

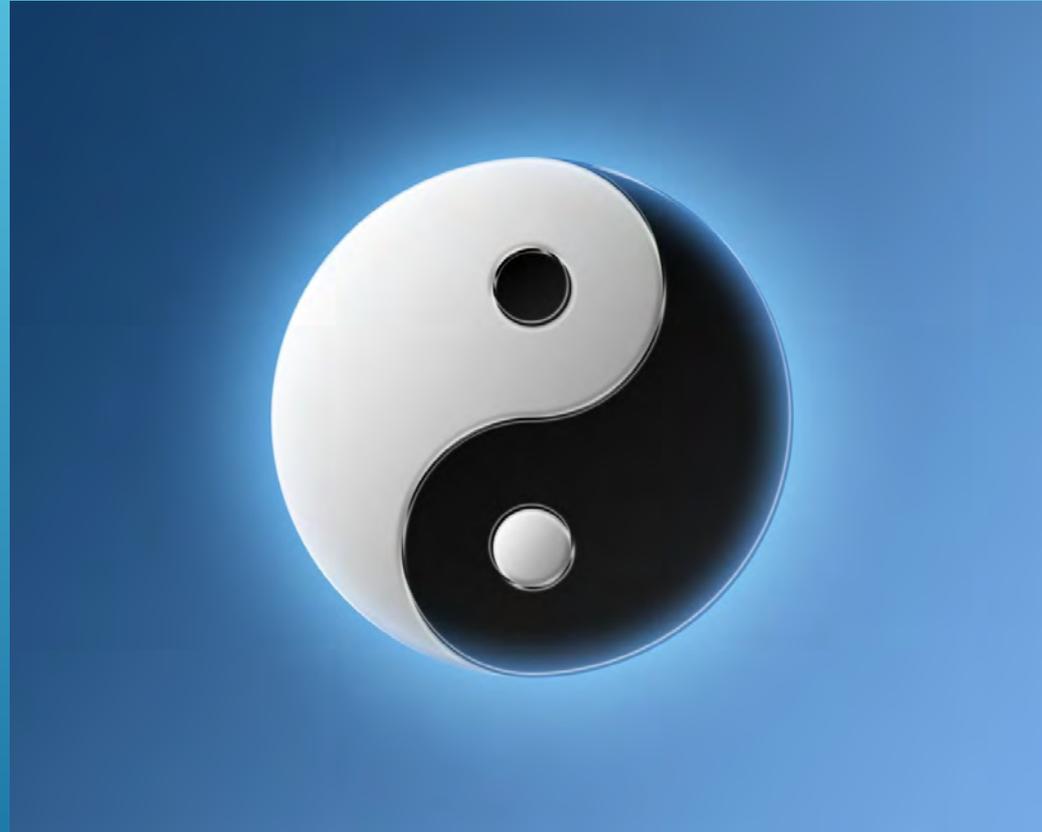
PATIENTENSICHERHEIT

ÖKONOMIE



ÄRZTLICHES
SELBSTVERSTÄNDNIS

Medizin

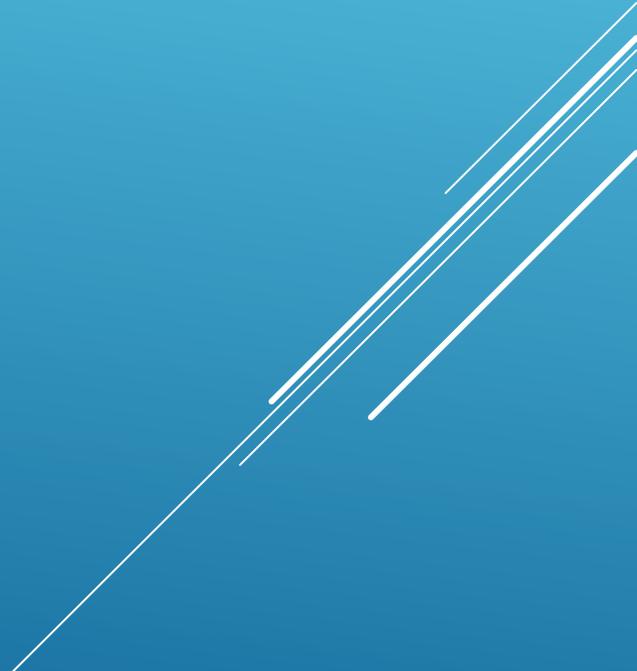


Ökonomie

~~Kommerzialisierung~~



PARADIGMENWECHSEL IN DER MEDIZIN

- Ärztlich dominiert
 - Ökonomisch dominiert
- 

BETRIEBSWIRTSCHAFT

Modell zur Steuerung von Produktionsprozessen

Grundlage des Handels

A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

BETRIEBSWIRTSCHAFT IM KRANKENHAUS



Schaubild 1 Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser
1991 = 100

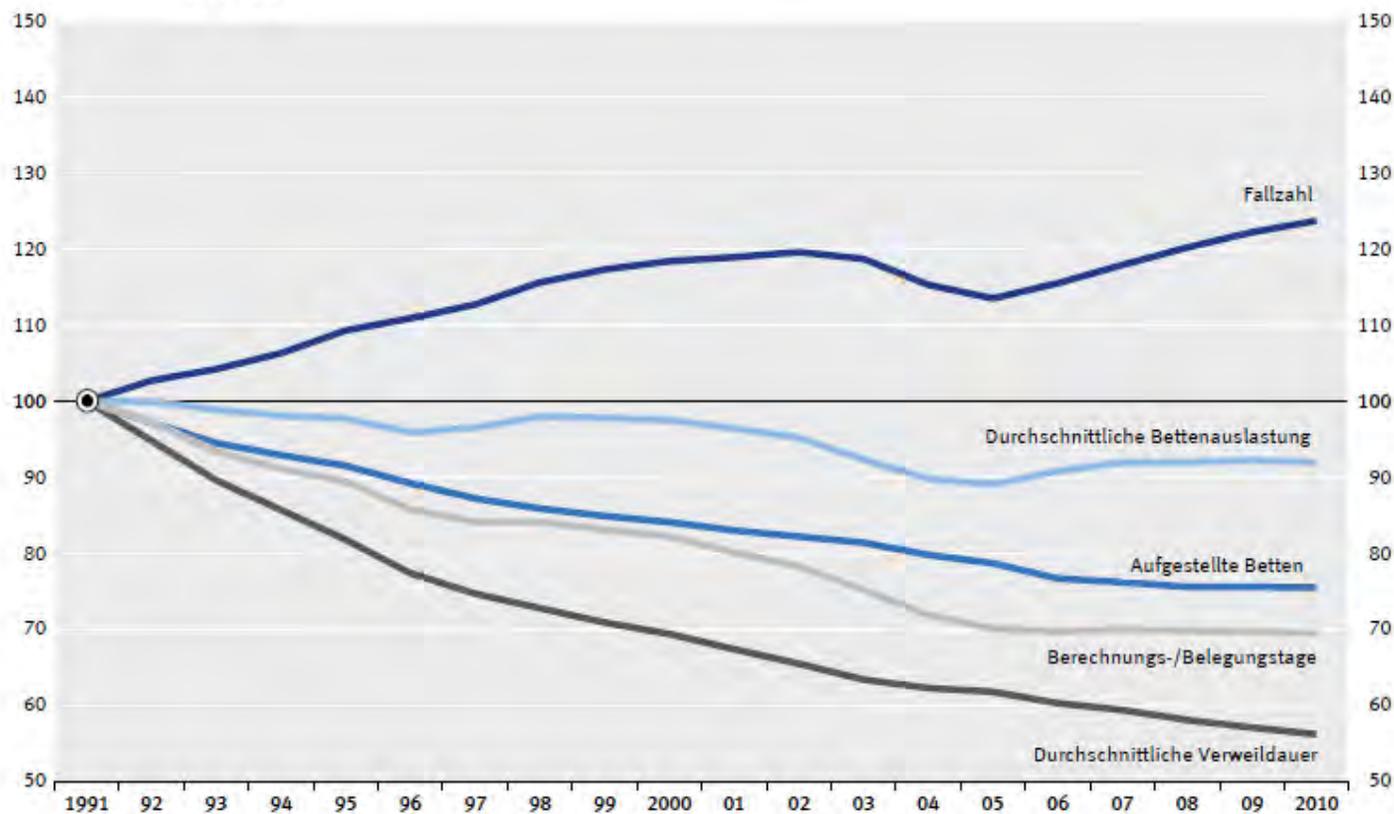


Tabelle 9 Bereinigte Kosten

	Bereinigte Kosten ¹	
	insgesamt	je Fall ²
	1 000 EUR	EUR
1991	37 420 709	15 521
1992	41 266 727	17 332
1993	43 268 276	18 381
1994	45 247 583	19 361
1995	47 846 070	20 579
1996	48 359 216	21 313
1997	48 684 650	21 561
1998	49 629 670	21 931
1999	50 599 442	22 469
2000	51 603 471	23 017
2001	52 940 317	23 634
2002	54 715 328	24 635
2003	55 664 518	25 337
2004	56 126 142	25 912
2005	56 732 375	26 523
2006	58 080 678	27 605
2007	59 810 431	28 965
2008	62 267 622	30 363
2009	66 170 928	32 246
2010	68 602 870	33 746

