

Management & Krankenhaus

Zeitung für Entscheider im Gesundheitswesen

GIT VERLAG
A Wiley Brand

Mai · 5/2016 · 34. Jahrgang



Bitte beachten Sie unser Supplement M&K kompakt „Radiologie“

Komplexe Krankenhausprojekte methodisch absichern
Auch komplexe Investitionsprojekte in Kliniken könnten leicht mit innovativen Methoden wie Anforderungsmanagement, Risikoanalyse und Target Costing abgesichert werden. **Seite 8**



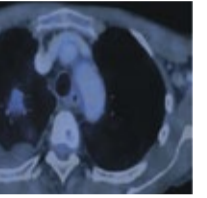
Blick in den Baby-Bauch

Das Ersttrimesterscreening ist mittlerweile mehr als eine Suche nach genetischen Aberrationen wie Down Syndrom und ermöglicht rechtzeitige Prophylaxe. **Seite 12**



Tumordiagnostik

Die neuen molekular diagnostischen Analysemethoden in der Onkologie beeindruckten. Zielgerichtete Therapiekonzepte bestimmen Behandlungskonzepte. **Seite 27**



Themen

Gesundheitspolitik
Kopftuch-Verbot für muslimische Krankenschwestern 4
In Krankenhäusern gilt eine verbindliche Kleiderordnung.

Gesundheitsökonomie
Ist Klinikmanagement Spitzensport? 6
Kliniken erfolgreich zu leiten ist nicht immer einfach und der Chefarzt-Alltag ähnelt manchmal eher einer sportlichen Herausforderung.

Medizin & Technik
Abnutzungsbedingte Einengung des Wirbelkanals 13
Die degenerative Spinalkanalstenose der Lendenwirbelsäule ist eine häufige Erkrankung.

Pharma
Herzklopfen erforscht 15
Um ihre Wirkung zu entfalten, müssen Arzneimittel nicht unbedingt in unsere Körperzellen eindringen.

IT & Kommunikation
Das „Internet der Dinge“ – die nächste technische Revolution? 17
In vielen Zukunftsszenarien spielt das „Internet der Dinge“ eine Rolle. Wie neu sind die Konzepte dahinter?

Hygiene
MRSA-Screening muss jetzt kommen 20
Es gibt viele Gründe, die für ein generelles Aufnahmescreening auf MRSA sprechen.

Bauen & Einrichten
Mobile Zutrittskontrolle in Krankenhäusern 23
Smartphones sind überall. Was liegt näher, sie in Zutrittskontrollsysteme zu integrieren?

Labor & Diagnostik
Epigenetische Programmierung 27
Rauchen während der Schwangerschaft hinterlässt Spuren im Erbgut des Kindes.

Impressum 7
Index 28

Kompliziert einfach oder einfach kompliziert?

Die Umsetzung stringenter Händehygiene hat sich in der Praxis als weit schwieriger erwiesen als angenommen. Was sind die Ursachen und welche Lösungen gibt es?

Priv.-Doz. Dr. habil. Nils-Olaf Hübner, M. Sc., IMD Labor Greifswald und Universitätsmedizin Greifswald

Händehygiene hat in den letzten Jahren eine so ungeheure Aufwertung in der Wahrnehmung der Fachwelt und Öffentlichkeit erfahren, dass sie heute gerade in Deutschland zuweilen synonym für gute Krankenhaus- und Praxishygiene verwendet wird. Tatsächlich gemeint ist jedoch fast immer nur eine Komponente der Händehygiene: die Händedesinfektion. Zur Händehygiene zählen jedoch neben der Händedesinfektion auch die Händewaschung, Hautschutz und Hautpflege sowie Barriere-Maßnahmen wie die Anwendung von Schutzhandschuhen.

All diese Maßnahmen haben ihre Berechtigung. Die Händedesinfektion ist die effektivste Methode zur Inaktivierung von Krankheitserregern, vorausgesetzt, die Erreger sind gegen das Desinfektionsmittel empfindlich. Die Waschung dient der mechanischen Reinigung der Hände. Hautschutz und Hautpflege erhalten die Integrität und Gesundheit der Haut. Barrieremaßnahmen wirken als mechanische Trennung und schützen so sowohl die Hände des Personals als auch den Patienten vor Kontamination. Das ist zum Personalschutz genauso wichtig wie für die Vermeidung von Übertragungen – insbesondere bei Erregern die sich bisher nicht durch



Priv.-Doz. Dr. habil. Nils-Olaf Hübner. Foto: Andreas Labes, Berlin

Händedesinfektionsmittel inaktivieren lassen, wie Sporen von Clostridium difficile – und als Teil des Multibarrierensystems bei aseptischen Eingriffen.

