

Qualität von Diagnose und Therapie

Klare Kriterien für Indikation

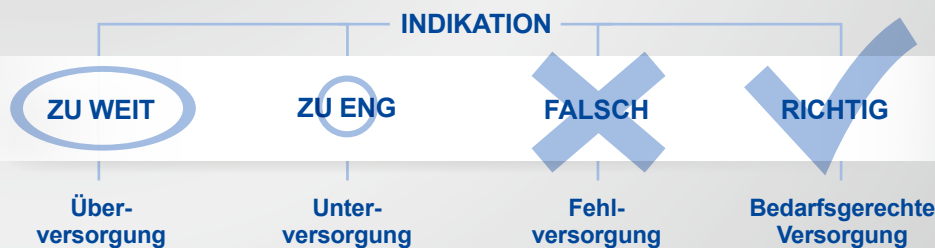
Immer mehr Menschen kommen in Deutschland unters Messer. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes war 2013 jede dritte der knapp 52 Millionen Krankenhausmaßnahmen eine Operation. Das waren 30 Prozent mehr als 2005. Experten rätseln, was die genauen Ursachen für diese Entwicklung sind. Fest steht, dass die steigenden OP-Zahlen allein mit dem medizinischen Fortschritt und der alternden Bevölkerung nicht zu begründen sind. Welche Behandlung in einem bestimmten Krankheitsfall sinnvoll ist, entscheidet der Arzt mit der Indikation. Sie orientiert sich am Zustand des Patienten und der medizinischen Prognose. Insbesondere Operationen sollen aus einer klaren Indikation heraus stattfinden. Soweit die Theorie – die Realität sieht oft anders aus. Ein Grund: Für viele Erkrankungen gibt es bislang keine eindeu-

tigen Kriterien, wann eine Operation der konservativen Therapie vorzuziehen ist. Dort, wo solche Kriterien existieren, sind sie in Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften zu finden, die den Handlungskorridor der Ärzte definieren. So beschreibt die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz, was bei nichtspezifischen Rückenschmerzen angezeigt ist. Operation? Fehlanzeige. Davon rät sie ausdrücklich ab. Ob die Empfehlung tatsächlich befolgt wird, bleibt im Dunkeln. Die externe Qualitätssicherung erfasst derzeit nur einen kleinen Teil der relevanten Indikatoren. Ob ein Krankenhaus eine gute oder schlechte Qualität bei der Indikation aufweist, darüber lässt sie keine Aussagen zu.

Fachleute sehen hier die Forschung in der Pflicht. Sie soll für die Indikation klare Kriterien liefern, die sowohl für Ärzte als

auch für Qualitätsmessung unerlässlich sind. Auch soll die Patientensicht mehr Gewicht in der Qualitätssicherung bekommen. Es sei entscheidend zu wissen, als wie stark Patienten ihre Beschwerden mit und ohne Operation empfinden. Ebenso wichtig sei es, Patienten über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und sie dadurch zu einer selbstbestimmten Therapieentscheidung zu befähigen.

Qualität der Indikation wirkt sich auf die Versorgung aus



Wird die Indikation zu weit gefasst, operieren Ärzte häufiger als notwendig. Bei einer zu engen Indikation bleiben sinnvolle Eingriffe den Patienten vorenthalten. Stellt der Arzt die Indikation falsch, hilft die Behandlung nicht oder schadet gar. Ist die Indikation richtig, bekommt der Patient, was er braucht.

Grafik: AOK-Bundesverband

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> Zweitmeinung hilft bei Therapiewahl

Markt und Meinung Seite 3

>> Finanzlage der Krankenhäuser entspannt sich

>> Kommunen dürfen Kliniken unterstützen

>> Weniger Geburtsstationen im Saarland

Versorgung und Service Seite 4

>> BSG erklärt Qualitätsvorgaben für verbindlich

>> QMR-Kongress rückt Peer-Review-Verfahren in den Fokus

>> Vivantes spart Energie und Kosten

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

>> Hessen: große regionale Unterschiede bei Wirbelsäulenversteifungen

„Es braucht eine neue
Generation von Ärzten, die weiß:
Die Kunst der Medizin ist,
so viel nicht zu tun wie möglich.“

Eckhart von Hirschhausen, Mediziner und Comedian

Ärztliche Zweitmeinung

Mehr Sicherheit bei der Therapiewahl

Besonders bei schwerwiegenden Erkrankungen oder umfangreichen Eingriffen ist es für Patienten oft sehr schwierig einzuschätzen, ob die ihnen vorgeschlagene Behandlungsmethode sinnvoll ist. Eine ärztliche Zweitmeinung kann in solchen Situationen eine Entscheidungshilfe bieten.

