomie (mit inguin. Lymphknoten) (71.5+40.3)
- 447. erweiterte Vulvektomie (mit inguin./pelvinen Lymphknoten) (71.5+40.53)
- 452. andere Eingriffe an der Vulva (71.8)

Operationen an der Mamma

- 453. rechts
- 454. links
- 455. Inzision bei Abszess (65.0)
- 456. Mamma-PE / Mammabiopsie (85.12)
- 457. Tumorektomie (85.21)
- 458. Segment- / Quadrantenresektion (85.22)
- 459. subkutane Mastektomie (85.34)
- 460. Ablatio mammae (Mastektomie mit Pektoralisfaszie) (85.41)
- 461. axilläre Lymphonodektomie (40.51)
- 462. selektive Milchgangsexcision (85.21)
- 463. sentinel Lymphonodectomy (40.23)
- 464. Mamma-Reduktionsplastik (ohne Karzinom) (85.21)
- 465. Mamma-Augmentationsplastik (ohne Karzinom) (85.50)
- 466. Primäre Aufbauplastik nach Mammakarzinom (85.7)
- 467. Sekundäre Aufbauplastik nach Mammakarzinom (85.7)
- 468. ausgedehnter onkoplastischer Eingriff (85.89)
- 469. Mamilienrekonstruktion (85.87)
- 470. Lappenplastik (85.85)
- 471. Protheseneinlage (85.53)
- 472. Prothesenwechsel (85.93)
- 473. Prothesenerntfernung (85.94)
- 476. andere Eingriffe an der Mamma (85.99)

Sonstige Eingriffe

- 477. Appendektomie (47.09)
- 478. Bauchdeckenplastik (54.72)
- 479. Plastische Defektdeckung im Genitalbereich (71.79)
- 480. Hernienplastik (53.01)
- 481. Narbenhernienkorrektur (53.61)
- 482. Embolisation (99.29)
- 483. operative Revision
- 487. andere bisher nicht codierte Eingriffe (99.99)

Diagn. Eingriffe / Massnahmen / Vorabklärungen

- 488. abdominale US-Untersuchung (88.76)
- 489. perinealer Ultraschall (88.79)
- 490. vaginale US-Untersuchung (88.79)
- 491. US-Untersuchung der Mamma (88.73)
- 492. FNP / Tru-Cut-Biopsie der Mamma (85.11)
- 493. Urodynamische Inkontinenzabklärung (89.22+89.25)
- 494. Zystoskopie / Hamnröhrenbougieurung (57.32)
- 495. Ano-Rektoskopie (48.23)
- 496. Funktionszytologie (ohne Mamma) (91.99)
- 497. Hystero-Salpingographie (HSG) (87.83)
- 498. Endokrinologische Abklärung / Therapie (99.99)
- 501. andere diagnostische Massnahmen (99.99)

OPERATIVE MORBIDITÄTSANALYSE

ausfüllen sobald ein kursiver Code gesetzt wurde/ nicht ausfüllen wenn kein kursiver Code gesetzt wurde

Operateur

- 502. ___ Chefarzt / Chefärztin
- 503. ___ Leitender Arzt / Leitende Ärztin
- 504. ___ Oberarzt / Oberärztin
- 505. ___ Spitalarzt/Spitalärztin
- 506. ___ Assistenzarzt / -ärztin FMH Gebh./ Gynäkologie
- 507. ___ Assistenzarzt / -ärztin andere Fachrichtung
- 508. ___ Konsiliararzt
- 509. ___ Belegarzt

1. Assistenz

- 510. ___ Chefarzt / Chefärztin
- 511. ___ Leitender Arzt / Leitende Ärztin
- 512. ___ Oberarzt / Oberärztin
- 513. ___ Spitalarzt/Spitalärztin
- 514. ___ Assistenzarzt / -ärztin FMH Gebh./ Gynäkologie
- 515. ___ Assistenzarzt / -ärztin andere Fachrichtung
- 516. ___ Konsiliararzt
- 517. ___ Belegarzt

Operationsdauer

- 1. Eingriff _____ Minuten
- 2. Eingriff _____ Minuten
- 3. Eingriff _____ Minuten
- 4. Eingriff _____ Minuten
- 5. Eingriff _____ Minuten
- 6. Eingriff _____ Minuten
- 7. Eingriff _____ Minuten
- 8. Eingriff _____ Minuten

Intraoperativer Blutverlust

- 518. ___ geschätzter Blutverlust < 500 ml
- 519. ___ geschätzter Blutverlust 500 - 1000 ml
- 520. ___ geschätzter Blutverlust > 1000 ml

Intraoperative Transfusionen

- 521. ___ präoperative Anämie < 100 g/L (D64.9)
- 522. ___ keine intraoperativen Bluttransfusionen
- 523. ___ 1 - 2 intraoperative EC-Konzentrate (99.04)
- 524. ___ > 2 Intraoperative EC-Konzentrate (99.04)
- 525. ___ Rücktransfusion von Eigenblut (99.02)
- 526. ___ hämorrhagischer Schock intraoperativ (T81.1)
- 527. ___ Gerinnungsstörung Intraoperativ (D65)

Intraoperative Komplikationen

- 528. ___ keine Intraoperativen Komplikationen
- 529. ___ Läsion Magen- / Darmtrakt (S36.8)
- 530. ___ Läsion der Harnblase (S37.2)
- 531. ___ Läsion eines Ureters (S37.1)
- 532. ___ Läsion grosser Gefässe (S35.9)
- 533. ___ Uterusperforation (S37.6)
- 534. ___ Läsion anderer Organe (S36.9)
- 535. ___ Lagerungsschäden (T88.9)
- 536. ___ Herz- / Kreislaufstillstand (I48.9)
- 537. ___ Einschwemmsyndrom (T81.9)
- 538. ___ Gasembolie (T81.9)
- 539. ___ andere Intraoperative Komplikationen (T88.9)