Bedeutung der Händedesinfektion

Obwohl es heute kaum vorstellbar ist, war die Händedesinfektion bis vor etwa 15 Jahren wie wir sie kennen, d.h. die Einreibung alkoholischer Händedesinfektionsmittel, fast ausschließlich in Mitteleuropa verbreitet. In den USA und den meisten Ländern mit angloamerikanisch geprägtem Gesundheitssystem spielte sie

dagegen keine Rolle. Dies änderte sich erst um die Jahrtausendwende. Ausschlaggebend waren mehrere bis heute sehr einflussreiche Publikationen. Beispielfähig sind dabei Arbeiten der Schweizer Gruppe um Pittet et al. zu nennen, die zwei Kernergebnisse hatten: einen signifikanten Einfluss der Händedesinfektion auf die Rate nosokomialer Infektionen und MRSA-Übertragungen sowie eine deutliche Verbesserung der Compliance. Vor dem Hintergrund der weltweit massiv ansteigenden MRSA-Rate wurde dieses Ergebnis äußerst stark wahrgenommen.

Aus dieser Zeit stammt daher der Nimbus der Händehygiene als quasi ideale

Intervention: einfach einzuführen bzw. zu steigern, einfach durchzuführen, einfach zu messen und einfach in ihrer Wirkung zu belegen.

Im Jahr 2002 wurde die Händedesinfektion mit alkoholischen Präparaten von der CDC als Routinemaßnahme in den USA eingeführt. Zahlreiche Länder folgten. Wenig später wurde das Thema durch die WHO aufgegriffen – wobei die räumliche Nähe, sowohl die Gruppe um Pittet als auch die WHO sind in Genf ansässig, sicher nicht von Nachteil war. 2009 wurde mit der WHO-Kampagne „Clean Hands Save Lives“ (in Deutschland als „Aktion Saubere Hände“ umgesetzt) die Händedesinfektion endgültig in das Zentrum der Hygiene gerückt.

Einfach einzuführen und zu steigern?

Nur richtige Händedesinfektion wirkt. „Richtig“ bedeutet dabei die richtige Menge des richtigen Desinfektionsmittels zur richtigen Gelegenheit mit der richtigen Technik über eine richtige Zeit hinweg anzuwenden. Klingt kompliziert? Ist es auch! Zu lernen und jeden Tag zu tun. Immer wieder. Neben der korrekten Durchführung hat sich dabei die Compliance, d.h. die tatsächliche Anwendung, als größtes Problem erwiesen.

Jeder Kontakt mit dem Patienten oder seinem Umfeld macht wenigstens zwei Händedesinfektionen nötig – das ist mindestens eine Minute zusätzliche Zeit, die aufgewendet werden muss. Gerade auf Intensivstationen, wo sehr viele und oft nur kurze Kontakte üblich sind, führt das schnell zu Problemen. Es ist nur schwer durchzuhalten, sich bei jeder Bedienung des „Alarm-aus-Knopfes“ (5 Sekunden) eine Minute die Hände zu desinfizieren, wenn die nächste Aufgabe ruft.

Warum waren Pittet et al. dann so erfolgreich? Die Antwort liegt in der Ausgangssituation: Vor der Studie war die noch viel aufwendigere Händewaschung die Standardmaßnahme der Händehygiene. Der Zuwachs an Compliance beruht vollständig auf der Einführung der viel bequemeren Händedesinfektion. Das erklärt auch, warum in Deutschland, wo die Händedesinfektion schon weit früher Standard war, die Steigerung durch die mit starker öffentlicher Förderung hinterlegten „Aktion Saubere Hände“ wesentlich bescheidenere Zuwächse bei der Compliance erzielte als ähnliche Kampagnen z.B. in Italien oder Asien, wo die Händedesinfektion neu war.

Ist Händedesinfektion einfach zu messen?