Diagnose Bandscheibenvorfall. Der Arzt rät zu einer Operation. Doch der Patient zögert. Ist die OP wirklich notwendig? Oder reicht eine konservative Behandlung mit Schmerzmitteln und Physiotherapie aus? Wenn Patienten daran zweifeln, ob die empfohlene Therapie sinnvoll ist, können sie eine zweite ärztliche Meinung einholen, um auf Nummer sicher zu gehen. Die Beratung übernehmen Spezialisten, die an der Behandlung nicht beteiligt sind.

Pionierarbeit für mehr Patientensicherheit

Die AOK Rheinland/Hamburg war die erste Krankenkasse, die einen Zweitmeinungsservice etabliert hat. Seit 2007 beraten ausgewiesene Spezialisten verschiedener Fachrichtungen die Versicherten der AOK bei schwerwiegenden Erkrankungen. Als Experten stehen ausschließlich Chef- und Oberärzte bereit, die an Krankenhäusern im Rheinland und in Hamburg tätig sind. „Bei der ärztlichen Zweitmeinung geht es in keinem Fall darum, die Diagnose des erstbehandelnden Arztes infrage zu stellen. Primäres Ziel ist es, Patienten Sicherheit zu geben und sie über Alternativen zu informieren“, sagt Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstands bei der AOK Rheinland/Hamburg. Ein großer Vorteil sei, dass das Risiko von Fehlern bei Diagnose und Therapie sinke. Das Zweitmeinungsverfahren sorgte damit für mehr Sicherheit bei der Therapiewahl, so Mohrmann.

Kollegialer Schulterblick als Qualitätskontrolle

Auch viele Experten zeigen sich vom Nutzen der Zweitmeinungssysteme überzeugt. Sie sehen darin ein Instrument, um nicht nur Irrtümer zu verhindern, sondern auch die Zahl

unnötiger Eingriffe einzudämmen. Internationale Evaluationen zur ärztlichen Zweitmeinung deuteten darauf hin, dass sowohl eine Reduktion elektiver Operationen als auch ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis möglich seien, meint etwa Professor Max Geraedts vom Institut für Gesundheitssystemforschung an der Universität Witten/Herdecke. So zeigen Erfahrungen aus den USA, wo es das Zweitmeinungsverfahren seit 1972 gibt, dass eine Vielzahl von Operationen, die der erstbehandelnde Arzt aufgrund einer bestimmten Indikation seinem Patienten empfahl, auf der Basis der zweiten Meinung nicht bestätigt wurde.

Größere Entscheidungskompetenz für Patienten

Inzwischen bieten die meisten Krankenkassen einen kostenlosen Zweitmeinungsservice an. Jedoch nutzen Patienten die Angebote noch nicht ausreichend. „Die Zahl der Anfragen bewegt sich bisher im dreistelligen Bereich“, so Mohrmann. Das könnte sich künftig ändern. Das geplante GKV-Versorgungsstärkungsgesetz forciert den Anspruch auf eine Zweitmeinung bei planbaren Operationen. Danach sollen Ärzte ihre Patienten gezielt auf die Möglichkeit hinweisen, einen weiteren Mediziner zurate zu ziehen. Pflicht wird die Zweitmeinung dennoch nicht. „In vielen Fällen kann sich die Therapieentscheidung ändern, wenn der Patient von einer alternativen Behandlungsform erfährt“, meint der Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg. Vor allem im orthopädischen Bereich gebe es einen großen Spielraum bei der Indikationsstellung. Beim Bandscheibenvorfall jedenfalls existieren laut Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie viele Möglichkeiten. Die Operation ist nur eine davon.

