

Qualität als Maßstab im Gesundheitswesen



THEMA | 4 Facharzttermine und Zweitmeinung
REPORTAGE | 5 Krankenhausrechnungen in der Prüfung
INTERVIEW | 6 - 7 Prof. Gerd Antes zum Thema Qualität

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

sicher ist es Ihnen auch schon aufgefallen: Viele dialog-Artikel drehen sich um die Finanzierung des Gesundheitssystems. Dies ist durchaus repräsentativ für die Diskussionen, die wir als Akteure in diesem System immer wieder führen. So wichtig das auch ist, so sollten wir uns stets in Erinnerung rufen: Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen die Versicherten und Patienten. Um unser Gesundheitssystem werden wir weltweit beneidet. Tun wir also alles dafür, es zu erhalten bzw. weiter zu verbessern! Umso mehr freue ich mich, dass die Große Koalition sich die Steigerung der Versorgungsqualität auf die Fahne geschrieben hat. Konzepte dafür schlummern in allen möglichen Schubladen – z.B. für eine effektivere Krankenhausbehandlung. Muss wirklich jedes Kleinstadt Krankenhaus spezialisierte Technik anschaffen, um komplexe Behandlungen durchzuführen? Oder sollte man dort nicht eher auf eine Basisversorgung setzen und die komplizierten Operationen Spezialkliniken überlassen? Eine nachzuweisende Mindestanzahl von Operationen wäre ein denkbarer Weg, um Know-how und Technik zu bündeln – damit die Patienten die höchste Qualität bekommen. OP-Ergebnisse sollten verglichen werden und die Krankenkassen sollten die Möglichkeit haben, ihre Versicherten in Kliniken mit nachgewiesener hoher Behandlungsqualität zu steuern. Kriterien dafür sind z.B. Revision (Wieder-OP), Folgekomplikationen wie Wundinfektionen sowie die Sterblichkeit.



Achim Kolanoski,
Vorstandsvorsitzender
der Deutschen BKK

Auch bei den Arztpraxen ist es längst überfällig, genauer hinzuschauen. „Pay for Performance“, das Bezahlen nach dem Behandlungsergebnis, ist umstritten – aber in einigen Staaten bereits Realität.

Voraussetzung dafür ist wiederum, dass die Beitragsgelder der Versicherten auch dort ankommen, wo sie gebraucht werden. Nachdem die Deutsche BKK die Klage zu einem Rechenfehler im Morbi-RSA vor dem Landessozialgericht NRW gewonnen hat, sehen wir der Verhandlung vor dem Bundessozialgericht am 20. Mai optimistisch entgegen. Die Korrektur des Rechenfehlers wäre ein erster Schritt in die richtige Richtung, um eine Verbesserung der Versorgungsqualität auch finanzieren zu können.

Ihr

Achim Kolanoski

Ihrer Gesundheit zuliebe
Deutsche BKK

LESERBRIEFE

Sagen Sie uns Ihre Meinung! Einfach eine E-Mail an dialog@deutschebkk.de schicken. Wir freuen wir uns auf Ihre Post.

ABO

Sie möchten dialog kostenfrei abonnieren, eine Adressänderung melden oder dialog abbestellen? Dann senden Sie uns einfach eine E-Mail mit Namen und Postadresse an abo@deutschebkk.de.

IMPRESSUM

Herausgeber: Achim Kolanoski
Deutsche BKK
Willy-Brandt-Platz 8
38439 Wolfsburg
www.deutschebkk.de

Chefredakteurin: Lydia Krüger
Redaktion: Uta Engelhardt
Design: www.k-gutmann.com
Illustration: Titelbild: © istockphoto
Photo: Seite 5 © fotolia

CARTOON von Freimut Woessner



Qualität als Maßstab im Gesundheitswesen

Ein Anfang, ein Schritt in die richtige Richtung ist gemacht. Der neue Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe will die Vorgabe im Koalitionsvertrag schnell umsetzen und zügig ein neues Qualitätsinstitut gründen. Das Institut soll ambulante und stationäre Routinedaten der Patienten über den Erfolg oder Misserfolg bei medizinischen Eingriffen sammeln und auswerten. Außerdem soll eine online einsehbare Vergleichsliste die Behandlungserfolge der Krankenhäuser darstellen. Damit wird die Qualität der medizinischen Leistung zum Auswahlkriterium für Patienten. Die Transparenz für den Patienten und die Ergebnisqualität der Operationen wird erhöht. Die Versorgungsforschung gewinnt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine qualitativ hochwertige Entscheidungsgrundlage.

