

hessen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

Aug. 2004

Bestnoten für die Versorgungsqualität beim ambulanten Operieren in Hessen

Die fachspezifische Qualitätssicherung zeigt Wirkung: Bei niedergelassenen ambulanten Operateuren in Hessen sind die Risiken niedriger als im internationalen Vergleich.

Der Einstieg in die Erprobung der fachspezifischen Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren geht auf das Jahr 1997 zurück. Mit dem Abschluss eines Strukturvertrages zum ambulanten Operieren vereinbarten die Ersatzkassen in Hessen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) für krankenhausersetzende ambulante Operationen feste Preise. Im Gegenzug für stabile Punktwerte beim ambulanten Operieren, außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung, ging die KV Hessen die Verpflichtung ein, die Qualität der Eingriffe zu sichern. Diese Qualitätssicherung musste den unterschiedlichen Bedingungen der jeweiligen Fachrichtungen, Orthopäden, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Gynäkologen etc. gerecht werden. Das heißt, für jede Indikation werden spezifische Daten z.B. über mögliche Komplikationen erfasst. Deshalb werden für unterschiedliche Eingriffe unterschiedliche Qualitäts-Parameter verschlüsselt.

Die Dokumentation erfolgt bis auf weiteres noch auf Papierbögen. Im Zeitraum von 1999 bis 2001 wurden 61.477 Dokumentationsbögen ausgewertet. Insgesamt wurden 327.147 ambulante Operationen in diesem Zeitraum erfasst und abgerechnet. Die Zusammenfassung der Daten für 2002 ff. steht noch aus. Die bisher vorliegenden Ergebnisse wurden im Rahmen eines gemeinsamen Forums von Ersatzkassen und KV Hessen Ende April 2004 präsentiert.

Beispielgebend für Deutschland

Die für Deutschland beispielgebende Qualitätssicherung in Hessen zeichnet sich dadurch aus, dass der auf der Bundesebene entwickelte Basisdokumentationsbogen zur Qualitätssicherung ambulantes Operieren um zahlreiche Parameter erweitert wurde. Dazu gehören die Bereiche „Verlauf und Komplikationen“, „Operateure und Anästhesisten“ sowie insbesondere der Bereich der „Erfolgsbeurteilung“. Dieser Fortschritt ist in weiten Teilen der Initiativkraft der KV Hessen zuzuschreiben.

Das Ziel der Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren ist es, gemeinsam eine Bewertung des aktuellen Sachstandes hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in niedergelassenen Praxen vorzunehmen, um diese miteinander aber u.a. auch mit den Krankenhäusern vergleichen zu können. Die Schwerpunkte beziehen sich dabei auf die Angemessenheit der Operationen im Hinblick