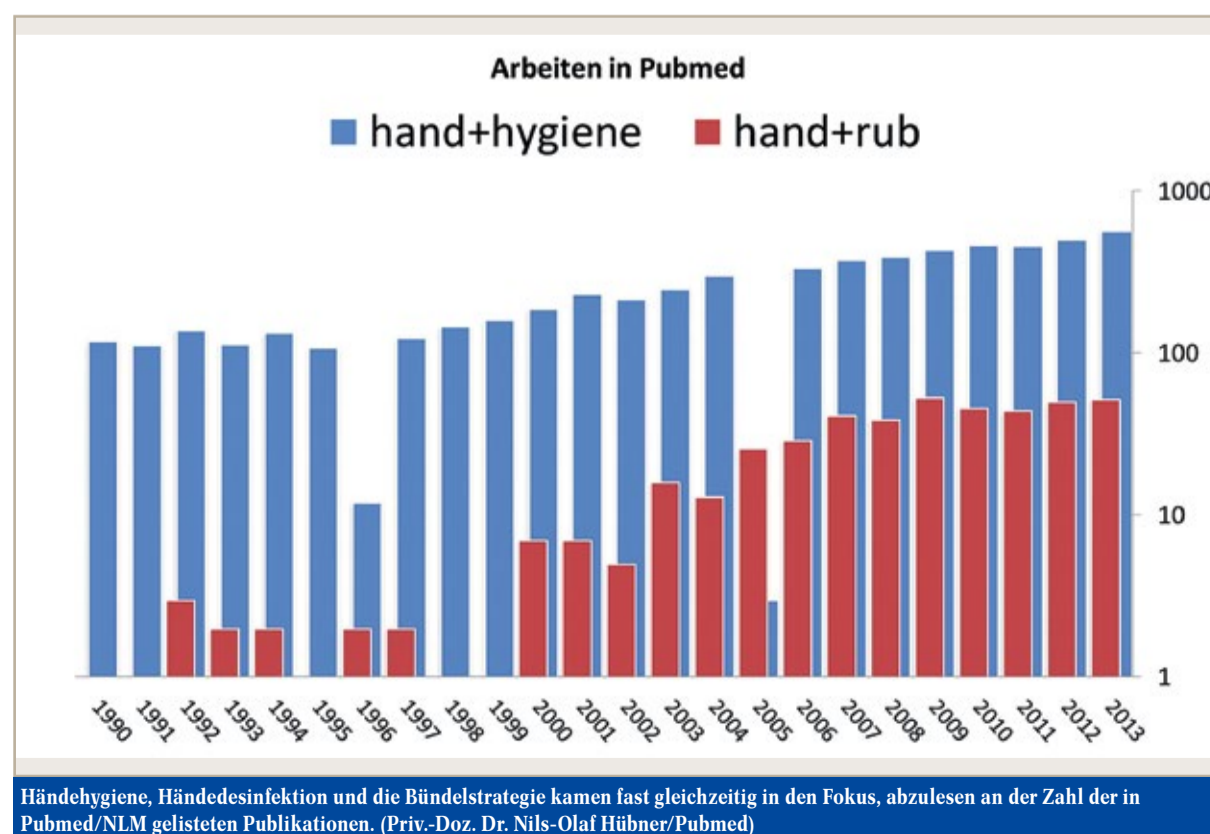
Wenn man die Umsetzung der Händedesinfektion messen wollte, müsste man eigentlich alle oben genannten Aspekte messen. Tatsächlich gemessen wird aber meistens nur der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln. Es ist leicht einzusehen, dass dies nur ein sehr grober Anhalt ist, der – wenn überhaupt – nur Rückschlüsse auf die Anzahl durchgeführter Desinfektionen gestattet. Natürlich existieren andere Methoden der Erfassung, wie die direkte Beobachtung oder die elektronische Erfassung. Beide haben unterschiedliche Stärken und Schwächen und einen gemeinsamen Nachteil: verglichen mit der Verbrauchsmessung, die fast umsonst abfällt, sind sie teuer.

Einfach in der Wirkung zu belegen?