PRESSEECHO

Rhön stampft seine Aktien ein

Der Klinikbetreiber Rhön hat sein Ziel beim Aktienrückkauf erreicht. Insgesamt seien bis zum Ablauf der Annahmefrist gut 64,8 Millionen Rhön-Aktien angeeignet worden, teilte das Unternehmen mit. Dies entspreche einem Anteil von etwa 46,8 Prozent des Grundkapitals. Bei dem Aktienrückkauf bot Rhön je Papier 25,18 Euro. Den Erlös aus dem Verkauf von 40 Krankenhäusern in Höhe von etwa 1,6 Milliarden Euro will Rhön an die Anteilseigner ausschütten.

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 18.11.2014

Übernahme am Bodensee

Das städtische Klinikum Friedrichshafen kann die Klinik Tettngang übernehmen. Wie das Bundeskartellamt mitteilte, sei eine Beeinträchtigung des Wettbewerbs durch die Fusion der beiden Standorte nicht zu erwarten. Patienten stünden in Überlingen, Ravensburg und Linie weiterhin Alternativen zur Verfügung. Das 140-Betten-Haus in Tettngang gehört bislang zur privaten Waldburg-Zeil-Gruppe.

Schwäbische Zeitung, 14.11.2014

Uniklinik feiert Richtfest

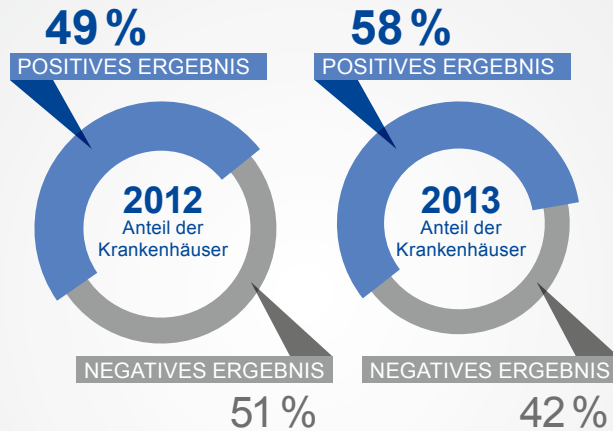
Das 308 Millionen Euro teure Neubauprojekt am Jenaer Universitätsklinikum kommt voran: 13 Monate nach Grundsteinlegung steht nun der Rohbau. Das Bauvorhaben, das als eines der größten in Thüringen gilt, soll bis Mitte 2016 fertig sein. Mit 223 Millionen Euro trägt das Land den Großteil der Kosten, 85 Millionen Euro steuert das Krankenhaus selbst bei.

Jenaer Nachrichten, 11.11.2014

Krankenhaus Barometer 2014
Finanzlage verbessert sich

Die finanzielle Lage der deutschen Krankenhäuser hat sich 2013 verbessert. So erzielten im vergangenen Jahr 58 Prozent aller Kliniken ein positives Jahresergebnis. Das geht aus dem Krankenhaus Barometer 2014 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) hervor. Der Anteil der Häuser mit Verlusten sank auf 42 Prozent. Insbesondere verbesserte sich die wirtschaftliche Situation bei den kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten: 56 Prozent schlossen das Jahr 2013 mit einem positiven Ergebnis ab. 2012 waren es noch 43 Prozent. Dagegen habe sich die Situation der mittleren Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten tendenziell verschlechtert. Bei den großen Häusern mit über 600 Betten blieb die wirtschaftliche Lage vergleichsweise stabil.

Der Trend ist positiv



2013 stand mehr als die Hälfte der Krankenhäuser in Deutschland wirtschaftlich gut da. 42 Prozent schrieben rote Zahlen. Das waren neun Prozentpunkte weniger als im Vorjahr.

Quelle: Krankenhaus Barometer 2014

Kommunale Krankenhäuser
Zuschüsse sind zulässig

Städte und Kreise dürfen ihre finanziell angeschlagenen Kliniken weiterhin mit Zuschüssen unterstützen und Verluste ausgleichen. Das Oberlandesgericht Stuttgart wies damit in einem Musterverfahren eine Klage des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken (BDPK) gegen den Landkreis Calw ab. Der Landkreis hatte 2012 Verluste der Kreiskliniken Calw und Nagold sowie Ausfallbürgschaften für Investitionen übernommen. Der BDPK hatte kritisiert, dass der Ausgleich von Defiziten durch Steuergelder ein Wettbewerbsnachteil sei. Die bisherige Praxis verstoße nicht gegen EU-Recht und das Wettbewerbsrecht, urteilte nun das Gericht. Beihilfen zugunsten von Unternehmen seien dann zulässig, wenn sie Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erbrächten. Nach dem Krankenhausgesetz des Landes Baden-Württemberg ist die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen eine solche Dienstleistung. Experten gehen davon aus, dass der Rechtsstreit damit nicht endet, sondern vor dem Bundesgerichtshof, vielleicht auch vor dem Europäischen Gerichtshof landet.