Die Deutsche BKK begrüßt ausdrücklich, dass die Große Koalition die Qualität der medizinischen Eingriffe an die erste Stelle stellt. Wichtig ist dabei, dass eine einheitliche Datengrundlage auf Basis pseudonymisierter und leistungsbereichsübergreifender Betrachtungen geschaffen wird. Dann kann die Qualität von ärztlichen Behandlungen gemessen werden. Das ist nicht nur ein Fortschritt in der Versorgungsforschung, sondern dann kommen wir unserer Vorstellung,

für gute Qualität gutes Geld zu bezahlen, ein gutes Stück näher. Die finanziellen Anreize dazu setzt die Große Koalition durch ihr Vorhaben, bei unterdurchschnittlich schlechter Qualität Abschläge und bei überdurchschnittlich guter Qualität Zuschläge bei der Bezahlung einzuführen. Eine unterdurchschnittliche Qualität darf es allerdings aus Sicht der Deutschen BKK gar nicht geben. Ein Abschlag bei der Finanzierung ist aus Sicht des Patienten nicht zielführend, er muss auf eine hochwertige Qualität der ärztlichen Behandlung vertrauen können. Dazu ist ein verbindlicher und einheitlicher Qualitätsstandard notwendig, dessen Grundlage das neue Qualitätsinstitut legen soll.

Allerdings wird auch bei schnellster Umsetzung der Pläne der Großen Koalition noch viel Zeit ins Land gehen, bis die Daten gesammelt und ausgewertet sind. Dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach dem aktuellen Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums der Träger eines fachlich unabhängigen und wissenschaftlichen Qualitätsinstituts werden soll, ist sehr zu begrüßen. Schließlich hat sich die Institutsträgerschaft von Verbänden der Krankenkassen und Leistungserbringern einerseits und die fachliche Unabhängigkeit andererseits bereits bewährt.

Qualitätsinstitute mit gesetzlichem Auftrag

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (G-BA)

Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland und entscheidet, ob die Kosten einer Leistung von den Krankenkassen für 70 Millionen gesetzlich Versicherte erstattet werden. Das einflussreichste Gremium im Gesundheitswesen beschließt auch Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich.

► www.g-ba.de

INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFT- LICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN (IQWiG)

Seit 2004 untersucht das IQWiG als unabhängiges wissenschaftliches Institut den Nutzen von medizinischen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten. Im Auftrag des G-BA erstellt das Institut evidenzbasierte Gutachten beispielsweise zu Arzneimitteln, nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden (z.B. Operationsmethoden), Verfahren der Diagnose und Früherkennung (Screening) und Behandlungsleitlinien und Disease Management Programmen (DMP).

► www.iqwig.de

INSTITUT FÜR DAS ENTGELTSYSTEM IM KRANKENHAUS (INEK)

Die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt für die deutschen Krankenhäuser auf der Basis eines Systems, wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden DRG-Fallpauschale vergütet wird (DRG = diagnosis related groups, zu deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen). Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems wurden der InEK GmbH übertragen. Im Rahmen der Begleitforschung werden auch Daten zu den Auswirkungen des Vergütungssystems auf die Strukturen der Krankenhäuser und die Qualität der Versorgung veröffentlicht.

► www.g-drg.de

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI)

Das Kölner Institut, eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit, betreibt zahlreiche Datenbanken. Dazu gehören u.a. die Herausgabe der Diagnose- und Operationsschlüssel, Informationen zu eHealth und Telematik und das Informationssystem HTA, das medizinische Verfahren und Technologien bewertet. Daneben wird das neue Informationssystem zu Versorgungsdaten, das die pseudonymisierten Daten der Krankenkassen zusammenführt, in Kürze die Grundlage für eine Analyse der ambulanten und stationären Versorgung sein.