Die ursprüngliche Euphorie veranlasste viele Gruppen zu eigenen Untersuchungen, abzulesen an der Flut von Publikationen zum Thema. Obwohl die Ergebnisse im Prinzip bestätigt werden konnten, gibt es auch Studien, die diesen Effekt nicht oder nicht im selben Umfang wiederholen konnten. Die Ursachen sind vielfältig. Ein entscheidender und oft übersehener Grund ist, dass parallel zur weltweiten Propagierung der Händedesinfektion fast zeitgleich auch der Siegeszug einer weiteren mächtigen Methodik in der Hygiene begann: die planvolle und gezielte Bündelung von Einzelmaßnahmen zu Infektionsschutzbündeln, auch bekannt als Bündelstrategie. Dabei ergeben sich Synergieeffekte zwischen den Einzelmaßnahmen, wobei die Händedesinfektion praktisch immer ein zentraler Baustein ist. Eine Trennung der Effekte der Händehygiene allein vom Effekt der Bündel als Summe ist somit faktisch unmöglich.

Nosokomiale Infektionen und Transmissionen sind immer multifaktoriell bedingt. Die Händehygiene kann einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten, allein das Problem jedoch nicht lösen – für eine ikonenhafte Überhöhung besteht somit kein Anlass. Anstelle der bisherigen Fokussierung auf die Händehygiene allein muss daher die Umsetzung als essentieller Teil von Maßnahmenbündeln treten, um Infektionen wirkungsvoll zu vermeiden.

[www2.medizin.uni-greifswald.de]



Händehygiene, Händedesinfektion und die Bündelstrategie kamen fast gleichzeitig in den Fokus, abzulesen an der Zahl der in Pubmed/NLM gelisteten Publikationen. (Priv.-Doz. Dr. Nils-Olaf Hübner/Pubmed)

Gesundheitspolitik im Jahr 2016

Angesichts steigender Gesundheitsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), fordert der Verband der Ersatzkassen (vdek) Maßnahmen zur Entlastung der Versicherten.

Zum Jahresbeginn erhöhte sich der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz, den Mitglieder allein tragen, um 0,2% Punkte auf 1,1%. 80% aller GKV-Mitglieder zahlen nun einen Zusatzbeitragssatz um 1,0 bis 1,7%, erklärte der Verbandsvorsitzende des vdek, Christian Zahn, auf einer Pressekonferenz. „Durch die teure Gesetzgebung der Großen Koalition wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bis 2020 auf 2% steigen, hier muss die Bundesregierung gegensteuern“.

Als kurzfristige Maßnahme sollten daher die Finanzpolster im Gesundheitsfonds abgeschmolzen und die freierwendenden Mittel den Kassen zur Abfederung der reformbedingten Kosten zur Verfügung gestellt werden. Dafür sollte die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auf höchstens 35% einer Monatsausgabe reduziert werden. Konkret würde das bedeuten, dass sich die Schwankungsreserve ab 2017 von 9,5 auf rund 7 Mrd. €, also um 2,5 Mrd. verringern würde. „Das wären immerhin 0,2 Beitragssatzpunkte“.

Darüber hinaus bekräftigte der Verbandsvorsitzende die Forderung des vdek nach Wiedereinführung des Grundsatzes der paritätischen Finanzierung in der GKV, denn durch die steigenden Zusatzbeitragssätze verschiebt sich die früher einmal hälftige Finanzierung zwischen Mitgliedern und Arbeitgebern zunehmend zugunsten der Arbeitgeber. Mit den jüngsten Beitragssatzsteigerungen sank der Arbeitgeberanteil auf 46,5%; im Jahre 2020 wird



Christian Zahn

er voraussichtlich nur noch 44% betragen. Zahn appellierte an die Arbeitgeber, in der Sozialpartnerschaft gemeinsam mit den Versichertenvertretern wieder mehr Verantwortung für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu übernehmen.

Die Vorstandsvorsitzende des vdek, Ulrike Elsner, forderte rasche Korrekturen beim Finanzausgleich der Kassen, dem Morbi-RSA. „Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist einmal eingeführt worden, um den Wettbewerb der Kassen untereinander zu ermöglichen. Doch nun entwickelt er sich in eine völlig andere Richtung – zum Vorteil einiger Allgemeinen Ortskrankenkassen und zum Nachteil der Ersatzkassen sowie anderer Kassenarten“. Sichtbar sei dies an der zunehmenden Spreizung der Zusatzbeitragssätze. Dass Kassen trotz höherer Verwaltungskosten in der GKV nur einen Zusatzbeitragssatz von 0,3% verlangen könnten, sei einzig und allein auf die ungerechte Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds zurückzuführen. Elsner forderte daher eine Überprüfung der RSA-Verteilungskriterien.

