

Qualitätsmonitor 2017

Auffälliger Befund bei Qualität

Ob Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebs – kranke Menschen wollen sich darauf verlassen, dass sie die bestmögliche Behandlung erhalten. Deutschlands Krankenhäuser leisten hierbei in den meisten Fällen gute Arbeit. Dennoch versorgen nicht alle Kliniken ihre Patienten optimal. Nach dem aktuellen Qualitätsmonitor des Wissenschaftlichen Instituts der AOK und des Vereins Gesundheitsstadt Berlin verfügten etwa 40 Prozent der Krankenhäuser, die 2014 Herzinfarkte behandel-

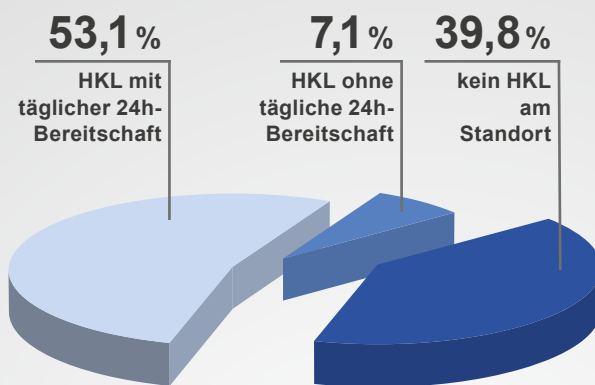
ten, nicht über ein Herzkatheterlabor, das für die Versorgung akuter Infarkte der Standard sein sollte. Betroffen waren dem Qualitätsmonitor zufolge zehn Prozent der Infarkt-Patienten, das entspricht knapp 22.000 Fällen pro Jahr.

Auch bei Brustkrebs-Operationen gibt es laut Qualitätsmonitor Mängel. So wurden in dem Viertel der Kliniken mit den geringsten Fallzahlen weniger als acht Patientinnen pro Jahr operiert. Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft fordert eine Mindestzahl von 50 Eingriffen pro Operateur und Jahr. Kliniken mit wenigen Fällen verfehlten auch häufiger die Ziele der gesetzlichen Qualitätssicherung. Ein solches Ziel ist, dass bei mindestens 90 Prozent der Patientinnen vor der OP die Diagnose durch eine Biopsie abgesichert wird. Während bundesweit 16 Prozent der Krankenhäuser diese Quote nicht erreichten, waren es im Viertel der Kliniken mit den geringsten Fallzahlen 42 Prozent.

„Der Qualitätsmonitor macht transparent, dass viele an der Versorgung in Deutschland beteiligte Kliniken qualitätsrelevante Auffälligkeiten zeigen“, sagt Ulf Fink, ehemaliger Berliner Gesundheitssenator und Vorstandsvorsitzender von Gesundheitsstadt Berlin. Das Buch enthalte ganz konkrete Hinweise für die Umsetzung der Qualitätsagenda.

Diese Agenda gibt das Krankenhausstrukturgesetz vor, das Anfang 2016 in Kraft trat. So soll Qualität in der Krankenhausplanung und -vergütung künftig ein entscheidendes Kriterium werden. Über die Details entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss.

Viele Kliniken ohne Herzkatheterlabor versorgen Infarktpatienten



Herzkatheterlabor (HKL) rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche – nur jede zweite Klinik, die 2014 Herzinfarkte behandelte, erfüllt den Standard. Quelle: Qualitätsmonitor 2017

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2, 3

- >> Ein neues Instrument für die Klinikplanung
- >> Über den Sinn der Zytostatika-Verträge

Markt und Meinung Seite 4

- >> Leopoldina plädiert für mehr Zentralisierung
- >> Klare Regeln für Hochschulambulanzen
- >> Mindestmengen für Frühchen haben Bestand

Versorgung und Service Seite 5

- >> Facharztquote für Thüringer Krankenhäuser
- >> Innovationsfonds fördert viele Unikliniken
- >> Itzehoe mit neuem Psychiatrie-Konzept
- >> Pflege: So funktioniert künftig die Begutachtung

Zahlen - Daten - Fakten Seite 6

- >> Oberschenkelhalsbruch: Kliniken mit wenig Fällen erfüllen seltener Qualitätsvorgaben

„Qualitätssicherung funktioniert bei denen, die guten Willens sind.“

Wolf-Dietrich Trenner, ehemaliger Patientenvertreter
im Gemeinsamen Bundesausschuss

Gastbeitrag

„Die Instrumente sind vorhanden“

Die Ausstattung einer Klinik entscheidet maßgeblich mit über die Qualität der Behandlung. Das zeigen Analysen aus dem aktuellen Qualitätsmonitor. Professor Thomas Mansky, einer der Autoren der Publikation, plädiert deshalb für eine Konzentration der Versorgung.