1 Ab 2007 ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds.
2 1991 bis 2001 einschließlich Stundenfällen.

MEDIZIN NACH ARISTOTELES

Medizin

Sinnhaftigkeit
Dienst

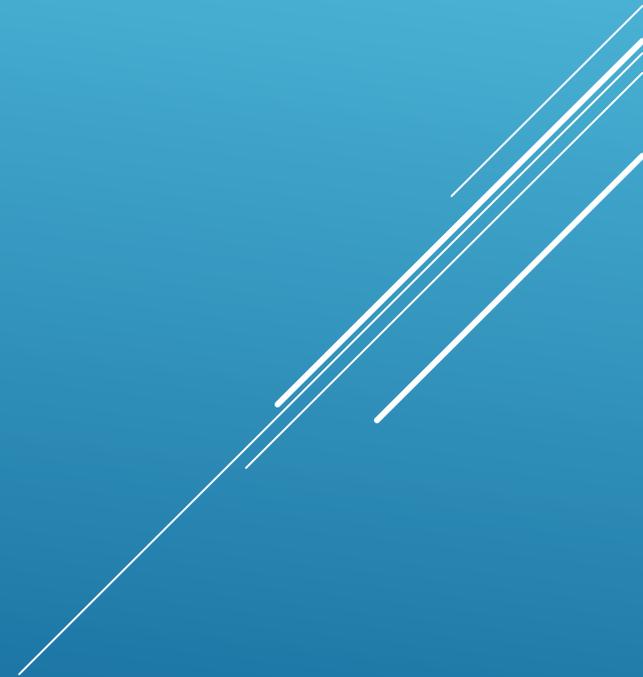


Praxis



Herstellungsprozess
Nutzen

Poiesis



PRODUKT ALS ERGEBNIS

- Austauschbar
- Von Personen (Arzt) unabhängig
- Wiederholbar
- Kontrollierbar
- Garantierbar

Garantiestempel

Modularisierung
+
Standardisierung



ZEIT



- Abschaffung der Zeit in der Klinik
- Wegrationalisierung der persönlichen Zuwendung
- Persönliche Zuwendung → idealistischen Bereich

QUALITÄTSSTANDARDS

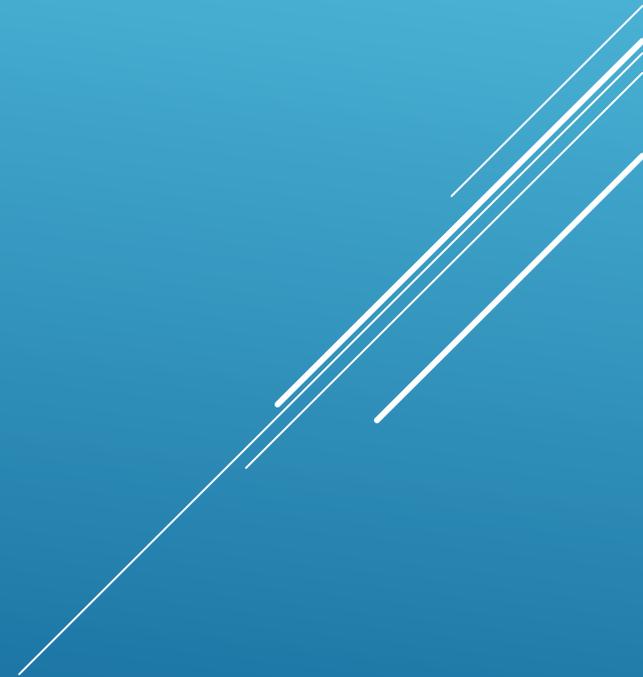
Hierzu zählt

nicht

Alles, was sich messen lässt!
die persönliche Zuwendung

da

schlecht messbar



S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom

Kurzversion 1.1 – August 2014

AWMF-Registernummer: 021/007OL

11. Qualitätsindikatoren

QI Nr.	Zähler / Nenner	Referenz Empfehlung	Quellen
1	Angabe Abstand mesorektale Faszie Z: Alle Patienten mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht N: Alle Patienten mit Rektumkarzinom und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	7.17.	GCP
2	Untersuchung Lymphknoten Z: Anzahl der Patienten mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten N: Alle Patienten mit KRK, die eine Lymphadenektomie erhalten	7.61	GCP
3	Qualität TME Z: Anzahl aller Patienten mit guter oder moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten oder Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME N: Alle Patienten mit radikal operiertem Rektumkarzinom	7.66	GCP
4	Angabe Resektionsrand Z: Anzahl der Patienten, bei denen der Abstand des aboralen Tumorrandes zur aboralen Resektionsgrenze in mm und der Abstand des Tumors zur zirkumferentiellen mesorektalen Resektionsebene in mm dokumentiert wurden. N: Alle Patienten mit RK, bei denen der Primärtumor in Form einer TME oder PME reseziert wurde.	7.65	GCP
5	Vorstellung Tumorkonferenz Z: Anzahl der Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden N: Alle Patienten mit Rektumkarzinom und alle Pat. mit Kolonkarzinom Stad. IV	7.1	GCP
6	Adjuvante Chemotherapie Z: Anzahl der Patienten, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben. N: Alle Patienten mit Kolonkarzinom im UICC-Stadium III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	8.2	LoE 1a, starker Konsens Literatur: [436-441]
7	Neoadjuvante Radio- und Radiochemotherapie Z: Anzahl der Patienten, die eine neoadjuvante Radio- oder Radiochemotherapie erhalten haben N: Alle Patienten mit Rektumkarzinom des mittleren und unteren Drittels und den TNM-Kategorien cT3, 4/cM0 und/oder cN1, 2/cM0, die operiert wurden (= klinisches	8.10	LoE 1b, starker Konsens Literatur: [442-444]