Auch im Arzneimittelbereich seien angesichts der Kostenentwicklung Reformen notwendig. In 2014 seien die Ausgaben

um 10% auf 33,4 Mrd. € gestiegen, im Jahr 2015 um etwa 4,5%. Insgesamt muss die GKV 17% ihrer Gesamtausgaben für Arzneimittel ausgeben, mit steigender Tendenz. Problematisch sei insbesondere die Kostenentwicklung bei neuen patentgeschützten Arzneimitteln, wie sich am Beispiel der neuen Hepatitis-C-Medikamente wie Sovaldi gezeigt habe. Allein im Jahr 2015 habe die GKV für diese neuen Medikamente 1,4 Mrd. € bezahlt. Ein Jahr lang könnten die Hersteller nach derzeitigem Recht ihren Preis frei bestimmen, bevor es zu einer Absenkung der Marktpreise komme. „Es ist Zeit für ein AMNOG 2.0. Mondpreise der Pharmaindustrie müssen ein Ende haben.“

Daher muss der mit dem GKV-Spitzenverband ausgehandelte Preis künftig rückwirkend zur Markteinführung gelten. Zudem sollten künftig auch Arzneimittel gegen seltene Erkrankungen, orphan drugs, einer Nutzenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unterzogen werden. Für diese Medikamente gilt der Zusatznutzen nach heutiger Gesetzeslage bereits durch die Zulassung als belegt. Immer mehr Medikamente werden deshalb von der Pharmaindustrie als orphan drugs gelabelt.

Die Vorstandsvorsitzende forderte mehr Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt und eine Informationsverbesserung der Ärzte über neue Medikamente. „Wir wissen nicht, auf welcher Basis die Pharmahersteller ihre Preise überhaupt kalkulieren, machen aber die Beobachtung, dass alles teurer wird. Innovationen haben ihren Preis, aber wir wollen einen Nachweis über die angeblich hohen Forschungskosten!“ Die Ärzte forderten Elsner auf, stärker auf die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung zurückzugreifen. „Es werden immer noch zu viele Medikamente verordnet, bei denen der Zusatznutzen gar nicht erwiesen war.“ Die bessere Information sei durch eine Anpassung der ärztlichen Praxissoftware digital leicht umzusetzen.

| www.vdek.com |

Uniklinika bei aufwändigen Krankenhaufällen unterfinanziert



Prof. Dr. Michael Albrecht, 1. Vorsitzender des Verbands der Universitätsklinika (VUD)

Universitätsklinika und Maximalversorger haben weiterhin beträchtliche Finanzierungslücken von durchschnittlich 3,5 Mio. € pro Klinikum durch Extremkostenfälle. Dies zeigt der am 16. März veröffentlichte 2. Extremkostenbericht der Selbstverwaltung für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Das Defizit beträgt hochgerechnet auf alle Uniklinika knapp 100 Mio. €. Grund ist ihr im Vergleich zu anderen Krankenhäusern überproportionaler Anteil an besonders aufwendigen und teuren Behandlungen und die dafür erforderliche Vorhaltung.

Der Bericht zeigt außerdem, dass Uniklinika und Maximalversorger im Bereich der Extremkostenfälle nach wie vor deutlich schlechter finanziert sind als kleinere Krankenhäuser. Das gilt für das gesamte Spektrum medizinischer Leistungen. Das hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich geändert. Während Universitätsklinika und Maximalversorger überproportional viele unterfinanzierte Fälle haben, haben die anderen Krankenhäuser überdurchschnittlich viele überfinanzierte Fälle. „In größeren Krankenhäusern werden tendenziell mehr Patienten mit ungewöhnlichen oder besonders schweren Krankheitsverläufen behandelt. Der Vorhalteaufwand ist entsprechend hoch. Das Entgeltsystem trägt diesen leistungs- und strukturbedingten Kostenunterschieden nicht ausreichend

Rechnung“, sagt Prof. Dr. Michael Albrecht, 1. Vorsitzender des Verbands der Universitätsklinika (VUD).

