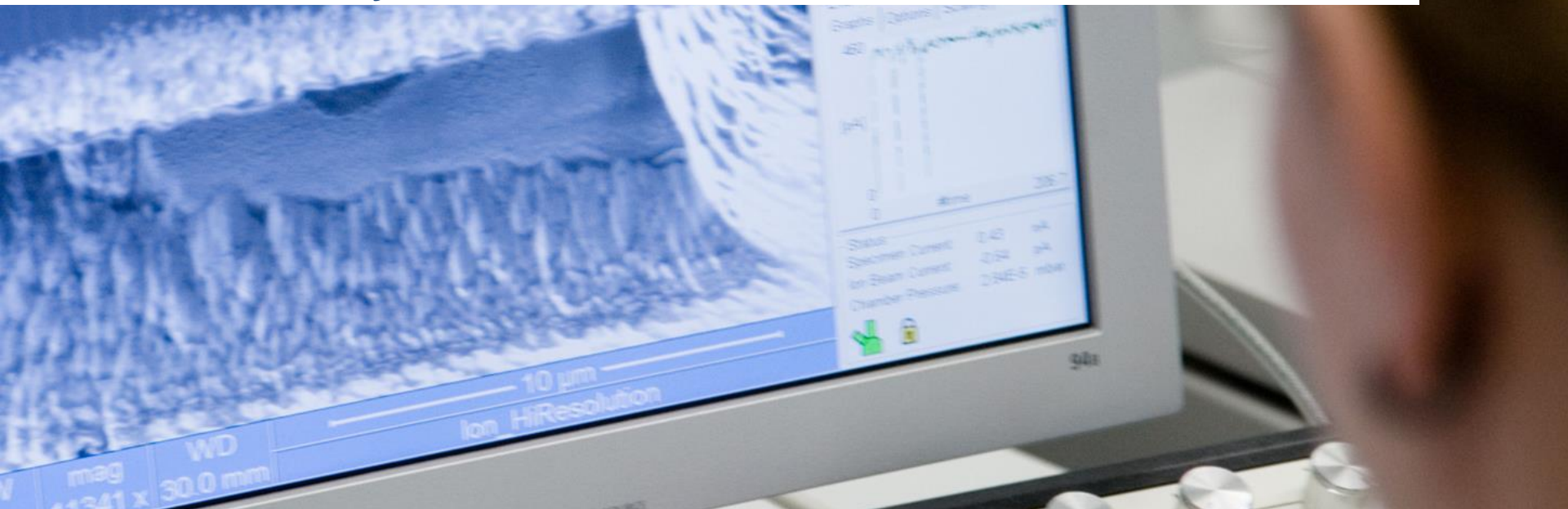


Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (SS 15)

Qualität und Struktur

Wie Patienten gut behandelt werden

Prof. Dr. Hasenbring
Pascal Nohl-Deryk



Patientenfall

Herr K., 53 Jahre alt

Beschwerden: Rückenschmerzen und **Antriebslosigkeit** seit **mehreren Monaten**, auf Nachfrage: Immer mal wieder Magenschmerzen und Sodbrennen – „**das ist schon nix**“

Vegetativ: Appetit und Ausscheidung o.B. Nikotinabusus - etwa 30 Zigaretten am Tag bei bislang 35py, Alkoholabusus - zwei bis drei Flaschen Bier pro Tag („um zu vergessen“), ab und an Schnaps; Sport („**Ich laufe nur bis zum nächsten Kiosk**“), Größe etwa 175cm, Gewicht 92 KG

Beruf: arbeitslos seit 8 Jahren, vorher Gerüstbauer, **Schulbildung vor Abschluss abgebrochen**

Sozial: keine Familie („Eltern schon gestorben“), keine Frau, **kein sozialer Rückhalt**

Medikamente: **Schmerzmittel bei Bedarf**, sonst nichts

Nächster Arzt weit weg

Frage an die Studierenden:

Herr K. beschließt doch zum Arzt zu gehen. Aber wohin führt es ihn?

