

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE VDEK ZUKUNFTSPREIS 2019 Mehr Sicherheit bei Operationen – Integration eines Apothekers in die Anästhesieambulanz | STATIONÄRE VERSORGUNG Instrumente der Qualitätssicherung offensiver nutzen

## BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2019

### ERSATZKASSEN

## Überdurchschnittliches Wachstum



FOTO: ardingan - stock.adobe.com

Mehr als 3,69 Millionen Menschen in Bayern sind bei einer Ersatzkasse versichert. Gegenüber dem Vorjahr ein Zuwachs von fast 29 Tausend. Auch die Zahl der Mitglieder, das sind die beitragszahlenden Versicherten, hat sich um fast 32,9 Tausend auf 2,9 Millionen erhöht. Die Zuwachsraten der Ersatzkassen in Bayern sind überdurchschnittlich hoch: Während die Gesamtzahl der gesetzlich Versicherten um 0,42 Prozent anstieg, waren es bei den Ersatzkassen 0,78 Prozent. Die Zuwachsrate der Ersatzkassen bei den Mitgliedern (+1,15 Prozent) ist fast doppelt so hoch wie im Durchschnitt der Gesetzlichen Krankenversicherung (+0,6 Prozent). Damit konnten die Ersatzkassen ihren Marktanteil im Freistaat weiter ausbauen.

Die Zahl der Ersatzkassenversicherten geht bereits seit acht Jahren nur nach oben. Das ist ein Beleg dafür, dass die Menschen bei den Ersatzkassen in guten Händen sind.

### VDEK-FACHFORUM

## Chefsache Patientensicherheit

Das diesjährige vdek-Fachforum im Rahmen des 18. Europäischen Gesundheitskongresses stand ganz im Zeichen der Patientensicherheit und der Frage, was lässt sich aus den bisherigen Erfahrungen – auch in anderen Ländern – für die Weiterentwicklung des Patientenschutzes an Rückschlüssen ziehen.

Schon in seiner Begrüßung wies Dr. Ralf Langejürgen, der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, auf zwei Themen hin, die für die Patientensicherheit von elementarer Bedeutung sind. Das eine ist die Fehlermeldekultur und das andere die Einbettung der Patientensicherheit in die Studienpläne.

Im vergangenen Jahr wurden erneut rund 11.000 potentielle Behandlungsfehler an die Ärztekammern in Deutschland gemeldet. Angesichts von mehreren Hundertmillionen Arzt-Patientenkontakten im Jahr und gut 20 Millionen Krankenhausfällen jährlich eine eher geringe Zahl. Auffällig ist aber, dass sich diese Zahl in den zurückliegenden Jahren kaum verändert hat. Das heißt, zumindest an den Statistiken lassen sich kaum nennenswerte Fortschritte beim Zurückdrängen der Behandlungsfehler ablesen. Die gemeldeten Fehler betreffen vor allem Operationen, aber auch die Fehler der Diagnose, Anamnese und Medikation. In den meisten Fällen geht es um Gelenkchirurgie und Frakturen.

Was geschieht in den Praxen, in den Kliniken, um eine Fehlermeldekultur zu etablieren? Was geschieht in Sachen Fehlerprävention beziehungsweise was

tut die organisierte Ärzteschaft, was tun die Krankenhausträger, um die Behandlungsfehler zukünftig abzustellen?

Eine weitere bedeutende Frage lautet: Was bekommt der ärztliche Nachwuchs in seinem Studium zu den Grundlagen des Patientenschutzes vermittelt? Gerade jüngst haben die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland und das Aktionsbündnis Patientensicherheit in einer gemeinsamen Pressemitteilung auf die dringende Verankerung des Themas Patientensicherheit im neuen Masterplan Medizinstudium 2020, das heißt im Curriculum der Medizinausbildung, hingewiesen. Ist es nicht ein fahrlässiges Versäumnis jahrzehntelange Evidenz und Erfahrung im Bereich der Patientensicherheit im universitären Curriculum unberücksichtigt zu lassen? Warum haben die für die Mediziner Ausbildung zuständigen Instanzen das Thema Patientensicherheit bislang so stiefmütterlich behandelt?

### Kein Anlass zur Zufriedenheit

Als erster ergriff Dr. Max Skorning, Leiter des Sachbereichs Qualität und



## Zielpunkt Patientensicherheitskultur



von  
DR. RALF LANGEJÜRGEN  
Leiter der  
vdek-Landesvertretung  
Bayern

FOTO: vdek

Vierzig Prozent der unerwünschten Ereignisse, der sogenannten Never Events, im deutschen Gesundheitswesen sind nach wissenschaftlichen Erkenntnissen vermeidbar. Allein das sollte Ansporn für alle handelnden Personen im Medizinbetrieb sein, sich für mehr Patientenschutz einzusetzen und sich gemeinsam auf den Weg zu machen – an dessen Anfang ein Bewusstsein für die Herausforderung und an dessen Ende – hoffentlich – eine stringente Patientensicherheitskultur steht.