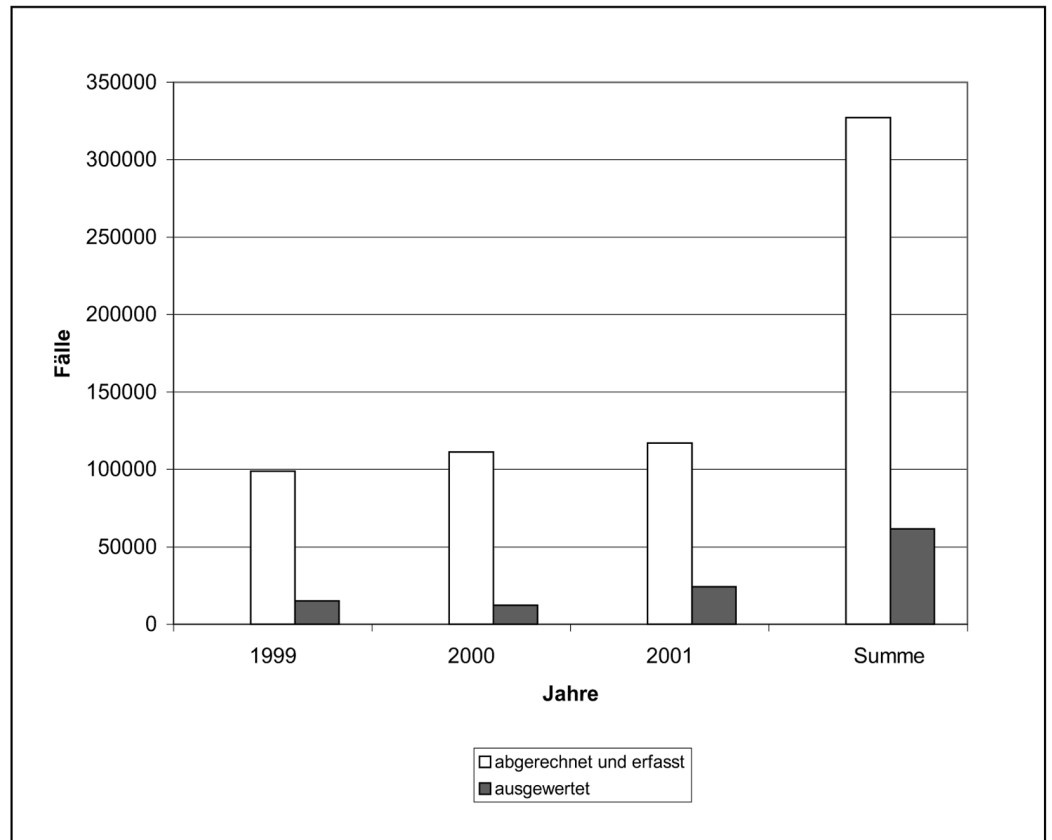


Abb. 1: Abgerechnete, erfasste sowie ausgewertete Fälle

auf ihre grundsätzliche Notwendigkeit, ihre ambulante Durchführbarkeit, ihren Verlauf, sowie insbesondere den Erfolg der Operationen. Zusätzlich werden in den Praxen unregelmäßige Stichproben, in Form so genannter Monitorbesuche, durchgeführt.

Anzahl der qualitätsgesicherten Fälle

In den Jahren 1999 bis 2001 ist eine mäßige Zunahme der abgerechneten ambulanten Operationen von 99.016 auf 117.027 festzustellen. In diesem Zeitraum hat sich jedoch nicht nur die Anzahl der durchgeführten ambulanten Operationen erhöht, sondern auch die Zahl der teilnehmenden und durchführenden Praxen (von 3.877 auf 4.359).

Die QS der 327.147 durchgeführten Operationen erfolgte also durch die Auswertung der Stichproben von 61.477 Dokumentationsbögen. Die Beschränkung der Auswertung auf eine Stichprobe ist u.a. auch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit erfolgt. Solange noch keine elektronische Datenübertragung möglich ist, stellt das Einscannen von Papierbögen einen gewichtigen Kostenfaktor dar.

Die häufigsten ambulanten Operationen

In der Stichprobe von 61.477 Eingriffen sind die einzelnen Operationsarten entsprechend der Häufigkeit repräsentiert. So nimmt die resezierende arthroskopische Kniegelenksoperation mit 10.289 ausgewerteten Dokumentationsbögen den ersten Platz ein. Die häufigsten ambulanten Operationen, soweit sie in der Stichprobe die Zahl von 1.000 Fällen überschreiten, sind in Abbildung 2 aufgelistet.

Indikationsstellung

Die Indikationsstellung für eine ambulante Operation hat eine entscheidende Bedeutung bei Plausibilitätsfragen. Hierüber gibt es nur wenig Erkenntnisse für den Bereich des ambulanten Operierens. Mittels der fachspezifischen QS lässt sich Transparenz für die Indikationsstellung herbeiführen. Am Beispiel der rekonstruktiven arthroskopischen Operation des Kniegelenks wird dies in der nachfolgenden Abbildung aufgezeigt (Abb. 3).

Transparenz bei Implantaten

Am Beispiel der Katarakt-Operationen lässt sich zeigen, dass die Verwendung der Acryl-Linse in ca. 3/5 der Fälle erfolgt. Die Verteilung auf die übrigen Implantate zeigt die Abbildung 4.