ÖKONOMISCHES SYSTEM

Sinnstiftender
Dienst am
Menschen



Personennahe
Dienstleistung

Vertrauens-
beziehung



Vertrags-
beziehung



PATIENT

- Notleidender
- Professionelle Hilfe Suchender



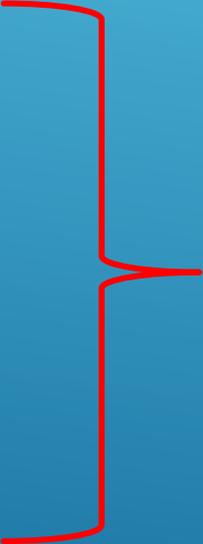
- Verbraucher von Dienstleistungen
- Konsument

Dies fordert einen Identitätswandel des Arztes

ARZT

- ~~Leiden lindern~~
- ~~Anteilnahme~~

- Anbieter von Gesundheitsleistungen
- Wissen + Können wird in den Dienst der Gesundheitsindustrie gesteckt



Zweckrationale
Dienstleistungs-
beziehung

AUFHEBUNG DES WERBEVERBOTS

Gibt sich der Arzt/Krankenhaus als
Werbender zu erkennen

→ Ziel zu verkaufen und nicht zu
heilen

Kann man einem Verkäufer vertrauen ?

Marketing und Werbung

Tipps für die Praxis

Frank Elste: Marketing und Werbung in der Medizin. Erfolgreiche Strategien für Praxis, Klinik und Krankenhaus. Springer-Verlag, Wien, New York, 2004, VIII, 372 Seiten, 87 Abbildungen, broschiert, 46 €

Betriebswirtschaftliche Aspekte und Marketingmaßnahmen werden im Gesundheitswesen zunehmend wichtiger, auch wenn sie in der ärztlichen Ausbildung noch kaum eine Rolle spielen. Das Praxishandbuch zeigt vielfältige Möglichkeiten auf, wie sich Marketing und Werbung in Arztpraxen und Krankenhäusern unter Berücksichtigung der geltenden Werbeverbote nutzen lassen. Der Autor erläutert vorab wichtige Grundbegriffe, wie zum Beispiel Werbung, Absatz und Marketing, und gibt einen

Überblick über die Elemente des Gesundheitsmarktes. Ausführlich werden die Unterschiede zwischen Information und Werbung dargestellt und anhand von Fallbeispielen konkretisiert.

Das Kapitel „Marktforschung“ thematisiert unter anderem, wozu Patienten- oder Mitarbeiterbefragungen dienen können, was bei der Durchführung einer Befragung und bei der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse zu beachten ist. Das Buch geht auch auf psychologische Aspekte bei der Arzt-Patienten-Kommunikation ein und setzt diese in einen Bezug zu möglichen Marketing- und Werbestrategien. Die praxisorientierte Darstellung erleichtert mit vielen Beispielen und Abbildungen auch Marketing-Laien das Verständnis für diesen „arztfremden“ Bereich. Heike E. Krüger-Brand

AUSWIRKUNGEN ÖKONOMISCHER ANREIZE

Dtsch Arztebl 2014; 111(37)



KRANKENHÄUSER

Die Mittelknappheit schadet den Patienten

Rationierung von Leistungen, überflüssige Eingriffe, wenig Zuwendung – ein aktuelles Forschungsprojekt kommt zu erschreckenden Ergebnissen. Ein Krankenhausbündnis sendet einen Notruf an die Politik.

Die negativen Folgen der strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser lassen sich kaum mehr leugnen: 70 Prozent der Chefarzte vertreten in einer aktuellen repräsentativen Umfrage die Ansicht, dass sich die Mittelknappheit im Krankenhausbündnis sendet einen Notruf an die Politik.

