

25. NEUBIBERGER KRANKENHAUSFORUM

Krankenhausversorgung 2025 - Herausforderungen und Antworten

Freitag, den 08. Juli 2016

Krankenhausversorgung 2025:

Einschätzung aus Sicht der Krankenhausärzte

- **Rückblick: Wie schnell ist nichts passiert**
- **Das Krankenhaus der Zukunft ist**
 - gut
 - gut erreichbar
 - sicher
- **Ausblick: Der ganz normale Krankenhausalltag 2025**

Das Krankenhaus der Zukunft

Symposium

Universität der Bundeswehr München,
Neubiberg, 5. Juli 1991

Prof. Dr. H. Bauer

Das Krankenhaus der Zukunft aus der Sicht eines Ärztlichen Direktors

Tabelle 1: Für die Entwicklung bedeutsame Faktoren

1. Der Patient im Krankenhaus
 - Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit
 - Demographische Entwicklung
 - Politische Einflüsse (EG-Harmonisierung)
2. Die Medizin im Krankenhaus
 - Wissenschaftlicher Fortschritt/neue Methoden
 - Computergestützte Diagnose und Therapiemaßnahmen
 - Fachbereichsverschiebungen
 - Qualitätssicherung
 - "Verrechtlichung" der Medizin
3. Das Krankenhaus als Arbeitsplatz
 - Schlagworte "Ärztenschwemme" und "Pflegernotstand"
 - Adäquate Personalbedarfsermittlung
 - Neue Berufsbilder (z.B. Med. Informatik)
4. Das Krankenhaus als Wirtschaftsbetrieb
 - Krankenhausmanagement
 - Kooperationsmodelle
 - Leistungsdefinition und Budgetierung
 - Betriebsvergleiche/Organisationsgutachten
 - Öffentlichkeitsarbeit

Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes* auf die Krankenhausversorgung

Höhere Effizienz durch

- Reduktion der Kosten (Verweildauer)
- Höhere Fallzahl pro Bett
- Spezialisierung des Leistungsprogramms

Neue Betriebsstrukturen

- Führungsorganisation
- Ablauforganisation (prä- und poststationäre Versorgung, ambulantes Operieren)
- Neue Rechtsformen

Überbetriebliche Kooperation

- Schwerpunktbildung
- Akutversorgung/Nachsorge/Rehabilitation

Schließung von Krankenhäusern

- Bürgernähe vs. Wirtschaftlichkeit

*Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992

5. Neubiberger Krankenhausforum

29. Mai 1996

H. Bauer

Die Reform aus Sicht der im Krankenhaus Beschäftigten

10. Neubiberger Krankenhausforum

20. Juni 2001

Eckpunkte einer Krankenhausentgeltordnung:

**Preisfindung, Mengensteuerung, Vertragsbeziehungen und
Patientenrechte**

H. Bauer

Krankenhausentgeltordnung aus Sicht der Krankenhausärzte

15. Neubiberger Krankenhausforum

7. Juli 2006

**Ordnungspolitische Neuorientierung der Krankenhausversorgung nach
der Konvergenzphase**

H. Bauer

Ordnungspolitische Neuorientierung aus Sicht der Krankenhausärzte

20. Neubiberger Krankenhausforum

15. Juli 2011

Krankenhausversorgung morgen - Die Zukunft gestalten

**Abendsymposium 20 Jahre Krankenhauspolitik – Sind wir in der
Zukunft schon angekommen?**

H. Bauer

Die Krankenhausversorgung im Jahr 2011

Die Krankenhausversorgung im Jahr 2011

- **ergebnisorientiert**
- **arbeitsteilig**
 - Spezialisierung
 - Verschiebung der Fachbereichsgrenzen
 - Änderung der Personalstrukturen
(Aufgabendelegation, neue Berufsbilder)
- **verknüpft**
 - integrierte Versorgung
 - problemorientierte Zentren
 - telematische Vernetzung
- **transparent**
 - Qualitätsvergleiche
 - E-Health
 - Öffentlichkeitsarbeit
- **patientenorientiert**
 - Mitbestimmung
 - Der Patient als Kunde
 - Patientenrechte
- **effizient**
 - Work Flow Management
 - Leistungsorientierte Entgelte
 - Qualitätsmanagement

Wie schnell ist nichts passiert ...



- „Die Selbstverwaltung hat ständig viel zu tun – die Vorgaben der Politik zu verstehen, die Folgen für die eigene Organisation abzuschätzen und mit hinhaltendem Widerstand möglichst gering zu halten oder gar nichts zu tun.“

(Andrea Fischer, Gesundheitsministerin)

- „Es wird alle Kraft darauf verwendet, den neuen Eingebungen der Politik zu widerstehen, ihre Ziele umzudeuten, ihre Realisierung zu verzögern und alsbald eine neue Diskussion zu weiterem Reformbedarf anzuzetteln“

(Karl-Heinz Schönbach AOK-Bundesverband)

Und noch zwei Weisheiten:



<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/khsg.html>



Das Krankenhaus der Zukunft muss **gut, gut erreichbar** und **sicher** sein.

Ausgewählte Themenschwerpunkte

- Mindestmengen
- Qualitätsorientierte Vergütung (P4P)
- Transparenz/Qualitätsbericht
- Patientenbefragung
- Zweitmeinungsverfahren
- Digitalisierung und Telematik
- Pflegequalität
- Spezialisierung/Zentrenbildung/Zertifizierung
- Umstrukturierungen von KH
- Ambulante Notfallversorgung
- Investitionsfinanzierung

Mindestmengen

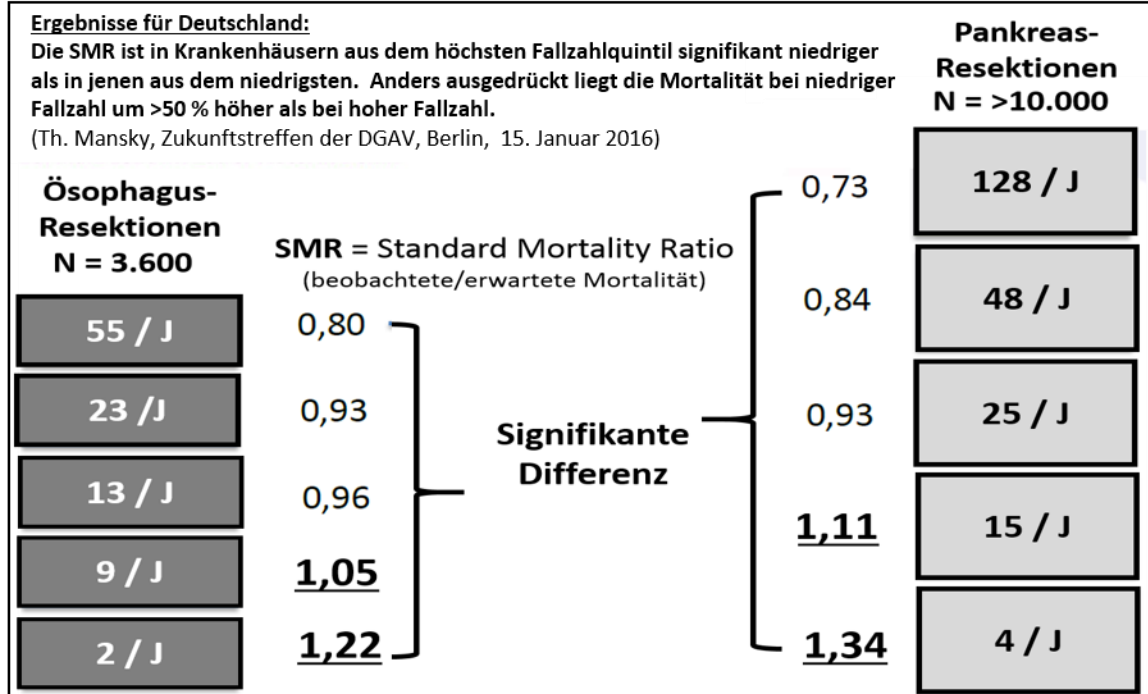
- In Kliniken mit hoher Fallzahl ist ein gutes Behandlungsergebnis wahrscheinlicher.
- Eine signifikante Korrelation zwischen Anzahl und Ergebnisqualität existiert bei komplexeren Eingriffen
- Wissenschaftlich begründete Schwellenwerte existieren nicht
- Festlegung von Mindestmengen/Schwellenwerten ist ein administrativer Akt

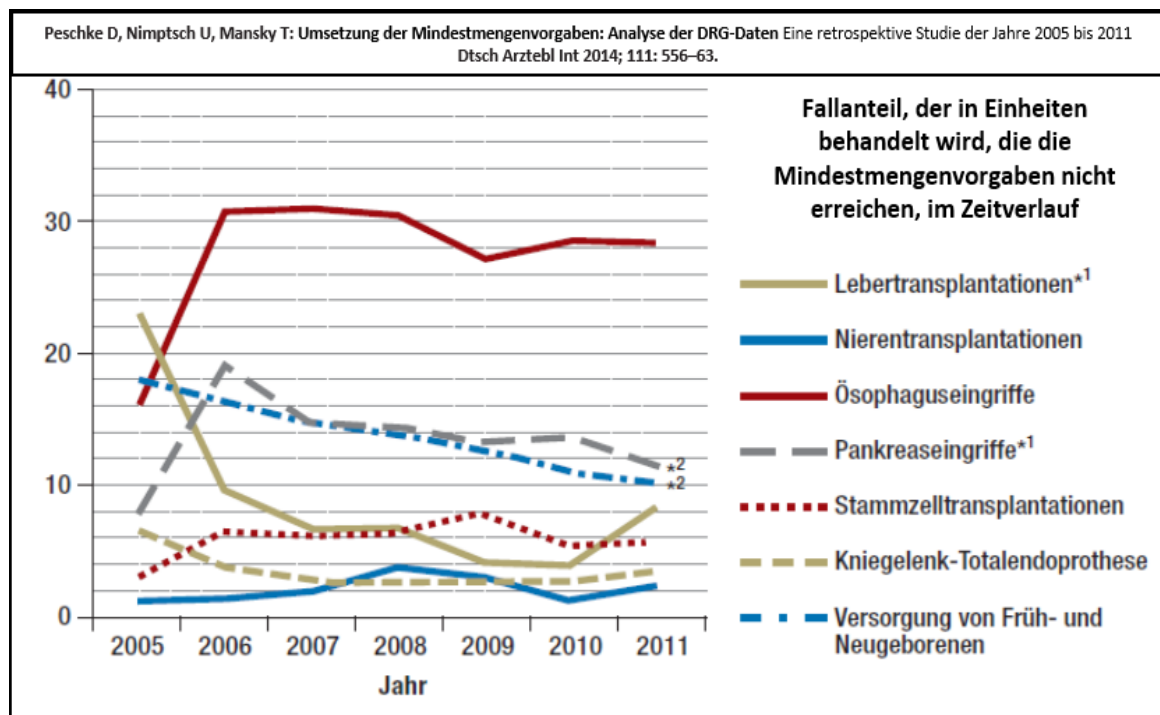
U.S. News & WORLD REPORT
 May 18, 2015

Risks Are High at Low-Volume Hospitals

Patients at thousands of hospitals face greater risks from common operations, simply because the surgical teams don't get enough practice.