Operationsart	Anzahl
Resezierende arthroskopische OP	10.289
Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms	7.756
Abrasio der Gebärmutter	6.671
Adenotomie	4.163
Phimose	3.593
Sterilisation der Frau	2.243
Crossektomie	2.233
OP der Epikondylitis radialis	1.969
Katarakt	1.834
Entfernung eines Osteosynthesematerials	1.706
Rekonstruktive arthroskopische OP	1.442
Ausräumung einer Blasenmole	1.345
Adnexen/Gebärmutter	1.211
Exzision von Hämorrhoidalknoten	1.181
Exotose selbständige Leistung	1.095
Entfernung Osteosynthesematerial	1.059
Dupuytren'sche Kontraktur mit vollst. Entf.	
der Palmaraponeurose	1.035
Leisten/Schenkelbruch	1.014

Abb. 2: Anzahl der häufigsten ausgewerteten Operationen

Verteilung der Indikationen bei OPs: *

*inklusive Fachgruppe „Chirurgie 2002“ bis 09/2002

Rekonstruktive arthroskopische OP nur Kreuzband Rotatorenmanschettennaht (Ziffer 2450A)

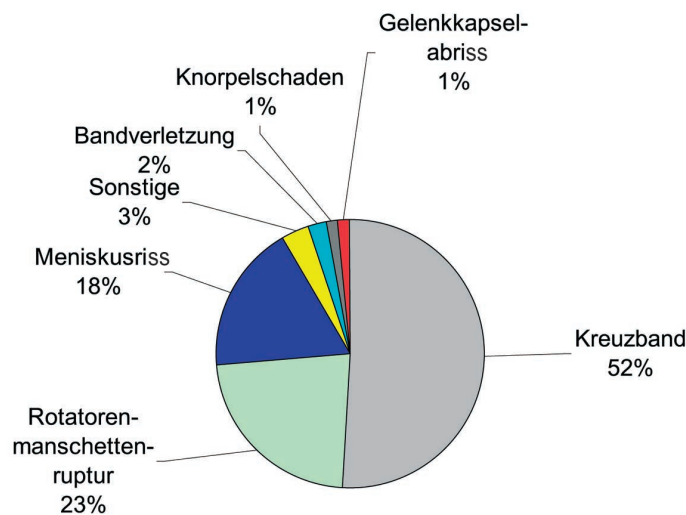


Abb. 3: Verteilung der Indikationen bei Operationen

Implantierte Materialien pro Operationsart: *)

*) inkl. Fachgruppe „Chirurgie 2002“ bis 09/2002

Phakoemulsifikation (Katarakt) (Ziffer 2450A)