Anästhesie

- 540. ___ ohne Anästhesie
- 541. ___ Maskennarkose
- 542. ___ Intubationsnarkose
- 543. ___ Periduralanästhesie
- 544. ___ Spinalanästhesie
- 545. ___ Kombination Narkose /Regionalanästhesie
- 546. ___ Lokalanästhesie
- 547. ___ Anästhesie stand-by
- 548. ___ andere Anästhesieverfahren
- 549. ___ anästhesiebedingte Störungen (T88.5)

Postoperative Phase / Verlauf

- 550. ___ ungestörter postoperativer Verlauf
- 551. ___ ungeplanter IPS-Aufenthalt
- 552. ___ gestörter Verlauf mit konservativer Behandlung

gestörter postop. Verlauf operativ behandelt

- 553. ___ Reaparotomie (S4.12)
- 554. ___ Wundrevision abdominal (S4.3)
- 555. ___ Wundrevision vaginal (T0.91)
- 556. ___ Wundrevision Brust (85.99)
- 557. ___ endoskopische Revision

Nachblutung

- 561. ___ Nachblutung Intra-abdominal (T81.0)
- 562. ___ Nachblutung retroperitoneal (T81.0)
- 563. ___ Nachblutung vaginal (mind. Tamponade) (T81.0)
- 564. ___ Nachblutung in Bauchdecken (T81.0)
- 565. ___ Nachblutung in Mamma (T81.0)
- 566. ___ Nachblutung wegen Gerinnungsstörung (T81.0)
- 567. ___ postoperativer Blutungsschock (T81.1)
- 569. ___ Nachblutung aus anderen Gründen (T81.0)

Infektionen (nur wenn nicht vorbestehend!)

- 570. ___ Infektion der Bauchdecken (T81.4)
- 571. ___ Infektion im Vaginalstumpf (T81.4)
- 572. ___ Harnwegsinfekt / Pyelonephritis (T81.4)
- 573. ___ Infektion der Mamma (T81.4)
- 574. ___ Sepsis (T81.4)
- 579. ___ andere postoperative Infektionen (T81.4)

verschiedene Komplikationen

- 580. ___ Ileus (K56.7)
- 581. ___ Wunddehiscenz (T81.3)
- 582. ___ Platzbauch (T81.3)
- 583. ___ Fistelbildung (N82.8)
- 584. ___ tiefe Venenthrombose (I80.2)
- 585. ___ Lungenembolie (I26.9)
- 586. ___ Fieber (>2 postop. Tage>38 Grad C) (T81.9)
- 587. ___ Anämie postoperativ <80 g/L /Hb-Abfall >3.5 g/L (D62)
- 588. ___ 1-2 postop. Transfusionen (Z51.3)
- 589. ___ >2 postop. Transfusionen (Z51.3)
- 592. ___ andere postoperative Komplikationen (T81.9)

Blasendrainagen

- 593. ___ ohne Blasendrainage
- 594. ___ Dauerkatheter >24 Std. (57.94)
- 595. ___ suprapubische Drainage (57.17)
- 596. ___ mit Blasendrainage entlassen
- 597. ___ Mehrfachkatheterisierung (58.6)

Für die 4. Stelle gilt:

- 1= Erste Operation 3= Dritte Operation
- 2= Zweite Operation 4= Vierte Operation

Die Zusatzcodes 5, 6, 7, 8 sind sinngemäss zu verwenden.

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Frühere Schwangerschaften

- 599... keine frühere Schwangerschaft
- 600... frühere SS unauffällig
- 601... St.nach kons.behandelter Sterilität (N97.9)
- 602... St.nach operativ behandelter Sterilität (N97.9)
- 603... St.nach Interruptio
- 604... St.nach Abort, habitueller Abort
- 605... St.nach Frühgeburt
- 606... St.nach Mangelgeburt (< 10. Gewichtsperzentile)
- 607... St.nach Makrosomie (> 90. Gewichtsperzentile)
- 608... St.nach kindl. Fehlbildungen inkl. chromosomale Fehlbildungen
- 609... St.nach Totgeburt
- 610... St.nach Sectio caesarea (O34.2)
- 611... St.nach anderen Uterusoperationen
- 612... St.nach Zervixeingriffen
- 613... St.nach hypertens. SS-Erkrankungen (inkl. Eklampsie)
- 614... St.nach Mehrlings-Schwangerschaft
- 615... St.nach vorzeitiger Plazentalösung
- 616... St.nach Plazenta praevia
- 617... St.nach vag.operativer Geburtsbeendigung
- 618... St.nach gest. Plazentar-/Postplazentarperiode
- 619... St.nach EUG
- 624... andere anamnestiche Besonderheiten (siehe Gyn. Diagnosen)

Jetziges Schwangerschaft (ab pos. HCG)

- 625... Schwangerschaftsverlauf unauffällig (Z34.9)
- 626... SS durch Reproduktionsmedizin erzielt (Z35.2)
- 627... unklare Abdominalbeschwerden (R10.4)
- 628... wahrsch. psychosomat. Beschwerden (O99.3)
- 629... Extrauterin gravidität (O00.9)
- 630... unklare Blutungsursache (O20.9)
- 631... abortus imminens (O20.0)
- 632... abortus incompletus (O03.4)
- 633... abortus completus (O03.9)
- 634... febriler Abort (Temperatur. > 38 Grad) (O03.5)
- 635... septischer Abort (O06.5)
- 636... missed abortion (O02.1)
- 637... Spätabort 14+0 bis 21+6 SSW (O06.9)

Infekte während der Frühschwangerschaft

- 640.0 nicht näher bezeichneter Infekt (O88.9)
- 640.1 Streptokokken B positiv (B95.5)
- 640.2 Toxoplasmose (B58.9)
- 640.3 Rubellen (B06.9)
- 640.4 Zytomegalie (B25.9)
- 640.5 Parvovirus (B97.6)
- 640.6 Varizellen (B01.8)
- 640.7 Herpes genitalis (B00.9)
- 640.8 Lues (O08.1)