As many as 11,000 deaths may have been prevented between 2010 and 2012 if patients who went to the lowest-volume fifth of the hospitals had gone to the highest-volume fifth.





Frankfurter Allgemeine

ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

Studie enthüllt Regelverstöße

Ungeübte Chirurgen in deutschen Kliniken

Deutsche Kliniken lassen ihre Chirurgen machen, was sie wollen. Seit zehn Jahren sollen bestimmte Operationen nur noch von geübten Chirurgen vorgenommen werden. Doch die Vorgaben werden unterlaufen, Berichte offenkundig geschönt.

18.08.2014, von MARTINA LENZEN-SCHULTE

An der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse wird fast in der Hälfte der Fälle in Häusern operiert, die die Mindestmengen dafür nicht erfüllen. Auffällig ist, dass sich im Laufe der Jahre – die Analyse reicht bis 2004 zurück – kaum etwas zum Besseren gewendet hat. Die Regelung greift offenbar nicht.

Mindestmengen: Prospektive Festlegung

§ 136b Abs. 4 SGB V (4)

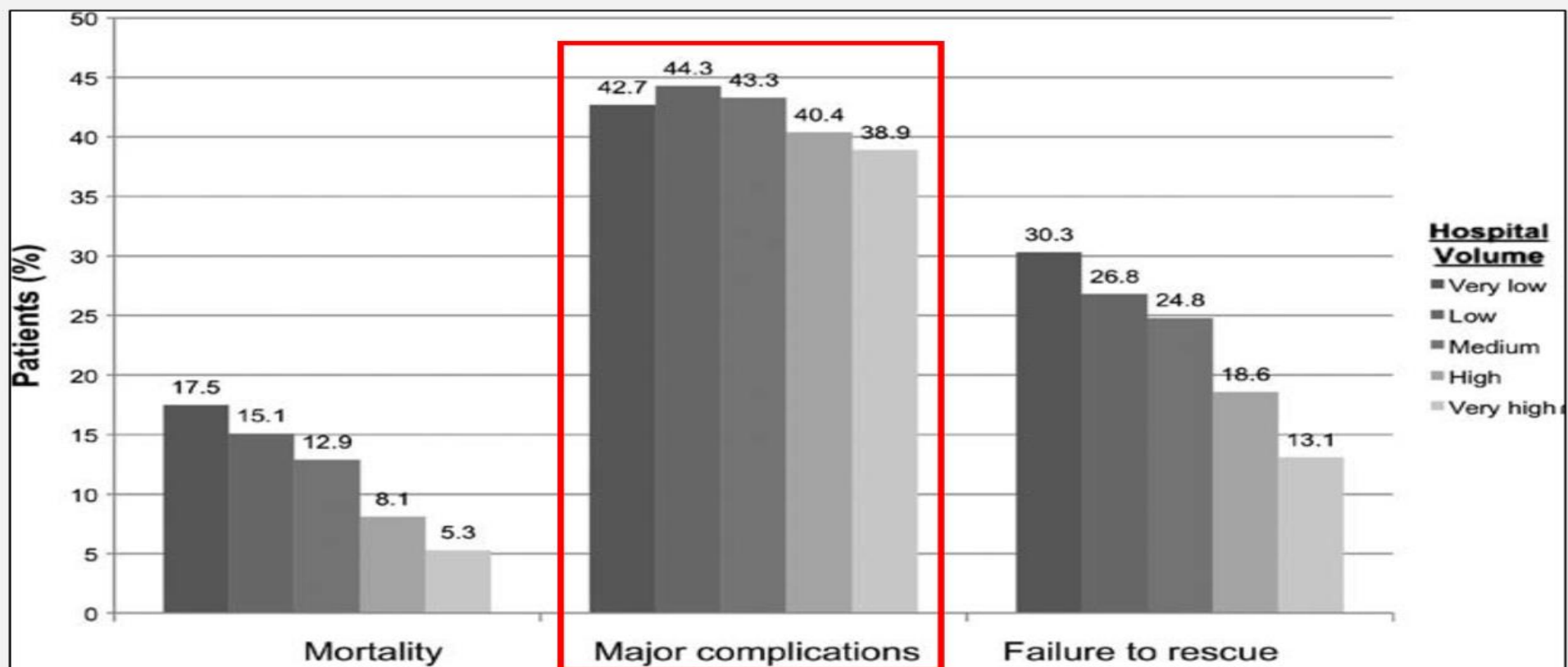
- **Wenn die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu.**
- Für die **Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger** gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen **jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose).**
- Der GBA regelt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das Nähere zur Darlegung der Prognose.

„Failure-to-Rescue“ : Tod nach schweren Komplikationen, die zu spät/inadäquat entdeckt/behandelt worden sind)

AHRQ PSNet patient safety network

Hospital Volume and Failure to Rescue With High-risk Surgery

Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB Medical Care Volume 49, Number 12, December 2011



THE LANCET

Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, Vallet B, Vincent JL, Hoeft A, Rhodes A, for the European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group for the Trials groups of the European Society of Intensive Care Medicine and the European Society of Anaesthesiology

Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study

The Lancet 2012; 380: 1059 - 1065 (22. September 2012)

- In Europa sterben deutlich mehr Menschen nach einer Operation als bisher angenommen
- Fast drei Viertel der Patienten, die nach der Operation gestorben sind, wurden nie auf eine Intensivstation verlegt
- **Oftmals wird im Krankenhaus nicht erkannt, welche Patienten besonders intensive Betreuung nach der Operation brauchen.**

What factors affect mortality after surgery?

Vonlanthen R, Clavien PA

The Lancet 2012; 380: 1034 – 1036

Faktoren, die das Risiko verringern:

- **Verwendung von Sicherheitschecklisten**
- **Erfahrungsstand mit der jeweiligen Operation**
- **Erfahrung im Umgang mit Komplikationen**

Medizinische Einsatzteams (MET)

Ziel ist es, eine präventive Intensivmedizin zu etablieren, um Notfälle von Anfang an zu vermeiden.

Studien* belegen, dass z. B. in den Niederlanden die landesweite Einführung Medizinischer Einsatzteams mit weniger Herz-Lungen-Versagen, ungeplanten Verlegungen auf die Intensivstation und Sterblichkeit der Patienten in den Krankenhäusern verbunden ist. Die frühe Erkennung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten und daran anschließend präventive Maßnahmen zur Vermeidung eines Herzstillstands sind der Schlüssel zum Überleben

* Ludikhuizen J, Brunsvelde-Reinders A H, Dijkgraaf M G W et al.: Outcomes Associated With the Nationwide Introduction of Rapid Response Systems in The Netherlands. Crit Care Med. 2015 Dec;43(12):2544-51.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