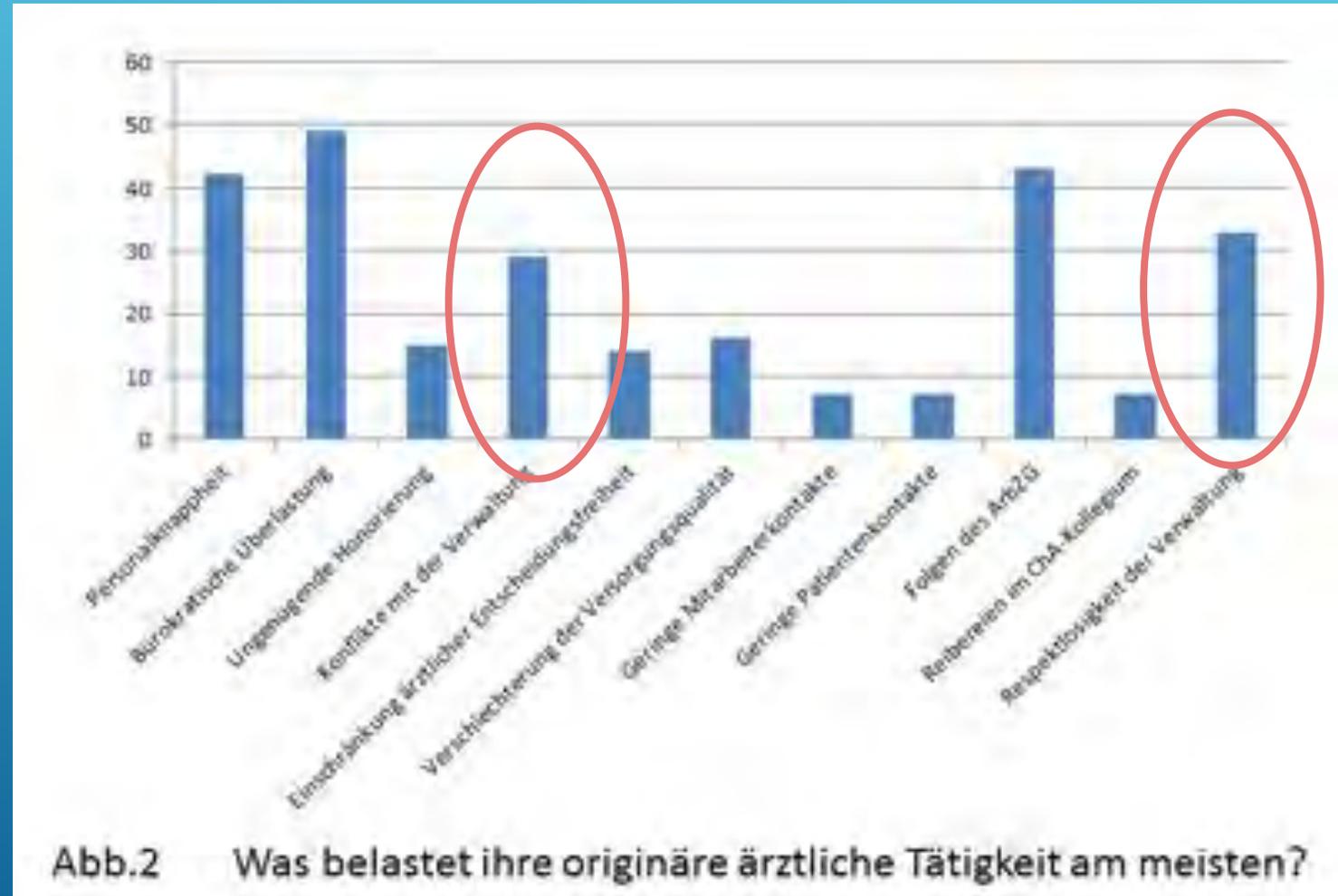
45 Prozent der Chefarzte nehmen im Klinikalltag häufig Entscheidungskonflikte zwischen ärztlichen und wirtschaftlichen Zielsetzungen wahr. So geben 21 Prozent der Chefarzte an, mindestens einmal im Monat eine für den Patienten nützliche Leistung nicht angewandt zu haben.

- **Lukrative Leistungsbereiche**
 - 45% der CÄ häufig Konflikte zwischen ärztlichen und wirtschaftlichen Zielen
 - 39% der CÄ „ökonomische Gründe führen zu nicht nützlicher Leistung“
- **Zentrale ärztliche Eingriffe**
 - 21% der CÄ mindestens einmal nützliche Leistung nicht angewandt
 - Besonders: Kardiologie, Unfallchirurgie und Orthopädie
- **Arthropädie**
 - 46% der CÄ in den letzten 6 Monaten nützliche Leistung nicht angewandt

Kaum Unterschiede zwischen Fachgebieten

AUSWIRKUNGEN ÖKONOMISCHES SYSTEM

n = 166 CÄ UC + ORTH



AUSWIRKUNGEN ÖKONOMISCHES SYSTEM

n = 166 CÄ UC + ORTH



INDIKATION ZUR OPERATION

SPiEGEL ONLINE GESUNDHEIT Login | Registrierung

Politik | Wirtschaft | Panorama | Sport | Kultur | Netzwerk | Wissenschaft | Gesundheit | einestages | Karriere | Uni | Schule | Reise | Auto