Weitere Diagnosen in der Frühschwangerschaft

- 641... Hyperemesis (O21.9)
- 642... nicht invasive Blasenmole (O01.0)
- 643... invasive Blasenmole (D39.2)
- 644... Chorionkarzinom Erstkodierung (C58)
- 645... Trophoblastum ohne Fernmetastase (Erstkodierung) (D39.0)
- 646... Interruptio nach Fristenlösung (Z64.0)
- 647... spezielle Indikation zur Interruptio (O04.9)
- 648... asymptomatische Bakteriurie (O23.9)
- 649... Zystitis/Urethritis (O23.1)
- 650... Pyelonephritis (O23.0)
- 651... Rhesuskonstellation (O36.0)
- 652... Rhesusinkompatibilität (O36.0)
- 653... andere BG-Inkompatibilitäten (O36.1)

Diagnosen in der Spätschwangerschaft

- 656... Plazenta praevia (O44.0)
- 657... tiefer Plazentansatz (O44.0)
- 658... vorzeitige Plazentalösung (O45.9)
- 659... vorzeitige Lösung mit Schockzustand (O45.9)
- 660... vorzeitige Lösung mit Gerinnungsstörung (O45.0)
- 661... Vorzeitiger Bliesensprung > 48 Std vor Geburt (O42.9)
- 663... unklare Blutungsursache (O46.9)
- 664... Plazenta praevia ohne Blutung (O44.0)
- 665... vermeintlicher Wehenbeginn (O47.9)
- 666... zervixwirksame vorzeitige Wehen (O47.9)
- 667... nicht zervixwirksame vorzeitige Wehen (O47.9)
- 668... Polyhydramnion (O40)
- 669... Oligohydramnion (O41.0)
- 670... Intrauterine Wachstumsretardierung (O36.5)
 - 671... bei normaler Hämodynamik
 - 672... bei kompensierter Hämodynamik
 - 673... bei pathologischer Hämodynamik
 - 674... SS-Hypertonie (>= 140/90) (O13)
 - 675... leichte Präeklampsie (<-160/100 E-0.3g/24h) (O14.0)
 - 676... schwere Präeklampsie (O14.1)
 - 677... Eklampsie (O15.9)
 - 678... chronische Hypertonie (O10.9)
 - 679... chronische Hypertonie mit Progipgestose (O11)
 - 680... HELLP-Syndrom (O14.1)
 - 681... Gestationsdiabetes/KHT-Störung (O24.4)
 - 683... kons.behandelte Zervixinsuffizienz (O34.3)
 - 684... operativ behandelte Zervixinsuffizienz (O34.3)
 - 685... pathologisches CTG (O68.0)
 - 686... suspektes CTG (O68.0)
 - 687... chirurgische Erkrankung in der SS (O26.9)
 - 688... medizinische Erkrankung in der SS (O26.9)
 - 689... Unfall in der SS (nicht näher bezeichnet) (S30.9)
 - 692... andere Erkrankungen in dieser SS (O26.9)

Mehrlings-Schwangerschaften

- 693... Dichorial-diamniote Zwillinge (O30.0)
- 694... Monochorial-diamniote Zwillinge (O30.0)
- 695... Monoamniote Zwillinge (O30.0)
- 696... Zwillingstransfusionsyndrom (O43.0)
- 699... Diskordantes Wachstum Differenz > 20% (Gewicht) (O36.5)
- 699... Intrauterine Wachstumsretardierung eines/beider Feten (O36.5)
- 700... Intrauterin abgestorbener Mehrling (O31.2)
- 701... höhergradige Mehrlingspathologie (O31.8)
- 702... selektiver Fetozid (O31.8+75.0)

Diagnostik während der ganzen SS

- 703... keinerlei geburtshilfliche Diagnostik
- 704... Chorionzottenbiopsie (75.33)
- 705... Chorionzentesse (75.35)
- 706... Amniozentese (75.1)
- 707... Erst-Trimestertest (12.-14.SSW) (88.78)
- 708... 1. Screening-US (12-14 SSW) (88.78)
- 709... 2. Screening-US (20-23 SSW) (88.78)
- 710... spez.Indikation für US (O28.9+88.78)
- 711... Doppler (88.78)
- 712... Nachweis von Fehlbildungen im US (siehe auch 717)
- 713... Komplikationen beim Feten n.n.b. (O35.9)
 - 714... CTG sub partu (75.34)
 - 715... kein CTG sub partu
 - 716... CTG pränatal (75.34)
 - 717... Nachweis von Chromosomenanomalien
 - 719... sonstige Diagnostik inkl. MBU / Beckenröntgen (99.99)

Schwangerschaftskontrollen (nur 1 Code)

- 720... keine Schwangerschaftskontrollen
- 721... SS-Kontrollen vorwiegend beim HA
- 722... SS-Kontrollen vorw. beim Spezialarzt (Praxis)
- 723... SS-Kontrollen vorwiegend in Poliklinik/Spital
- 724... SS-Kontrollen durch Hebamme allein