Anzuerkennen ist, dass es dem InEK im Vergleich zum Vorjahr gelungen ist, die Abbildung von besonders aufwendigen und teuren Fällen im Fallpauschalenkatalog zu verbessern. Dies ändert jedoch nichts daran, dass Universitätsklinika und Maximalversorger hier weiterhin erhebliche Finanzierungslücken haben. Darüber hinaus besteht das Ungleichgewicht in der Vergütung zwischen den unterschiedlichen untersuchten Krankengruppen im Vergleich zum Vorjahr praktisch unverändert fort.

| www.uniklinika.de |

„Bei der Finanzierung von Extremkostenfällen besteht nach wie vor Handlungsbedarf. Das Krankenhausstrukturgesetz hat dieses seit Jahren existierende Problem leider ausgeblendet“, erläutert Prof. Dr. Heyo Kroemer, Präsident des Medizinischen Fakultätentages. „Notwendig ist ein klares Konzept, wie diese Verwerfungen im Fallpauschalensystem beseitigt und die Finanzierungslücken geschlossen werden sollen. Diese Diskussion müssen wir dringlich führen. Ein schlichtes „Weiter so“ ist keine Option“, ergänzt Albrecht.

VDEK: Zentrale Prüfstelle Prävention garantiert Qualität

Die Zentrale Prüfstelle Prävention setzt zunehmend Maßstäbe für Qualität. Bereits nahezu 130.000 Präventionskurse hat die Einrichtung seit ihrer Gründung am 1. Januar 2014 auf Qualität geprüft. Rund 1.700 Kurse und Anbieter zeichnet die Prüfstelle monatlich mit dem Qualitätssiegel „Deutscher Standard Prävention“ aus – Tendenz steigend. Damit hat das Siegel Qualitätsstandards gesetzt. Für rund 60 Millionen

GKV-Versicherte wächst unterdessen kontinuierlich die Auswahl an Kursen in der Präventionskursdatenbank, die die hohen Qualitätsanforderungen der beteiligten gesetzlichen Krankenkassen und die gesetzlichen Vorgaben erfüllen – vom Rückentraining über Ernährungskurse bis zur Tabakentwöhnung. Vor allem im Bereich der fernöstlichen Entspannungsmethoden (Yoga, Tai Chi und Qigong) nahm

das Angebot zuletzt deutlich zu. Die Zertifizierung dauert maximal zehn Tage und ist für die Anbieter kostenlos. Erst im April 2015 hatte die Prüfstelle die Zertifizierung von standardisierten Kurskonzepten ermöglicht. Anbieter können sich seitdem für ein bereits zugelassenes Konzept zertifizieren lassen, was den einzelnen Prüfantrag deutlich einfacher macht.

| www.zentrale-pruefstelle-praevention.de |

Vergütung über das G-DRG System – Licht am Ende des Tunnels?

Seit Einführung des G-DRG Systems schlossen 186 Kliniken zwischen 2004 und 2014. Viele davon gelang es nicht, Prozesse umzustellen oder mit DRGs ausreichend zu wirtschaften.

Positiv ist, dass neue Berufsbilder hervorgebracht wurden; diese müssen jedoch auch aus den pauschal vergüteten Fällen finanziert werden. Medizincontroller und Kodierfachkräfte tun ihr Möglichstes, um die entstanden Aufwände über die richtige Interpretation der Zuordnungslogiken bestimmter Kodierungen sowie der vollumfänglichen Kodierung der Fälle wieder einzuspielen.

Nicht nur für die Erlöshöhe ist dies ein Muss. Auch die Weiterentwicklung des Systems basiert auf den Datenlieferungen gem. § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), welche jährlich von allen Krankenhäusern an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt werden. Einen besonderen Stellenwert nehmen die Kostenstellenzuordnungen der InEK Kalkulationskrankenhäuser ein. Diese beiden Größen sind die Grundlagen für die jährlichen Anpassungen sowie für die Weiterentwicklung des Systems.

Neben dem Vorschlagverfahren des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit Sitz in Siegburg, welches die Einbindung externen Sachverständigen in das G-DRG System über die Eingabemaschinen verschiedener Antragsformulare des InEK Datenportals ermöglichen soll, ist dies die einzige Möglichkeit Einfluss auf das System zu nehmen.

Korrekte Kodierung muss gewährleistet werden!

Die lückenlose Dokumentation der Fälle ist die Basis für eine korrekte Kodierung und nicht zuletzt erforderlich, um ggf. auch bei Beanstandung der ermittelten DRG seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) standhalten zu können.