Behandlungsfehler sollten im optimalen Fall nicht passieren. Wenn dann aber doch etwas passiert, müssen wir uns damit gezielt auseinandersetzen. Das deutsche Gesundheitswesen braucht eine verpflichtende einrichtungsübergreifende und möglichst allumfassende Fehlermeldung.

In einem transparenten Verfahren müssen in einem ersten Schritt die Ursachen der systemischen Fehler entdeckt und analysiert werden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse müssen dann den Medizinern im Rahmen eines konstruktiven Feedbacks zurückgemeldet werden. Am Ende steht dann nicht die Sanktion, der Pranger oder gar die massive öffentliche Skandalisierung, sondern der Lernprozess, der verhindert, dass sich Fehler wiederholen.



Patientensicherheit im Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, das Wort, um in seinem Vortrag Antworten auf die aufgeworfenen Fragen aus seiner Sicht zu geben. Das deutsche Gesundheitswesen hat durchaus einiges in Sachen Patientensicherheit vorzuweisen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) mit hunderten aktiven Teilnehmern hat zahlreiche Empfehlungen formuliert und das Weißbuch Patientensicherheit veröffentlicht. Dem APS ist es in den letzten Jahren gelungen, die Fragen der Patientensicherheit ins Bewusstsein der Öffentlichkeit zu tragen. Es wurden zahlreiche Fehlermeldesysteme, die sogenannten Critical Incident Reporting Systems (CIRS) etabliert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legte entsprechende Vorgaben in der Qualitätsmanagement-Richtlinie fest, wie beispielsweise die Operations-Checklisten. Es gelang auch, eine umfangreiche Transparenz über Qualitätsindikatoren im Krankenhaus zu schaffen. Und dennoch, meinte Max Skorning, liefert die aktuelle Lage der Dinge keinen Anlass zur Zufriedenheit.

Die Patientensicherheit ist eine komplexe Querschnittsaufgabe, die nur im engen Zusammenwirken der handelnden Personen, der betroffenen Berufsgruppen, der einschlägigen Behandlungsteams sowie der Organisationen und Verbände des Gesundheitswesens bewältigt werden kann. Entscheidend dabei ist, dass in Diagnose und Therapie die Perspektive der Patienten eingenommen wird. Dabei geht es realistisch gesehen nicht um totale Fehlervermeidung, sondern um die Herstellung eines Gesamtzustandes, in dem unerwünschte Ereignisse möglichst selten auftreten, das Sicherheitsverhalten gefördert wird und die Risiken beherrscht werden. Zu den Eigenschaften eines solchen Systems gehört die Anerkennung der Sicherheit als erstrebenswertes Ziel und die Umsetzung von realistischen Optionen zu ihrer Verbesserung. Von den Akteuren in solch einem System wird erwartet, dass sie ihre Innovationskompetenz in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit stellen.



FOTO: weik/Torsten Tieze

RALF LANGEJÜRGEN: Die Ersatzkassen engagieren sich nachhaltig für mehr Patientensicherheit.

### Never Events vermeiden

Im Wesentlichen geht es bei der Patientensicherheit um die Vermeidung von Behandlungsfehlern bzw. Schäden, die durch sie verursacht werden. Noch genauer: Es geht um vermeidbare unerwünschte Ereignisse, um die Fehler, die nie passieren durften, im Fachjargon Never Events genannt. Für Max Skorning zeigt ein Never Event an, dass bekannte Risiken in einem Versorgungsprozess nicht behoben wurden. Für ihn bedeutet ein Never Event nicht, dass ein Einzelner in der Medizin oder Pflege einen Fehler gemacht hat. Irren ist menschlich, das betonte Max Skorning mehrfach. Entscheidend sind für ihn die systemischen Ursachen, wenn entsprechende Sicherheitsvorkehrungen fehlen oder die Sicherheitskultur unzureichend entwickelt ist.

Da „Irren menschlich“ ist, bleibt in der letzten Konsequenz nur der auf Dauer angelegte Grundsatz „Aus Fehlern soll man lernen“. Das heißt, Ursachenanalyse, daraus Präventionsstrategien entwickeln und konkrete Verbesserungen umsetzen. Das sind, laut Herrn Skorning, die wichtigen Bausteine einer Sicherheitskultur. Den ersten Schritt bildet die Fehlermeldung. Umso wichtiger sind deshalb die lokalen Meldesysteme, die ein einzelnes Krankenhaus betreffen, in denen Mitarbeiter anonym, freiwillig und sanktionsfrei über Fehler und erkannte Risiken berichten. Als weiterer Schritt sollen übergreifende Fehlermeldesysteme etabliert werden, damit auch andere Einrichtungen daraus lernen können. Genau

hier im Fehlermeldeverhalten offenbaren sich die größten Herausforderungen für die Patientensicherheit in Deutschland.