Konservative Behandlung in der SS

- 725... keine konservative Behandlung in der SS
- 726... ambulante Behandlung in der SS
- 727... stationäre Behandlung in der SS
- 728.0 invasive Intrauterine Fetatherapie (nicht näher bezeichnet) (75.38)
- 728.1 intrauterine Transfusion (75.2)
- 728.2 Shunt-Einlage (75.35)
- 728.3 Fruchtwasser-Entlastung +/-Infusion (75.37)
- 728.4 intrauterine fetale Chirurgie (75.36)
- 728.5 Laserbehandlung bei Mehrlingen (75.36)
- 729... Tokolyse (96.49)
- 730... Prostaglandine (73.4)
- 731... Mifepristone (Mifegyne) (73.4)
- 732... Lungenreife (99.23)
- 733... Behandlung von SS-Hypertonie (99.99)
- 734... Behandlung bei Präeklampsie/ Eklampsie (99.99)
- 735... Behandlung bei chronischer Hypertonie (jegliche Ursache) (99.99)
- 736... Behandlung bei chronischer Hypertonie mit Progipgestose (99.99)
- 737... Behandlung bei HELLP-Syndrom (99.99)
- 738... Infusionstherapie (99.18)
- 739... Antibiotikatherapie (99.21)
- 740... äussere Wendung (73.91)
- 741... Transfusion bei Anämie der Mutter (99.04)
- 742... Immunprophylaxe mit anti-D (in grav./ Abort) (00.11)
- 743... Abstillen (nach Abort etc) (99.99)
- 744... Blutzucker-Einstellung (99.99)
- 753... andere konservative Therapie (99.99)

GEBURT

von hier an nur codieren wenn tatsächlich ein Kind geboren wurde

Gravidität <input type="text"/>	Parität <input type="text"/>	Geburtstermin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	def. Termin aufgrund aller Berechnungen (unklarer Termin 00.0 einsetzen)
Anzahl geborene Kinder bei dieser Geburt: <input type="text"/>	Gestationsalter nach letzter Periode: (Wird vom Bundesamt für Statistik verlangt)	SSW <input type="text"/> Tag <input type="text"/>	
(Zahl einsetzen, min. 1)	Gestationsalter nach Ultraschall: (Wird vom Bundesamt für Statistik verlangt)	<input type="text"/>	

Bei allen kursiv gesetzten Rubriken braucht es die vollständige Morbiditätsanalyse

Hauptindikation zur operativen Geburtsbeendigung durch die Ziffer 7 an der 4. Stelle / Nebenindikation durch die Ziffer 8