Mit dem Qualitätsmonitor haben wir jetzt einen besseren Einblick in die Versorgungssituation an deutschen Kliniken. Die Gegenüberstellung der derzeit fachlich konsentierten Anforderungen an eine adäquate Behandlung und der Versorgungswirklichkeit macht deutlich, dass es in Deutschland einen erheblichen Handlungsbedarf gibt. Und zwar hinsichtlich einer besseren Leistungssteuerung im Sinne einer Leistungskonzentration. Das bedeutet, dass eine Behandlung an diejenigen Kliniken gehört, die dafür entsprechend ausgestattet sind. Die regionalen Unterschiede in der Versorgungsqualität verdeutlichen außerdem, dass die Handlungsspielräume in den einzelnen Bundesländern nicht hinreichend ausgeschöpft werden.

Deshalb enthält der Qualitätsmonitor auch Anregungen für mögliche Aktivitäten in der Krankenhausplanung, die sofort qualitätsverbessernd wirken würden und auch umsetzbar wären. So könnte die Behandlung von Herzinfarkt-Patienten in Kliniken mit optimaler Versorgung zentralisiert werden. Diese Maßnahme ließe sich in Ballungsgebieten sofort umsetzen, zu-



Professor Dr. Thomas Mansky leitet das Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin.



Qualitätsmonitor 2017 als E-Book zum Lesen und Herunterladen

>> www.wido.de

mal nur wenige Patienten auf besser ausgestattete Kliniken umzuleiten wären. Auch in ländlicheren Bereichen lassen sich in der Regel die Versorgungsstrukturen im Rahmen vorhandener Einrichtungen verbessern. Hier sind aber differenziertere Planungen erforderlich.

Was für Herzpatienten gilt, gilt erst recht für die Krebstherapie. Die optimale Versorgung dieser Patienten erfordert heute eine an hohen Qualitätsstandards orientierte Behandlung in interdisziplinären Teams. Von der richtigen Versorgung hängt beispielsweise ab, welcher Anteil der Patienten nach fünf Jahren überlebt. Studien zeigen, dass die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren eine Versorgung auf dem neuesten Wissensstand bieten und bessere Behandlungserfolge vorweisen.

Letztlich diskutieren wir in Deutschland schon viel zu lange über Qualitätsverbesserungen im Gesundheitssystem. Wir brauchen daher einen verbindlichen Einstieg in die Umsteuerung: bessere Krankenhausstrukturen, die Verknüpfung von Entgelt und Qualität und für komplexe Leistungen, mehr krankheitsspezifische Versorgungskonzepte mit Mindestmengen und/oder Strukturvorgaben. Der Qualitätsmonitor kann den Planungsbehörden dabei als Instrumentenkasten dienen. Durch den Vergleich der Bundesländer liefert das Buch außerdem Hinweise auf regionale Defizite, bei denen man ansetzen und umsteuern sollte.

PRESSEECHO

Freising mit positiver Bilanz

Andreas Holzner, Geschäftsführer des Freisinger Klinikums, ist zuversichtlich, dass das Jahresergebnis für das Krankenhaus für das Jahr 2016 ausgeglichen ausfällt. Und da er für das kommende Jahr ebenfalls keine allzu großen Veränderungen sieht, prognostizierte Holzner bei seiner Bilanz ein ähnliches Ergebnis für das Jahr 2017.

Süddeutsche Zeitung, 08.12.2016

Hannoveraner Häuser holen auf

Das Klinikum der Region Hannover (KRH) kommt bei der Konsolidierung seines Haushaltes voran, macht aber immer noch ein Minus. 2015 lag das Defizit bei rund neun Millionen Euro, 2014 waren es noch 16,7 Millionen gewesen. Nach Angaben des Sprechers des Regionsklinikums Steffen Ellerhoff will das kommunale Unternehmen ab 2017 ein ausgeglichenes Ergebnis vorlegen.

Göttinger Tageblatt, 05.12.2016

Städtisches Klinikum
München wieder im Plus

Zum ersten Mal seit 2005 schreibt das Städtische Klinikum München schwarze Zahlen. Nach Angaben der Klinikleitung werden 2016 voraussichtlich zehn Millionen Euro übrig bleiben. Die Strategie des kommunalen Betriebes sei, zu investieren, um die städtischen Häuser wettbewerbsfähig zu machen und gleichzeitig Kosten einzusparen.

