

---

## Volume 14, Issue 4, 2012 - German

### Executive summaries

---

Wie hoch der Preis der qualitative Gesundheitsversorgung?

**Von Willy Heuschen**

Qualitätsmanagement ist schon seit langem eine Priorität für die Europäische Vereinigung der Krankenhausmanager (EAHM), da dies innerhalb der Kernaufgabe der Vereinigung liegt, die Kompetenz und Verantwortlichkeit sowie die bessere Zusammenarbeit von Krankenhausmanagern in ganz Europa zu fördern. Aufgrund unserer engen Verbindung zu gesundheitspolitischen Themen innerhalb der EU fordern wir eine positive Standardisierung der Versorgungsstufen in allen Mitgliedstaaten, die beispielsweise durch die Erstellung eines „Europäischen Akkreditierungsmodells“ definiert wäre. Dies bezieht sich auf unsere zweite Kernaufgabe: der Förderung einer besseren Kooperation und Austausch von Best Practices zwischen den Gesundheitssystemen der verschiedenen Länder, um ein Soziales Europa herbeizuführen.

Ein rasch näher rückender Stichtag für alle Gesundheitsorganisationen in Europa ist das Inkrafttreten der Richtlinie des Europäischen Rats 2010/32/EU über die Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus und im übrigen Gesundheitssektor. Geplant für den 11. Mai 2013 wird das neue Gesetz Arbeitgeber dazu verpflichten, aktive Maßnahmen für die Sicherheit und Qualität in ihren Organisationen durchführen und ihren Angestellten die bestmöglichen Arbeitsbedingungen zu bieten, um jegliches Risiko für sie und somit ihre Patienten zu vermeiden. Dies wird dazu beitragen, die erschütternde Zahl von einer Million Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente zu vermindern, die nach Schätzungen jedes Jahr in Europa vorfallen, und generell die Qualität der Versorgung in unseren Krankenhäusern zu verbessern. Während wir uns über die offizielle Anerkennung der Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente freuen können, ist es dennoch unmöglich, gleichzeitig die finanziellen Belastungen zu ignorieren, der sich unsere Mitglieder ohnehin schon täglich gegenüber sehen.

### **Sicherheit im OP: der italienische Ansatz Von Salvatore Paolo Cantaro, Salvatore Scarlat**

Wie die meisten Europäischen Länder hat auch das italienische Gesundheitsministerium die Wichtigkeit erkannt, die Qualität und Sicherheit auf allen Systemstufen zu evaluieren, unter Berücksichtigung der Erwartungen der Patienten und Förderung der Rolle und Verantwortung von im Gesundheitssystem Tätigen. Eine ministerielle Arbeitsgruppe ist für die Patientensicherheit zuständig und betont dabei vor allem die Sicherheit im OP. Hintergrund sind hier die von der WHO lancierten Richtlinien und Initiativen der Bewusstseinsbildung (hier insbesondere das Programm ‚Safe Surgery Saves Lives‘).

Die chirurgische Tätigkeit ist mit einer sehr hohen Fehlerwahrscheinlichkeit behaftet und stellt somit eine Herausforderung und eine Priorität für alle Krankenhäuser dar. Aufgrund mehrerer schwerer Ereignisse, die in italienischen OPs vorgefallen sind hielt es das italienische Gesundheitsministerium für unerlässlich, eine große Kampagne zu starten, um das Bewusstsein für Sicherheit im OP unter Ärzten und anderem medizinischen Personal zu stärken. Diesbezüglich wurde ein Handbuch für Sicherheit im OP erstellt, das sich von den WHO Richtlinien für Chirurgie ableitet und sich auf 16 Vorgänge für die Sicherheit des perioperativen Vorgangs konzentriert, einschließlich 10 Richtlinien, die aus dem zitierten WHO Dokument stammen. Eine erweiterte Version der WHO Checkliste wurde formuliert und landesweit in den Krankenhäusern implementiert. Um die neue Vorgangsweise weiter zu fördern wurde zudem ein Video mit zusätzlichen Erklärungen verteilt.