Geburtshilfe im Saarland
Konzentration schreitet voran

Das CaritasKlinikum in Saarbrücken will seine beiden Geburtsstationen zusammenlegen. Die Gynäkologie und Geburtshilfe wird bis Mitte 2015 vom Krankenhaus St. Josef an den Standort St. Theresia umziehen. Dadurch könne trotz personeller Engpässe eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung für Mütter und Neugeborene gewährleistet werden, so das Klinikum. Wegen zu geringer Geburtenzahlen wird zum Jahresende auch die Station am Knappschaftsklinikum Saar schließen. Nach dem saarländischen Krankenhausgesetz dürfen Kliniken eine Geburtsstation betreiben, wenn sie jährlich mehr als 300 Entbindungen haben. Mit 274 Geburten 2013 und 170 im Jahr 2014 erfüllt das Haus diese Vorgabe nicht.

DREI FRAGEN AN ...



... **Dr. Klaus Döbler**,
beratender Arzt im Kompetenzzentrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ)

Indikation ist schwer zu messen

Ist die Qualität der Indikationsstellung messbar?
Nur bedingt. Die Indikationsstellung ist immer eine Einzelfallentscheidung. Eine präzise Messung, ob ein Arzt bei allen seinen Patienten eine sachgerechte Indikation gestellt hat, ist nicht möglich. Die Qualitätssicherung kann allerdings Hinweise liefern, ob einzelne Ärzte auffällig häufig anerkannte Kriterien zur Indikationsstellung nicht beachten.

Welche Instrumente stehen dafür zur Verfügung?
Im ambulanten Bereich wird die Indikationsstellung stichprobenhaft von Experten geprüft. Im Krankenhaus gibt es datengestützte Qualitätsindikatoren, die ausgewählte Informationen zu allen behandelten Fällen liefern. Die Messergebnisse aus beiden Verfahren sind jedoch nicht präzise und lassen nur stark eingeschränkt „gute“ Qualität der Indikation erkennen.

Wie lässt sich die Qualität also verbessern?
Ein gravierendes Problem ist, dass auch hochwertige Leitlinien zu selten konkrete Kriterien für die Indikation benennen. Hier sind die wissenschaftlichen Fachgesellschaften gefordert. Auch sollten Stärken und Schwächen entsprechender Qualitätsindikatoren transparenter dargestellt werden. Bei einem Überangebot an Leistungserbringern und einem Vergütungssystem mit Anreizen zur Leistungsausweitung kann die Qualitätssicherung aber nur eingeschränkt wirksam sein.

Bundessozialgericht

Bezahlung folgt der Qualität

Ein Krankenhaus hat nur dann Anspruch auf Vergütung einer Leistung, wenn es die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) festgelegten Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllt. Das geht aus einem aktuellen Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) hervor. Nach Auffassung der Richter handelt es sich bei den Qualitätssicherungs-Richtlinien des GBA um zwingende Vorgaben. Eine Leistung, die nicht nach deren Maßgabe erfolge, sei im rechtlichen Sinne eine ungeeignete Versorgung und damit nicht im Rechtssinne „erforderlich“. Dem BSG zufolge sind Krankenhäuser – außer in Notfällen – auch innerhalb ihres Versorgungsauftrags weder befugt, ungeeignet zu behandeln, noch berechtigt, eine Vergütung hierfür zu fordern.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

4. QMR-Kongress

Peer-Review-Verfahren im Fokus

Wie kann man die Behandlungsqualität von Kliniken noch besser mithilfe von Routinedaten abbilden? Diese Frage steht im Mittelpunkt des 4. QMR-Kongresses zu Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten, der am 4. und 5. Mai 2015 in Potsdam stattfindet. Ein Schwerpunkt ist der Einsatz von Peer-Review-Verfahren, also die