### Viel zu niedrige Fehlermeldungen

Max Skorning demonstrierte es am Beispiel von CIRSmedical.de, einem Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin. Nach mehr als zehn Jahren am Netz enthält das System lediglich 6.421 Fehlermeldungen aus circa 2.000 Krankenhäusern und 100.000 Arztpraxen. Zwei Drittel der gemeldeten Fälle betreffen Anästhesiologie. Während sich seit dem Start von CIRSmedical rund drei Millionen Schlaganfälle in Deutschland ereigneten, wurden nur 44 Fälle aus der Neurologie gemeldet. Nur vier Fälle aus der Augenheilkunde, obwohl in diesem Zeitraum ca. 4,5 Millionen Katarakt-Operationen in Deutschland registriert wurden! Ernüchternd stellte Max Skorning fest, dass die Zahl der bestätigten Fehler bei den Medizinischen Diensten die berichteten Fälle in den freiwilligen Meldesystemen um ein Vielfaches übersteigen. Und ein Schadenmeldesystem – obwohl seit über 20 Jahren schon gefordert – gibt es in Deutschland bis heute nicht.

Deutschland befindet sich auf einen langen Weg zur Sicherheitskultur, die Max

Skorning auf die Formel bringt: Erkenntnis + Einsicht + Regelung + Kontrolle = Sicherheitskultur. Erkenntnis heißt, erst die valide Erfassung von Never Events ermöglicht die Einordnung der Zahlenverhältnisse. Einsicht heißt, ein offener Umgang mit Fehlern führt zur Ent-Skandalisierung und macht die Fehlerprävention erst glaubhaft. Die Umsetzung der Regelungen führt zur Verringerung der Fehlerzahl und erhöht das Vertrauen weiter. Und das positive Feedback festigt ein sicheres Verhalten. Aus dieser Formel leitete er resümierend die Forderung ab, die Patientensicherheit zur Chefsache zu erklären.

### Österreich: Ressourcen für die Patientensicherheit freisetzen und nutzen

Die Präsidentin der Österreichischen Plattform Patientensicherheit (ANetPaS), Dr. Brigitte Ettl, berichtete über den Stand der Patientensicherheit in der Alpenrepublik. Die ANetPaS ist bereits seit 10 Jahren aktiv und konnte zahlreiche Ideen und Initiativen umsetzen. Zu den vier zentralen Themenbereichen der Plattform gehören das Patient-Empowerment, die Kommunikation, die Medikamenten-Sicherheit und die Hygiene. Die Vision der österreichischen Patientensicherheitsplattform ist, dass es bis 2040 keinerlei Todesfälle

durch unerwünschte Ereignisse mehr gibt und alle Anstrengungen von Politik und Gesundheitsanbietern unternommen werden, um dieses Ziel zu erreichen. Dass dies ein sehr ehrgeiziges Ziel ist, ist Brigitte Ettl bewusst, dennoch stellte sie optimistisch fest, dass die dafür notwendigen Ressourcen im Gesundheitswesen vorhanden sind, sie müssen nur freigesetzt und genutzt werden.

Im Unterschied zu Deutschland verfügt Österreich über eine bundesweite Patientensicherheitsstrategie (die erste Fassung für den Zeitraum 2013-2016, die aktuelle Fassung seit November 2018). Zu deren Schwerpunkten gehören:

- Ausbau der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Förderung einer offenen Sicherheitskultur
- Einrichten eines Patientensicherheitsbeirates
- Festlegen von Rahmenbedingungen für ein Risikomanagement (einschließlich Fehlermanagement) in Gesundheitseinrichtungen
- Ausbau von Fehlermelde- und Lernsystemen inklusive Analyse und Maßnahmenableitung
- Definition von High-Risk-Bereichen
- Aufbau von Monitoring
- Erfassen und Vermeiden von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen
- Verankern von Patientensicherheitsinhalten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Angehörigen aller Gesundheitsberufe.

Diese Schwerpunkte bilden im Großen und Ganzen dieselben Herausforderungen ab, mit denen das deutsche Gesundheitswesen in Sachen Patientensicherheit konfrontiert wird. Was aber Österreich positiv von Deutschland unterscheidet, ist die Verankerung des Themas Patientensicherheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. Die Patientensicherheit ist in die Grundausbildung eingebettet. Die Ausbildungsangebote sind auf regionaler und Bundesländerebene sowie bei den Privatkrankenhäusern und öffentlichen Kliniken vorhanden. Ihre Palette reicht von



FOTO: vdek / Tonstein-Tietze

MAX SKORNING: Die Patientensicherheit zur Chefsache erklären!