► www.dimdi.de

Deutsche BKK ist Vorreiter bei Facharztterminen und Zweitmeinung

Die Große Koalition plant eine zentrale Terminvergabestelle für Facharzttermine. Die Deutsche BKK bietet bereits seit 2010 einen solchen Service an – mit Erfolg. Auch das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung soll gesetzlich verankert werden. Hier bietet die Deutsche BKK ihren Versicherten ebenfalls bereits erfolgreich Lösungen an.

ZAHLEN UND FAKTEN

FACHARZTTERMIN-HOTLINE

Anrufe in knapp vier Jahren	12.000
Zeit, die Termine im Durchschnitt vorverlegt wurden	14 Tage
Gefragteste Fachärzte	Neurologen mit 2.176 Terminen
Am meisten verkürzte Wartezeit	Innere Medizin/Angiologie (Gefäßmedizin) mit 6 Wochen
Schwierigste Terminvergabe	Psychosomatik/Psychotherapie

ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG (Beispiel: Orthopädische Indikationen)

Versicherte der Deutschen BKK, die eine orthopädische Zweitmeinung eingeholt haben	329
Anteil der Versicherten, die tatsächlich operiert werden mussten (in Prozent)	33
Anteil der Versicherten, für die eine alternative Behandlungsmethode gefunden wurde (in Prozent)	67
Anteil der nachweisbar unnötigen Wirbelsäulen-OPs (in Prozent)	80
Einsparungen der Deutschen BKK durch OP-Vermeidung in 2012 (in Euro)	300.000

DIE KOSTENLOSE FACHARZTTERMIN- UND EXPERTENHOTLINE DER DEUTSCHEN BKK ist erreichbar unter (08 00) 4 54 02 51, Montag bis Freitag von 08.00 bis 17.00 Uhr, kostenlos auch aus den Mobilfunknetzen.

Die Rechnung bitte – erst prüfen, dann zahlen



Alle Jahre wieder wird in der Öffentlichkeit das Lied der überzogenen Verwaltungskosten gesungen. Die seien die Ursache, wenn eine Krankenkasse mit den Geldern der Mitglieder nicht locker auskäme. Fakt ist jedoch: Die Beiträge der Mitglieder fließen alle in den Gesundheitsfonds. Die Zuweisungen für die Verwaltungskosten der Krankenkassen werden jedoch nur zu 50 Prozent nach der Morbidität bemessen. Krankenkassen mit vielen chronisch Kranken sind dadurch im Nachteil, denn eine hohe Morbidität bedeutet auch intensivere Betreuung der Versicherten und aufwändigere Verwaltungsabläufe (s. www.deutschebkk.de/politik). Ein Beispiel aus der Deutschen BKK ist die aufwändige Prüfung der Krankenhausrechnungen. Der Patient, der nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus nach Hause entlassen wird, bezahlt seinen Eigenanteil von 10 Euro pro Tag für maximal 28 Tage. Die Rechnung für seinen Krankenhausaufenthalt bekommt die Krankenkasse, die gesetzlich dazu verpflichtet ist, die Rechnung zu überprüfen. Bei nicht nachvollziehbaren Auffälligkeiten wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung gemäß § 275 Abs. 1 SGB V beauftragt.

Bekanntermaßen gibt es bei diesen Prüfungen eine ungerechte Regelung, die der GKV-Spitzenverband seit Jahren bekämpft. Die Krankenkasse muss 300 Euro Aufwandsentschädigung je Prüfungsfall an das Krankenhaus bezahlen, wenn die Prüfung zu keiner Korrektur der Rechnung führt. Im Gegenzug erhält sie jedoch keinerlei Aufwandsentschä-