Operationen: 3.014

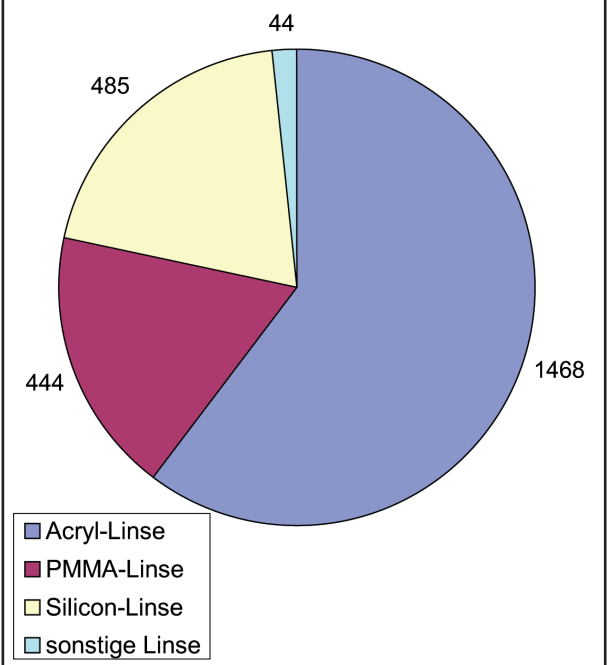


Abb. 4: Implantierte Materialien pro Operationsart

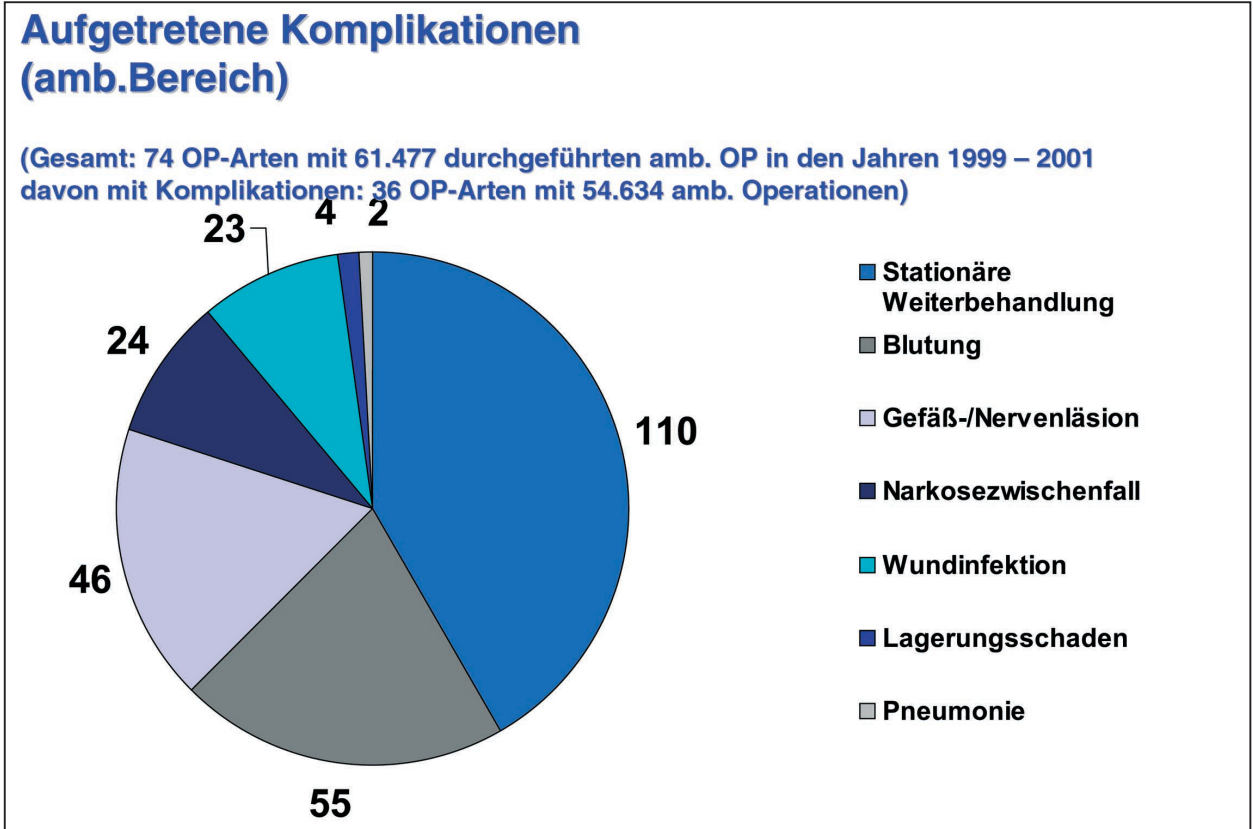


Abb. 5: Aufgetretene Komplikationen

Der Löwenanteil an aufgetretenen Komplikationen liegt mit 100 Fällen im Erfordernis einer stationären Weiterbehandlung. Die übrigen Komplikationen sind aus der Abb. 5 ersichtlich.

Komplikationsrate

Bei der überwiegenden Mehrheit der durchgeführten ambulanten Operationen liegt die Komplikationsrate weit unter 1 Prozent. Dies ist weit besser als im internationalen Vergleich dokumentiert.

Ebenfalls gut sind die Ergebnisse bei 5 Operationsarten, deren Komplikationsrate über einem Prozent liegt (Abb. 6).

Operationsart	Komplikationsrate
Exstirpation des Wurmfortsatzes (Appendektomie)	6,06 %
Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches – beidseitig	5,32 %
Operation des Pansinus	3,70 %
Laparoskopie/Pelviskopie	1,59 %
Operation an den Adnexen einer Seite und/oder an der Gebärmutter	1,40 %

Abb. 6: Komplikationsraten > 1 Prozent

Aufgaben der Bundeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren (§ 8)

- Definition von Auswahlkriterien und **Auswahl der Leistungen** für Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Definition der **Ziele** der Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Erstellung eines **Konzeptes für die Begehungen** am Ort der Leistungserbringung für die Landesebene
- Einführung von **vorbereitenden** Qualitätssicherungsmaßnahmen
- **Evaluation** der Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Empfehlung über die **Fortführung** von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Regelung des **Datenflusses**
- Herausgabe eines jährlichen Qualitätssicherungsberichtes

Über die Entwicklung auf Bundesebene referierte Frau Daniela Riese, VdAK/AEV. Für die Umsetzung der Aufgaben der Bundeskommission QSambOp sind die in Hessen gesammelten Erfahrungen von hohem Wert. Bislang wurden aus keinem anderen Bundesland vergleichbares Datenmaterial veröffentlicht.