N Engl J Med 2013; 369:1134-1142

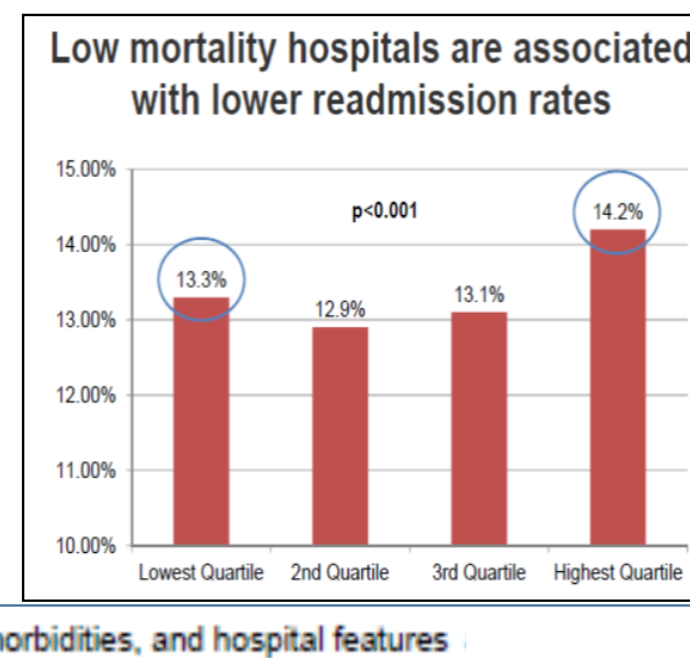
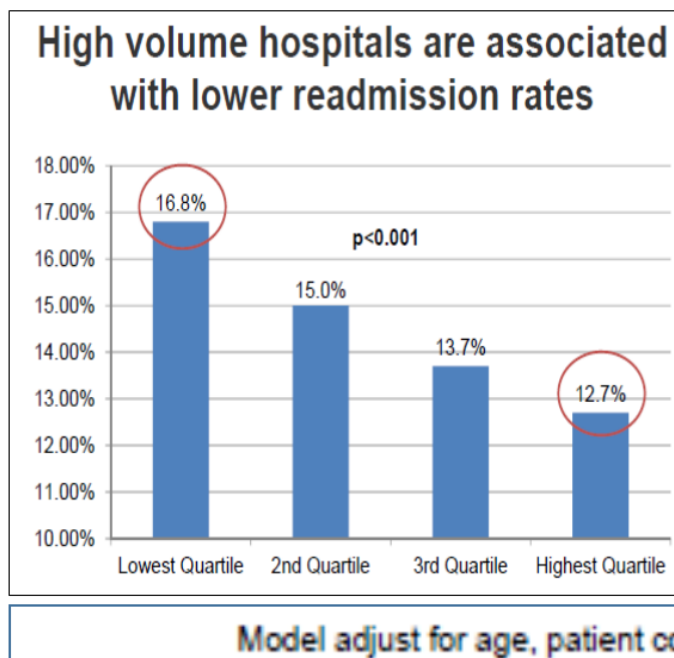
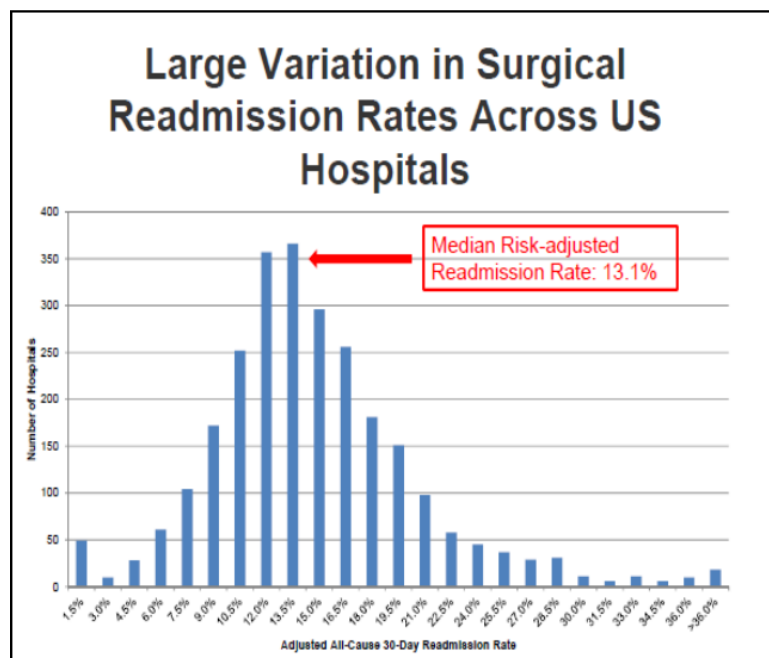
SPECIAL ARTICLE

Variation in Surgical-Readmission Rates and Quality of Hospital Care

Thomas C. Tsai, M.D., M.P.H., Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., E. John Orav, Ph.D., Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., and Ashish K. Jha, M.D., M.P.H.

CONCLUSIONS

Nearly one in seven patients hospitalized for a major surgical procedure is readmitted to the hospital within 30 days after discharge. Hospitals with high surgical volume and low surgical mortality have lower rates of surgical readmission than other hospitals



Research

JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8462
Published online March 7, 2016.

Original Investigation

International Validity of the HOSPITAL Score to Predict 30-Day Potentially Avoidable Hospital Readmissions

Jacques D. Donzé, MD, MSc; Mark V. Williams, MD; Edmondo J. Robinson, MD, MBA, MSHP; Eyal Zimlichman, MD, MSc; Drahomir Aujesky, MD, MSc; Eduard E. Vasilevskis, MD, MPH; Sunil Kripalani, MD, MSc; Joshua P. Metlay, MD, PhD; Tamara Wallington, MD; Grant S. Fletcher, MD, MPH; Andrew D. Auerbach, MD, MPH; Jeffrey L. Schnipper, MD, MPH

- Studie mit 120.000 Patienten in neun Krankenhäusern in der Schweiz (Bern), den USA, Kanada und Israel
- In einem Punktesystem Erfassung von sieben Risikoparametern: niedriger Hämoglobin-Spiegel, Entlassung aus der Onkologie, Hyponatriämie, Intervention während des Aufenthaltes, Aufnahme als Notfall, Anzahl der Hospitalisierungen im letzten Jahr, Aufenthalt von fünf Tagen oder mehr.
- Bei mehr als 6 Punkten erhöhtes Risiko für eine erneute stationäre Aufnahme.
- Identifizierte Risikopatienten könnten zusätzliche Angebote erhalten, um das Wiederaufnahmerisiko zu senken (z. B. Medikamentenschulungen vor dem Krankenhausaustritt, Pflegeleistungen zuhause, Telefonanrufe nach der Entlassung)

HOSPITAL Score for 30-Day Potentially Avoidable Readmissions (Maximum of 13 points per patient)

Attribute	Points if Positive
Low hemoglobin level at discharge (<12 g/dL ^b)	1
Discharge from an Oncology service	2
Low sodium level at discharge (<135 mEq/L ^c)	1
Procedure during hospital stay (any ICD-9 ⁷ coded procedure)	1
Index admission type: urgent or emergent (nonelective)	1
No. of hospital admissions during the previous year	
0-1	0
2-5	2
>5	5
Length of stay ≥5 d	2

Süddeutsche Zeitung 9. März 2016
MEINER ANGEHÖRIGEN DER FÜRSTEN, KUNST, WISSENSCHAFT UND SPIEL
Stammgast im Krankenhaus
 Ärzte können anhand von sieben Kriterien vorhersagen, ob ein Patient bald wieder in eine Klinik eingeliefert wird.
Von Werner Bartens

DER STANDARD Drehtüreffekt: Wer immer wieder ins Spital kommt
 8. März 2016
 Acht Fragen reichen für eine Prognose, welche Patienten nach einer Entlassung schnell wieder ins Spital kommen – zeigt eine Schweizer Studie

From the JAMA Network | February 3, 2015
 Dimick JB, Ghaferi AA
Hospital Readmission as a Quality Measure in Surgery
 JAMA. 2015;313(5):512-513. doi:10.1001/jama.2014.14179.

www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/medicaidreadmitguide/index.html

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality
 Advancing Excellence in Health Care

Hospital Guide to Reducing Medicaid Readmissions

Reducing readmissions is a national priority for payers, providers, and policymakers seeking to improve health care and lower costs. Readmissions are a significant issue among patients with Medicaid. The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) commissioned this guide to identify ways evidence-based strategies to reduce readmissions can be adapted or expanded to better address the transitional care needs of the adult Medicaid population.



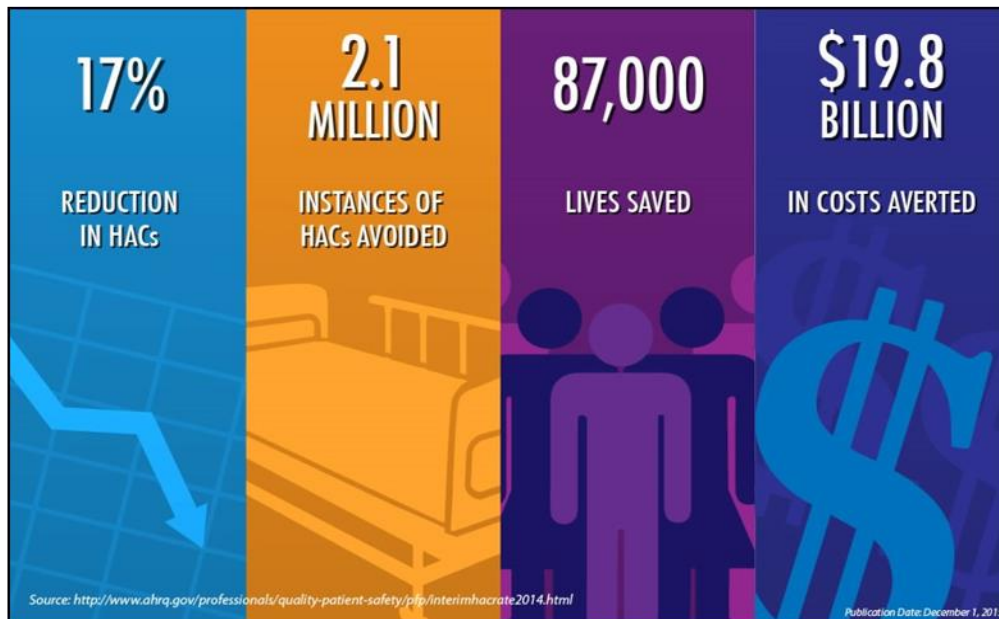
http://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/interimhacrate2014_2.pdf

December 2015



Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care

A new AHRQ report „Savig Lives & Saving Money: Hospital-Acquired Conditions Update“ released by the Department of Health and Human Services shows that an estimated 87,000 fewer patients died in hospitals and nearly \$20 billion in health care costs were saved as a result of reductions in HACs (such as adverse drug events, healthcare associated infections, and pressure ulcers) from 2010 to 2014.



Original Investigation

Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program

JAMA

Ravi Rajaram, MD, MS; Jeanette W. Chung, PhD; Christine V. Kinnier, MD, MS; Cynthia Barnard, MBA; Sanjay Mohanty, MD, MS; Emily S. Pavey, MA; Megan C. McHugh, PhD; Karl Y. Bilimoria, MD, MS

IMPORTANCE

In fiscal year (FY) 2015, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) instituted the Hospital-Acquired Condition (HAC) Reduction Program, which reduces payments to the lowest-performing hospitals. However, it is uncertain whether this program accurately measures quality and fairly penalizes hospitals.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE

Among hospitals participating in the HAC Reduction Program, hospitals that were penalized more frequently had more quality accreditations, offered advanced services, were major teaching institutions, and had better performance on other process and outcome measures. These paradoxical findings suggest that the approach for assessing hospital penalties in the HAC Reduction Program merits reconsideration to ensure it is achieving the intended goals.