## BAYERN

„TÜV-geprüft“ bis zur postgraduellen Ausbildung an den Universitäten.

### Schweiz: Das Problem der dezentralen Struktur

Dr. René Schwendimann, der Leiter der Abteilung Patientensicherheit am Universitätsspital Basel, berichtete über die Situation in der Schweiz. Auch in diesem Land ist die Patientensicherheit eine Aufgabenstellung, deren Umsetzung komplexe Herausforderungen an die Akteure stellt. Eine der Hauptschwierigkeiten besteht in der dezentralen Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens, die auf das föderale System des Landes zurückzuführen ist. Im Jahr 2013 wurden „Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates – 2020“ veröffentlicht. Das Papier definierte die Sicherung und Erhöhung der Versorgungsqualität als eines der Gesundheitsziele. Das Problem besteht darin, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung in der Schweiz weder systematisch erfasst noch einheitlich gemessen wird. Wichtige Daten werden nicht erhoben oder sind für die Behörden nicht zugänglich. So können weder das Verbesserungspotenzial noch die erzielten Verbesserungen erfasst werden. Es fehlt ein echter Qualitätswettbewerb.

Unter diesen Umständen, so René Schwendimann, gewinnen die nationalen Pilotprogramme für mehr Patientensicherheit enorm an Bedeutung. Drei Pilotprogramme sind bereits abgeschlossen: Sichere Chirurgie – Profis checken (2013-2015), Sichere Medikation an Schnittstellen (2014-2017) und Blasenkatheter gezielt einsetzen (2016-2018). Zwei weitere Pilotprogramme befinden sich noch in der Umsetzung: Medikation in Pflegeheimen (2016-2021) und COM-Check Sichere Chirurgie (2018-2021).

Erfolgversprechend im Zusammenhang mit dem Thema Versorgungsqualität ist die Tätigkeit des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Seine Aufgaben sind es, landesweit einheitliche Qualitätsmessungen im stationären Bereich inklusive der Rehabilitation und der Psychiatrie durchzuführen, national vergleichende Auswertungen zu erstellen, die Resultate transparent zu publizieren und damit den Einrichtungen einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu ermöglichen. Gemessen werden die Patientenzufriedenheit, die postoperativen Wundinfektionen, Dekubitus und Sturzereignisse sowie potenziell vermeidbare wiederholte Krankenhauseinweisungen.

Selbstkritisch zog René Schwendimann sein Fazit: In der Schweiz existieren zur

Patientensicherheit viele wertvolle Einzelaktivitäten verschiedener Akteure. Was jedoch fehlt, sind eine gesamtheitliche Strategie, Prioritätensetzung und Wirksamkeitsprüfung unter Einbindung und Vernetzung aller Beteiligten sowie Institutionen, die eine solche Strategie nachhaltig etablieren könnten.

### Bayern: Einig über das strategische Ziel

An der Podiumsdiskussion nahmen führende Vertreter des bayerischen Gesundheitswesens teil, die sich zum Stand der Patientensicherheit im Freistaat äußerten. Siegfried Hasenbein, der Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft vertrat unter anderem die Auffassung, dass die Patientensicherheit schon aus Wettbewerbsgründen unter den Kliniken in den letzten Jahren zur Chefsache geworden ist. Die Idee von einem Patientensicherheitsbeauftragten fand Unterstützung seitens des Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Andreas Botzlar. Der Patientensicherheitsbeauftragte soll unabhängig finanziert werden und eigenständig sein. Allerdings, meinte Andreas Botzlar, bei einer offenen Kommunikation und Transparenz in den Krankenhäusern bräuchte man diese Stelle nicht. Der Geschäftsführer der Freien Allianz der Länder-Kassenärztlichen Vereinigungen (FALK), Martin Degenhardt, nannte für die mangelnden Fehlermeldeaktivitäten der niedergelassenen Ärzte zwei Gründe: die Skandalisierung der bekanntgewordenen Behandlungsfehler in den Massenmedien und die geltende Rechtslage in Bezug auf die Haftung.

Im Resümee waren sich alle Teilnehmer des Fachforums einig, dass Patientensicherheit nur als Chefsache gelingen kann und dass es im Endresultat um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess geht. Mehr Patientensicherheit geht nur, wenn alle verantwortlichen Akteure an einem Strang ziehen und Fehler nicht primär als Sanktionsgrund, sondern als Grundlage für Lernprozesse interpretiert werden. ■



FOTO vdek/Torsten Tietze

EINIG ÜBER DAS STRATEGISCHE ZIEL (v. l. n. r.): Siegfried Hasenbein (BKG), Dr. Brigitte Ettl (ANetPaS), Dr. Max Skorning (MDS), Dr. Andreas Botzlar (BLÄK), Dr. Ralf Langejürgen (vdek), Martin Degenhardt (FALK), Dr. Schwendimann (Universitätsspital Basel), Nikolaus Nützel (BR).