**Das ist ganz von der Gestaltung des
Gesundheitswesens abhängig.**

**...es folgt ein
deutschlandspezifisches Beispiel...**

Einschub: Struktur der Finanzierung

- **Bismarck:**
 - Beitragsfinanziertes Gesundheitssystem
 - U.a. Deutschland
- **Beveridge:**
 - Steuerfinanziertes Gesundheitssystem
 - U.a. United Kingdom
- **Markt:**
 - Privat-finanziertes Gesundheitswesen
 - Früher u.a. USA

Einschub: Struktur der Finanzierung

- **Solidarprinzip - GKV:**
 - Alle zahlen einen dem Einkommen angepassten Beitrag
 - Alle erhalten die gleichen Leistungen (bei Bedarf)
- **Äquivalenzprinzip - PKV:**
 - Jeder zahlt einen Beitrag entsprechend seines Risikos
 - Jeder erhält die versicherten Leistungen

Herr K. geht zum Hausarzt.

Ambulante Versorgung

- Meistens die erste Anlaufstelle von Patienten
 - Meistens der „Hausarzt“
 - In D hausärztliche Versorgung: Allgemeinmediziner, Internisten ohne Schwerpunkt und Kinderärzte (+ praktische Ärzte)
- Weiter gefasst: Primärversorgung/Primary Care
 - „Internationales“ Konzept
 - Umfasst auch Gynäkologen, Orthopäden, Dermatologen, Augenärzte, HNO-Ärzte

Ambulante Versorgung

- Das Prinzip der freien Arztwahl
 - Gesetzlich verankert
 - In D: Jeder Arzt von jedem Patienten
 - In NL fixer Hausarzt – Gatekeeper
 - In UK Hausarzt aus bestimmter Region – Gatekeeper
- Kann Koordination der Versorgung schwierig bis unmöglich machen
 - Erschwert gute Versorgung
 - Aber für Patienten laut Umfragen sehr wichtig
- Ermöglicht auch Arzt-Hopping

Ambulante Versorgung

- Kann jeder eine Praxis aufmachen?
 - Jein
 - Für Versorgung der 90% gesetzlich Versicherten Zulassung nötig
 - **Kassenärztliche Vereinigung**
 - **Beauftragt mit der Sicherstellung der Versorgung**
 - **Sog. Sicherstellungsauftrag**
 - Erstellen Bedarfsplan für Orte und Fachbereiche
 - **Bedarfsplanung**
 - Begrenzen Zulassungsmöglichkeiten
 - -> inverse Care Law ;-)

Ambulante Versorgung

Abbildung 4: Die vier Versorgungsebenen und ihre Raumzuschnitte

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Hausärztliche Versorgung | Allgemeine fachärztliche Versorgung | Spezialisierte fachärztliche Versorgung | Gesonderte fachärztliche Versorgung |
| Mittelbereiche (klein) | Kreise (mittel) | Raumordnungsregionen (größer) | KVen (sehr groß) |
| Anzahl 883 | Anzahl 372 | Anzahl 97 | Anzahl 17 |