### **Wie wirkt sich die Krankenhausgröße auf Betreuungsvorgänge und das 5-Jahres-Überleben bei Brustkrebs aus?**

**Von France Vrijens, Sabine Stordeur**

In großen Krankenhäusern gibt es eine höhere Überlebensrate nach Brustkrebs-Diagnose als in kleineren Häusern – dieser Zusammenhang wurde in den letzten zehn Jahren regelmäßig unter Beweis gestellt. Weniger häufig werden Studien über die Unterschiede der Betreuungsvorgänge zwischen kleinen und großen Spitälern durchgeführt. In Belgien wurde kürzlich ein Satz von elf Prozess-Indikatoren aufgestellt, getestet und validiert, um die Qualität der Behandlung bei Brustkrebs zu bewerten. Aufbauend auf früheren Arbeiten zielt die vorliegende Studie darauf ab, das Gesamtüberleben und 11 Betreuungsvorgänge je nach Krankenhausgröße in Belgien zu vergleichen.

Die vorliegende Studie zeigte, dass Frauen mit invasivem Brustkrebs, die in sehr kleinen Krankenhäusern (<50 Patienten pro Jahr) bzw. kleinen Krankenhäusern (50-99/Jahr) behandelt wurden, ein höheres Sterberisiko innerhalb von fünf Jahren nach Diagnose hatten, als Frauen in großen Krankenhäusern (≥150/Jahr). Das erhöhte Mortalitätsrisiko war höher bei sehr kleinen Krankenhäusern (26%) als bei kleinen Krankenhäusern (15%). Zusätzlich zur Beziehung zwischen Krankenhausgröße und Überleben zeigte unsere Studie zudem große Unterschiede in der

Anwendung Evidenz- basierter Vorgänge zwischen den Krankenhäusern, wiederum je nach Größe. Von den elf untersuchten Vorgängen wurde sechs häufiger in den großen Krankenhäusern durchgeführt.<sup>2</sup>

## **Die wachsende Rolle der Interventionellen Onkologie in der interdisziplinären Krebsbetreuung**

Von Małgorzata Szczerbo-Trojanowska, Adam McLean Die Interventionelle Radiologie (IR) ist innerhalb der Onkologie gut etabliert und ihr Beitrag in der Betreuung von Krebskranken nach wie vor im Ansteigen begriffen. Die minimal-invasiven bildgeführten Interventionen hatten zunächst eine Hilfsrolle in der Onkologie, so etwa die Behandlung von karzinogenen Komplikationen (z.B. Öffnen verschlossener Ducti und Gefäße) oder das Management von Neben- wirkungen von Krankheit und Behandlung (z.B. Blutung). In den letzten zehn Jahren kam es jedoch auch zur Entwicklung von Modalitäten zur Behandlung der Tumore selbst.

Die Interventionelle Onkologie wird zunehmend als vierter Arm der Krebsbehandlung anerkannt, und beschreibt die Palette der Verfahren

der IR im Bereich der Onkologie. Diese Palette umfasst viele palliative und adjunktive Therapien wie etwa Ablation, Embolisierung, Chemo-Embolisierung und Radio-Embolisierung. Innovation und Entwicklung sind generell Merkmale der IR und dies gilt ebenso für die Interventionelle Onkologie; ein Fachbereich in Expansion, nicht nur dank der Fortschritte bei Bildgebung und interventionellen Verfahren, sondern auch aufgrund der intensiven Anstrengungen in der Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit.

## **Digitale Pathologie-Software verbessert Brustkrebsdiagnose und –therapie Von Manfred Dietel, Frederick Klauschen**

Bei Brustkrebs hängen Diagnose und therapeutische Entscheidungen stark von der Evaluierung von Biomarkern ab – ein perfektes Beispiel für die personalisierte Medizin. Pathologen und Mediziner verweisen nun auf einen immer größeren Bedarf für genaue Werkzeuge der Biomarker-Quantifizierung, die diese Behandlungsentscheidungen unterstützen können. Die entsprechende Software zur Automatisierung der Bildanalyse bei histologischen Schnitten liefert Einblicke in die funktionellen und molekulargenetischen Merkmale des Tumors und kann somit dem Arzt ein besseres Verständnis für Mamma- und andere Karzinomen liefern. Die Charité Berlin arbeitet an einem solchen Projekt, das Pathologen Zugang zu verlässlicher, objektiver und standardisierter Information liefern soll und somit therapeutische Entscheidungen bei Brustkrebs beeinflussen kann.