Abendzeitung, 01.12.2016

Zytostatika-Versorgung

Direkverträge unter Beschuss

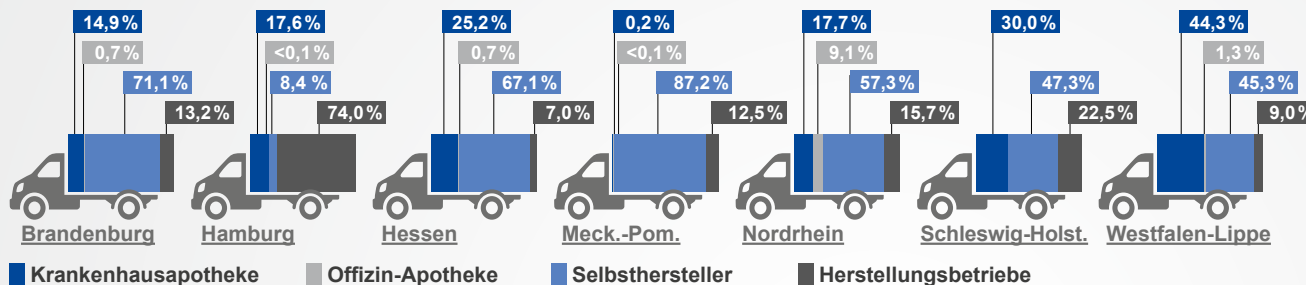
Viele krebserkrankte Menschen können heute eine Chemotherapie auch ambulant erhalten. Die dafür individuell zubereiteten Medikamente, sogenannte Zytostatika, beziehen die behandelnden Ärzte von öffentlichen Apotheken. Welche Apotheke das Medikament liefert, entscheidet der Arzt. Der Patient bekommt das Rezept in der Regel nicht zu sehen. Der Arzt leitet es direkt an einen Apotheker weiter.

Rund 300 der 21.000 Apotheken hierzulande dürfen Krebspräparate herstellen. Dafür müssen sie laut Apothekenbetriebsordnung von 2012 besondere Qualitäts- und Sicherheitsstandards erfüllen. Viele Apotheken gaben daraufhin die Zyto-Herstellung auf. Dabei ist die Begleitung einer Chemotherapie ein profitables Geschäft. Denn Apotheken kaufen Medikamente, die sie für die Zubereitung benötigen, zum Teil viel preiswerter ein, als sie diese mit den Kassen abrechnen. Den lukrativen Markt teilen sich die öffentlichen Apotheken mit Krankenhausapotheken und Herstellungsbetrieben, auf die sie bei Bedarf zurückgreifen. Eine aktuelle Analyse

des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zeigt, dass Fremdersteller in einigen Bundesländern den Markt beherrschen.

Um die Versorgungsstrukturen transparent zu machen und die großen Gewinnspannen der Apotheker für die Beitragszahler zu erschließen, hat der Gesetzgeber 2009 den Weg für Direktverträge zwischen Kassen und Apotheken geebnet. Als erste Kasse machte die AOK davon Gebrauch. Ihre Zytostatika-Verträge betreffen ausschließlich die Bezugswege zwischen Arzt und Apotheker. Der Patient kann sich damit auf feste Lieferfristen und gute Qualität verlassen. Auch Mediziner und Apotheker profitieren: Der Arzt weiß immer, woher die Zubereitung kommt, der Apotheker kann sicher planen. Doch nun will die Bundesregierung mit der aktuellen Arzneimittelreform in die bestehende Regelung eingreifen. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll es künftig keine Direktverträge mit Apotheken mehr geben. Auch die bestehenden Verträge stellt der aktuelle Entwurf infrage. Damit bleiben die Einkaufsvorteile weiterhin bei den Apotheken.

Viele Apotheken lassen Zytostatika von anderen Herstellerbetrieben fertigen



In Westfalen-Lippe kommt fast jede zweite Zubereitung aus einer Krankenhausapotheke.

Grafik: AOK-Bundesverband

DREI FRAGEN AN ...

... Dr. Sabine Richard,
Geschäftsführerin Versorgung
im AOK-Bundesverband



„Regionale Apotheken gestärkt“

Welche Auswirkungen haben Zytostatika-Verträge auf die Versorgung?