Nachrichten > Gesundheit > Diagnose & Therapie > Gesundheitssystem > OP: Wo Ärzte in Deutschland am meisten operieren

OP-Häufigkeit in Deutschland: Cloppenburg geht's an die Mandeln, Augsburg an den Blinddarm

Von *Nina Weber*

Defibrillator-Implantationen nach Kreisen je 10.000 Einwohner

2007 bis 2009

2010 bis 2012

Medizinische Eingriffe: So unterschiedlich oft wird in Deutschland operiert

Fotos ▶

SPIEGEL ONLI

Haben Sie Ihre Mandeln noch? Oder Ihren Blinddarm? Wenn nicht, könnte das auch mit Ihrem Wohnort zu tun haben. Bei der Häufigkeit chirurgischer Eingriffe gibt es in Deutschland große regionale Unterschiede.

INDIKATION ZUR OPERATION

Studie dokumentiert starke regionale Unterschiede bei Eingriffen in Kliniken

VON CARSTEN BERGMANN

HANNOVER. Dieser Streit ist nicht neu und doch aktueller denn je. Obwohl es aus medizinischer Sicht nicht zu erklären ist, gibt es in deutschen Operationssälen gravierende Unterschiede. In manchen Regionen bekommen Kinder achtmal häufiger die Mandeln herausgenommen als anderswo. Ähnliche Unterschiede gibt es bei Bypassen, bei Kniegelenken und Kaiserschnitten. Woher kommen diese Differenzen? Die beiden Studien der Bertelsmann Stiftung und der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) führen dem Gesundheitssystem nachdrücklich vor Augen, wie dringend notwendig Reformen sind.

„Große regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung sind ein klares Zeichen für Qualitäts-, Effizienz- und Gerechtigkeitsprobleme“, sagte OECD-Direktor Mark Pearson. Das greift dem Gesundheitsweisen Ferdinand Gerlach, der unter anderem neun Jahre an der Medizinischen Hochschule Hannover den Arbeitsbereich Qualitätsför-

Im Gesundheitssystem wird derjenige honoriert und besser bezahlt, der viele Katheter schiebt und viel operiert

Ferdinand Gerlach ist Vorsitzender des Scherständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

derung der Abteilung Allgemeinmedizin geleitet hat, nicht weit genug. Seiner Meinung nach fehlen zum Teil klare Indikationskriterien, die deutlich machen, wann ein Eingriff gerechtfertigt ist und wann nicht.

Darüber hinaus liefert das deutsche Gesundheitssystem den

häufig im Überlebenskampf steckenden Kliniken falsche Anreize. Nur der Arzt, der operiert, verdient Geld. Gesunderhaltung genießt keine Priorität. Das erklärt auch die regionalen Unterschiede: „Eine wahrscheinliche Ursache ist die angebotsinduzierte Nachfrage“. Kurz: „Dort, wo es viele Ärzte und Kliniken gibt, wird auch viel operiert. Alle wollen ihre Praxen und Kliniken auslasten. Dazu kommen wirtschaftliche Anreize, die möglicherweise auch für eine Fehlsteuerung mit nachfolgender Überversorgung sorgen“, sagt Gerlach.

Die Region Hannover fällt bei den Langzeit-Studien der Bertelsmann Stiftung, die seit 2007 die Häufigkeit von Operationen in allen 402 Kreisen und Städten beobachten, nicht aus dem Rahmen. An der MHH regeln abteilungsinterne Richtlinien, wann der Patient in den OP-Saal gebracht wird. Gleichwohl kritisiert Vizepräsident Andreas Tecklenburg fehlende objektive Qualitätsmessinstrumente. Ein Punkt, in dem auch Ferdinand Gerlach Nachholbedarf sieht. Allerdings: „Bei Linksherzkathetern gibt es eine sehr gute nationale Versorgungsleitlinie, die

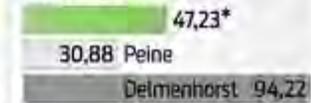
zwischen den beteiligten Fachgesellschaften abgestimmt wurde. Leider wird sie in einzelnen Kliniken und Praxen nicht immer konsequent umgesetzt.“

Was also bleibt dem Patienten, um nicht unnötig auf dem OP-Tisch zu landen? Ein wichtiger Baustein könnte ein im Koalitionsvertrag verankertes Gesetz des Zweitmeinungsverfahrens sein. Patienten sollen bei weitreichenden Eingriffen, die nicht im Notfall passieren, die Möglichkeit haben, eine qualifizierte Zweitmeinung einzuholen. Und zwar bei einem unabhängigen Spezialisten, der wirtschaftlich nicht mit dem Krankenhaus oder dem operierenden Arzt in Zusammenhang steht. Klingt kläusibel, stellt die Versorger aber vor eine neue Herausforderung: die Finanzen.