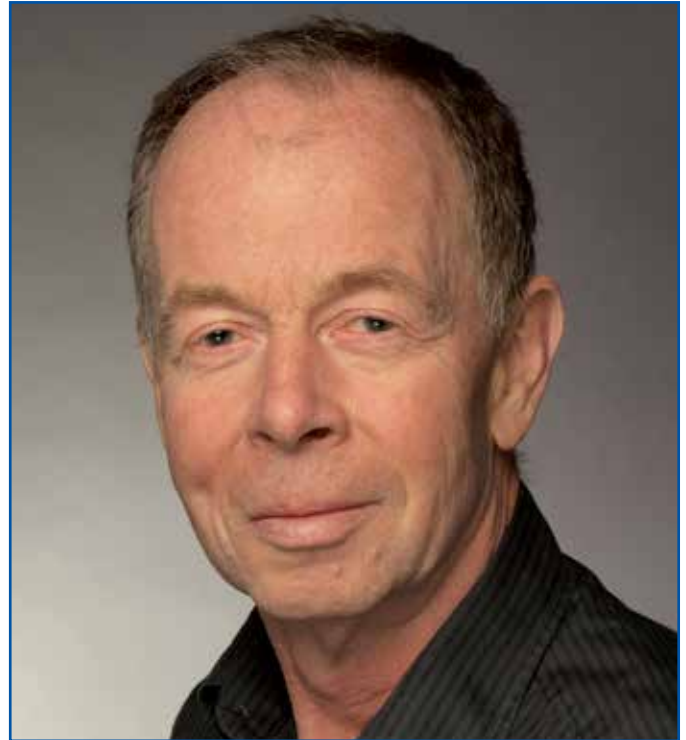
digung für fehlerhafte Krankenhausabrechnungen. Daher ist die Krankenkasse auf das spezialisierte Know-how der internen Krankenhausrechnungsprüfer angewiesen.

Die Deutsche BKK nimmt den Prüfauftrag ernst und hat in den letzten Jahren in die Bearbeitung der hochkomplexen Materie investiert. Schließlich sind es die Gelder der Beitragszahler, die einen wirtschaftlichen Umgang mit den Krankenhausrechnungen erfordern. Nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes entstand 2012 bundesweit ein wirtschaftlicher Gesamtschaden von knapp 2 Milliarden Euro durch fehlerhafte Krankenhausabrechnungen. Die Deutsche BKK lässt etwa 12 bis 16 Prozent der Krankenhausrechnungen durch den MDK überprüfen. Da 2012 etwa 55 Prozent dieser Rechnungen als fehlerhaft eingestuft wurden, konnten rund 18 Millionen Euro für 2012 von den Krankenhäusern zurückgefordert werden, weitere 3,5 Millionen Euro werden noch erwartet. Das sind rund 2,1 Prozent der gesamten Krankenausgaben der Deutschen BKK. Trotz dieser Erfolge bei der wirtschaftlichen Verwaltung der Versichertengelder, die Forderung des GKV-Spitzenverbandes nach einer Gleichbehandlung der Vertragspartner bei der Aufwandsentschädigung, ist nach wie vor aktuell. Ob die neuen Schlichtungsausschüsse helfen, die strittigen Fälle zu reduzieren und somit weiteren Verwaltungsaufwand zu vermeiden, muss sich erst noch zeigen.

► **Faktenblatt des GKV-Spitzenverbandes**

dialog sprach mit:

Prof. Gerd Antes, Deutsches Cochrane Zentrum



PROF. DR. RER. NAT. GERD ANTES
Deutsches Cochrane Zentrum, Universitätsklinikum Freiburg

INTERVIEW

dialog: Der neue Bundesgesundheitsminister will den Erfolg einer medizinischen Behandlung stärker zum Maßstab machen. Dafür soll ein neues Qualitätsinstitut gegründet werden. Welchen Beitrag müsste ein solches Institut leisten?

PROF. GERD ANTES: Ein solches Institut müsste sich vor allem systematisch den strukturellen Defiziten widmen, die durch den Aufbau des deutschen Gesundheitssystems zwangsläufig sind. In unserem selbstverwalteten System funktioniert die notwendige permanente Kompromissfindung an vielen Stellen, an etlichen, für die Qualität der Versorgung zentralen Punkten jedoch überhaupt nicht. Überall dort, wo eine Gesamtverantwortung übernommen werden muss, wird diese im Regelfall nur zu gerne abgegeben und nicht über die Erfüllung des eigenen Anteils nachgedacht.