Die Evaluation der ICD und OPS Codes lebt von der Dokumentation, doch selbst wenn diese bravurös umgesetzt wurde, ist die Ermittlung dennoch nicht einfach. Beispielsweise lässt der fast durchgängig auf Verfahrensbeschreibung basierende OPS Katalog häufig keine Rückschlüsse auf den Materialeinsatz zu. Die Kodierung zumeist kostenintensiver Produkte fällt Fehlinterpretationen zum Opfer oder bleibt gar ganz aus. Aufgrund der Fülle und der ständig neuen verfügbaren Methoden ist dies kein Wunder.

Herstellerinformationen zur Rückvergütung nutzen?

Die Industrie versucht ihrerseits den ökonomischen Einsatz der Produkte möglichst valide und anschaulich darzustellen. Nicht zuletzt ist auch deren Existenz abhängig von der Rückvergütung des Produktes. Kann kein kostenneutraler Einsatz nachgewiesen werden, so bleibt ein positiver Kaufentscheid oftmals aus.

Wie valide Herstellerinformationen sind, ist unterschiedlich

Die Qualität schwankt von exzellent bis unbrauchbar. Geschuldet ist dies der Komplexität des Systems. Unterschiedliche Institutionen, Regelwerke, unüberschaubare Algorithmen machen es allen Beteiligten schwer. Nicht verwunderlich also, dass diese Informationen mit Vorsicht genossen werden. Vorausgesetzt, man findet Kodierberater bzw. Ökonomiemodelle bei Bedarf überhaupt wieder.

Möglichkeiten zur Vereinfachung

Ein zentraler Ort, auf welchen alle Ebenen eines Krankenhauses alle relevanten Informationen zur Rückvergütung einsehen könnten...

■ OPS und ICD mit deren Zuordnungen in DRGs sowie die gleichzeitige Einsicht aller DRG Detailinformationen (MDC, Partition, Verweildauer, Grenzfälle, bedeutsame OPS und ICD-10 Schlüssel u.a.) würden die zeitintensive Durchsicht der Regelwerke verbannen;

■ Produkt-, Therapiespezifische Informationen (z.B. Artikel-, Therapiebezeichnung, PZN, Artikelnummer oder Hersteller), mit Anbindung zu OPS und ICD-10 plus Kostenstellenzuordnung und informativen Anhängen sowie Fachkommentaren mit Autorennennung helfen bei der korrekten und vollumfänglichen Kodierung;

■ Einsicht der Änderungshistorie von OPS und ICD-10 Codes würden eine schnelle Ermittlung neuer, geänderter oder gestrichener OPS / ICD-10 Codes ermöglichen.

| https://reimbursement.info |



Gesundheitsausgaben weiter gestiegen

Für Gesundheit in Deutschland wurden 2014 insgesamt 328 Mrd. € ausgegeben. Das ist ein Anstieg von 4,2% gegenüber dem Jahr 2013. Auf jeden Einwohner entfielen 4.050 € (2013: 3.902 €), so das Statistische Bundesamt (Destatis). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag 2014 bei 11,2%. Gegenüber dem Jahr 2013 blieb der Wert damit unverändert.

Die gesetzliche Krankenversicherung war 2014 der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen. Ihre Ausgaben beliefen sich auf 191,8 Mrd. € und lagen somit um 5,6% über den Ausgaben des Vorjahres. Der von der gesetzlichen Krankenversicherung getragene Ausgabenanteil erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um 0,7%-Punkte auf 58,5%. Der Anteil des Ausgabenträgers private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck sank leicht auf 13,2% (2013: 13,5%). Auf diesen Ausgabenträger entfielen 43,2 Mrd. € im Jahr 2014, das war ein Zuwachs von 1,5% im Vergleich zum Vorjahr. Der Anteil der privaten Krankenversicherung war mit 8,9% ebenfalls leicht rückläufig (2013: 9,2%). Auf sie entfielen 29,3 Mrd. €. Das entspricht einem Anstieg von 0,8% im Vergleich zum Vorjahr.