Größe der Planungsbereiche am Beispiel der KV Sachsen-Anhalt



Ambulante Versorgung

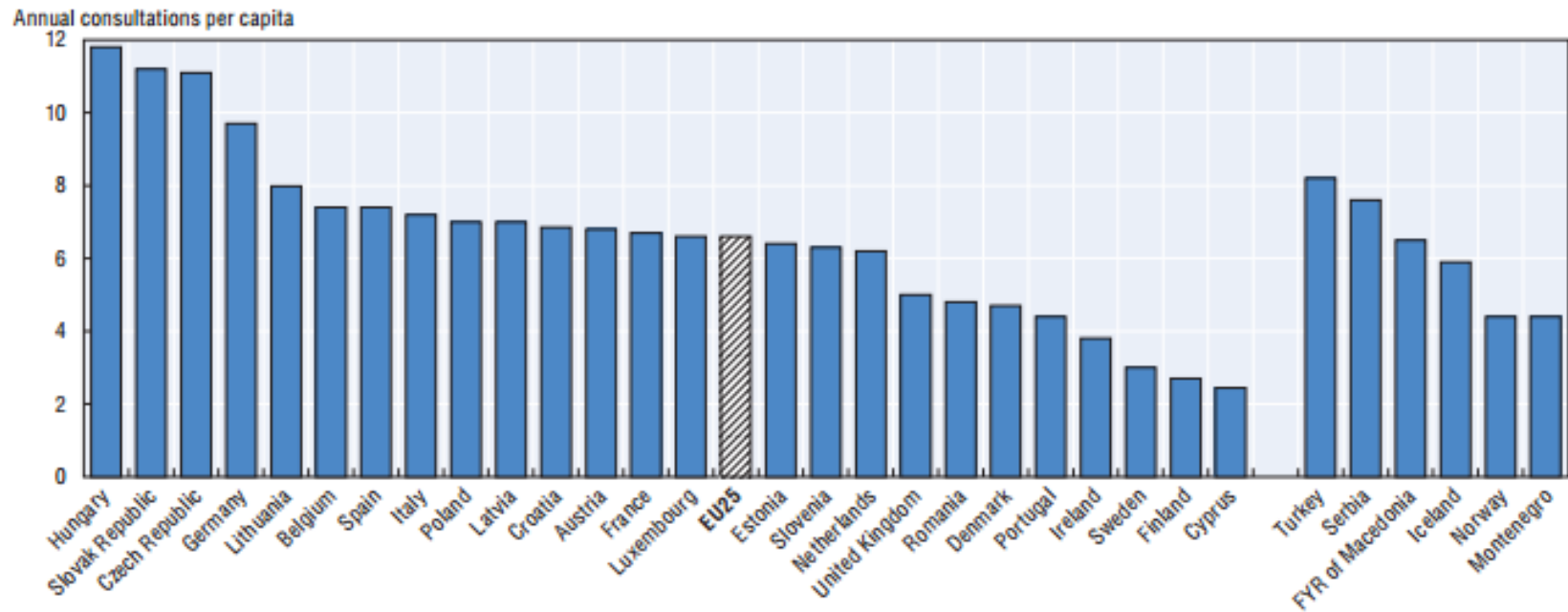
- Ärztliche Vergütung gesetzliche Krankenversicherung
 - Budget wird zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen ausgehandelt
 - Es gibt ein fixes Budget pro Quartal pro Region pro Fachgruppe
 - Leistungskatalog – was nicht drin steht wird nicht bezahlt
 - **Sachleistungsprinzip**
 - **Krankenkassen zahlen alle Kosten ohne Rechnung**
- Ärztliche Vergütung private Krankenversicherung
 - **Kostenerstattungsprinzip**
 - **Kassen erstatten nach Auslage und Rechnung des Patienten**

Ambulante Versorgung

- Machen wir uns nichts vor. Geld steuert die Versorgung!
- Tlw. Pauschalierung
 - Z.B. ~30 € pro Patient pro Quartal beim Hausarzt
 - Egal ob der Patient einmal oder 10mal da ist

Ambulante Versorgung

3.2.1. Number of doctor consultations per capita, 2012 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database; WHO Europe Health for All Database.