Kindslagen / Haltungen / Stellungen	Geburtshilfliche Anästhesien	Postpartale Phase
754... Hinterhauptslage	818 keine geburtshilfliche Anästhesie	postpartale Massnahmen und Eingriffe
755... hintere Hinterhauptslage (O64.0)	819 Lokalanästhesie	873 beabsichtigte Hausgeburt (Z38.1)
756... andere Einstellungsanomalie (O64.9)	820 Pudendusblock	874 unbeabsichtigte Geburt ausserhalb Gebärsaal (Z38.1)
757... Deflexionshaltung (O64.3)	821 PDA	875 Sterilisation post partum (abdominal) (66.29)
758... reine Beckenendlage (O64.1)	822 Allgemeinnarkose	876 Sterilisation post partum (laparoskopisch) (66.29)
759... BEL mit Haltungsvariationen (O64.1)	823 Allgemeinnarkose in Plazentarperiode	877 Sterilisation bei Sectio caesarea (66.39)
760... Quer- oder Schräglage (O64.4)	824 Spinalanästhesie	878 Curettage frühes Wochenbett (< 7.Tag) (69.02)
	825 Kombination Narkose / Regionalanästhesie	879 Curettage spätes Wochenbett (>= 8.Tag) (69.02)
	826 Anästhesie stand-by	880 Sekundärnaht am Dammb (75.69)
	827 andere Anästhesieverfahren	881 Rubeeleimpfung (99.47)
		882 Immunprophylaxe mit anti-D im Wochenbett (99.11)
		883 Antibiotikatherapie ab. 2 Tag pp. (99.21)
		884 Eintritt der Mutter aus kindl. Indikation (Z39.0)
		postpartale Komplikationen und Diagnosen
Entbindungsart	Damm- und Geburtsverletzungen der Mutter	885 keine postpartalen Komplikationen
762... Spontangeburt (O80.9)	828 Damm intakt (nach vag.Geburt ohne Episiotomie)	886 nicht beurteilbar wg.ambulanter Geburt
763... Vakuumentraktion (O81.4+72.79)	829 Dammriss I (O70.0)	887 Fieber (mindestens 2 Tage > 38 Grad) (O85)
764... Forzeps (O81.3+72.0)	830 Dammriss II (O70.1)	888 Endometritis/putride Lochien (O85)
765... Trial-Forzeps/Vakuuum (O81.5+72.8)	831 Dammriss III (O70.2)	889 Hämwegsinfekt (>=100'000 Keime) (O86.2)
766... Brache (O83.8+73.59)	832 Dammriss IV (O70.3)	890 Pyelonephritis (O86.3)
767... Manualhilfe (73.59)	833 Uterusruptur (O71.1)	891 Sepsis (Bakteriämie) (O85)
768... Stells extraktion (O83.0+72.52)	834 Zervixriss (O71.3)	892 Septischer Schock (O85)
770... extreme Notfalls Sectio caesarea (O82.9+74.1)	835 Vaginalriss (O71.4)	893 Nachblutung im Wochenbett (O72.2)
EEZ / DDT: <input type="text"/>	836 operative Revision Geburtskanal (75.69)	894 Hämorrhagischer Schock im Wochenbett (O90.9)
771... primäre Sectio caesarea (O82.9+74.1)	837 andere Läsionen des Geburtskanals (O71.9)	895 Gerinnungsstörung im Wochenbett (O72.3)
772... sekundäre Sectio caesarea (O82.9+74.1)		896 Wundhämatom im Wochenbett (O80.2)
773... elektive Sectio caesarea (O82.0+74.1)	Plazentarperiode	897 Plazentarpolyp/Dezidualpolyp (O90.8)
774... Sectio-Hysterektomie (74.1+68.4)	845... normale Plazentarperiode	898 Anämie im Wochenbett (< 80 g/l) (O89.0)
775... Geburt vor Spital-Eintritt (Z38.1)	846... Nachstauung nach vaginaler Geburt (75.4)	899 1 - 2 Bluttransfusionen (99.04)
	847... manuelle Plazentalösung nach vaginaler Geburt (75.4)	900 > 2 Bluttransfusionen (99.04)
	848... retentio placenta (O73.0)	901 oberflächliche Thrombophlebitis (O67.0)
	849... unvollständige Plazenta (O73.1)	902 gesicherte tiefe Venenthrombose (O87.1)
	850... Placenta accreta (O73.0)	903 gesicherte Lungenembolie (O88.2)
	851... Placenta increta (O73.0)	904 Nahtdehizienz (nach Episiotomie oder DR) (O90.1)
	852... Placenta percreta (O73.0)	905 Mastitis (O91.2)
	853... atonische Blutung > 500 ml (O72.0)	906 Wochenbettpsychose (F53.1)
	854... Prostaglandine (73.4)	910 andere postpartale Komplikationen (O90.9)
	855... Risseblutung (O72.1)	
	856... Schock in der Plazentarperiode (O75.1)	Stillstatistik
	857... Gerinnungsstörung in der Plazentarperiode (O72.3)	911 nicht beurteilbar zB wegen ambulanter Geburt
	858... Hysterektomie nach vag. Entbindung (68.4)	912 Vollstillen
	859... andere Störung der Plazentarperiode (O75.9)	913 teilweises Stillen (O92.4)
		914 Agalaktie (O92.3)
		915 Abstillen (O92.5)
	Geburtshelfer	
	960... Chefarzt/Chefarztin	
	961... Leit.Arzt/leit.Arztin	
	962... Oberarzt/Oberärztin	
	963... Spitalarzt/Spitalärztin	
	964... Ass.Arzt/-Arztin (FMH Gyn./Geb.)	
	965... Ass.Arzt/-Arztin (and.Fachrichtung)	
	966... Belegarzt/Belegärztin	
	967... kein Arzt/Ärztin anwesend bei Geburt	
	968... 1. Assistenz bei Geburt	
	Geburtshelferin (Hebamme)	
	969... Hebamme des Hauses	
	970... Beleghebamme	
	971... keine Hebamme bei Geburt anwesend	
	Pädiater	
	872... Pädiater anwesend bei der Geburt	
Kindslagen / Haltungen / Stellungen		
754... Hinterhauptslage		
755... hintere Hinterhauptslage (O64.0)		
756... andere Einstellungsanomalie (O64.9)		
757... Deflexionshaltung (O64.3)		
758... reine Beckenendlage (O64.1)		
759... BEL mit Haltungsvariationen (O64.1)		
760... Quer- oder Schräglage (O64.4)		
Entbindungsart		
762... Spontangeburt (O80.9)		
763... Vakuumentraktion (O81.4+72.79)		
764... Forzeps (O81.3+72.0)		
765... Trial-Forzeps/Vakuuum (O81.5+72.8)		
766... Brache (O83.8+73.59)		
767... Manualhilfe (73.59)		
768... Stells extraktion (O83.0+72.52)		
770... extreme Notfalls Sectio caesarea (O82.9+74.1)		
EEZ / DDT: <input type="text"/>		
771... primäre Sectio caesarea (O82.9+74.1)		
772... sekundäre Sectio caesarea (O82.9+74.1)		
773... elektive Sectio caesarea (O82.0+74.1)		
774... Sectio-Hysterektomie (74.1+68.4)		
775... Geburt vor Spital-Eintritt (Z38.1)		
Gebärrart		
778... Bett / Stuhl / Rad etc.		
779... Wasser		
780... andere Gebärrart		
Geburtsverlauf		
781... vorzeitiger Blasensprung (O42.1)		
782... Mekoniumabgang (O68.1)		
783... Geburtseinleitung physikalisch (Foley-Katheter) (73.1)		
784... Geburtseinleitung mit Prostaglandinen systemisch (73.4)		
785... Geburtseinleitung mit Prostaglandinen vaginal/intrazervikal (96.49)		
786... Geburtseinleitung mit Oxytocin (73.4)		
787... künstliche Blasensprengung (73.01)		
788... Episiotomie bei vaginaler Geburt (73.6)		
789... keine Episiotomie bei vaginaler Geburt		
790... Analgetika (99.99)		
791... Mittel bei Wehenschwäche (Oxytocin)		
792... Tokolyse sub partu (99.29)		
793... pathologisches CTG (O68.0)		
794... suspektes CTG (O68.0)		
795... protrahierte EP (> 12 Std.) (O63.0)		
796... protrahierte AP (MM vollst. > 1 Std) (O63.1)		
797... Geburtsstillstand von > 2 Stunden (O63.9)		
798... kcephalopelvinisches Missverhältnis (O66.4)		
799... Schulterdystokie (O66.0)		
800... zervikale/uterine Dystokie (O66.8)		
801... Nabelschnurvorfalle (O69.0)		
802... Nabelschnurumschlingung (O69.1)		
803... andere Nabelschnurkomplikationen (O69.8)		
804... Vorfal/Worliegen kleiner Teile (O69.9)		
805... Fieber sub partu > 38 Grad (O75.2)		
806... gesicherter Amnioninfekt (O41.1)		
807... Blutung bei Plazenta praevia sub partu (O44.1)		
808... vorzeitige Lösung der Plazenta (O45.8)		
809... Gerinnungsstörung sub partu (O67.0)		
810... Fruchtwasserembolie (O88.1)		
817... seltene Geburtskomplikationen (O75.9)		

DAS 1. NEUGEBORENE

Angaben zum 1. Kind, für jedes weitere Kind ist ein neues Neugeborenenblatt auszufüllen!

