

Pressemitteilung

Patientensicherheit im Fokus: Planbare Bauchaorten-Eingriffe möglichst nur in spezialisierten Kliniken

Frankfurt, 25. Oktober 2018 – In Hessen leiden rund 20.000 Frauen und Männer über 65 Jahren an einer erweiterten Bauchaortader, einer im schlimmsten Falle tödlichen Gefahr. Wie hoch deren Sterberisiko im Falle einer planbaren Operation ist, hängt davon ab, wie und in welchem Krankenhaus operiert wird. Das geht aus dem BARMER-Krankenhausreport 2018 hervor. So war die Sterberate bundesweit drei Jahre nach einem planbaren Eingriff um zwei Prozentpunkte geringer, wenn die Operation nicht offen-chirurgisch, sondern minimal-invasiv erfolgte. Zudem war die Sterblichkeitsrate um 2,3 Prozentpunkte geringer, wenn der minimal-invasive Eingriff in einem zertifizierten Gefäßzentrum durchgeführt wurde.

„Die Versorgung von Patienten mit einer planbaren Operation an der Bauchaortader muss besser werden. Künftig sollten die Eingriffe nur noch in zertifizierten Gefäßzentren oder Kliniken mit einer hohen Fallzahl erfolgen. Dazu wäre auch die Einführung von Mindestmengen pro Standort und Operateur sinnvoll“, sagt Norbert Sudhoff, Landesgeschäftsführer der BARMER in Hessen.

33 von den etwa 120 hessischen Krankenhäusern haben im Jahr 2016 einen Bauchaorten-Eingriff durchgeführt. Landesweit erfüllen 20 Kliniken die dazu vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassene Qualitätssicherungsrichtlinie. Sechs von diesen Häusern sind zusätzlich durch die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) zertifiziert. „Die flächendeckende Versorgung in Hessen bleibt sichergestellt, auch wenn nicht jede Klinik mit geringer Fallzahl planbare Operationen an der Bauchaortader vornimmt“, so Norbert Sudhoff. Für diesen anspruchsvollen Eingriff seien Erfahrung und Routine nötig.

76 Prozent minimal-invasive Eingriffe in Hessen

In Hessen wurden im Jahr 2016 mehr als 1.000 Patientinnen und Patienten über 65 Jahre an der Bauchaorta operiert. Zwischen den Jahren 2014 und 2016 erfolgte der Eingriff bei etwa 76 Prozent der Betroffenen minimal-invasiv. Die Auswertungen zeigen, dass der minimal-invasive Eingriff mit einer

Landesvertretung

Hessen

Erlenstraße 2
60328 Frankfurt/M.

www.barmer.de/presse-hessen
www.twitter.com/BARMER_HE
presse.he@barmer.de

Brigitte Schlöter
Tel.: 0800 333004352230
brigitte.schloeter@barmer.de

geringeren Sterblichkeit einhergeht. Wie aus den Analysen zum Krankenhausreport hervorgeht, beeinflusst nicht nur das Operationsverfahren, sondern auch das Krankenhaus die Überlebenschance nach einem Eingriff an der Bauchaorta. Denn es schnitten nicht nur zertifizierte Gefäßzentren, sondern auch Krankenhäuser mit hohen Fallzahlen besser ab. Dort lag die Sterberate nach der OP um 2,6 Prozentpunkte niedriger als in Häusern mit niedriger Fallzahl. „Der Gemeinsame Bundesausschuss ist gefragt, um für Eingriffe Richtgrößen pro Standort und Operateur auf Bundesebene festzulegen“, forderte Sudhoff.

Die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten stärken

Ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung Qualität ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten. Gesetzlich versicherte Männer haben nach dem 65. Lebensjahr Anspruch auf eine Ultraschall-Untersuchung der Bauchschlagader. Ärzte sollten ihre Patienten auf diese neue Leistung und die entsprechenden Patienteninformationen hinweisen. Damit haben Patienten die Möglichkeit, sich umfänglich zu informieren um eine Entscheidung über eine Teilnahme am Screening zu treffen.

Wichtig sind ebenfalls die Hinweise auf die entsprechenden Qualitätsberichte der stationären Einrichtungen. Im Rahmen der Qualitätsberichtserstattung sind alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser seit dem Jahr 2005 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. In den unterschiedlichen Kliniksuchmaschinen (z.B. Weiße Liste) sind die Qualitätsberichte hinterlegt. „Der aufgeklärte und mündige Patient muss Ziel und Verpflichtung unserer Gesundheitspolitik bleiben. Dazu brauchen wir die aktive Mitarbeit aller Akteure, um die entsprechende Transparenz im System zu schaffen“, meint Sudhoff.

Daten aus dem BARMER-Krankenhausreport 2018

Kosten: Im Jahr 2017 lagen die durchschnittlichen Ausgaben in Hessen je männlichem Versicherten für den vollstationären Aufenthalt im Schnitt bei 770 Euro bei körperlichen und 87 Euro bei psychischen Erkrankungen. Bei weiblichen Versicherten fielen 758 und 105 Euro an.

Der Krankenhausaufenthalt eines Patienten kostete im Bundesschnitt 4.280 Euro bei körperlichen und 5.959 Euro bei psychischen Erkrankungen. Bei einer Patientin betragen die Kosten im Schnitt 3.773 Euro bzw. 7.518 Euro (Report S.10 und 157).

Verweildauer: Seit dem Jahr 2006 bleiben die Patientinnen und Patienten immer kürzer im Krankenhaus. So sank die durchschnittliche Verweildauer in von 8,5 Tagen auf 7,5 Tage im Jahr 2017 (Report S. 31). Die Verweildauer aufgrund körperlicher Erkrankungen sank sogar um 16 Prozent, und zwar von 7,5 Tagen auf 6,4 Tage zurückging, stieg sie bei den psychischen Erkrankungen von 22,2 auf 24,2 Tage an. Das entspricht einem Plus von 9,2 Prozent.

In Hessen lag die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2017 bei körperlichen Erkrankungen bei 6,4 Tagen, bei psychischen Erkrankungen bei 25,3 Tagen (Report S.156)

Diagnosen: Vor allem Depressionen waren im Jahr 2017 dafür verantwortlich, dass Patienten viele Tage stationär behandelt werden mussten. So machten depressive Störungen 4,9 Prozent aller Krankenhaustage aus und depressive Episoden 3,1 Prozent. Der Anteil aller Krankenhaustage aufgrund von Herzinsuffizienz lag bei 2,7 Prozent, durch Schizophrenie bei 2,5 Prozent und durch Hirninfarkte sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol bei jeweils zwei Prozent (Report S. 48).

Regionale Unterschiede: Während in Thüringen im Jahr 2017 nur 243 und im Saarland 242 von 1.000 Personen einen Krankenhausaufenthalt hatten, waren es in Hessen nur 201 (Report S. 37). Unterschiede gab es auch bei den Kosten je Versicherten. In Hessen liegen sie im bundesweiten Vergleich mit 860 Euro im unteren Drittel. (Report S.39).