Ambulante Versorgung

Arztkontakte im Jahr 2007

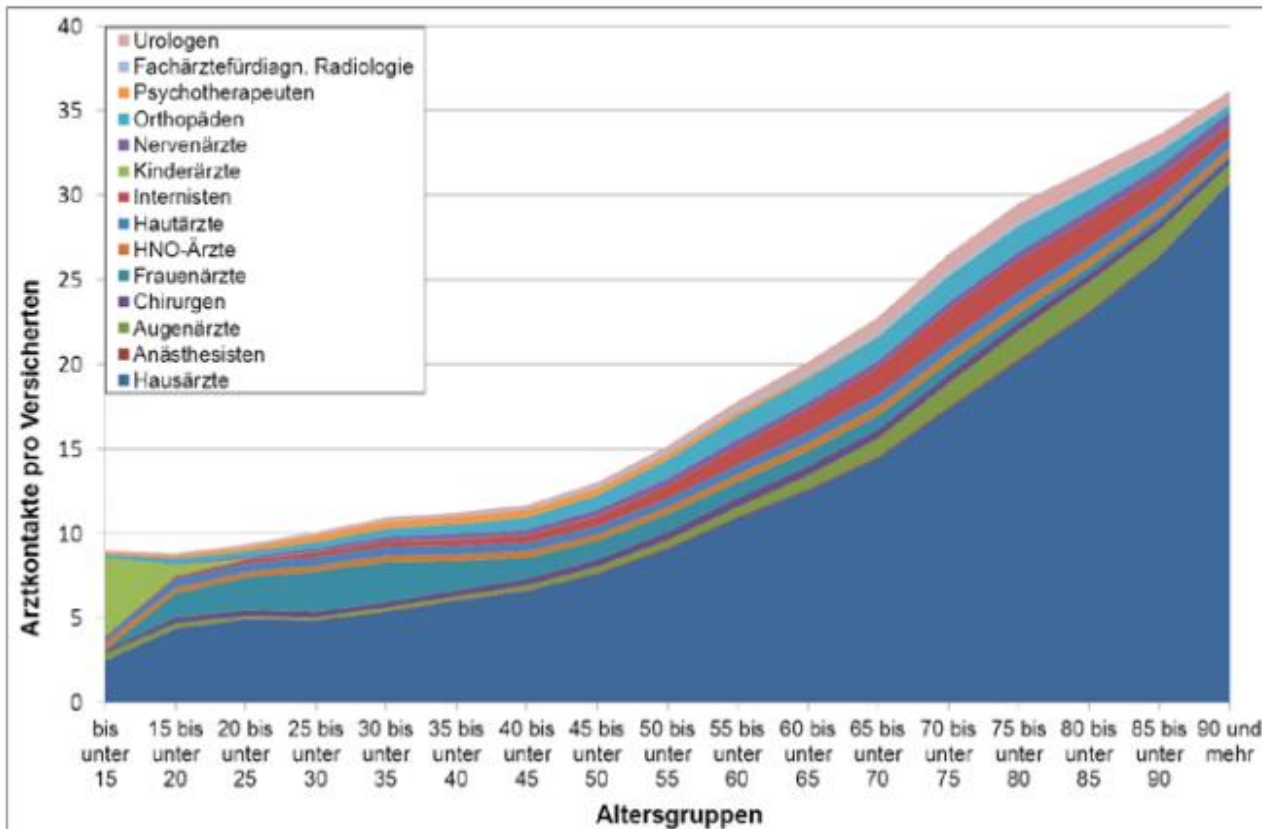


Abbildung 2: Mittlere Anzahl Arztkontakte pro Versicherten im Jahr 2007 nach Altersgruppen und Facharztgruppen (Bezug KM6 2007)

Weil Herr K. lange keinen Arzt mehr gesehen hat, überzeugt der Hausarzt ein generellen Check-Up zu machen. Bei der rektalen Untersuchung findet er eine verhärtete, knotige Prostata. Er überweist Herr K. daraufhin an einen Urologen.

**Herr K. geht zum niedergelassenen
Facharzt.**

Ambulante Fachärzte

- Sog. „doppelte Facharztschiene“
 - Deutsche Besonderheit
 - Planung auf verschiedenen Ebenen (Kreis, Region, KV)
 - Je nach Spezialisierungsgrad
 - Teilweise schwierige Planung
 - Z.B. alle Internisten zusammen
- Unterschiedliche Vergütung nach Fachbereich

Der Urologe führt einen PSA-Test durch und veranlasst eine Skelett-Szintigraphie, denn er hat den Verdacht auf ein metastasiertes Prostata-Karzinom.

Mit Bitte um Biopsie und Weiterbehandlung überweist er Herr K. in ein Krankenhaus.

Herr K. geht ins Krankenhaus.

Stationäre Versorgung

- Theoretisch Behandlung nur auf Einweisung
 - Praktisch auch viele Fälle über Notaufnahmen
 - Ansteigende Zahlen in den letzten Jahren
- Wer entscheidet denn wo es ein Krankenhaus gibt?
 - Gründung von jedem möglich
 - Es gibt kommunale, konfessionelle und private Eigentümer

Stationäre Versorgung



Stationäre Versorgung

- Wer entscheidet denn wo es ein Krankenhaus gibt?
 - Landeskrankenhausplanung

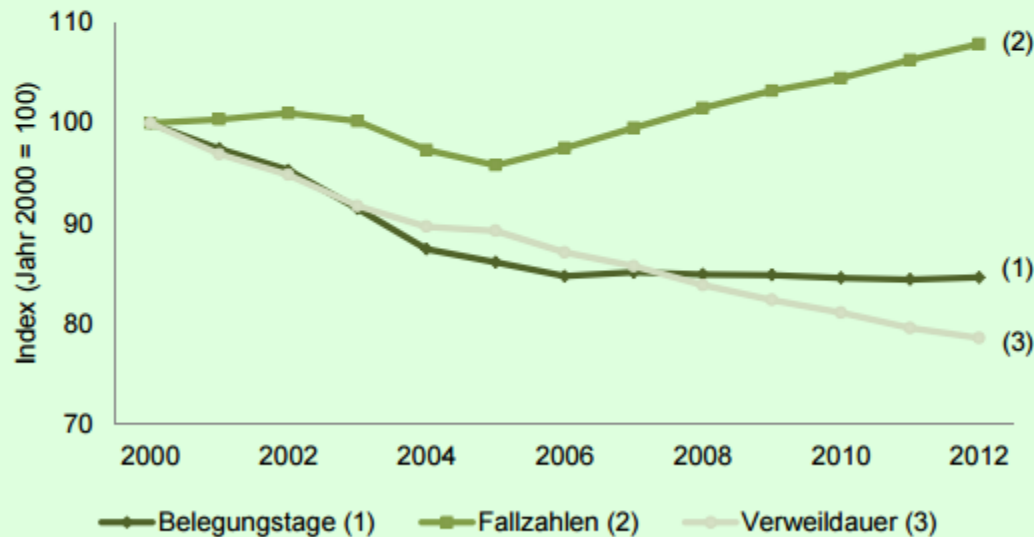
- Finanzierung von Krankenhäusern ist dual
 - Investitionskosten: Bundesland
 - Behandlungskosten: Krankenkasse
 - Gleiche Prinzipien wie im ambulanten Bereich