Datum:

Zeit der Geb. (Std. u. Min.):

Geburtsnummer (Journal):

Fall-Identifikations-Nummer (Etikette mit Strichcode/Barcode)
nicht identisch mit mütterlichem Code

Geschlecht	Gewicht in g	Länge in cm	5-Min. Apgarscore	10-Min. Apgarscore	Nabelarterien pH	Base-Exzess
916 Mädchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
917 Knabe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erkrankungen des Neugeborenen

- 920 keine Erkrankung des Neugeborenen
921 Unraufe (P07.2)
922 Dysmaturität (Übertragungszeichen) (P05.2)

Adaptationsstörungen

- 923 Polyglobulie (P61.1)
924 Anämie (< 160 g/l HK < 50%) (P61.4)
927 Hypothermie (< 35.5 Grad) (P80.8)
928 Hypoglykämie (< 2 mmol/l) (P70.4)
929 Atemnotsyndrom mit maschineller Beatmung (P22.9)
930 Atemnotsyndrom ohne maschinelle Beatmung (transitorisch) (P22.1)

Trauma

- 931 Parese (P14.9)
932 Klavikulafraktur (P13.4)
933 andere Frakturen (P13.9)
934 Kaphalhämatom (P12.0)

Anomalien

- 935 Fehlbildung nicht lebensfähig (Q89.9)
936 Fehlbildung lebensfähig (Q89.9)
937 Herzfehler (Q24.9)
938 angeborene Stenosen im MDT (Q45.8)
939 Fehlbildung des Zwerchfells (Q79.1)
940 Omphalozele (Q79.2)
941 Gastroschisis (Q79.3)
942 Hydrozephalus (Q03.9)
943 Anenzephalus (Q00.0)
944 Potter-Syndrom (Q60.6)
945 Trisomie 21 (Q90.9)
946 andere chromosomale Fehlbildungen (Q89.9)

- 947 andere Fehlbildungen (Q89.9)
948 orthopäd. Erkrankungen und Fehlbildungen (Q87.5)
949 angeborene SW-Erkrankungen (Q89.2)
950 diabetische Embryopathie (P70.1)
951 Alkoholembryopathie (Q86.0)
952 Neuralrohrdefekt (spina bifida etc) (Q05.9)

Probleme im Verlauf

- 953 Hyperbilirubinämie (P59.9)
954 Verdacht auf Infekt (P39.9)
955 gesicherte Infektion (P39.9)
956 Neugeborenensepsis (P36.9)
957 Hirnblutung (P52.9)
958 neurologische Erkrankung/Krämpfe (P90)
959 Stun.invasiver intrauteriner Fetaltherapie (P96.5)
960 Apnoe (P28.4)
961 Mekoniumaspiration (P24.0)
963 andere Erkrankung des Neugeborenen

Behandlung beim Neugeborenen

- 964 keine Behandlung oder Diagnostik
965 Intubation (96.05)
967 Beatmung mit Maske (96.70)
968 Inkubator
969 Nabelarterienkatheter (38.91)
970 Nabelvenenkatheter (38.92)
971 Infusionstherapie (99.18)
972 Pufferbehandlung (99.18)
973 Austauschtransfusion (99.01)
974 Bluttransfusion (99.04)
975 Phototherapie (99.83)

- 976 Antibiotika (99.21)
977 HBs-impfung (aktiv/passiv) (99.59)
978 Ultraschall Abdomen/Nieren (88.79)
979 Ultraschall Hüfte (Screening) (88.79)
980 Ultraschall Schädel (88.71)
981 Hörscreening (95.47)
984 andere Therapie beim Neugeborenen (99.99)

Austritt / Verlegung

- 985 Entlassung mit Mutter (Z37.0)
986 Mutter/Kind nicht zusammen entlassen (Z37.9)
987 Verlegung auf eigene Kinderklinik
988 Verlegung auf IPS der eigenen Kinderklinik
989 Verlegung auf auswärtige Kinderklinik
990 Verlegung auf IPS einer auswärtigen Kinderklinik
991 Verlegung/Rückverlegung

Perinatale Mortalität

- 992 intrauteriner Fruchttod vor Spitzleintritt (Q36.4+P95)
993 intrauteriner Fruchttod nach Spitzleintritt (P95)
994 exitus sub partu (P95)
995 exitus post partum (bis incl. 7.Tag) (P95)
996 exitus post partum (nach dem 7.Tag) (P95)

(nur BFS) Entlassungsdatum des Neugeborenen
(wenn nicht mit der Mutter entlassen)

Datum:

codiert durch, Visum: _____

kontrolliert durch, Visum: _____

Anhang V

SEVISA AG

MEDIZINISCHE INFORMATIK
CH-8514 AMLIKON
Hauptstrasse 52
Tel. 071 650 01 00 Fax 071 650 01 03
eMail: sevisa@bluewin.ch
Thurg. Kantonalbank, 8280 Kreuzlingen
MWST-Nr. 281 584

Arbeitsgemeinschaft der Schweizerischen Frauenkliniken ASF Abschluss der Jahresstatistik 2007

Um Ihnen den Abschluss der Jahresstatistik zu erleichtern, erlaube ich mir folgende Erläuterungen abzugeben:

Die Statistik ist eine Austrittsstatistik, das heisst, alle Fälle mit einem Austrittsdatum bis zum 31.12.2007 werden der Statistik 2007 zugeordnet. **Bei Fällen, welche erst im Jahr 2008 austreten werden Geburten und Operationen im Statistikjahr 2008 erfasst, auch wenn diese im Jahre 2007 stattgefunden hätten. Dies ist eine Vorgabe des Bundesamtes für Statistik.**

Wie üblich erhalten Sie als Beilage ein rotes Signalblatt, mit welchem Sie uns den Abschluss Ihrer Statistik anzeigen müssen. Sobald wir im Besitz Ihres roten Blattes sind, wird Ihre Jahresstatistik erstellt. *Senden Sie uns das rote Blatt erst wenn feststeht, dass dies wirklich die letzte Protokollsendung ist.*

Eine Kumulation der Daten ist nun für die Jahre 2005-2007 möglich. Nach wie vor ist es möglich 1983-1992 und 1993-2004 zu kumulieren.