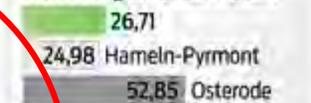
„Derjenige, der die Zweitmeinung anfertigt, muss genau den gleichen Aufwand betreiben, um eine ordentliche Aussage zu treffen wie der Erst-Operator. Das wird erheblich teuer“, sagt Tecklenburg. „Wir als Krankenhaus haben überhaupt keine Kapazitäten, ein Zweitmeinungsverfahren im großen Stil durchzuführen.“

So operierten die Ärzte in Niedersachsen

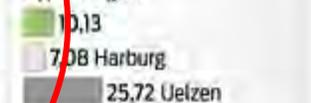
Mandeloperationen:



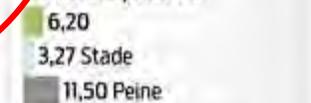
Entfernung der Gebärmutter:



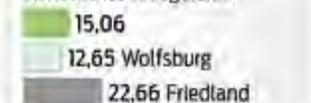
Bypass legen:



Prostata-Operation:



Künstliches Kniegelenk:



Region Hannover Durchschnitt Minimum in Niedersachsen Maximum in Niedersachsen
*Eingriffe je 10000 Einwohner

INDIKATION ZUR OPERATION

Ärzte operieren im Nordwesten besonders oft

Mandeln, Knie, Blinddarm: Der Wohnort entscheidet auch über die Behandlung

VON JENS HEITMANN

HANNOVER. In bestimmten Regionen Deutschlands werden Kindern acht Mal häufiger die Mandeln entfernt als anderswo. Ähnlich große Unterschiede gibt es bei Eingriffen an Prostata und Blinddarm oder beim Einsetzen eines Defibrillators am Herzen. Zu diesem Ergebnis kommen Studien der Bertelsmann-Stiftung und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), die am Freitag veröffentlicht wurden. „Offensichtlich spielen hier andere Faktoren eine Rolle als nur die medizinische Notwendigkeit“, sagte Jörg Niemann, Leiter der niedersächsischen Landesvertretung der Ersatzkassen.

Besonders im Nordwesten Niedersachsens wird viel operiert. In Delmenhorst ist die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder ihre Mandeln verlieren, dreimal höher als im Landkreis Peine. Auch

Cloppenburg, Leer, Wesermarsch und Ammerland gehören zu den 20 Kreisen mit den höchsten Raten von Mandeloperationen bundesweit. Für das Emsland verzeichnet die Untersuchung je 10 000 Einwohner 63 Blinddarmentfernungen – für Wolfsburg hingegen nur 17 Operationen. Die Region Hannover liegt meist unauffällig im Mittelfeld.

Bei den Krankenkassen hält sich schon länger der Verdacht, dass in manchen Kliniken häufiger operiert wird als in anderen, um Betten besser auszulasten. Die Krankenhäuser verweisen hingegen darauf, dass sie ihre Patienten nicht „mit dem Lasso einfangen“.

Das sieht die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) ähnlich. „Regionale Unterschiede sind immer abhängig von der Bevölkerungsstruktur“, sagte ein KVN-Sprecher. So gebe es beispielsweise in der Region Cloppenburg überproportional viele Kinder und Jugendliche, sodass die Entfernung der

Mandeln dort häufiger vorkomme als anderswo.

Das Argument lassen auch die Autoren der Studie gelten – sie weisen aber darauf hin, dass sich hohe Abweichungen bei Blinddarm- oder Kniegelenkoperationen dadurch nicht erklären lassen. Vielmehr seien solch große regionale Unterschiede ein klares Zeichen für Qualitäts-, Effizienz- und Gerechtigkeitsprobleme“, erklärte OECD-Direktor Mark Pearson.

Einig sind sich die Experten, dass das Fehlen klarer medizinischer Leitlinien die Gefahr von regionalen Unterschieden vergrößert. Ärzten müsse ein „Handlungskorridor“ für operative Eingriffe vorgegeben werden, heißt es in der Studie. Darüber hinaus gelte es, die Diagnosen zu verbessern, sagte der Vize-Präsident der Medizinischen Hochschule Hannover, Andreas Tecklenburg. „Auch für die Indikation brauchen wir eine Qualitätssicherung.“

Mangelhafte Aufklärungsbögen: Patienten werden vor OPs alleingelassen

Von Tanja Wolf



Patientengespräch: Ärzte müssen über Behandlungsrisiken aufklären

Ist die Darmspiegelung sinnvoll - oder ist das Risiko zu hoch? Letztendlich liegen es den Patienten. Doch oft werden sie mangelhaft beraten. Experten fordern höhere Patienteninformationen.