Stationäre Versorgung

- Diagnosis-Related-Groups (DRGs)
 - Ähnliche Krankheitsbilder werden zu einer Gruppe zusammengeschlossen (DRG)
 - Für eine DRG gibt es eine bestimmte Summe Geld
 - Egal wie lange der Patient bleibt
 - Ggf. Zu- und Abschläge bei Komplikationen
- Machen wir uns nichts vor. Geld steuert die Versorgung!
 - Es gibt „gute“ und „schlechte“ DRGs

Stationäre Versorgung

Belegungstage, Fallzahlen, Verweildauer



| | Belegungs- tage | Fall- zahlen | Verweil- dauer |
|-------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| | in Mio. | in Mio. | in Tagen |
| 2000 | 167,8 | 17,3 | 9,7 |
| 2001 | 163,5 | 17,3 | 9,4 |
| 2002 | 159,9 | 17,4 | 9,2 |
| 2003 | 153,5 | 17,3 | 8,9 |
| 2004 | 146,7 | 16,8 | 8,7 |
| 2005 | 144,6 | 16,5 | 8,7 |
| 2006 | 142,3 | 16,8 | 8,5 |
| 2007 | 142,9 | 17,2 | 8,3 |
| 2008 | 142,5 | 17,5 | 8,1 |
| 2009 | 142,4 | 17,8 | 8,0 |
| 2010 | 141,9 | 18,0 | 7,9 |
| 2011 | 141,7 | 18,3 | 7,7 |
| 2012 | 142,0 | 18,6 | 7,6 |

I/Gü 3. Februar 2014

Quelle: destatis

Schnittstellenproblematik

- Ambulant-stationär – zwei gut getrennte Bereiche
- → Schnittstellenproblematik
 - Der HA weiß nicht was das KH tut, das KH nicht was mit dem Patienten nach der Entlassung passiert
 - → fehlende durchgehende Betreuung
 - V.a. bei chronisch Kranken
- „Integrierte Versorgung“
 - Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
- „Managed Care“
 - Disease-Management-Programme

Im Krankenhaus wird anhand einiger Untersuchungen festgestellt, dass Herr K. Krebs hat, aber glücklicherweise nur lokal. Die Prostata wird operiert und der Krebs komplett entfernt. Danach wird eine Reha für ihn beantragt.

Herr K. geht zur Rehabilitation.

Rehabilitative Versorgung

- Eigene Säule der sozialen Sicherung (eigenes Gesetzbuch)
- Rehabilitation bedeutet die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit eines von Behinderung bedrohten Patienten so gut wie möglich wieder herzustellen.
 - Restitutio ad optimum – Restitutio ad integrum
- Kostenerstattung durch den Träger der bei einem Scheitern der Rehabilitation die Kosten zu tragen hätte.
 - „Reha vor Rente“
 - „Reha vor Pflege“

**Herr K. ist behandelt.
Aber gut?**

Frage an die Studierenden:

Was ist gute medizinische Versorgung?

Qualität - Definition

Das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren bezogen auf die Menge des Gewünschten. (Van Eimeren, 1979)

Qualitätsmanagement

- Strukturqualität
 - Wie ist die Struktur der Versorgung?
 - Personalzahl, -qualifikation, Ausstattung, Organisation
- Prozessqualität
 - Wie läuft die Versorgung ab?
 - Handhabung, Prozessschritte, Administration
- Ergebnisqualität
 - Wie ist das Ergebnis der Versorgung?
 - Zwischenergebnis und Endergebnis

Qualitätsmanagement – Bsp. Herr K.