Einbeziehung unabhängiger Experten. Sie helfen, die Behandlungsprozesse zu optimieren, und führen nachweislich zu besseren medizinischen Ergebnissen. Ein besonderer Fokus liegt auch auf der Qualitätsbetrachtung über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus. Ziel des Kongresses ist es, die Theorie der Qualitätsmessung und die Praxis des Qualitätsmanagements zu verbinden. Veranstalter sind der AOK-Bundesverband, die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und das Fachgebiet „Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ der Technischen Universität Berlin. Die Online-Registrierung für den Kongress ist ab sofort möglich. Für Frühbucher gilt bis zum 8. März 2015 eine ermäßigte Anmeldegebühr.

>> www.qmr-kongress.de

Vivantes Klinikum Neukölln

Klinik setzt auf Klimaschutz

Trotz gestiegener Bettenzahl hat das Vivantes Klinikum Neukölln seit 2003 rund 400.000 Megawattstunden Energie und damit fast 15 Millionen Euro Kosten gespart. Dafür erhielt es nun erneut das Gütesiegel „Energie sparendes Krankenhaus 2014“ des Bundes für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND). Die Auszeichnung bekam das Berliner kommunale Krankenhaus erstmalig 2008. Das Baumanagement habe es durch gezielte Optimierungen und Baumaßnahmen geschafft, seit 2008 den Kohlendioxid-Ausstoß um weitere 19 Prozent zu senken, so das Klinikum.

PERSONALIA

Wechsel in Gesundheitsressorts



Monika Bachmann



Sabine Bätzing-Lichtenthaler



Diana Golze



Heike Werner

Gleich in vier Bundesländern gibt es einen Wechsel an der Spitze der Gesundheitsressorts. Monika Bachmann ist wieder Ministerin für Arbeit, Familie, Soziales, Prävention und Sport. Die bisherige Innenministerin leitete das Haus bereits von August 2011 bis Mai 2012. In Rheinland-Pfalz führt nun Sabine Bätzing-Lichtenthaler des Sozialministeriums. Von 2005 bis 2009 war sie Drogenbeauftragte der ersten Großen Koalition unter Angela Merkel. In Brandenburg hat die bisherige Bundestagsabgeordnete Diana Golze das neue Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit übernommen. Golze war bisher stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Heike Werner ist im neuen thüringischen Kabinett Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Von 1999 bis 2014 war Werner Landtagsabgeordnete in Sachsen.

Reumann ist neuer DKG-Chef



Thomas Reumann ist neuer Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Er ist Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und als Landrat Vorsitzender des Aufsichtsrates der Kreiskliniken Reutlingen GmbH.

TERMINE

28. Januar 2015 in Berlin

Qualität der Versorgung von Onkologie-Patienten – Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2015