JAMA. 2015;314(4):375-383.

„Eine echte qualitätsorientierte Vergütung - Pay for Performance - ist möglich. Sie zu entwickeln wird aber noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Es gibt weltweit kein einziges funktionierendes Vorbild dafür.“
Interview J. Hecken ÄZ 28.6.2016



Eappen S, Lane H, Rosenberg B, Lipsitz SA, Sadoff D, Matheson D, Berry WR, Lester M, Gawande AA,
**Relationship Between Occurrence of Surgical Complications and
 Hospital Finances**

JAMA. 2013;309(15):1599-1606

- **Importance** The effect of surgical complications on hospital finances is unclear.
- **Objective** To determine the relationship between major surgical complications and per-encounter hospital costs and revenues by payer type.
- **Design, Setting, and Participants** Retrospective analysis of administrative data for all inpatient surgical discharges

- **Die Autoren der Harvard School of Public Health in Boston haben zusammen mit einer Consulting-Firma die Entlassungsdokumente bei einer Krankenhauskette aus Texas untersucht.**
- **Bei 1.820 von 34.256 (5,3 Prozent) der Patienten war es zu einer oder mehreren Komplikationen gekommen war.**
- **Bei Privatpatienten erhöhte sich der Deckungsbeitrag pro Patient von 16.936 auf 55.953 US-Dollar, d. h. die Klinik verdiente pro Fall 39.017 US-Dollar mehr, wenn der Patient eine oder mehrere vermeidbare Komplikationen erleidet. Auch bei Versicherten der staatlichen Altersversorgung Medicare verdienten die Kliniken zusätzlich an den Komplikationen. Der Deckungsbeitrag erhöhte sich hier von 1.880 auf 3.629 US-Dollar um 1.749 US-Dollar**
- **Für die Autoren ist dies eine „perverse“ Situation, da Kliniken für eine gute Krankenversorgung bestraft würden. Sie gehen nicht so weit zu behaupten, dass Ärzte absichtlich Fehler machen. Für die Kliniken würde allerdings der ökonomische Anreiz fehlen, Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen und von Behandlungsfehlern einzuleiten.**

Generations and generation in the hospital system, the occurrence of post-surgical complications was associated with a higher per-encounter hospital contribution margin for patients covered by Medicare and private insurance but a lower one for patients covered by Medicaid and who self-paid. Depending on payer mix, many hospitals have the potential for adverse near-term financial consequences for decreasing postsurgical complications.

Transparenz

Der Blick hinter
die Kulissen



Was die Patienten am meisten interessiert:

- Wo bekomme ich die beste Behandlung?
- Welche Klinik führt welche Behandlung wie oft durch?
- Wie sind die Komplikationsraten?
- Welche Fachdisziplinen sind vertreten?
- Gibt es ausreichend Fachpersonal?
- Gibt es interdisziplinäre Kooperationen (z. B. Tumor-Boards, Darmzentrum)?
- Wie ist es mit der Zufriedenheit der Patienten?

- Laienverständlicher Q-Bericht
- Einheitliche Kriterien bzw. Kennzahlen
- Geeignete Such-Plattform



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Müssen Sie ins Krankenhaus? Was die Qualitätsberichte der Krankenhäuser bieten und wie sie sich nutzen lassen

Müssen Sie ins Krankenhaus?

Rät Ihre Ärztin oder Ihr Arzt zu einem künstlichen Hüftgelenk? Oder brauchen Sie einen Herzschrittmacher? Dann fragen Sie sich vielleicht, welches Krankenhaus das richtige für Sie ist. Wenn es sich nicht um einen Notfall handelt, sondern um eine geplante Behandlung, haben Sie die Zeit und das Recht, sich eine Klinik auszusuchen.

Für die Entscheidung gibt es Orientierungshilfen. Seit 2005 veröffentlichen die Krankenhäuser Qualitätsberichte, in denen sie über ihre Arbeit informieren. Die Angaben in diesen Berichten lassen sich nutzen, um Krankenhäuser zu vergleichen und das passende auszuwählen.

Welche Unterschiede gibt es?

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland hat ein hohes Niveau. Trotzdem gibt es Unterschiede zwischen den Krankenhäusern, etwa:

- welche Leistungen angeboten werden,
- wie oft bestimmte Eingriffe gemacht wurden,
- wie häufig es dabei zu Problemen gekommen
- und wie gut es auf spezielle Bedürfnisse eingeht (Barrierefreiheit).

Um diese Unterschiede transparent zu machen, gibt es die Qualitätsberichte. Der Inhalt des Qualitätsberichts ist für alle Krankenhäuser vergleichbar, damit die Angaben vergleichbar sind.

Welche Informationen liefern Qualitätsberichte?

Jeder Qualitätsbericht umfasst allgemeine Informationen zum Krankenhaus, etwa zur Zahl der Betten und den Serviceangeboten. Außerdem werden die verschiedenen Fachabteilungen beschrieben, zum Beispiel, wie viele Menschen behandelt werden, welche Erkrankungen sie hatten. Und die Ergebnisse der Qualitätssicherung sind ebenfalls zu finden. Zum Beispiel Angaben darüber, wie oft es zu Komplikationen gekommen ist.

Das Wichtigste auf einen Blick:

- Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, in Qualitätsberichten über ihre Arbeit zu informieren.
- Die Qualitätsberichte enthalten unter anderem Angaben zum Diagnose- und Behandlungsaspekt eines Krankenhauses, zur Häufigkeit einer Behandlung, zur Personalausstattung und Anzahl der Komplikationen sowie zur Barrierefreiheit.
- Mithilfe von Krankenhaus-Suchmaschinen lassen sich im Internet Informationen auswählen und Kliniken miteinander vergleichen.
- Für die Suche nach einem Krankenhaus ist es hilfreich, die genaue Bezeichnung der Erkrankung und den ICD-Code vom behandelnden Arzt oder der Ärztin zu erfragen.
- Die Qualitätsberichte erlauben es, sich eine persönliche „Rangliste“ zu erstellen. Sie können helfen, ein individuell passendes Krankenhaus zu finden.

Wo finde ich diese Informationen?

Im Internet. Wenn Sie wollen, können Sie von allen Kliniken vollständige Qualitätsberichte abrufen. Wesentlich einfacher geht es über Krankenhaus-Suchmaschinen. Diese Suchmaschinen helfen Ihnen, die Inhalte der Berichte zu filtern. Der Vorteil: Sie können mehrere Krankenhäuser vergleichen. Je nach Suchmaschine werden die Daten der Qualitätsberichte um Patientenbefragungen oder freiwillige Angaben der Krankenhäuser ergänzt.

Noch ein Tipp: Fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt vor der Suche nach der genauen Bezeichnung Ihrer Erkrankung und dem ICD-Code. Das ist ein Schlüssel, mit dem im Krankenhaus alle Krankheiten eingeteilt werden. Diese Angaben können Ihnen die Suche nach einem passenden Krankenhaus erleichtern.

Wonach kann ich suchen?

Sie können bei der Suche selbst entscheiden, was Ihnen wichtig ist.

Wer sich zum Beispiel ein künstliches Hüftgelenk einsetzen lassen muss, kann sich etwa über folgende Fragen informieren:

- Welche Krankenhäuser in der Nähe führen diesen Eingriff durch? Wie oft?
- Wie oft ist es bei einer Hüft-OP zu Komplikationen gekommen?

158 Originalarbeit

Worüber sagen AOK-Lebensbäume mehr aus: über Qualität oder über Fallzahlen?

AOK trees-of-life rating: is it more about quality or about volume of cases?

Autoren
Institute

H. Englisch¹, B. Fischer²

¹ Gesundheit Mitteldeutschland e.V., Leipzig
² Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf

Gesundh ökon Qual manag
2016; 21: 158–162

Schlussfolgerung: Die Untersuchung zeigt, dass die Lebensbaum-Klassifikation der AOK nicht allein Qualität darstellt, sondern beinahe in gleichem Umfang von der Fallzahl des beurteilten Krankenhauses abhängt. Für eine Darstellung und den Vergleich der Qualität erscheint sie somit ungeeignet und legt nahe, dass die AOK ihren Alleingang bei der Definition von Krankenhausqualität beendet.

Weitere Informationen:

- Zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser: www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsbericht/qualitaetsberichte-lesen
- Krankenhaus-Suchmaschinen/ Vergleichsportale: www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsbericht/suche
- Die vollständigen Qualitätsberichte: www.g-ba-qualitaetsberichte.de
- Gesundheitsinformationen zu Erkrankungen, Untersuchungen und Behandlungen: www.gesundheitsinformation.de

Wenn Sie sich Unterstützung bei der Wahl eines Krankenhauses wünschen, können Sie sich an folgende Stellen richten:

- Ihre Haus- oder Facharztpraxis
- Ihre Krankenkasse
- die Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD (www.patientenberatung.de)



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Stand:
Dezember 2015

Erstellung:
Dieses Merkblatt wurde im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (www.iqig.de) entworfen, nachfolgend vom G-BA weiterbearbeitet und in der vorliegenden Fassung beschlossen.

ORIGINAL ARTICLE

Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care

JAMA Surg. 2013;148(4):362-367

Heather Lyu, BA; Elizabeth C. Wick, MD; Michael Housman, PhD;
Julie Ann Freischlag, MD; Martin A. Makary, MD, MPH

Patient Satisfaction May Not Be A Good Indicator Of Surgical Quality, Study Finds

By Jordan Rau
APRIL 17TH, 2013, 4:00 PM

KHN
KAISER HEALTH NEWS

You may have found your doctor to be a great communicator, your hospital room clean and quiet and your pain well controlled. Yet a study finds these opinions are not barometers of whether your hospital's surgical care is any good.