VDEK ZUKUNFTSPREISTRÄGER AUS BAYERN

# Mehr Sicherheit bei Operationen – Integration eines Apothekers in die Anästhesieambulanz

Zum fünften Mal in seiner zehnjährigen Geschichte geht der vdek-Zukunftspreis 2019 nach Bayern. Das Klinikum der Universität München und die Apotheke Großhadern werden für ihr Projekt „Mehr Patientensicherheit bei Operationen – Integration des Apothekers in die Anästhesieambulanz“ prämiert.

Text: Monika Andraschko, MBA, Apotheke des Klinikums der Universität München

Die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten ist eine klassische und zugleich kritische Schnittstelle im Gesundheitswesen. Eine fehlerhafte Arzneimittelanamnese bildet eine Hauptursache für Verordnungsfehler im Krankenhaus. Um dies zu vermeiden und die Patientensicherheit zu gewährleisten, muss die Vormedikation gründlich erfasst werden. Die Patienten bringen im Median sechs Arzneimittel mit (0-29). Trotz Bundesmedikationsplan muss man die meisten Patienten befragen und häufig Rücksprache mit Haus- und Fachärzten, Pflegeheimen oder Angehörigen halten.

Bereits seit 2014 wird die Pharmazeutische Arzneimittelanamnese (PhAMA) am Klinikum der Universität München durch ApothekerInnen auf Stationen mit operativem Schwerpunkt durchgeführt. Die verbesserte Kommunikation an der Schnittstelle ambulant-stationär und zwischen den medizinischen Berufsgruppen erhöht die patientenindividuelle Arzneimitteltherapiesicherheit und hilft, Behandlungsfehler zu vermeiden. Dabei wird strukturiert nach dem Leitfaden „Bestmögliche Arzneimittelanamnese“ vorgegangen und die Angaben werden elektronisch in der Patientenakte hinterlegt. Ärzte und Pflegenden wollen auf diese pharmazeutische Dienstleistung nicht mehr verzichten.

Vor Operationen und anderen Eingriffen unter Narkose erfolgt eine präoperative Untersuchung und Aufklärung durch den Anästhesisten. Dies beinhaltet auch die Erfassung und Beurteilung der Medikation des Patienten. Eine bestehende Arzneimitteltherapie, aber auch ein zu frühes oder zu spätes Absetzen kann prä-, intra- und postoperativ zu verschiedenen Komplikationen führen. Dazu gehören u.a. erhöhte Blutungsneigung oder Thromboembolie, Hypo- oder Hypertonie, Blutzuckerentgleisungen, QT-Zeit-Verlängerung oder klinisch relevante Interaktionen mit intraoperativ angewendeten Arzneimitteln.

Aufgrund der guten Erfahrungen mit der PhAMA auf Station war es Ziel, den Apotheker als Teil des Teams der Anästhesieambulanz zu etablieren. Vor dem Gespräch mit dem Anästhesisten erfolgt durch den Apotheker die Erfassung der vollständigen Vormedikation des Patienten. Zusätzlich findet eine Prüfung auf arzneimittelbezogene Probleme statt, wie Wechselwirkungen



FOTO: vdek / Georg J. Lopata

HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH AN DIE PREISTRÄGER AUS BAYERN (v. l. n. r.): Uwe Klemens, vdek-Verbandsvorsitzender, Dr. Daniela Stelzer und Monika Andraschko, beide von der Apotheke des Klinikums der Universität München, Dr. Sergej Saizew, vdek-Landesvertretung Bayern, und Ulrike Elsner, vdek-Vorstandsvorsitzende.

zwischen den Medikamenten oder Dosisanpassungen mit besonderem Fokus auf Fragen des präoperativen Umgangs beispielsweise Absetzen des Medikaments oder auch Interaktionen mit Arzneimitteln der Narkose. Alle Angaben werden elektronisch im System der Anästhesie hinterlegt.

Damit können die relevanten Maßnahmen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte unmittelbar veranlasst werden. Die 2018 erfolgte Integration des Apothekers vor Ort in den Räumlichkeiten der Anästhesieambulanz bedeutet für den Patienten kurze Wege und ermöglicht eine schnelle Kommunikation und direkten Austausch zwischen den Beteiligten.