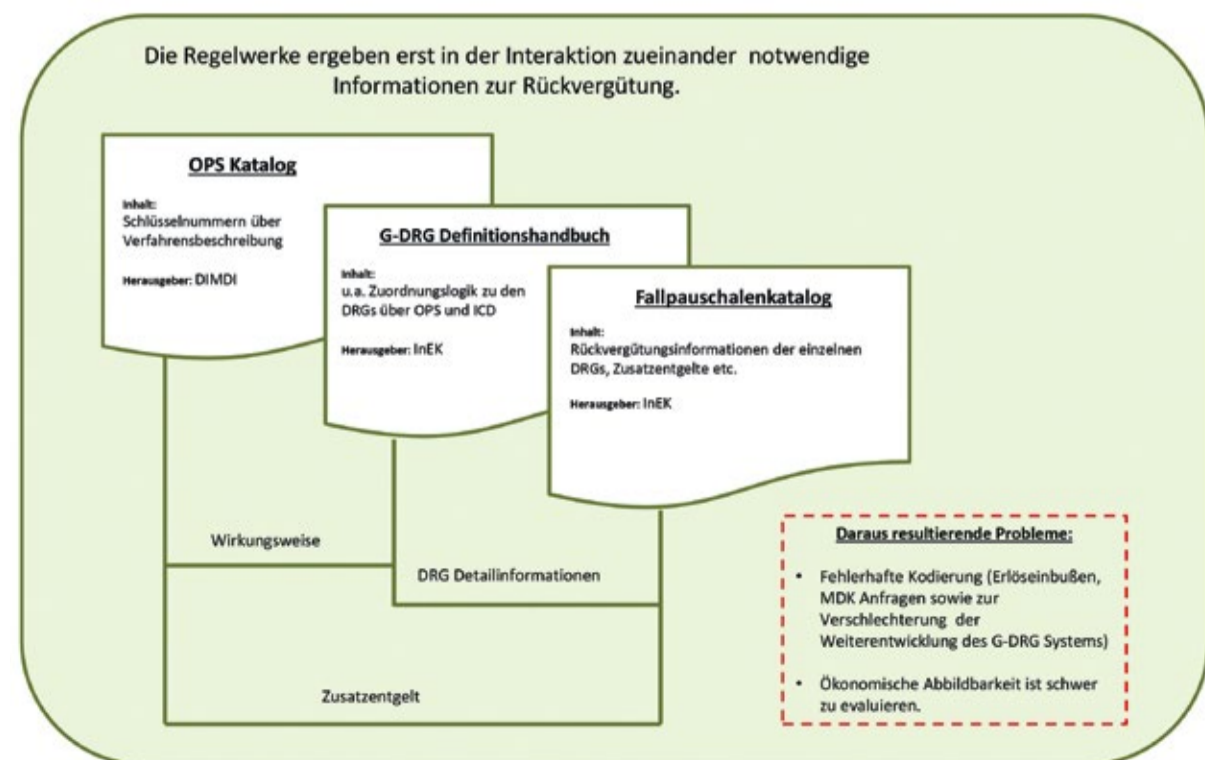
Die Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im ambulanten Bereich machten 2014 mit 163,5 Mrd. € fast die Hälfte der Ausgaben aus. Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sie sich überdurchschnittlich um 5,2%. Die stärksten Anstiege gab es in den ambulanten Pflegeeinrichtungen mit +7,8% in den Apotheken mit +7,0% sowie beim Gesundheitshandwerk/ Einzelhandel mit +6,7%.

Auf den (teil-)stationären Sektor entfielen 37,6% der gesamten Gesundheitsausgaben. Hier stiegen die Ausgaben um 4,0% auf 123,4 Mrd. €. Die wichtigsten (teil-)stationären Einrichtungen waren die Krankenhäuser (+4,3%), gefolgt von den Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege (+3,2%). Die Ausgaben in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen betragen 9,0 Mrd. € (+ 3,4%).

Diese Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung folgen dem Konzept des „System of Health Accounts“, welches von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) zum Zweck der internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsausgaben empfohlen wird. Gemäß den dort enthaltenen Definitionen umfassen die Gesundheitsausgaben sämtliche Güter und Leistungen mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, die Kosten der Verwaltung sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Aufwendungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen sowie Ausgaben für krankheitsbedingte Folgen (z.B. Leistungen zur Eingliederungshilfe) und Einkommensleistungen, wie die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, sind darin nicht enthalten. Begründet durch diese Abgrenzung weichen die Gesundheitsausgaben in der Gesundheitsausgabenrechnung von den Ausgaben der einzelnen Sozialversicherungsträger, insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung, ab.

| www.destatis.de |

Dokumentationsweg mit Hürden



Mangelnde Datenqualität und nicht realisierte Erlöse sind die wesentlichen Problematiken, die es zu verhindern gilt.