Ein einfaches Beispiel: Es ist eher Normalität als Ausnahme, dass auch Krankenhäuser mit 500 Betten keinen Zugang zur wissenschaftlichen Literatur haben. D. h., auch im Jahr 2014 hat die Mehrheit der deutschen Ärzteschaft keinen Zugang zu neuem Wissen – und das in einem Gesundheitssystem einer modernen, reichen Gesellschaft mitten im Wissenszeitalter. Als Alternative bleibt oft nur die Orientierung an nicht qualitätsgesicherten Quellen.

Damit geht das nächste Defizit einher: Wir wissen nicht einmal, wie groß das Problem ist, da wir einen Mangel selbst an einfachster empirischer Forschung haben. Wir wissen nicht einmal ansatzweise, wie neues Wissen zum Arzt gelangt. Selbst eine oberflächliche Betrachtung zeigt, dass es in einem besorgniserregenden Ausmaß nicht zu Fach-

kreisen, Gesundheitsheilverufen und Patienten gelangt.

International gibt es sehr gute Vorbilder, wie man hier einen Qualitätssprung erreichen kann. Genau das erhoffe und erwarte ich von einem neuen Qualitätsinstitut.

d: Das deutsche Gesundheitssystem gilt weltweit als besonders fortschrittlich. Was sind denn die Qualitätsprobleme?

G.A.: Den Satz hört man öfter, vor allem von Vertretern des deutschen Gesundheitssystems, die im gleichen Atemzug Qualitätsmängel herunterspielen. Keine Wartezeiten zu haben ist kein Qualitätsmerkmal, wenn die folgende Operation unnötig ist, sondern kann für den Patienten sogar großes Unglück bedeuten, wenn aus einer solchen Operation Komplikationen folgen. Von den Kosten ganz zu schweigen. Bekommen wir für das heute angenommene Gesamtbudget für Gesundheit von 300 Milliarden Euro wirklich die Leistung vom System, die für diese Riesensumme erwartet werden kann? Daran sind große Zweifel berechtigt.

Auch aus dieser Perspektive erwarte ich einen Beitrag zu einem besseren „Return of Investment“, was unmittelbar zu besserer Qualität der Versorgung führen wird.

d: Wie können Behandlungserfolge gemessen werden?

G.A.: Auf individueller Ebene gibt es dafür ein breites Reservoir von Methoden, das nur konsequenter und mit hoher Qualität angewendet werden muss. Das größere Potenzial für wesentlich mehr Erkenntnis liegt in den Routedaten, die in jeder

Arztpraxis, in jedem Krankenhaus, in den Abrechnungsstellen der Apotheken, bei den Kassen-ärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen anfallen. Hier haben wir einen verborgenen Schatz, dessen Hebung erst langsam in Fahrt kommt.

d: Wie könnten Ärzte und Kliniken stärker für den Behandlungserfolg in die Verantwortung genommen werden? Wo liegen die Grenzen dieser Verantwortung?

G.A.: Wesentlich scheint mir, das „in die Verantwortung nehmen“ positiv zu formulieren. D. h. nicht die drohende Strafe sollte im Mittelpunkt stehen, sondern die Belohnung durch erkennbar bessere Behandlungserfolge. Eine Schlüsselfunktion dafür haben unterstützende Systeme, die nicht zu mehr Bürokratie führen, sondern im Behandlungsalltag Erleichterung und weniger Fehler bedeuten. Das kliniktauglich aufbereitete, jederzeit aktualisierte Wissen ist eine Komponente, die zu wesentlich mehr Qualität führen kann.

Die Grenzen liegen genau dort, wo wir anerkennen müssen, dass die Medizin ein Hochrisikogebiet ist, in dem die Natur Ärzten und Kliniken ihre Grenzen zeigt.

d: Die Cochrane Collaboration setzt sich für evidenzbasierte Medizin ein. Wie kann ein Informationssystem aussehen, das Ärzte frühzeitig und vor allem neutral mit den neusten Erkenntnissen der Wissenschaft versorgt?