Die Direktverträge haben die durchschnittlichen Lieferzeiten der Zubereitungen verkürzt. Im Kollektivvertragssystem erstreckten sich die Lieferbeziehungen zwischen Herstellern und Apotheken teilweise über Entfernungen von 500 Kilometern. So etwas ist in den Selektivverträgen ausgeschlossen. Zudem profitieren die Versicherten von höheren Qualitätsstandards.

Werden bewährte Apothekenstrukturen zerstört?

Nein. Zytostatika-Rezepturen werden bereits jetzt in hohem Maße arbeitsteilig hergestellt. Viele Apotheken lassen extern fertigen. Aufgrund der gestiegenen Anforderungen an die Herstellung in Apotheken gibt es ohnehin eine Konzentration auf diesem Markt. Unsere Verträge stärken die regionalen Apotheken.

Welche Folgen haben die Pläne der Regierung?

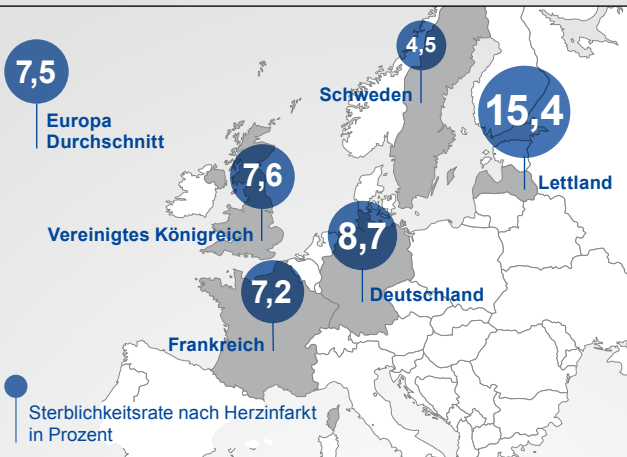
Durch Ausschreibungen haben die Kassen ihre Kosten für Zytostatika um 20 bis 30 Prozent gesenkt, und dies ohne Qualitätsverluste in der Versorgung. Einsparpotenziale werden nicht nur im Einkauf der Wirkstoffe realisiert, sondern auch durch mehr Effizienz in den Prozessen, in der Herstellung und in der Logistik. Diese Vorteile gehen der Versichertengemeinschaft nun sofort verloren.

Leopoldina-Thesen

Mangel an Qualitätsanreizen

Die wirtschaftliche Konkurrenz unter deutschen Kliniken müsse durch einen Qualitätswettbewerb abgelöst werden. So lautet eine der Thesen der Autoren eines aktuellen Diskussionspapiers der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Obwohl hierzulande elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts ins Gesundheitswesen fließen, erbringe das deutsche System im EU-Vergleich nur mäßige Qualität. Ein Beispiel ist die Versorgung von Herzinfarkt-Patienten (siehe Grafik). Angesichts von Überkapazitäten und Strukturmängeln der Kliniken führt nach Ansicht der Leopoldina mehr Geld nicht zu besserer Versorgung. Stattdessen gelte es, Leistungen zu zentralisieren und wirtschaftliche Fehlanreize im DRG-System zu beseitigen.

**Infarkt-Patienten in Deutschland:
Sterblichkeit im EU-Vergleich hoch**



2013 starben in Deutschland 8,7 Prozent der Herzinfarkt-Patienten über 45 Jahre während ihres Klinikaufenthalts. In Schweden waren es nur 4,5 Prozent. Quelle: OECD

Hochschulambulanzen

Facharztbehandlung ist Pflicht

Hochschulambulanzen dürfen seit dem 1. Dezember 2016 Patienten mit schweren, komplexen Krankheiten ambulant behandeln. Die dafür notwendigen Bedingungen hat das erweiterte Bundesschiedsamt in einer entsprechenden Vereinbarung festgelegt. Zuvor war eine ambulante Versorgung in Hochschulambulanzen auf einen für Lehre und Forschung notwendigen Umfang beschränkt. Die aktuelle Vereinbarung konkretisiert unter anderem, welche Patientengruppen eine Hochschulambulanz untersuchen und behandeln darf. Hierzu zählen Patienten, die hochspezialisierte diagnostische oder therapeutische Leistungen benötigen oder deren Diagnose außerhalb der Hochschulambulanz nicht gesichert werden kann. Eine weitere Bedingung ist, dass ausschließlich Mediziner mit abgeschlossener Weiterbildung zum Facharzt die Diagnose stellen und leitende Therapieentscheidungen treffen. Das bedeutet, dass Hochschulambulanzen entsprechend qualifiziertes Personal vorhalten müssen.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Mindestmenge für Frühchen bleibt