Im Durchschnitt wird von den Apothekern pro Patient ein arzneimittelbezogenes Problem festgestellt. Durch die Interprofessionelle Zusammenarbeit kann das Risiko im Rahmen von Operationen gesenkt werden. Die Patienten werden rechtzeitig über den korrekten präoperativen Umgang mit ihrer Medikation informiert und notwendige Zusatzmaßnahmen, wie Umstellungen oder zusätzliche Diagnostik, können initiiert werden. Die Klinik muss geplante Operationen nicht mehr verschieben, weil etwa ein Arzneimittel nicht rechtzeitig abgesetzt wurde. Alle Beteiligten sind überzeugt, dass das Konzept ein echter Qualitätsgewinn ist. ■

# Instrumente der Qualitätssicherung offensiver nutzen

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHS) zum 1.1.2016 wurde eine Qualitätsagenda für den Krankenhausbereich auf den Weg gebracht. Auf mehreren Ebenen wurden Qualitätsziele vorgegeben. Wunsch des Gesetzgebers ist es, die Qualität der Krankenhausversorgung zukünftig strenger zu kontrollieren und konsequenter durchzusetzen.

**A**uch wenn die Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch das Krankenhausstrukturgesetz gestärkt wurden und inakzeptable Qualitätsergebnisse nun Konsequenzen für die Krankenhäuser nach sich ziehen können, hat sich nach inzwischen dreijähriger Umsetzungsphase gezeigt, dass die gesetzlichen Vorgaben noch immer nicht ausreichen, um die Versorgungsstrukturen effizient weiterzuentwickeln. Aus Patientenperspektive besteht weiter Nachbesserungsbedarf. So sind nach wie vor erhebliche Qualitätsunterschiede zwischen Kliniken bei der Behandlung einzelner Krankheitsbilder festzustellen. Der Zusammenhang zwischen der Zahl der Behandlungsfälle und dem Behandlungsergebnis ist evident und begründet eine Ausweitung von Mindestmengenregelungen auf weitere Indikationen.

## Mindestmengenregelung – die ersten Ergebnisse liegen vor

Zahlreiche Studien in den vergangenen Jahrzehnten haben den Zusammenhang zwischen der Höhe der Fallzahlen eines Krankenhauses und der dortigen Behandlungsqualität belegt. Die Wahrscheinlichkeit, schwere Komplikationen zu erleiden und daran zu sterben, ist nachweislich in den Kliniken geringer, in denen die entsprechenden Krankheiten häufig behandelt werden. Mit Einführung der Mindestmengenregelung durch den



FOTO: Bergingfoto – stock.adobe.com

G-BA wurden diese Erkenntnisse in den Krankenhausalltag übersetzt. Für einen bislang schmalen Katalog von sieben Operationen und Behandlungen sind verbindliche jährliche Mindestmengen festgelegt, die jeweils auf den einzelnen Krankenhausstandort bezogen sind. Dies gilt für komplexe Eingriffe an der Speiseröhre (10 pro Jahr) oder der Bauchspeicheldrüse (10), für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 g (14), für Transplantationen von Leber (20), Niere (25) und Stammzellen (25) sowie für Kniegelenk-Totalendoprothetik (50).

Seit diesem Jahr müssen die bayerischen Kliniken nach einem neuen Verfahren gegenüber den Krankenkassenverbänden darlegen, ob sie für die sieben genannten Leistungsbereiche die

vorgegebenen Mindestmengen einhalten oder nicht. Dies erfolgt über die Abgabe einer Prognosemitteilung. Grundlage dafür sind die Ist-Zahlen aus dem Vorjahr sowie die Zahlen vom 1. Juli des Vorjahres bis zum 30. Juni des laufenden Jahres. Zeigt die Prognose, dass die erforderliche Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen im Folgejahr nicht mehr erbracht werden.

Bei dem aktuell in Bayern durchgeführten Prüfverfahren gaben insgesamt 176 Krankenhäuser Prognosemitteilungen für in Summe rund 300 Leistungsbereiche ab. Davon wurden 18 Standorten in insgesamt 21 Bereichen die vorgelegten Prognosen von den Kassenverbänden widerlegt. Für diese Standorte besteht somit in den betroffenen Bereichen ein Leistungserbringungsverbot ab dem 1.1.2020.

### Beispiel – Kniegelenk-Totalendoprothetik (Knie-TEP)

Ein Schwerpunkt in der Leistungserbringung und damit auch in der Prüfung nach der Mindestmengenregelung liegt im Bereich der Knie-TEP. Hierbei handelt es sich um eine zumeist elektive, das heißt planbare Leistung, die in Bayern zuletzt an gut 150 Krankenhäusern, sprich in jedem zweiten Krankenhaus erbracht wurde. Die Spanne der dort jeweils durchgeführten Eingriffe reicht dabei von 50 bis über 1000 Operationen im Jahr. Der Median der erbrachten Leistungen liegt bei 108. Die Hälfte der gut 150 Krankenhäuser erbringt damit jeweils weniger als 108 Knie-TEP-Operationen im Jahr. Das heißt, pro Woche werden lediglich zwei Knie-TEP-Operationen durchgeführt. Erschwerend kommt hinzu, dass die Mindestmengen derzeit standort- und nicht arztbezogen festgelegt werden. Das bedeutet, dass die Zahl der Operationen unter Umständen noch auf mehrere Operateure aufgeteilt werden muss. Das heißt im Endresultat: An vielen Kliniken in Bayern findet in einem wichtigen Indikationsbereich klassische Gelegenheitschirurgie statt.