Zitate aus der gemeinsamen Forumveranstaltung zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren in Hessen am 28. April 2004 im Hause der KV Hessen:

Anne Oppermann (Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Fraktion im Hessischen Landtag):

„Ich bin beeindruckt, wie weit Hessen schon ist!“

Florian Rentsch (Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion im Hessischen Landtag): „Hessen ist Vorreiter in der Qualitätssicherung.“

Dr. med. Hubert Schindler

(Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hessen):

„Ziel ist es, einen Dialog zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern aufzubauen.“

Dr. med. Jörg Hempel

(Vorsitzender der KV-Bezirksstelle Wiesbaden): „Wir sind alle für Qualitätssicherung, aber für ein sinnvolles Umgehen. Es soll ja nicht zum Folterinstrument für Ärzte und Krankenhäuser werden.“

Dr. med. Horst Rebscher-Seitz (Vorstandsvorsitzender der KV Hessen): „Ich kann nur den Kollegen danken, die diese Begehungen machen. Sie können sicher sein, dass bei Verstößen alle Rechtsmittel genutzt werden.“

„Wir haben im Vorstand häufiger Fälle diskutiert und dann auch scharf geschossen.“

Anmerkung der Redaktion: Zulassung entzogen!

Dr. med. Andreas Werner (Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen e.V. Landesverband Hessen und Vorstandsmitglied des Bundesverbandes):

„Strukturqualität bejahen wir schon alleine aufgrund des Facharzt-Standards.“ „Die Zeit des Herumwerkeln ist schon lange vorbei.“

„Wir nehmen als Berufsverbände gerne an der Qualitätssicherung teil. Wir sind gerne bereit, an Kontrollen und Qualitätszirkeln teilzunehmen.“

Anne Oppermann (siehe links): „Für den Erhalt der Krankenhäuser in der Fläche müssen wir alles tun.“

Dr. med. Thomas Spies (Gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion im Hessischen Landtag):

„Qualitätssicherung nutzt denen, die es können und sie schadet denen, die es nicht können.“

Florian Rentsch (siehe links):

„Krankenhäuser in der Fläche sind ein Symbol für medizinische Versorgung.“ „Krankenhäuser kosten im Vergleich zum ambulanten Bereich mehr Geld.“

Dr. med. Andreas Werner (siehe links):

„Ich habe die Erfahrung gemacht, dass politische Aussagen überhaupt keine praktische Bedeutung für uns haben.“

„Wo ist denn die Qualitätssicherung in der Politik?“

Dr. med. Horst Rebscher-Seitz (siehe links):

„Wie realisieren wir die Einsparpotentiale in den Krankenhäusern?“

„Wie bekommen wir neue finanzielle Mittel für diese neuen Aufgaben.“

Dr. med. Thomas Spies (siehe oben): „Gesundheitsreform ist ein Dauerzustand aufgrund der Komplexität des Systems.“

Dr. med. Klaus König (Berufsverband der Frauenärzte e.V. Landesvorsitzender Hessen): „Wir garantieren den Facharztstandard, den es im Krankenhaus nie gab!“

Maßnahmen

Ein wichtiges Instrument, im Rahmen der Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren, stellen die Maßnahmen dar:

- Rückfrage beim ambulanten Operateur bei statistischer Auffälligkeit
- Hinweise und Informationen
- Entzug der Abrechnungsgenehmigung

Das Aussprechen von notwendigen Maßnahmen erfolgt auf der Grundlage der ausgefüllten Dokumentationsbögen. Maßnahmen werden dort erforderlich, wo die Dokumentation eine erhöhte Komplikationsrate aufweist. Die Maßnahmen machen eine Stellungnahme der betroffenen Praxis erforderlich. Dabei kann das Ausbleiben einer Reaktion bis zur Entziehung der Abrechnungsgenehmigung führen. (Vgl. dazu Abb.7)