- Strukturqualität
 - Struktur des Krankenhauses/der Abteilung, Anzahl der Urologen, Ausstattung des OP
- Prozessqualität
 - Geschieht alles wie geplant? Nach festen Standards
- Ergebnisqualität
 - Wie ist das Operationsergebnis? Komplikationen? Überlebenszeit?

Qualitätsmanagement

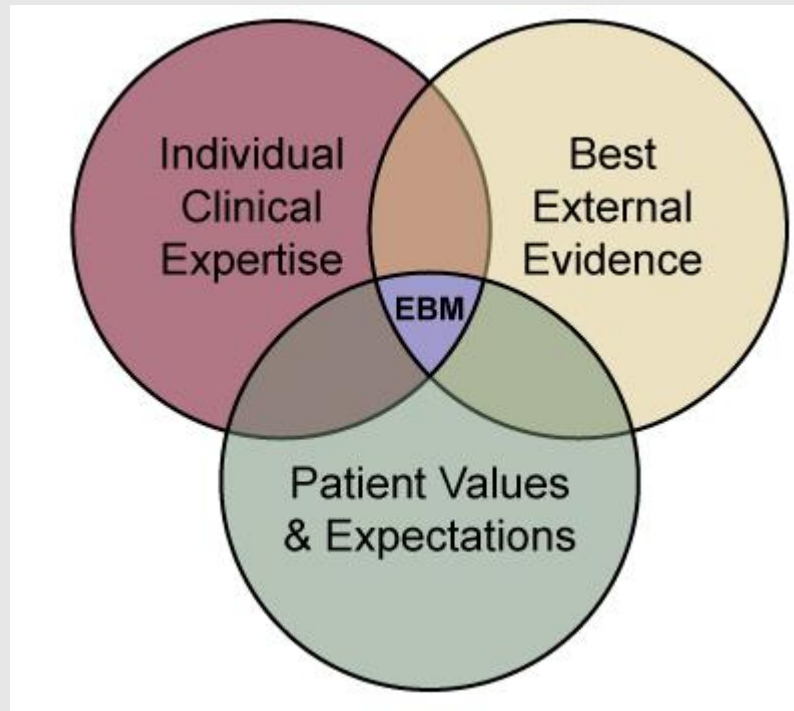
- Strukturqualität
 - Gut messbar und gut festlegbar
 - Schlechter (indirekter) Hinweis auf gute Versorgung
- Prozessqualität
 - Schwierig messbar, aber gut festlegbar
 - Mittel-guter Hinweis auf gute Versorgung
- Ergebnisqualität
 - Schwierig messbar und schwierig festlegbar
 - Guter (direkter) Hinweis auf gute Versorgung

Qualitätsmanagement

- Ärztliche Aufgabe
 - Z.B. Röntgenbesprechungen
 - Z.B. Chefarztvisiten
 - Z.B. Einholen von Zweitmeinungen (Konsilen)
 - Z.B. Dokumentation
 - Z.B. Qualitätszirkel

Evidenz-based Medicine

- Evidenz-based Medicine
 - Nach Sackett (1996):



Evidenz-based Medicine

- Evidenz-based Medicine
 - Versucht alle Diagnostik und Therapie wissenschaftlich zu begründen

 - Gute Adressen:
 - Cochrane-Collaboration
 - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
 - Bald: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz “ “

Quellenangaben

▪ Grafiken:

- Folie 9: B. Starfield; Is primary care essentiell? The Lancet 1991
- Folie 12: Kassenärztliche Bundesvereinigung; DIE NEUE BEDARFSPLANUNG GRUNDLAGEN, INSTRUMENTE UND REGIONALE MÖGLICHKEITEN; 2013
- Folie 15: Health at a Glance: Europe 2014; OECD and European Commission
- Folie 16 Riens B, Erhart M, Mangiapane S; Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2012
- Folie 23: Deutsche Krankenhausstatistik 2013; Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Folie 26: Deutsche Krankenhausstatistik 2013; Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Folie 38: Definition of Evidence-Based Medicine; <http://med.fsu.edu/index.cfm?page=medicalinformatics.ebmTutorial>; letzter Abruf 01.4.2015

▪ Genutzte und weiterführende Literatur:

- B. Strauß, U. Berger, J. v. Troschke, E. Brähler; Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie; Kapitel 2.6.3 und 2.6.4
- K.Buser, T. Schneller, K. Wildgrube; Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie; 6. Auflage 2007; Kapitel 10.3 und 10.4
- S. Rothnagel; Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie; 2. Auflage 2010; Kapitel 9.3 und 9.4