G.A.: Wir brauchen ein lückenloses System von der vollständigen und unverfälschten Publikation jeder Studie bis hin zu deren Verarbeitung in praxistauglichen, klinischen Leitlinien mit Handlungsempfehlungen für den Arzt. Die Cochrane Library ist die am weitesten entwickelte und konkurrenzlose Brücke zwischen Wissen aus Studien und Anwendung. Dass andere Länder sie als nationale Lizenz für jeden Bürger oder aber zumindest für die Heilberufe bereitstellen, Deutschland dagegen nicht einmal den Ärzten großer Krankenhäuser, zeigt das Dilemma.

d: Warum hat es die evidenzbasierte Medizin in Deutschland so schwer? Gibt es andere Länder, wo sie weiter verbreitet ist?

G.A.: Wir haben einfach weniger Tradition in empirischer Forschung. Bis Ende der 1970er Jahre waren Methodiker für klinische Studien allesamt Quereinsteiger aus anderen Fächern. Erst dann wurde am ersten Biometrie-Lehrstuhl speziell für diese Tätigkeiten ausgebildet, im Gegensatz zu einer Vielzahl solcher Institutionen im angloamerikanischen Raum.

Zudem scheint die Medizin in Deutschland hierarchischer als in vielen anderen Ländern, wiederum speziell im Vergleich zum angloamerikanischen Raum. Da ist die Evidenzbasierung ein ernsthafter Störenfried, bringt sie doch den jungen Assistenten und den gestandenen Chefarzt auf Augenhöhe. Das ist nicht Jedermanns Sache.

Daneben gibt es strukturelle Probleme. Zentralistische, steuerfinanzierte Systeme haben im Gegensatz zu unserem selbstverwalteten System ganz andere Möglichkeiten, die Evidenzbasierung in die Systemsteuerung einzubauen. Diese Grenze fällt zusammen mit der angloamerikanischen Welt, so dass Länder wie z. B. Großbritannien, Kanada oder Australien völlig anders aufgestellt sind. Evidenz ist dort ein Teil der Normalität.

KURZBIOGRAPHIE

PROF. DR. RER. NAT. GERD ANTES

Geboren am 30.07.1949 in Neumünster, Deutschland; Studium an der TU Braunschweig und der Universität Bremen (Diplom in Mathematik); Postgraduiertätigkeit am Institut für Statistik der Universität Edinburgh; Biometriker an der Abteilung für Biometrie der Schering AG in Berlin; Lehrtätigkeit in Mathematik und Physik an Gymnasien in Berlin (2. Staatsexamen Lehramt in Mathematik und Physik) und Bremen. Promotion an der Universität Bremen.

Tätigkeiten als Wissenschaftler: Universität Bremen, Institut für Mathematik (Statistik); Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik, Universität Freiburg; Klinische Pharmakologie der Klinik für Tumorbologie Freiburg.

Seit 1997 Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums. Mitglied der Steering Group der Cochrane Collaboration (bis 2004); Gründungs- und Vorstandsmitglied (2001 - 2003 Sprecher) des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin DNEbM e.V. Diverse Tätigkeiten im Themenfeld der evidenzbasierten Medizin (z. B. Aufbau eines deutschen Registers für klinische Studien; Wissenstransfer in die medizinische Praxis). Mitglied in mehreren Beratungsgremien und wissenschaftlichen Beiräten zur systematischen Nutzung von Evidenz. Seit Februar 2012 Honorarprofessor der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau.

Schwerpunkt seit über 10 Jahren: besserer Transfer von Ergebnissen aus klinischer Forschung in die medizinische Versorgung.

PROF. DR. RER. NAT. GERD ANTES
Deutsches Cochrane Zentrum
Universitätsklinikum Freiburg
Berliner Allee 29
79110 Freiburg i. Br.

Tel.: +49 761 203 6715
Fax.: +49 761 203 6712
E-Mail: antes@cochrane.de

ZITAT

„Wo das Chaos auf die Ordnung trifft, gewinnt meist das Chaos, weil es besser organisiert ist.“

| Terry Pratchett