Juristische Absicherung statt Aufklärung

Es ist ein grundlegendes Problem: Allgemein gehaltene Aufklärungsbögen helfen Patienten oft nicht, ihr Risiko richtig einzuschätzen. "Diese Patienteninformationen dienen eher der juristischen Absicherung der Ärzte als der Aufklärung der Patienten", sagt Ingrid Mühlhauser, Sprecherin des Fachbereichs Patienteninformation beim Deutschen Netzwerk für evidenzbasierte Medizin (DNEbM). Das Netzwerk will das ändern, bereits 2010 hat eine Arbeitsgruppe [Qualitätskriterien für gute Patienteninformationen aufgestellt](#). Verlässlich, verständlich und unvoreingenommen sollten sie sein. Doch immer noch sei das die Ausnahme, kritisiert Klaus Koch, Leiter des Ressorts Gesundheitsinformation beim [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen \(IQWiG\)](#).

Patient Educ Couns. 2011 Sep;84(3):379-85. doi: 10.1016/j.pec.2011.07.022. Epub 2011 Aug 9.

Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial.

Shepherd HL¹, Barratt A, Trevena LJ, McGeechan K, Carey K, Epstein RM, Butow PN, Del Mar CB, Entwistle V, Tattersall MH.

Für informierte Entscheidungen sollten Patienten also stets mehrere Quellen nutzen. Hilfreich ist die australische Idee "Ask me three": Auf drei Fragen sollte der Patient Antworten finden:

- Was sind meine Optionen?
- Welchen Nutzen und welchen Schaden kann die Behandlung mit sich bringen?
- Und wie wahrscheinlich ist es, dass Nutzen oder Schaden eintreten?

BEISPIELE AUS DEM KLINISCHEN ALLTAG

OP am Aufnahmetag

Lipom linke Flanke

Operateur und 1. Assistent Patient vorher noch nie gesehen

Ambulanzärzte im FZA bzw. wg. Halbtagsstelle abwesend

Problem das Lipom zu lokalisieren



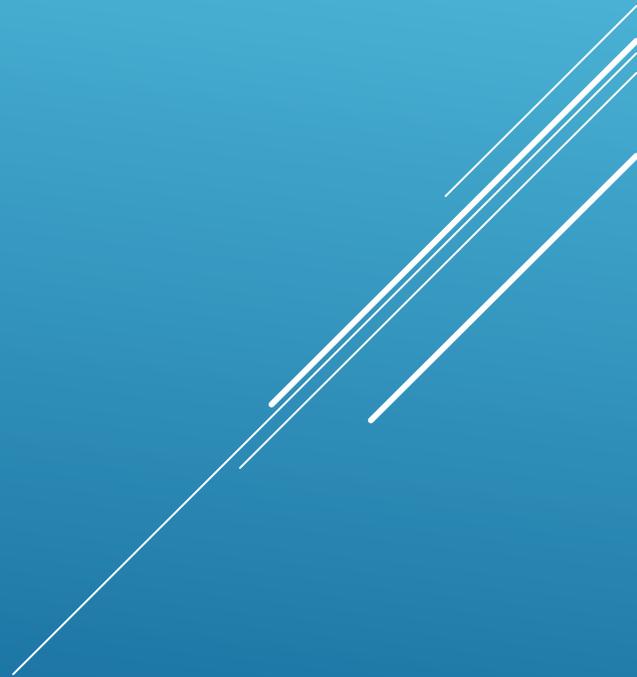
BEISPIELE AUS DEM KLINISCHEN ALLTAG

Pat. 85 J.

- April Hirninfarkt → Neurologie
- Juli Myokardinfarkt → Kardiologie
- August Sacraldecubitus → Chirurgie
- Mehrere Verlegungen zwischen Akut-KH und Reha
- Wiederaufnahme weil nicht führbar in Reha

Wer nimmt diesen Patienten stationär auf ?

Was ist wünschenswert ?



ÄRZTLICHE ETHIK UND ÖKONOMIE SIND KEINE GEGENSÄTZE

Gute Medizin ist nicht Medizin ohne Ökonomie

Ökonomisches Effizienzdenken kann für Medizin nützlich sein

Aber:

Ziele der Ökonomie gehören in den Dienst der Medizin

DER PATIENT IST KEIN KUNDE

Ein kranker Mensch ist existentiell bedürftig und

kann kein souveräner Kunde sein.

Patienten sind angewiesen auf jemanden der ihnen hilft.

KULTUR DER SINNSTIFTENDEN SORGE

Krankwerden stürzt Menschen in die Krise

Kranksein wirft Fragen auf nach dem

Sinn des Leidens
Sinn des Lebens
Sinn des Ganzen

Auf diese Fragen werden Antworten und nicht Rezepte erwartet.

KULTUR DER SINNSTIFTENDEN SORGE

Arztsein ist nicht nur Beruf sondern Profession

Machen von Gesundheit oder Produktion der Heilung
ist nicht zentrales Element des Arztberufes

Ein Arzt gibt sich als Helfer zu erkennen

Handelt nur im Interesse des Kranken
Kernkompetenz ist das Wohl des Patienten

Arzt-Patienten-Beziehung fußt auf Vertrauen

Ich wünsche Ihnen alles Gute !