Das Bundesverfassungsgericht hat die Klage mehrerer Klinikbetreiber gegen die Mindestmenge bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm abgewiesen. Nach Ansicht des Gerichts konnten die Kläger, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Mengenvorgabe infrage stellen, nicht hinreichend konkret darlegen, dass sie beschwerdebefugt sind. Bereits Ende 2015 hatte das Bundessozialgericht (BSG) die Mindestmenge von jährlich 14 Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm bekräftigt. Die gesetzliche Regelung, Klinikbehandlungen im Interesse der Qualität an Mindestmengen zu knüpfen, sei verfassungsrechtlich unbedenklich, urteilte damals das BSG.

DREI FRAGEN AN ...

... **Stephan Kolling**,
Staatssekretär im Ministerium
für Soziales, Gesundheit, Frauen und
Familie des Saarlandes



„Qualität entscheidet“

Welche Rolle spielt Qualität in Ihrer Klinikplanung?

Das Saarland weist eine überdurchschnittlich hohe Krankenhaus- und Bettendichte bei hoher Krankenhaushäufigkeit auf. Typisch sind kleine Häuser mit vielen Fachabteilungen. Um zukunftsfähig zu bleiben, verbessern wir die Strukturen: Bis zum Jahr 2025 soll es sowohl Zentralisierungen als auch Konzentrationen von Zentren und Fachabteilungen geben. Kriterien dafür sind Mindestmengen und Qualitätsvorgaben.

Welche Aspekte sind dabei entscheidend?

Die an der Qualität ausgerichteten Rahmenbedingungen, die in den nächsten Jahren entstehen, werden die Krankenhauslandschaft verändern. Wo Mindestmengen nicht erreicht werden oder die Qualität in der Struktur, im Prozess oder im Ergebnis unterdurchschnittlich ist, droht künftig auch die Herausnahme einzelner Abteilungen aus dem Krankenhausplan.

Ab 2018 soll es im Saarland einen neuen Krankenhausplan geben. Worauf wird er sich stützen?

Aufgrund der Neuregelung des Verfahrens wird die Landesregierung erstmals lediglich einen Rahmenplan erarbeiten. Die Verteilung der Planbetten auf die Fachdisziplinen innerhalb der vorgegebenen Obergrenze werden die Krankenhausträger und die Kostenträger selbstständig aushandeln.

Krankenhausplanung

Facharztquote für Thüringen

Fachabteilungen in Thüringer Krankenhäusern müssen ab Januar 2017 mindestens 5,5 Arztstellen vorweisen. Dabei müssen drei der Mediziner Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung sein. Diese Regelung verfügte das Thüringer Gesundheitsministerium per Rechtsverordnung. Bereits Anfang 2014 hatte das Ministerium angekündigt, auf diesem Weg Qualitätsstandards für Thüringer Kliniken festzulegen. Die Erfüllung der Anforderungen soll sich auch in der regionalen Versorgungsplanung niederschlagen. Der nächste Krankenhausplan des Landes tritt 2017 in Kraft.

Innovationsfonds

Unikliniken haben die Nase vorn

An vielen Vorhaben, die im Bereich der Neuen Versorgungsformen durch den Innovationsfonds gefördert werden, sind AOKs beteiligt – häufig als Partner von Krankenhäusern. So wird etwa die Berliner Charité bei Projekten zur akutneurologischen Versorgung mithilfe der Telemedizin und zur Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen gefördert. Die Uniklinik Tübingen kann mithilfe des Fonds an der Etablierung teledermatologischer Konsile arbeiten und die Uniklinik Mainz an der Früherkennung der asymptomatischen Leberzirrhose.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