Vor diesem Hintergrund fordern die Ersatzkassen eine Anhebung bestehender Mindestmengen sowie die Einführung weiterer Mindestmengen in geeigneten Leistungsbereichen, um damit noch mehr Patienten vor unnötigen Komplikationen zu schützen. Ziel soll es sein, die Qualität der Versorgung in den bayerischen Krankenhäusern für die Versicherten der Ersatzkassen zu verbessern und gleichsam notwendige Strukturreformen anzustoßen.

### Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – neue Instrumente

Im Gegensatz zur Mindestmengenregelung wurde das Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan-QI) nach Inkrafttreten des KHSG völlig neu aufgesetzt. Mit Hilfe des Instituts

für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hat der G-BA elf Indikatoren in der externen stationären Qualitätssicherung identifiziert, die sich für die Krankenhausplanung eignen. Es handelt sich dabei um Indikatoren in den Leistungsbereichen Gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie. Alle elf Indikatoren zeigen eine Patientengefährdung an.

Ende Oktober 2019 wurden zum zweiten Mal die aktuellen Ergebnisse durch den G-BA veröffentlicht. Schon vor der Veröffentlichung stellt der G-BA die Informationen sowie die Auswertungsergebnisse bundeslandbezogen den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Verfügung.

Bundesweit wurden 65 unzureichende Ergebnisse bei den erbrachten Leistungen an 61 Krankenhausstandorten festgestellt. 34 davon entfallen auf den Leistungsbereich Geburtshilfe. Dicht dahinter liegt der Leistungsbereich Mammachirurgie mit 26 der 65 unzureichenden Ergebnisse. Mit fünf der 65 unzureichenden Ergebnisse spielt der Leistungsbereich gynäkologische Operationen nur eine untergeordnete Rolle. Insgesamt waren gut 250 Patientinnen und Patienten von den unzureichenden Ergebnissen betroffen. Auf bayerische Krankenhäuser entfielen neun der bundesweit 65 unzureichenden Qualitätsergebnisse. Der Schwerpunkt lag dabei im Leistungsbereich Mammachirurgie.

### Kernaussagen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus bestätigt

Die diesjährigen Ergebnisse bestätigen zum wiederholten Mal die Kernaussagen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus.

1. Konzentration und Spezialisierung steigern die Qualität: Hochspezialisierte Krankenhäuser haben deutlich weniger unzureichende Qualitätsergebnisse als Krankenhäuser mit einem breiten Leistungsspektrum.

2. Gelegenheitsversorgung senkt die Qualität: Die Krankenhäuser, die lediglich rund 18 Prozent aller Geburten versorgen, sind aber für fast die Hälfte der unzureichenden Qualitätsergebnisse verantwortlich. Alle Fälle der unzureichenden Qualität im Leistungsbereich Gynäkologische Operationen betreffen ausschließlich die Krankenhäuser, die nur gut ein Prozent aller Eingriffe durchführen. Die Krankenhäuser, die weniger als fünf Prozent aller Operationen im Leistungsbereich Mammachirurgie durchführen, weisen mehr als die Hälfte der unzureichenden Qualitätsergebnisse auf.

3. Häufigkeit der Behandlungen steigert ihre Qualität: Je niedriger die Fallzahlen, umso häufiger treten die schlechten Ergebnisse auf.

Beispiel Geburtshilfe: Die Krankenhäuser mit mehr als 1.500 Behandlungen im Jahr versorgen 50,3 Prozent der Fälle insgesamt, sind aber nur in 14,3 Prozent der Fälle für unzureichende Qualität verantwortlich.

Ein ähnliches Bild in der Mammachirurgie: Die Krankenhäuser mit mehr als 180 Fällen im Jahr haben einen Anteil an der Gesamtzahl der Operationen in Höhe von 73,4 Prozent, aber nur in 24 Prozent der Fälle wurde unzureichende Qualität festgestellt.

Und noch besser schneidet der Bereich Gynäkologische Operationen ab: Die Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen im Jahr behandeln die Patienten in 98,6 Prozent aller Fälle insgesamt und liefern keinen einzigen Fall unzureichender Qualität.