Patient satisfaction was independent of hospital compliance with surgical processes of quality of care and with overall hospital employee safety culture It may provide information about a hospital's ability to provide good service as a part of the patient experience; however, further studies are needed before it is applied widely to surgeons as a quality indicator

Leitthema

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:1183–1189
DOI 10.1007/s00103-012-1534-z
Online publiziert: 29. August 2012
© Springer-Verlag 2012

S. Pawils¹ · A. Trojan² · S. Nickel² · C. Bleich¹

¹ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

² Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Kunden- beziehungsweise Patientenzufriedenheit

Ein geeignetes Steuerungsinstrument im Krankenhaus?

Patientenbefragung: Verzerrende Einflüsse

- Ad hoc Fragebögen erzielen höhere Zufriedenheitswerte gegenüber theoretisch fundierten Instrumenten
- Globalbeurteilungen erzielen höhere Zufriedenheitswerte als die Abfrage spezifischer Versorgungsaspekte
- Eine drei- bis fünffach gestufte Likert-Skalierung erzielt niedrigere Zufriedenheitswerte als Fragebögen mit Ja-nein-Antwortformaten
- Bewertungsfragen erzielen niedrigere Zufriedenheitswerte als Fragebögen mit Zufriedenheitsfragen

Zweitmeinungsverfahren bei bestimmten planbaren Operationen (§ 27b SGB V)

Festlegung der Anforderungen an eine Zweitmeinung und die erforderliche Expertise der Leistungserbringer

Der GBA hat damit bestimmte Kriterien festzulegen, die zur Abgabe der Zweitmeinung berechtigt sein sollen:

Hierzu zählen

- eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
- Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie
- Kenntnisse über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.
- Zweitmeinung darf nicht von demselben Arzt oder von derselben Einrichtung (Krankenhaus, MVZ, Berufsausübungs- oder Partnerschaftsgesellschaft) eingeholt werden, in der der Eingriff durchgeführt werden soll. Laut Gesetzesbegründung sollen somit die **Unabhängigkeit der Zweitmeinung gestärkt und gleichzeitig falsche finanzielle Anreize vermieden werden**



Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Blümel M, Geissler A, Busse R

Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States Health Aff 2013; 32 (4): 713-723

„Wir haben zu viele Krankenhäuser in Deutschland. Viele Fehler werden den DRGs angelastet werden, die nichts damit zu tun haben, sondern mit fehlenden Kontrollmechanismen. **Dazu gehört die fehlende Zweitmeinung eines anderen Arztes in einer anderen Klinik: „Es kann nicht angehen, dass der Operateur die Operation auch veranlasst.“** R. Busse (zit. Medscape 13.5.2013)



Gemeinsam informiert entscheiden: 17. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin

03.03. - 05.03.2016, Köln

Meeting Abstract

Ali J, Pieper D

Die vorliegende Evidenzlage zu Zweitmeinungsverfahren ist dürftig – eine systematische Übersichtsarbeit

Im März 2015 systematische Literaturrecherche nach relevanten vergleichenden Studien. 18 erfüllten die Einschlusskriterien, alle bis auf zwei stammten aus den USA, nur vier Studien wurden nach dem Jahr 2000, der Großteil Ende der 70er bis Mitte der 80er publiziert. Die Übereinstimmungsraten fallen bei freiwilliger Zweitmeinung (F) bei allen Eingriffen geringer aus als bei obligatorischer Zweitmeinung (O).

Übereinstimmungsraten (median)

Cholezystektomie	92% (O)	87% (F)
Varizen	91% (O)	
Mamma	89% (O)	79% (F)
Knieoperationen	86% (O)	
Prostatektomie	79% (O)	
Hysterektomie	78% (O)	63% (F)

Schlussfolgerung: Die Datenlage zu Zweitmeinungsprogrammen ist stark veraltet, so dass sie nur bedingt den derzeitigen medizinischen Kenntnisstand wiedergeben kann. Selbst wenn die Übereinstimmungsraten weniger stark ausfallen, haben Zweitmeinungsverfahren das Potential einen Einfluss auf das Operationsgeschehen zu entfalten. Für Deutschland liegen bislang keinerlei Daten vor. Es konnte keine einzige kontrollierte Studie zur Fragestellung identifiziert werden. Diese wäre für die Zukunft wünschenswert, um alle Effekte, die von Zweitmeinungsprogrammen ausgehen können, abschätzen zu können.



IT & MEDIZINTECHNIK 01.05.2016

kma20 JAHRE
Das Gesundheitswirtschaftsmagazin

ZWEITMEINUNG als Geschäftsmodell

- Der Markt eröffnet interessante Potenziale für medizinische Einrichtungen, Krankenkassen und Dienstleister.

ZWEITMEINUNGEN

„Es muss so einfach wie Online-Banking sein“

Die Krankenhausreform soll helfen, Zweitmeinungen zu etablieren. Die Kassen werben bereits mit der Zweitmeinung – und vor allem: Sie zahlen auch dafür. Für Kliniken eröffnet sich eine riesige Einnahmequelle. Wie Krankenhäuser von diesem Boom-Markt profitieren können, erläutert Marcus Kremers.

- **Beim Zweitmeinungsverfahren geht es nicht primär um die Vermeidung von Operationen im Sinne eines Mengengrenzungsinstrumentes**
- **Es geht darum, die Entscheidungskompetenz der Patienten zu stärken.** Auch hier sind die Interaktionsprozesse im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung zu fordern.
- Derzeit bestehen noch erhebliche Defizite und Disparitäten bei der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, was bei zunehmender Bedeutung und Nutzung telemedizinischer Angebote von besonderer Bedeutung ist.
- Entscheidungsveränderungen in Zweitmeinungsverfahren haben ihre Ursachen häufig in kommunikativen Mängeln des ersten Indikationsgesprächs (Erstmeinung)
- Organisation und Implementierung medizinischer Zweitmeinungsverfahren müssen durch begleitende Versorgungsforschung evaluiert werden.

Bedeutung der Digitalisierung und Telematik für Klinik und Praxis

- Vernetzung von Krankenhäusern, Arztpraxen und Rehabilitationseinrichtungen
- Online-Verfügbarkeit von Kompetenzzentren
- Telekonsultation (Zweitmeinungen, Diagnosesicherheit, Therapieplanung)
- Steigerung von Qualität und Effizienz

- „Digitale Kommunikationsmedien wie elektronische Patientenakten, elektronisches Diktat etc. sind für die Jungen eine Selbstverständlichkeit. Sie kennen sich damit aus, sie erwarten sie auch und nutzen sie intuitiv.“
- „Arbeitsmittel aus der Steinzeit wie ausgedruckte Röntgenbilder akzeptieren sie nicht mehr. Wenn sie eine solche Situation vorfinden, sind sie schnell wieder weg“.

Stephan Kersting 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie München 2013



Eine Auswertung von Daten des seit 10 Jahren existierenden Schweizer Portals Medgate durch die Universität Lausanne zeigt, dass der Einsatz von Telemedizin pro Patient jährlich 20 Prozent an Kosten spart. Voraussetzung ist allerdings, dass er vor jedem Arztbesuch telemedizinische Beratung in Anspruch nimmt.

Klinik setzt auf virtuellen Assistenzarzt

Neues System wird in Marburg getestet

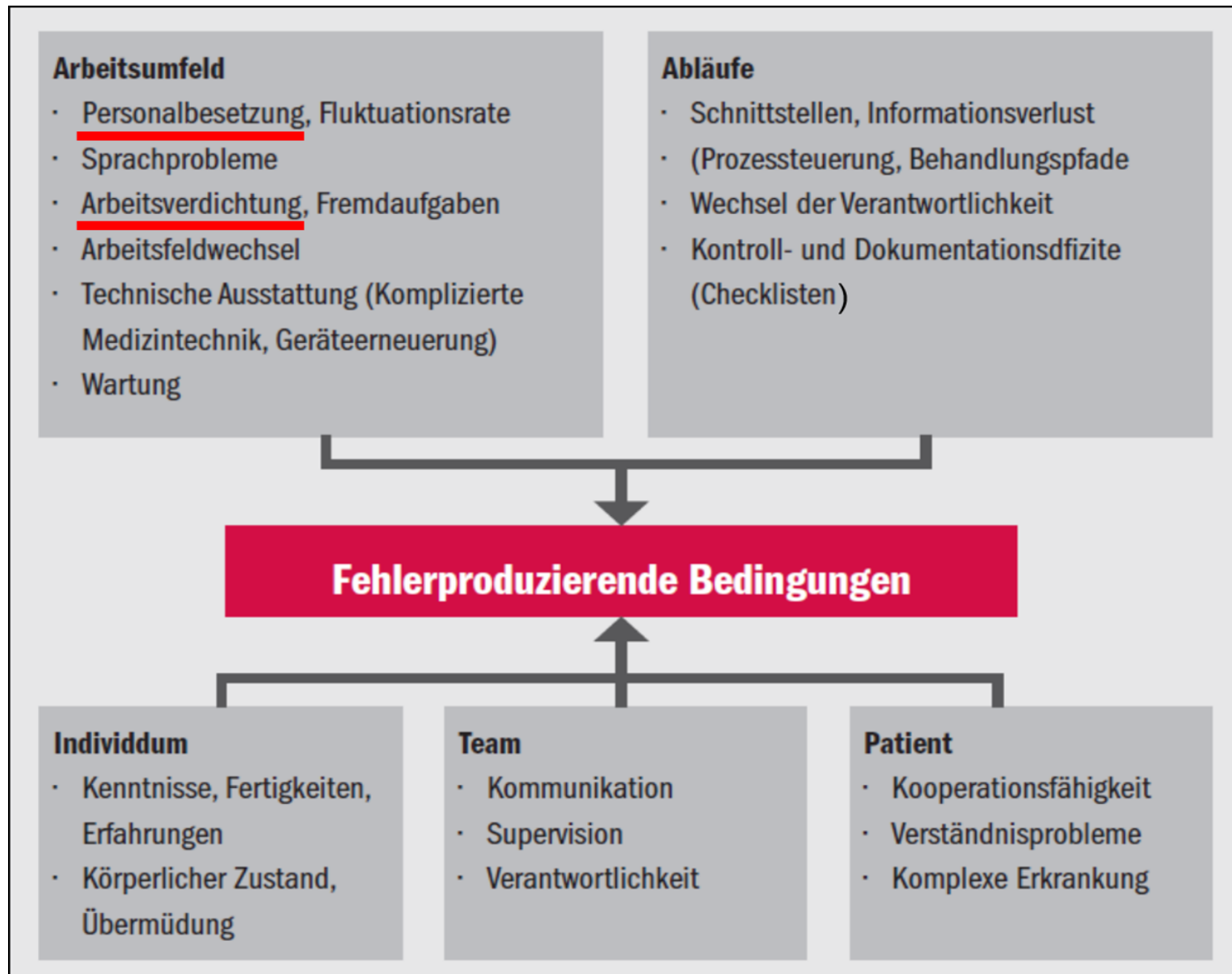
OFFENBACH • Von der elektronischen Patientenakte bis hin zum OP-Roboter – die Digitalisierung hat die Medizin erreicht. Am Marburger Klinikum kommt jetzt auch ein virtueller Assistenzarzt zum Einsatz. Patienten können per App auch vieles selbst machen: Blutzucker messen, Puls bestimmen oder das Gewicht überwachen.