TERMINE

24.–25. Januar 2016 in Berlin

BMC-Kongress 2017:
„Versorgung gestalten“

25.–26. Januar in Münster

„Gesundheitswirtschaft
managen 2017“

16.–17. Februar 2016 in München

18. Münchner Klinikseminar:
„Brennpunkt Notaufnahme“ und
„Erfolgreiche Leuchtturmkliniken“

>> www.blickpunkt-klinik.de

Klinikum Itzehoe

Neue Wege in der Psychiatrie

Ein Zentrum für psychosoziale Medizin ohne klassische Stationen, dieses Versorgungskonzept entsteht in den kommenden Jahren am Klinikum Itzehoe. Die Bauarbeiten haben Ende November begonnen. Geplant ist ein offenes Gebäude mit Bereichen zum Schlafen und Wohnen, mit Räumen für die Behandlung und persönliche Begegnungen. Patienten sollen die Räume nach ihrem Bedarf nutzen, lediglich im Intensivtrakt sind zehn herkömmliche Krankenhausbetten vorgesehen. Nach Klinikangaben ist das Vorhaben das größte seit der Gründung des Krankenhauses vor 40 Jahren. Für den Neubau sind 18 Millionen Euro veranschlagt. Das Land Schleswig-Holstein steuert 12,1 Millionen Euro bei. 2018 soll das Zentrum seinen Betrieb aufnehmen.

Pflegebedürftigkeit

So funktioniert die Begutachtung

Ab Januar 2017 gilt in der Pflegeversicherung ein neuer Begriff der Pflegebedürftigkeit. Die Begutachtung folgt künftig einer anderen Philosophie. Im Vordergrund stehen nun die Fähigkeiten und nicht die Defizite der Menschen. Der AOK-Bundesverband hat zu dem neuen Instrument ein Lernprogramm entwickelt, das Profis im Gesundheitswesen mit der Herangehensweise vertraut macht.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

PERSONALIA

Wölfle vertritt die Deutsche Sozialversicherung in Europa



Die Juristin und Sozialversicherungsexpertin Ilka Wölfle leitet die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel. Die 38-Jährige hat im Dezember Dr. Franz Terwey abgelöst. Der bisherige Direktor verabschiedet sich nach 23 Jahren an der Spitze des Verbandes in den Ruhestand.

Kolat ist neue Senatorin für Gesundheit in Berlin



Dilek Kolat, bisherige Senatorin für Arbeit, Frauen und Integration, wechselt das Ressort: Die 49-jährige Wirtschaftsmathematikerin übernimmt im neuen Senat das Ministerium für Gesundheit und Soziales. Sie folgt auf Mario Czaja, der das Amt seit 2011 inne hatte.

Breßlein leitet die Krankenhausgesellschaft des Saarlands



Die Geschäftsführerin des Klinikums Saarbrücken Dr. Susann Breßlein wurde zur neuen Vorstandsvorsitzenden der Saarländischen Krankenhausgesellschaft gewählt. Sie löst Manfred Klein, Geschäftsführender Direktor des St. Nikolaus Hospitals Wallerfangen, als Vorsitzenden ab.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

>> **Qualität**

Kliniken mit wenigen Fällen verfehlen häufiger Qualitätsvorgaben

2014



behandelten
1.238 Kliniken



108.587 Patienten
mit hüftgelenknahem
Oberschenkelbruch.

Qualitätsvorgabe



Nicht mehr als
15 Prozent der Patienten
mit einem hüftgelenk-
nahen Oberschenkel-
bruch sollen nach der
Klinikaufnahme länger
als **48 Stunden** auf die
Operation warten.

Qualitätsvorgabe verfehlt

29,5%



54,4%



Quelle: Qualitätsmonitor 2017, Grafik: AOK-Bundesverband

Regionale Unterschiede in der Versorgungsqualität

Wer mit einem hüftgelenknahen Oberschenkelbruch ins Krankenhaus kommt, wird je nach Bundesland unterschiedlich gut versorgt. Das geht aus dem Qualitätsmonitor 2017 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK und des Vereins Gesundheitsstadt Berlin hervor. Den gesetzlichen Qualitätsvorgaben zufolge sollen mindestens 85 Prozent der Patienten mit dieser Indikation innerhalb von 48 Stunden operiert werden. Bundesweit verfehlten 29,5 Prozent der 1.238 Kliniken, die 2014 Patienten mit einem hüftgelenknahen Oberschenkelbruch behandelten, diese Quote. Bei Kliniken mit den geringsten Fallzahlen (unter 46) waren es mehr als die Hälfte. Im Saarland operierten 92,9 Prozent der Häuser die geforderte Anzahl der Patienten pünktlich, in Brandenburg nur 48,5 Prozent.

Die großen Unterschiede zwischen den Regionen, aber auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern werfen für die Autoren des Qualitätsmonitors die Frage auf, inwieweit standardisierte Behandlungsabläufe und die Einhaltung medizinischer Leitlinien die Qualität der Versorgung von Patienten mit hüftgelenknahem Oberschenkelbruch verbessern könnten.