Angesichts dieser Zahlen bekräftigen die Ersatzkassen in Bayern ihre Forderung, die Qualität als festes Kriterium der Krankenhausplanung zu etablieren. Das würde helfen, die Kapazitäten minderer Qualität zügig abzubauen, ohne die Versorgung der Patienten zu gefährden. ■

**BÜCHER**

## Digitalisierung im Gesundheitswesen

Der digitale Wandel im Gesundheitswesen führt zu grundsätzlichen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung und schafft neue Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie und Prävention. Aber wie ist der aktuelle Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen? Welche Herausforderungen und Potenziale bringt der digitale Wandel mit sich und in welchen Bereichen besteht noch Handlungsbedarf? Diese Fragen beantworten Autoren unterschiedlicher Disziplinen in ihren Beiträgen. Dabei arbeiten sie die aktuelle Situation der digitalen Transformation heraus.



Robin Haring (Hg.)  
Gesundheit digital –  
Perspektiven zur Digitalisierung  
im Gesundheitswesen.  
2019, XII, 233 S., € 49,99.  
Springer-Verlag, Berlin

## Der digitale Wandel

Die Digitalisierung ist kein Zukunftsphänomen. Wir befinden uns in einer Zeit des Umbruchs, in der digital normal wird. Es geht also nicht darum, ob die Digitalisierung auch die Gesundheitswirtschaft verändern wird, sondern wie. Das Buch „Digitale Transformation im Gesundheitswesen“ beleuchtet aus verschiedenen Perspektiven die Entwicklung der Digitalisierung und zeigt Chancen, Herausforderungen und Grenzen auf. Hierbei kommen sowohl Akteure aus Politik, Krankenversicherung, Selbstverwaltung und Wirtschaft zu Wort als auch junge Entscheider und Start-ups.



Matusiewicz, Pittelkau, Elmer (Hg.)  
Die Digitale Transformation  
im Gesundheitswesen  
1. Auflage, 373 Seiten, 49,95 €,  
MWV Medizinisch Wissenschaftliche  
Verlagsgesellschaft, Berlin

**PRÄVENTIONSPROJEKT**

## PAKT an: Physische Aktivität in KiTas aktiv nutzen



FOTO Robert Kneschke – stock.adobe.com

Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege werden gemeinsam ein weiteres Projekt nach den Vorgaben der Landesrahmenvereinbarung Prävention fördern. Die Landesrahmenvereinbarung regelt insbesondere die Förderung von Präventionsmaßnahmen für Sozialschwache und Sozialbenachteiligte.

Das Projekt unter dem Namen „PAKT an: Physische Aktivität in KiTas aktiv nutzen“ wird vom Bezirksverband Oberbayern der Arbeiterwohlfahrt an drei Kindertagesstätten – in Puchheim, Geretsried und Unterföhring – organisiert und durchgeführt. Es wird mit insgesamt rund 193.000 Euro für die Dauer von drei Jahren gefördert.

Die Zielgruppe der vorgesehenen Maßnahmen sind Kinder im Vorschulalter mit getrennt lebenden oder arbeitslosen Eltern, mit Inklusionsbedarf oder Fluchterfahrungen. Die sozial bedingte gesundheitliche Chancenungleichheit bei diesen Kindern soll mit speziell dafür entwickelten Bewegungsmodulen bekämpft werden. Dabei sollen die motorischen, kognitiven, sozialen und gesundheitlichen Leistungsfähigkeiten der Kinder erhöht und gefestigt werden.

**NEUES JAHR**

## Vor dem Start



FOTO Olivier Le Moal – stock.adobe.com

Der Begriff „große Gesundheitsreform“ ist in Deutschland aus der Mode gekommen. Stattdessen erlebt das deutsche Gesundheitswesen eine permanente Umwälzung mittels zahlreicher Gesetze und Verordnungen. Das zu Ende gehende Jahr 2019 hat in dieser Hinsicht alle Rekorde gebrochen: 17 Gesetze und neun Verordnungen hat der Bundesgesundheitsminister auf den Weg gebracht. Und es besteht die begründete Vermutung, dass die Aktivitäten des Bundesgesundheitsministeriums auch 2020 nichts an Schwung und Tempo einbüßen werden.

Daher empfiehlt sich – bevor das neue Jahr beginnt –, die besinnliche Adventszeit für die Rückschau und das Atemholen zu nutzen. Unseren Leserinnen und Lesern wünschen wir weiterhin viel Energie, Gesundheit und Glück. Ein gesegnetes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins neue Jahr!

**IMPRESSUM**

**Herausgeber**

Landesvertretung Bayern des vdek  
Arnulfstr. 201 a, 80634 München  
www.vdek.com

Telefon 0 89 / 55 25 51-0

E-Mail LV-Bayern@vdek.com

Redaktion Dr. Sergej Saizew

Verantwortlich Dr. Ralf Langejürgen

Druck Kern GmbH, Bexbach

Konzept ressourcenmangel GmbH

Grafik Schön und Middelhaufe GbR

ISSN-Nummer 2193-4045