Die Digitalisierung in der Gesundheitswirtschaft nimmt Fahrt auf: So stellt der Krankenhausbetreiber Rhön-Klinikum jetzt digitale Assistenten vor, die teure Fehlzweisungen von Patienten vermeiden sollen. Damit will der unterfränkische Konzern die Abläufe in seinen Kliniken verbessern. Das Pilotprojekt werde noch in diesem Jahr am Zentrum für seltene Krankheiten in Marburg gestartet, teilt

tatsächlich einen IT-Standard aus dem Jahre 1999. Das soll sich aus Sicht der Mediziner künftig ändern. Statt Werte in der Arztpraxis messen zu lassen, könnten bald Gesundheits-Apps entsprechende Daten zu Blutdruck, Puls, Blutzucker und weitere Parameter kontinuierlich übertragen. Wichtig seien ein begleitender direkter Kontakt zum Arzt sowie eine Qualitätskontrolle, quasi ein „Gütesiegel“ für die Geräte und Anwendungen, bekräftigte Hasenfuß. Die medizinische Begutachtung dürfe im Krankheitsfall unter keinen Umständen fehlen. Rein gesetzlich ist auch der vorherige persönliche Besuch vorgeschrieben – selbst bei Video-Behandlungsgesprächen. Der Weg in die digitale Medizin fußt auf einer gesetzlichen

Die digitale Transformation im Gesundheitswesen hat begonnen und wird zu disruptiven Innovationen (möglicherweise vollständige Verdrängung bestehender Technologien und Dienstleistungen) führen
„Digitalisierung ist heute noch nicht in der Etablierungs-, sondern noch in der Profilierungsphase“

Prof. Dr. David Matusiewicz, Essen (Berlin, 6.7.2016)



Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES

Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection

American Journal of Infection Control (August) 2012; 40:486-490

Datenanalysen von über 7.000 Pflegekräften aus 161 Krankenhäusern

- Wenn das Pflegepersonal überarbeitet ist, kann das zu Fehlern führen, die für Patienten das Infektionsrisiko erhöhen (Harnwegsinfektionen und Wundinfektionen)
- Bei einem zusätzlichen Patienten über den üblichen Personalschlüssel hinaus (im Durchschnitt 5,7 Patienten pro Schwester) Anstieg der Harnwegsinfekte um einen Fall pro 1.000 Patienten
- Bei Anstieg der Anzahl von Pflegekräften mit Burn-out um 10% ein zusätzlicher Harnwegsinfekt und zwei OP-Infektionen pro 1.000 Patienten

„Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird. Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden. Dass die Krankenhäuser diese Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen.“

KHSG

Deutscher Bundestag Drucksache 18/8843 18. Wahlperiode 07.06.2016

Stellungnahme des nationalen Ethikrates **Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus**

Patientenwohl als ethischer Maßstab

Die ethisch begründete Patientenwohlorientierung lässt sich anhand dreier Kriterien operationalisieren:

- die von der Ermöglichung seiner Selbstbestimmung getragene Sorge für den Patienten,
- **eine gute Behandlungsqualität** sowie
- die gerechte Verteilung der für die stationäre Versorgung verfügbaren Ressourcen.

Besorgniserregende Entwicklungen in der Krankenhausmedizin

- Mengenausweitungen und reduzierte Behandlungsleistungen
- Konzentration auf gewinnbringende Behandlungen zulasten notwendiger Behandlungsangebote
- **problematische Arbeitsbedingungen für das Klinikpersonal**
- **zunehmend mangelnde Möglichkeiten für eine angemessene interpersonale Kommunikation in der Arzt-Patient- und Pflegenden-Patient- bzw. Therapeut-Patient-Beziehung einschließlich interkultureller Behandlungssituationen**

Empfehlungen

- 1. Gewährleistung einer besseren Kommunikation**
- 2. Sicherung und Verbesserung der Leitungsqualifikation**
- 3. Verbesserung der Pflegesituation im Krankenhaus**
- 4. Verringerung von Fehlanreizen bei der Vergütung durch Fallpauschalen (DRGs)**
- 5. Ausbau qualitätssichernder Strukturen**
- 6. Besondere Patientengruppen**
- 7. Systembedingte Rahmenbedingungen**

Ein weißer Kittel macht noch keinen Arzt



und ein Zertifikat noch keinen Spezialisten




BUNDESGERICHTSHOF
IM NAMEN DES VOLKES
URTEIL

I ZR 104/10 Verkündet am:
18. Januar 2012

Nicht jede medizinische Einrichtung darf sich "Zentrum" nennen. Denn unter einem Zentrum verstehen die Patienten eine Einrichtung mit überdurchschnittlicher Größe und Bedeutung.

KHSG: Weiterentwicklung des Zentrumsbegriffs

Ein Zentrum muss zukünftig

- überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgaben wahrnehmen
- erforderlich sein für besondere Vorhaltungen, insbesondere für seltene Erkrankungen oder
- notwendig sein für die Konzentration der Versorgung wegen außergewöhnlicher technischer oder personeller Voraussetzungen.

Erreichbarkeitszeiten für das nächste KH der Grundversorgung	bis 10 Minuten	10 bis 15 Minuten	15 bis 20 Minuten	20 bis 25 Minuten	25 Minuten und mehr
	% der Bevölkerung				
Bayern	70,0%	21,0%	7,4%	1,4%	0,2%
Sachsen-Anhalt	63,9%	17,6%	10,8%	4,5%	3,2%



Krankenhausgröße	1. Kreisfreie Großstädte	2. Städtische Kreise	3. Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	4. Dünn besiedelte ländliche Kreise	Summe
XXL	56 %	24 %	9 %	11 %	100 %
XL	33 %	33 %	19 %	15 %	100 %
L	30 %	42 %	17 %	11 %	100 %
M	19 %	39 %	22 %	20 %	100 %
S	12 %	42 %	19 %	26 %	100 %
Gesamt	30 %	36 %	17 %	17 %	100 %

- Über 50 Prozent der kleinen Krankenhäuser liegen im urbanen Raum
- Ca. 75 Prozent liegen in verdichteten Räumen

Quelle: GKV-SV 2013, BBSR 2011

Expertentagung Zukunft der Entgeltsysteme, Bayreuth, den 05.05.2014

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen. Er hat insbesondere Vorgaben zu beschließen

- zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
- zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und
- zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.



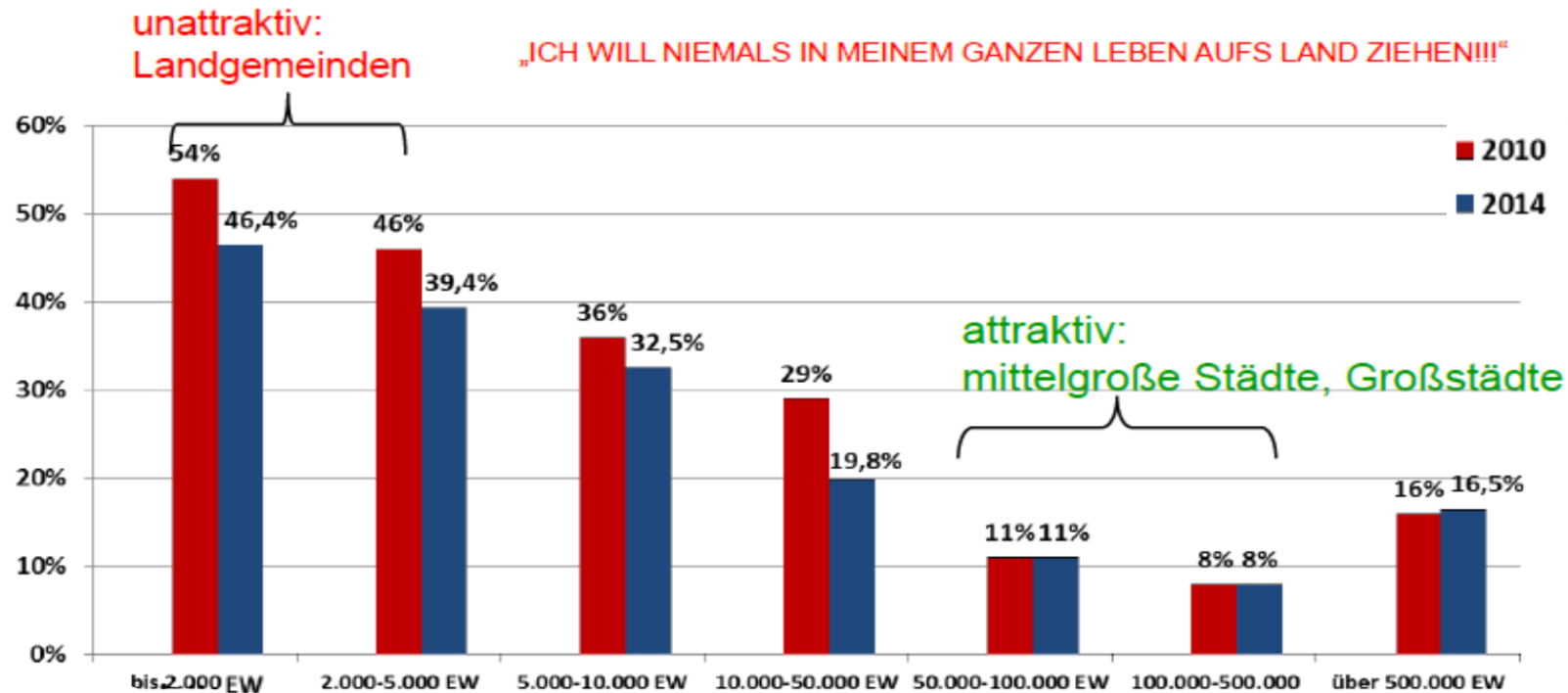
Der G-BA als Regulierungsbehörde definiert die Erreichbarkeiten und damit die notwendigen Krankenhausstandorte.