Kliniken mit BFS-Teil erhalten bei Abschluss eine zusätzliche Orientierung.

Termine

bis zum 15.2.2008 sollten wir im Besitz aller Codierungsbogen sein.

Herzlichen Dank für Ihr Verständnis

Dr.W.K.Marti
Dezember2007/wgndoc_d_2007

Preisstruktur 2008

Structure des Prix 2008

Leere Protokolle		Box à 200	70.00
<i>Protocôles vides</i>		<i>Box à 200</i>	<i>70.00</i>
Erfassung und Standardauswertung	nur ASF	pro Patientin	2.25
<i>Recensement et Statistique standard</i>	<i>AGOS seulement</i>	<i>par patiente</i>	<i>2.25</i>
Erfassung und Standardauswertung	ASF + BFS	pro Patientin	3.50
<i>Recensement et Statistique standard</i>	<i>AGOS + O/S</i>	<i>par patiente</i>	<i>3.50</i>
Jahresstatistik	01.01.2008-31.12.2008	1 Exemplar	gratis
<i>Statistique annuelle</i>	<i>01.01.2008-31.12.2008</i>	<i>1 exemplaire</i>	<i>gratuit</i>
Jahresstatistik Zusatzexemplar	01.01.2008-31.12.2008	pro Exemplar	15.00
<i>Statistique supplémentaire</i>	<i>01.01.2008-31.12.2008</i>	<i>par exemplaire</i>	<i>15.00</i>
Kumulierte Statistik	ab 01.01.2005	pro Exemplar	20.00
<i>Statistique cumulative</i>	<i>dès le 01.01.2005</i>	<i>par exemplaire</i>	<i>20.00</i>
Spez. Jahresstatistiken über Teilaspekte	zb. Nur Belegärzte	pro Exemplar	35.00
<i>Statistique annuelle sélective</i>	<i>p.e. médecins adjoints</i>	<i>par exemplaire</i>	<i>35.00</i>
Klinikprofil	darf kopiert werden	pro Exemplar	20.00
<i>Profil clinique</i>	<i>peut être copié</i>	<i>par exemplaire</i>	<i>20.00</i>
Klinikcatalog	darf kopiert werden	pro Exemplar	20.00
<i>Catalogue de Clinique</i>	<i>peut être copié</i>	<i>par exemplaire</i>	<i>20.00</i>
Anzahl Eintritte nach PLZ	Gyn/SS/Geburt	pro Exemplar	20.00
<i>Entrées selon Numéro Postal</i>	<i>gyn(gross/acc</i>	<i>par exemplaire</i>	<i>20.00</i>
PID-Analyse	für ganze Klinik	pro PID/Jahr	1.00
<i>Opérations et Accouchements selon CIP</i>	<i>clinique entière</i>	<i>par CIP/année</i>	<i>1.00</i>
PID-Analyse für FMH-Kandidaten	für einen PID/Jahr	alle Détails	30.00
<i>Opérations et Accouchements pour FMH</i>	<i>pour 1 CIP/année</i>	<i>tous les détails</i>	<i>30.00</i>
Alle Erstkarzinome	für 1 Jahr	alle Détails	25.00
<i>Liste des Malignomes</i>	<i>1er recensement</i>	<i>tous les détails</i>	<i>25.00</i>
Erfassung ab Datenträger	fehlerfreie Datensätze	Korr.n. Aufwand	1.20
<i>Données sur disquette ou Email</i>	<i>cas sans fautes</i>	<i>Corr. en plus</i>	<i>1.20</i>
Software für eigene Auswertung	Ihre Klinik	inkl. Daten auf CD	100.00
<i>Logiciel pour vos propres analyses</i>	<i>vosre clinique</i>	<i>CD-ROM</i>	<i>100.00</i>
Sonderauswertungen	Klinik oder Schweiz	nach Aufwand	
<i>Analyses spéciales</i>	<i>Clinique ou Suisse</i>	<i>selon travail</i>	

Anhang VI

Nummer	Bezeichnung	QI	Zähler	Nenner
	Gynäkologie			
1	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen	O	Organverletzungen LSC	LSC gyn Ops
2	Organverletzungen bei Hysterektomie	O	Organverletzungen Hyst	Hysterektomien
3	Dauerkatheter (>24 h)	O	DK > 24h	Gyn Ops
4	Indikation bei Ovaeringriffen (Histologie fehlend, Corpus luteum)	O	keine Histo, corpus lut.	Ovareingriffe
5	Organerhaltung bei Ovaeringriffen (Benigne Histologie Ovaektomie)	O	benigne Ovar Histo	benigne Histo
6	Konisation (fehlende Histologie und kein CIN, Mikrokarzinom)	O	fehlende Histo, kein CIN	Konisationen
7	Antibiotikatherapie bei Hysterektomie	P	AB-Phrophylaxe	Hysterektomien
8	Indikation bei Hysterektomie	P	Indikation zur Hyst?	Hysterektomien
9	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	P	Thrombose Prophylaxe	Hysterektomien
	Geburtshilfe			
1	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG	P	MBU bei path. CTG	Einlings Geb
2	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und 2nd C/S	P	MBU/path. CTG & 2nd C/S	Einlings Geb
3	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	O P	EE Zeit Summe Notfall C/S	Nofalls Sectione
4	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	P S	FG mit Pädiater	FG
5	Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert	P	Geburten mit pH	Geburten
6	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	O	pH < 7,20, 7,00 ?	Anzahl NAPH
7	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	O	Rea /Verlegung	Termingeburten ?
8	Darminriss Grad III oder IV	O	DR III oder IV	vaginale Geburten
9	Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen	O	operative Revisionen	Geburten
10	Antenatale Kortikosteroidtherapie	O	LRI	FG
11	Mütterliche Todesfälle	O	mütterliche Todesf	Gebh Eintritte
	Mammachirurgie			
1	Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien	O	MC oder DCIS	PE
2	Postoperatives Präparatröntgen	O P	Präp Rx	LokalisationsOP
3	Hormonrezeptoranalyse	O	HR Bestimmungen	Anzahl MC
4	Angabe pT, pN und M	P	pTpNcm	Anzahl MC
5	Angabe Sicherheitsabstand	O	R, Abstände	Anzahl MC
6	Axilladissektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom	O	Axillastaging	DCIS
7	Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem MammaCa	O	Axillastaging, SNB	invasive MC
8	Anzahl Lymphknoten	O	Anzahl LK (Summe)	Axillastaging
9	Indikation zur brusterhaltender Therapie	O P	BCT	Anzahl MC
10	Meldung an Krebsregister	P	Krebsregister	Anzahl MC
11	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	P	Zeitsumme Dg-Op	Anzahl MC