Qualitätssichernde Maßnahme beim ambulanten Operieren in Hessen

Jahr	Anzahl der geprüften Ärzte	Maßnahmen
1997	49	6 Hinweise
1998	108	5 Hinweise; 1x Anford. des OP-Befundes; 3x Entzug der Abrechnungsgenehmigung
1999	37	11 Hinweise
2000	99	26 Hinweise; 1x Entzug der Abrechnungsgenehmigung
2001	87	28 Hinweise
2002	73	33 Hinweise

Abb. 7: Forumveranstaltung am 28. April 2004

Podiumsdiskussion: Kritische Nachfragen und ihre Antworten

Auf die Frage, ob die Krankenhäuser überprotektio- niert werden:

Anne Oppermann, MdL:

„Die Erhaltung von kleinen Krankenhäusern ist not- wendig. Dies betrifft Kreis- sowie Stadtkrankenhäuser.“

Florian Rentsch, MdL: mahnte überbordende Büro- kratie und unkoordinierte Parallelmaßnahmen an. So erfolgen Praxisbegehungen auch durch die Gesund- heitsämter und deren Feststellungen werden offen- sichtlich hier gar nicht berücksichtigt.

Inwieweit eine Kooperation mit den Gesundheitsäm- tern herbeigeführt werden kann, blieb an diesem Abend offen.

Dr. med. Thomas Spies, MdL:

„Wie stellen Sie sicher, angesichts der Drohung, die Abrechnungsgenehmigung zu entziehen, dass der- jense, der dokumentiert, auch präzise dokumentiert?“ Antwort durch Herrn Dr. Herholz: Mit Hilfe von Stich- proben durch die KV Hessen, in Form unangemelde- ter Prüfungen, wird versucht, in den Praxen vor Ort die Angaben im Dokumentationsbogen zu überprü- fen (Monitorbesuche). Dies bedeutet, dass auch in den Praxen Stichproben genommen werden, die im Bereich „Komplikationen“ eine Rate von 0 % haben.



Diskutierende Podiumsteilnehmer: v.l.n.r.:

Dr. Hubert Schindler, Dr. Rebscher-Seitz, Anne Oppermann, Florian Rentsch, Dr. Thomas Spies, Daniela Riese

Die sozial- und gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, **Kordula Schulz-Asche, MdL**, konnte aus terminlichen Gründen an der Podiumsveranstaltung leider nicht teilnehmen, nahm allerdings wie folgt zu dem Thema Stellung:

„Das optimale Zusammenwirken von stationärer und ambulanter Versorgung muss eines der Hauptziele von Gesundheitspolitik sein. Ambulantes Operieren wird deshalb im Rahmen einer allgemeinen integrierten Versorgung immer mehr an Bedeutung gewinnen. Für die Patientinnen und Patienten ist aber auch hier von entscheidender Bedeutung, im Vorfeld medizinischer Maßnahmen ausreichend beraten, an die qualifizierten Angebote verwiesen zu werden und eine umfassende Nachsorge zu erhalten.“



Podiumsteilnehmer v.r.n.l.: Dr. Klaus Heckmann, Daniela Riese, Dr. Thomas Spies, Florian Rentsch, Anne Oppermann, Dr. Rebscher-Seitz, Dr. Hubert Schindler, Dr. Jörg Hempel, Dr. Klaus König, Dr. Harald Herholz, Dr. Andreas Werner, Dr. Christoph Schürmann

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Hessen des VdAK/AEV

Walter-Kolb-Straße 9-11 · 60594 Frankfurt/Main

Telefon: 0 69 / 96 21 68 20 · Telefax: 0 69 / 96 21 68 21

Redaktion: Meinhard Johannides unter Mitwirkung von Katja Kossack

Verantwortlich: Dr. Hubert Schindler

e-mail: meinhard.johannides@vdak-aev.de

Die Erstellung dieses Länderreports war aufgrund der Datenlieferungen seitens der KV Hessen möglich. Besonderen Dank an Herrn Dr. Harald Herholz, der uns hierbei mit umfangreichem Material unterstützt hat.