„Es darf nicht sein, dass Krankenhäuser oder Abteilungen, die schlechte Qualität liefern, über Sicherstellungszuschläge am Netz bleiben. Das wäre ethisch nicht zu rechtfertigen,“
J. Hecken, ÄZ 28.6.2016

No-Go-Areas: Wo nicht arbeiten?

Wenn Sie Ihren späteren Arbeitsort völlig frei wählen könnten: Gibt es Orte, in denen Sie auf **keinen** Fall arbeiten wollen? Ja: 75% (77%)

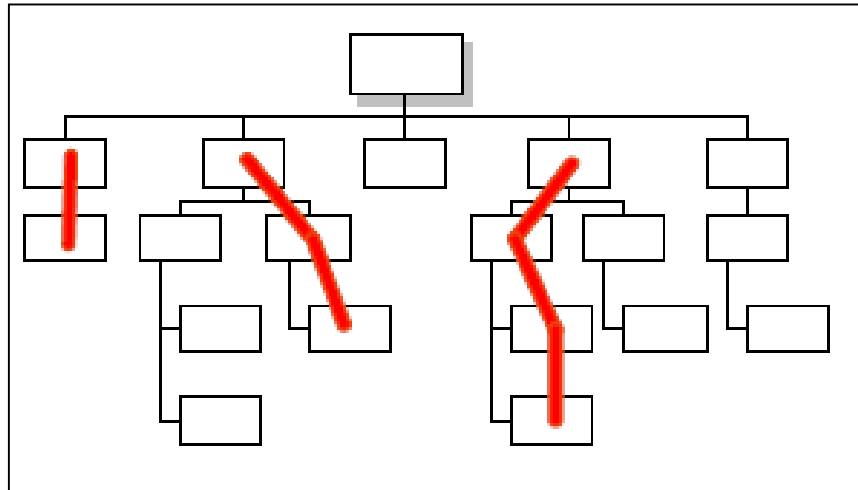
Es kommen als Arbeitsorte **nicht** in Frage:



Aversion gegen:	2014	2010	Differenz
Landgemeinden (bis 5.000 Einwohner):	39,0%	45,3%	-6,3
Landkreise (mit Städten bis 10.000 Einw.):	31,6%	35,1%	-3,5

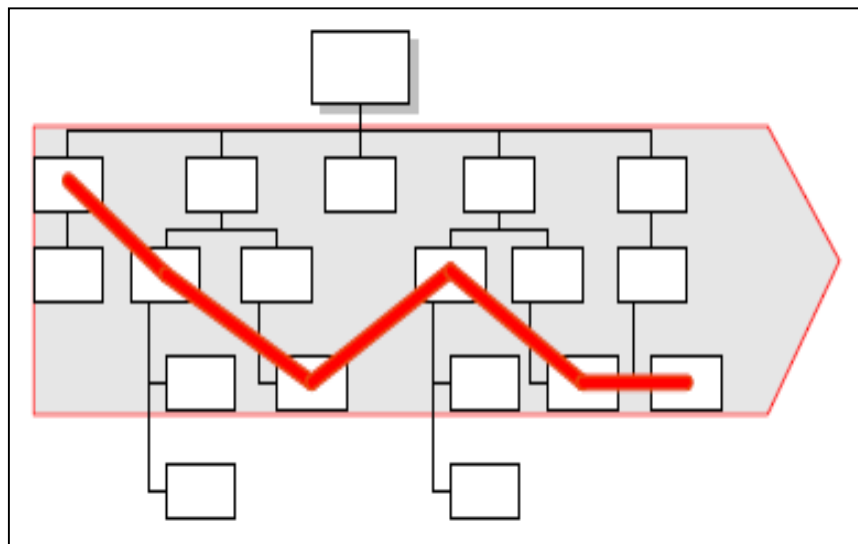
Berufsmonitoring Medizinstudenten. 2. Welle 2014 Ergebnisse einer bundesweiten Befragung
Prof. Dr. Rüdiger Jacob, Universität Trier, Pressekonferenz Berlin, 1.9.2014

Von der Funktionsorientierung zur Prozessorientierung



Funktionsorientierung

- Bereichsdenken
- Teiloptimum
- viele Schnittstellen
- personenspezifische Abarbeitung
- Bereichsübergreifende Probleme im Tagesgeschäft nicht lösbar
- hoher Koordinierungsaufwand



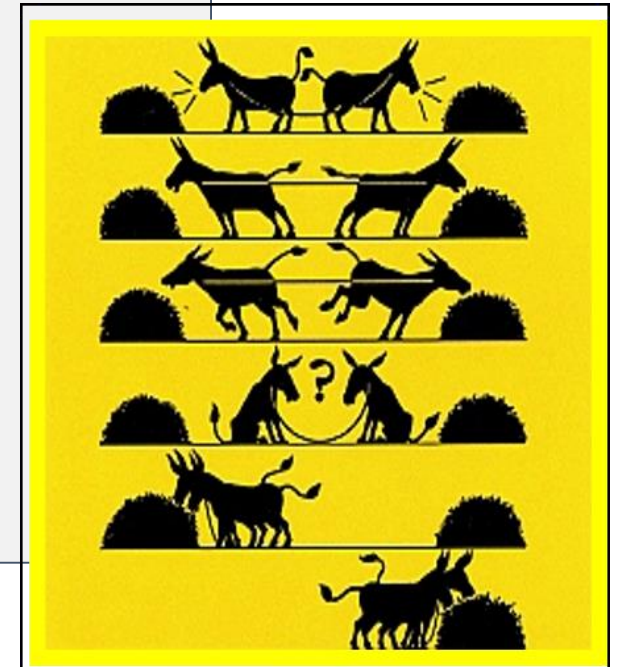
Prozessorientierung

- bereichsübergreifendes Denken
- Gesamtoptimum
- wenige Schnittstellen
- schnellere Abläufe
- definierte Zusammenarbeit
- lernende Organisation
- Transparenz
- Teambildung

B. Bintig proWert Consulting GmbH

Strategische Entscheidungen bei Kooperationen und Umstrukturierungen

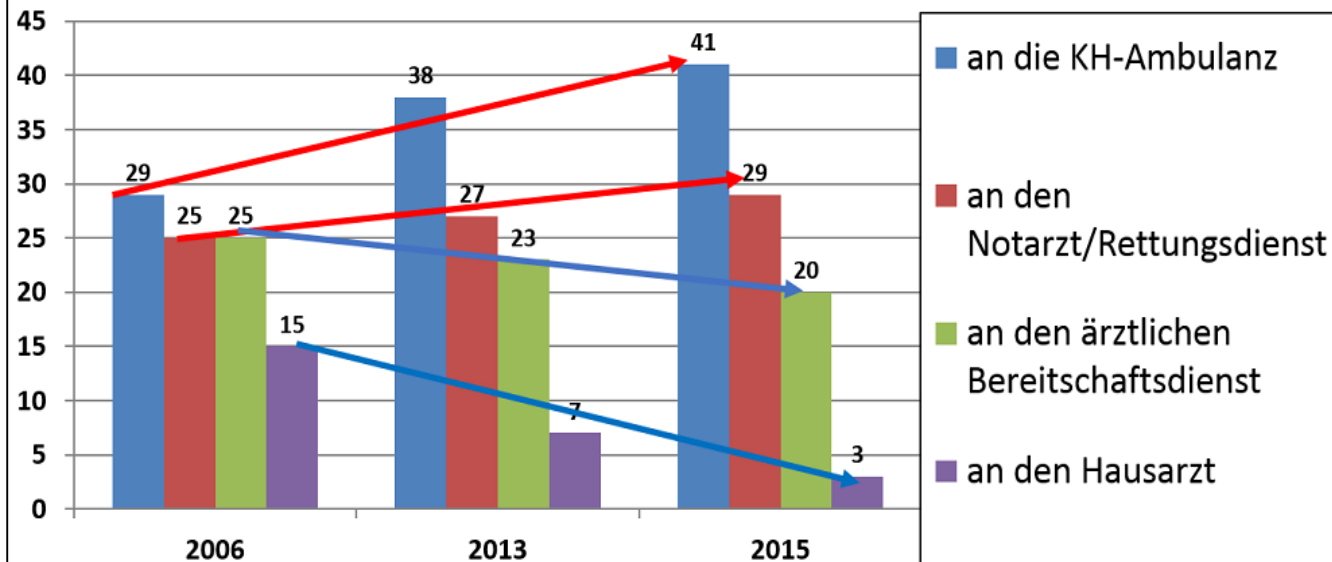
- **Auswahl der in Frage kommenden Fachgebiete**
- **Ermittlung und Abschätzung des Substitutions- Potentials für ambulante Operationen, stationersetzende Leistungen und ambulante Behandlungen**
- **Suche und Auswahl von Partnern und Betriebsformen gemäß Vertragsgrundlagen**
- **Entscheidung über Organisationsstrukturen**
- **Änderungen der innerbetrieblichen Ablauforganisation**
- **Eventuelle bauliche und räumliche Umgestaltung**
- **Analyse der Kosten- und Erlössituation**
- **Entscheidung über Marketingstrategie**