12. bis 14. März 2015 in Berlin

2. Deutscher Pflegetag

19. und 20. März 2015 in Berlin

DRG-Forum 2015

25. und 26. März 2015 in Köln

Gesundheitskongress des Westens

>> Preis- und Erlösentwicklung

>> Krankenhausbudgets

>> Krankenhauskosten

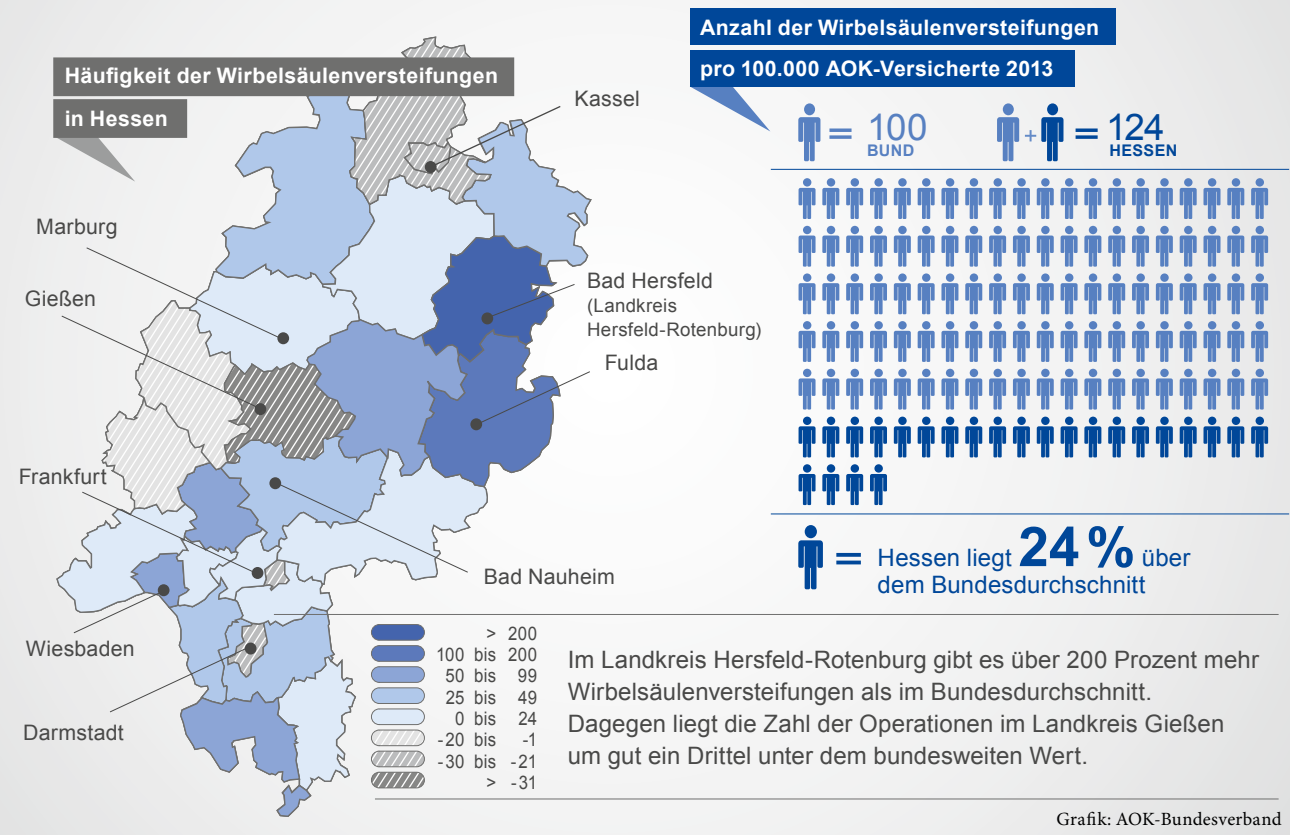
>> Krankenhausleistungen im Fokus

>> Jahresabschlüsse

>> Grunddaten zur Struktur des Krankenhausmarktes

>> **Krankenhausleistungen im Fokus**

Wirbelsäulenversteifung: So stark variieren die OP-Zahlen in Hessen



Osthessen ist Ausreißer

Auf 100.000 AOK-Versicherte kommen in Hessen 124 Wirbelsäulenversteifungen – 24 Prozent mehr als im Bundesdurchschnitt, ergab eine aktuelle Studie der AOK Hessen. Dabei landen Patienten je nach Wohnort unterschiedlich oft auf dem OP-Tisch: Die Operationshäufigkeit variiert zwischen Regionen um das Fünffache. Auffällig hoch ist die Rate im Kreis Hersfeld-Rotenburg (207 Prozent mehr als der Bundesdurchschnitt), besonders niedrig im Landkreis Gießen (33 Prozent weniger als der Bundesdurchschnitt). Mit der Bevölkerungsstruktur lassen sich solche Schwankungen nicht erklären, da die Analyse demografische Faktoren berücksichtigt. Auch die Versorgungsforschung kann bislang nur erste Erklärungsansätze liefern. So gelten das Fehlen klarer medizinischer Leitlinien, das Leistungsangebot oder die Gewohnheiten der ortsansässigen Ärzte als mögliche Ursachen. Zudem seien Extremwerte in einigen Kreisen ein Indiz dafür, dass die gleiche Krankheit je nach Region unterschiedlich behandelt wird. Um sich besser zu informieren, bei welchen Erkrankungen eine Wirbelsäulenversteifung angezeigt ist und welche Behandlungsalternativen es gibt, können Patienten in Hessen nun das Zweitmeinungsangebot der AOK zu Wirbelsäulenoperationen nutzen.