## **Auslagern von Dienstleistungen im Gesundheitswesen: technische Standards, Innovation, Früherkennung und Benchmarking Von Ugo Luigi Aparo, Gianfranco Finzi, Barbara Gozzi**

Die Aktivität stellt einen weiteren Schritt in einem Prozess dar, der mit der Aktualisierung des „Capitolato Tecnico del Servizio di Sanificazione Ambientale in Sanità“ begann – einer Liste von Spezifikationen und Werkzeugen, die für die Definition und Zeichnung von Verträgen in Verband mit Umwelthygiene im Gesundheitswesen eingesetzt werden soll und am 37. A.N.M.D.O Nationalkongress in Bologna 2011 vorgestellt wurde.

Zu den Zielen dieser Aktivität zählt die aktive Mitarbeit der wichtigsten Outsourcer in Gesundheitsdiensten, um technische Standards zu definieren, Best Practices zu verbreiten sowie innovative Lösungen zu identifizieren und zu überprüfen. Besondere Aufmerksamkeit erfährt dabei die Umweltassoziierte Nachhaltigkeit der ausgelagerten Dienstleistungen.

Das Teilen und Verbreiten der gesammelten und validierten Information und Wissen wird durch die Veröffentlichung auf der entsprechenden Website [www.standardsanificazione.it](http://www.standardsanificazione.it) sowie in Wissenschaftsmagazinen erreicht. Die Website bietet interaktive Kommunikationsmöglichkeiten sowie den Dialog zwischen dem Projektteam und der weiten Bandbreite von Akteuren des Gesundheitssystems sowie technischen Experten.

### **Fokus: Slowakei**

Das slowakische Gesundheitssystem befindet sich seit 1990 in einem Umbauprozess. Nach den Wahlen 2004 durchlief das System eine turbulente Veränderungsphase, da der Versuch der Einführung der Marktwirtschaft in der Gesundheitsversorgung auf starken Widerstand stieß. In der Slowakei gibt es 147 stationäre Gesundheitseinrichtungen (manche von ihnen kombiniert mit sozialen Betreuungseinrichtungen) mit insgesamt 35.520 Betten. Diese Zahlen sind aufgrund der Transformation des Gesundheitssystems konstanten Änderungen unterworfen (Reduktion der Anzahl der Krankenhausbetten, Umwandlung akuter Betten in chronische Betten, Verminderung der stationären Betreuung mit Umwandlung in Ein-Tages-Praxen oder in ambulante bzw. Häusliche Betreuung). In der Slowakei erfolgt die Finanzierung des Gesundheitssystems ausschließlich über das Krankenversicherungswesen, das Budget für Investitionen (Gebäude, kostenintensive technische Ausrüstung) der staatlichen Krankenhäuser wird aus dem Staatsbudget gespeist.

Die Vereinigung der Slowakischen Krankenhäuser (ANS) wurde 1991 gegründet, mit dem Ziel, die gemeinsamen Interessen der Krankenhausmanager zu vertreten, sich gegenseitige Unterstützung zu bieten sowie Information und Best Practices auszutauschen. Die ANS ist eine freiwillige, Arbeitnehmer-gerichtete, apolitische und unabhängige Interessensvertretung für juristische Personen, stationäre Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen, die innerhalb des Territoriums der Slowakischen Republik aktiv sind und medizinische Versorgung anbieten. 1994 wurde die ANS ständiges Mitglied der EAHM.

Published on : Wed, 16 Jan 2013

© For personal and private use only. Reproduction must be permitted by the copyright holder. Email to [copyright@mindbyte.eu](mailto:copyright@mindbyte.eu).