Inanspruchnahme von Notaufnahmen der Krankenhäuser

KBV-Versichertenbefragung (2015):

„Wenn Sie oder ein Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“



Die Ambulanzen der Krankenhäuser werden überrannt. Rund 21 Millionen Patienten lassen sich jährlich bundesweit in den Rettungsstellen behandeln

- „Viele Menschen ahnen nicht, dass man einen umgeknickten Finger oder einen Schnupfen nicht gleich vom Notarzt behandeln lassen muss.“
- Es gibt Patienten, die noch nie vom ärztlichen Bereitschaftsdienst gehört haben, und solche, die bei einem entzündeten Mückenstich in die Rettungsstelle eilen.
- Es gibt aber auch immer mehr Kranke, die des Hoffens auf einen schnellen Facharzttermin müde sind. „Einige Patienten sagen ganz offen, dass sie nicht auf einen Termin beim Facharzt warten wollen.“

DER SPIEGEL 33/2014

Die **ambulante Notfallversorgung** konzentriert sich außerhalb der allgemeinen Praxissprechzeiten auf die Krankenhäuser. Das macht eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich. Wir streben dabei eine **regelmäßige Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung** an. In eine solche Kooperation soll der Notdienst der Apotheken einbezogen werden. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Ungelöst: Das Dilemma der Investitionsfinanzierung





Lifecycle Costs:

- Ersatzteile
- Energiekosten
- Software-Upgrades
- Auslastungsgrad
- Ausfallzeiten
- Administration
- Logistik
- Entsorgung

Folgekosten bei moderner Medizintechnik

Während die Anschaffungskosten in der Gesamtbetrachtung des Produktlebenszyklus eines Medizintechnikgerätes oft lediglich mit zehn bis 50 Prozent zu Buche schlagen, liegen die Folgekosten im Durchschnitt dreimal höher als der Anschaffungspreis. Beläuft sich der Kaufpreis eines Gerätes auf 1,5 Millionen Euro schlagen die Lebenszykluskosten darüber hinaus folglich mit 4,5 Millionen Euro zu Buche.

Curatis

Nichts ist ineffizienter, als etwas verbessern zu wollen, was besser überhaupt nicht getan werden sollte.

Und es geht nicht nur um die Frage, wie Kosten verursachungsgerecht verteilt werden können, sondern darum, ob die Leistung, die hinter den Kosten steht, überhaupt erforderlich ist und wenn ja, ob sie unter den gegebenen Voraussetzungen sinnvoll angeboten werden kann .



Krankenhausversorgung 2025

Der ganz normale Krankenhausalltag (1)

Einheitsversicherung

Versorgungssteuerung

Selektivvertrag

Spezialisierung

Zentrenbildung

Zertifizierung

Mindestmengen

Kundenorientierung

- **Patient G. Krankl, Mitglied der nach Einführung einer Einheitsversicherung aus einer Kassen-Großfusion hervorgegangenen Managed- Care- Organisation „German Health“, wurde im Rahmen eines Disease- Management- Programms über das klinikeigene MVZ in das Darm- Kompetenz-Zentrum seines gemäß selektivem Versorgungsvertrag zuständigen, vom TÜV zertifizierten Krankenhauses eingewiesen. Das vorgeschaltete Zweitmeinungsverfahren hatte die Operationsindikation bestätigt. Das Hospital Volume für den komplexen intestinalen Eingriff lag deutlich über dem gesetzlich vorgegeben Schwellenwert. Eine auf Kundenorientierung geschulte Serviceassistentin empfing ihn mit dem bereits im Leitbild der Klinik fixierten Lächeln. Die Corporate Identity war sofort zu spüren.**

Krankenhausversorgung 2025

Der ganz normale Krankenhausalltag (2)

- Die Case- Managerin des Aufnahmezentrums stellte fest, dass er zu den Fällen gehörte, die in der Portfolio-Analyse dem Wachstumssektor zugeordnet waren und bei denen die Klinik gute Benchmarkwerte hatte mit entsprechend qualitätsbasierten Vergütungszuschlägen. Über die elektronische Krankenakte waren bereits sämtliche nach den Vorgaben des zertifizierten Darmzentrums erhobenen Befunde auf der gemeinsam von der Gastroenterologie und der Viszeralchirurgie betriebenen interdisziplinären Station eingegangen. Als Analyse-Output ergab sich der Clinical Pathway, der den weiteren Workflow auch ohne wesentliche Mitwirkung ständig wechselnder und nur sporadisch anwesender Ärzte determinierte. In Vertretung des an einem Führungskräfte-seminar teilnehmenden Chefarztes erläuterte die Oberärztin ihm die immer noch ausschließlich von Chirurgen zu erbringende operative Kernleistung unter Hinweis auf die sonstige, primär am Pflegaufwand orientierte, von einem multiprofessionellen Behandlungsteam gesteuerte modulare perioperative Betreuung. Höchstmögliche Patientensicherheit ist im Rahmen eines umfassenden Risk- Managements durch Abarbeitung komplexer Checklisten mit Überprüfung zahlreicher, vor allem schnittstellenorientierter Items, sichergestellt.

- Case-Management
- Qualitätszuschläge (p4P)
- Elektronische Patientenakte
- Prozesssteuerung
- Modulare Pflege
- Aufgabendelegation
- Risk-Management
- Checklisten

Krankenhausversorgung 2025

Der ganz normale Krankenhausalltag (3)

OP- Management
Image-Merging
Robotik
Methodenbewertung
Beschaffungsprozess
Systempartnerschaft

- **Im prozessoptimierten OP wird die über das OP-Management von der Chirurgie gebuchte Leistung mittels neuer bildgesteuerter robotergestützter Operationstechnik als navigierter minimalinvasiver Eingriff erbracht. Das Verfahren war unter Einsatz innovativer Medizintechnik entwickelt worden, deren ursprünglich vermutetes Potenzial bezüglich eines patientenbezogenen Zusatznutzens durch eine vom GBA veranlasste multizentrische Studie belegt und so als erstattungsfähige Versorgungsleistung angeboten werden konnte. Bei einem multiprofessionell etablierten ganzheitlichen Beschaffungsprozess hatten dabei alle Aspekte der Patientensicherheit, der Optimierung der Prozessabläufe, der Arbeitsbedingungen und der Sicherheit am Arbeitsplatz OP oberste Priorität, wobei aus Sicht des Personals auch besonders auf die Gebrauchstauglichkeit und Ergonomie von Medizinprodukten geachtet wurde. Eine transparente Systempartnerschaft mit der Industrie ist vor dem Hintergrund des Antikorruptionsgesetzes selbstverständlich.**

Krankenhausversorgung 2025

Der ganz normale Krankenhausalltag (4)

- Rapid Recovery
- Outsourcing
- Sektorübergreifende
Behandlungspfade
- Elektronische
Gesundheitsakte
- Patientenbefragung

- **Anschließend Verlegung zunächst auf die Intermediate Care Unit. Durchgängig betreut vom Akutschmerzdienst der Anästhesie erfolgte der Abschluss der Rapid Recovery im Sinne des Fast-Track-Konzepts im Low-Care-Bereich, gefolgt von weiterer aktivierender Mobilisation im klinikeigenen Wellness-Center. Dank der kontinuierlichen Begleitung durch die Case-Managerin gab es im gesamten Versorgungsablauf keine Störungen. Die Cook & Chill-Verpflegung der outgesourceten Speisenversorgung konnte den Patientenbedürfnissen zufriedenstellend angepasst werden. Postoperativ fühlte er sich im Klinik-MVZ im Rahmen des vom Tumorboard einvernehmlich transsektoral festgelegten Behandlungsplanes und infolge der elektronisch allen Beteiligten zeitnah verfügbaren Patienteninformationen gut betreut. Die spätere Kundenbefragung durch das Call-Center des Klinikums ergab, dass der Patient seine Operation mit Bewertungen durchwegs im Bereich der Best-Perzentile gut überstanden hat.**

Krankenhausversorgung 2025

Der ganz normale Krankenhaustag (5)

Modifiziert und erweitert nach H. Bauer, Mitteilungen der DGCH 2012; 41: 99 u. G. Jansen, Das Krankenhaus (3) 2002

- Controlling
- Best Coder
- Kostenanalyse
- Portfolio
- Strategische
Unternehmenssteuerung

- **Unter dem Aspekt stringenter Wertschöpfungsorientierung stellte das Medizincontrolling im nachhinein leider fest, dass Relativgewicht x Baserate trotz CCL-Up-Coding-Versuchs des DRG-Coders zu keiner Kostendeckung führte, was dann auch unter Balanced-Score-Card-Betrachtung bezüglich daraus zu ziehender Konsequenzen für das Aufnahmemanagement ausführlich diskutiert wurde mit der Konsequenz, dass derartige Fälle auf Anweisung der Klinikleitung als nicht mehr zum Portfolio der Klinik passend künftig zurückgefahren werden sollten.**

Krankenhausversorgung 2025
Einschätzung aus Sicht der Krankenhausärzte
Zusammenfassung

Rahmenbedingungen, Strukturen, Prozessabläufe, Transparenz und Patientenorientierung sind wichtig.
Klinikprofile und deren Akzeptanz lassen sich aber nicht durch vordergründige Marketingaktivitäten, schick aufgemachte Webseiten, Hochglanzprospekte und imponierende Zertifikate, sondern nur über belegbare Leistungen und vom Patienten wahrgenommene Behandlungsqualität entwickeln.



Das bekannte Adi Preißler-Zitat am August-Lenz-Haus des BVB am Signal Iduna Park (ehem. Westfalenstadion)



**NEUBIBERGER
KRANKENHAUSFORUM**

der Bundeswehr
Universität München



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK



**Herzlichen
Glückwunsch**

und



**vielen
Dank!**