Literaturangaben:

Ansoff H. I. (1966): Management-Strategie, München .

Angell M., Kassirer J. P. (1996): Quality and the medical marketplace – following elephants. New England Journal of Medicine 335 (12), S. 883 - 885.

Berchtold P (Hg.) (2008): Prozesssteuerung zwischen Standardisierung, Individualisierung und Wertschöpfung. In Publikation Forum Managed Care: Managed Care – zurück in die Zukunft. 1. Aufl., S. 20 auch unter www.fmc.ch .

Birnbaum D. et al. (2006): Williamson's ABNA revisited. Clinical Governance: An International Journal, Vol. 11, 4, S. 326-44.

Bruhn M. (1996): QM für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 2. Auflage, Springer-Verlag Berlin, S. 150-151.

Deming, W. E. (1986): Out of the Crisis. 2. Aufl., Cambridge/Mass./USA: Massachusetts Institut of Technology Press.

Donnabedian A. (1980): The Definition of Quality and Approaches to its Assessments, Vol.I. Ann Arbor/Mich./USA: Health Administration Press 1980.

EFQM – European Foundation for Quality Management (2006): The EFQM Excellence Award. Information Brochure for 2006.

H+ Bildung (1999): Leitfaden zum Qualitätsmanagement im schweizerischen Krankenhaus. 3. Auflage, H+ Bildungszentrum, Aarau, S. 74 f.

Haller U. (2004): QS in der Gynäkologie und Geburtshilfe. CD der QSskommission der SGGG 1996 – 2004, S. 359 – 366.

Haeske-Seeberg H. (2006): QM in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen – Konzepte – Methoden – Werkzeuge. Studienbrief MGS0810, Kapitel 1.2, S. 3 – 4.

Hess Th. (2007): Bericht der ASF-Statistikkommission. SGGG-Bulletin 03, S. 6-7.

Kamiske G. F., Brauer J.-P. (2008): QM von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des QMs. 6. Aufl., Hanser Verlag München, S 67.

Kuppersmith J. (2003): Quality of Care in Teaching Hospitals. In AAMC S.1-13.

Marti W. (2007): 25 Jahre ASF-Statistik, ein kurzer Rückblick. SGGG-Bulletin 02, S. 42.

Matthews F. Rageth L., Schöb O. (2004): QS - mehr als nur Schlagworte. Schweiz. Aerzte Zeitung, 85, 23, S. 1217-21.

OECD (2006): OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz, OECD, Paris.

Peterson E. D. et al. (2005): Optimizing the Science of Quality Improvement. In JAMA, 294, 3, S. 369–371.

Rageth Chr.(1993): QS in der Gynäkologie. Departement für Frauenheilkunde des Universitätsspitals Zürich. Habilitationsschrift 1993.

Rageth Chr. (1998): Statistische Modelle im Hinblick auf ihre Aussage für eine medizinische Prozess-QS. Schweiz. Med. Wochenschr., 128, S. 1703 – 1712.

Romano P. S (2005): Improving the Quality of Hospital Care in America. In NEJM 353;3 S. 302–304.

Schüpfer G (2004): Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsmessung aus ärztlicher Sicht. In Managed Care 7, S. 33–34.

Schrapppe M. (2004): Indikatoren. In Lauterbach K. W., Schrapppe M. Gesundheitsökonomie, QM und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Auflage, Schattauer Stuttgart, Kapitel 13.4, S. 408 ff.

Selbmann H. K. (1990): Konzeption, Voraussetzung und Durchführung qualitätssichernder Massnahmen im Krankenhaus. Das Krankenhaus 11: S. 470 -74.

Selbmann H. K. (1995): Evaluation der qualitätssichernden Massnahmen in der Medizin. Robert Bosch Stiftung, Bleicher Verlag, Gerlingen.

Sordat Fornerod D. (2006): Das schweizerische Gesundheitswesen: Analyse und Empfehlungen der OECD und der WHO. Die Volkswirtschaft. Das Magazin für Wirtschaftspolitik 12, S. 4 – 8.

Vagts D. A., Martin J., Dahmen K. (2008): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther., 43 (2), S. 156 (-160).

Dr. med. Thomas Hess ist Chefarzt und Klinikdirektor der Frauenklinik am Kantonsspital Winterthur in der Schweiz.
Er ist Mitglied der Qualitätssicherungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und hat als Fachvertreter Einsitz in der Qualitätssicherungskommission der FMCH. Zu seinen Aufgaben gehört auch der Vorsitz in der ASF-Statistikkommission.

Dr. med. Thomas Hess
Frauenklinik
Kantonsspital Winterthur
Brauerstrasse 15
CH-8401 Winterthur

Tel.: +41 52 266 27 01
Fax: +41 52 266 45 12
e-mail: thomas.hess@ksw.ch

Matrikelnummer 363179

Erklärung

Ich versichere, dass ich die Masterarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Winterthur, 4. September 2008

Dr.med. Thomas Hess