



Daten, Analysen, Perspektiven | Nr. 7, 2017

Rückenoperationen

Der Wohnort bestimmt, ob Patienten ins Krankenhaus kommen, konservativ behandelt oder operiert werden

- **Stationäre Versorgung boomt:** Mehr als 600.000 Patienten mit Rückenbeschwerden kommen ins Krankenhaus – ein Drittel mehr als noch 2007
- **Immer mehr Operationen:** Die Zahl der operativen Eingriffe an der Wirbelsäule hat sich seit 2007 sogar um 71 Prozent erhöht
- **Große regionale Unterschiede:** Bei Klinikaufenthalten und Operationen am Rücken unterscheiden sich die Fallzahlen der Kreise bis zum 13-Fachen
- **Viele Klinikaufenthalte vermeidbar:** Besonders bei der Diagnose „Rückenschmerzen“ kann eine bessere ambulante Notfallversorgung eine Einweisung ins Krankenhaus vermeiden
- **Steuerung und Planung unzureichend:** Steuerungsmechanismen haben Mengenzunahme und regionale Unterschiede bisher nicht verhindert

Autoren



Eckhard Volbracht
Project Manager
eckhard.volbracht@bertelsmann-stiftung.de



Andrea Fürchtenicht
Project Manager
andrea.fuerchtenicht@bertelsmann-stiftung.de



Marion Grote-Westrick
Senior Project Manager
marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de

Fast jeder Mensch hat im Laufe seines Lebens mit Rückenschmerzen zu tun; viele suchen irgendwann einen Arzt auf. Doch im rheinland-pfälzischen Birkenfeld oder im westfälischen Hamm ist es bis zu sechsmal wahrscheinlicher, wegen Rückenschmerzen ins Krankenhaus zu kommen, als in Heidelberg oder Oldenburg. Noch größer sind die regionalen Unterschiede bei aufwendigen operativen Eingriffen an der Wirbelsäule: So wird Patienten aus dem Landkreis Fulda bis zu 13-mal häufiger die Wirbelsäule versteift als Patienten aus Frankfurt (Oder).

Große regionale Unterschiede sind immer ein deutlicher Hinweis auf nicht bedarfsgerechte Versorgung und auf Mängel in den Versorgungsstrukturen. Rein medizinisch oder soziodemographisch, etwa durch die Bevölkerungsstruktur, sind die großen regionalen Unterschiede in der Behandlung von Patienten mit Rückenproblemen nicht zu erklären. Mit der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen wird seit gut zehn Jahren versucht, gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung in diesem Bereich vorzugehen.

Die Bertelsmann Stiftung hat im zweiten Teil ihres „Faktencheck Rücken“ die Entwicklung der stationären Versorgung von Patienten mit Rückenproblemen genauer untersucht. Der erste Teil des Faktenchecks (siehe Spotlight Gesundheit Nr. 5/2016) zeigte bereits, dass zu oft und zu früh geröntgt und andere bildgebende Diagnostik durchgeführt wird. Jetzt wertete das Berliner IGES Institut öffentlich verfügbare Daten der Jahre 2007 bis 2015 zur Anzahl der Krankenhausaufenthalte und Operationen an der Wirbelsäule aus. Stationäre und operative Maßnahmen sind für Patienten oft sehr belastend und auch meist teurer als andere Therapien. Zudem deuten Befragungen darauf hin, dass die Behandlungsergebnisse häufig nicht den Erwartungen der Patienten entsprechen.

Wie bei der bildgebenden Diagnostik zeigten sich in diesem Faktencheck große regionale Unterschiede – sowohl bei operativen Eingriffen als auch bei Klinikaufhalten. Die Studie geht auch den Ursachen und Einflussfaktoren nach, die

Die Indikationen zur Operation (sind) bei den bandscheibenbedingten bzw. degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule weniger klar als allgemein angenommen.

Sachverständigenrat Gesundheit, Gutachten 2000/2001, Bd. III, Ziffer 219

möglicherweise eine Rolle spielen. Die wichtigsten Ergebnisse werden in diesem Spotlight vorgestellt.

Immer mehr Patienten mit Rückenbeschwerden kommen ins Krankenhaus

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund aller Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens (ICD-Gruppe M40–54) hat sich von 2007 bis 2015 um 154.000 auf 611.000 Fälle pro Jahr erhöht. Das entspricht einem Zuwachs von 34 Prozent. Zum Vergleich: Die Zahl aller stationären Behandlungen ist im gleichen Zeitraum nur um 12 Prozent gewachsen.

Bei der für den Faktencheck betrachteten Hauptdiagnose „Rückenschmerzen“ (M54) war der Anstieg mit 73 Prozent auf bundesweit 200.000 stationäre Fälle 2015 besonders drastisch. Von den drei weiteren für den Faktencheck ausgewählten Hauptdiagnosen (siehe Kasten, Seite 3) weisen auch „Spondylose“ (M47) und „Sonstige Spondylopathien“ (M48) große Zuwächse auf, während die „Sonstigen Bandscheibenschäden“ (M51) mit 147.000 Krankenhaussfällen 2015 nur geringfügig über dem Wert von 2007 lagen (siehe Abbildung 1).

Immer mehr Operationen an der Wirbelsäule

Mit der Menge der Krankenhausaufenthalte hat sich auch – und zwar noch stärker – die Zahl der operativen Eingriffe an Bandscheibe und Wirbelsäule erhöht. Sie stieg von 2007 bis 2015 um 71 Prozent von 452.000 auf 772.000. Bei den drei

Diagnosen und operative Eingriffe bei Rückenerkrankungen

Für diesen „Faktencheck Rücken“ wurden Daten von rund fünf Millionen stationären Behandlungen aus den Jahren 2007 bis 2015 ausgewertet. Es handelt sich um alle Patienten, die mit einer der folgenden ICD-10-Hauptdiagnosen vollstationär aufgenommen wurden (unberücksichtigt blieben traumatologische und entzündliche Erkrankungen sowie Erkrankungen der Halswirbelsäule):

- M47: Spondylose (Gelenkverschleiß der Wirbelsäule)
- M48: Sonstige Spondylopathien (Veränderungen der Wirbel, oft mit Verengung des Rückenmarkkanals)
- M51: Sonstige Bandscheibenschäden
- M54: Rückenschmerzen

Bei den Operationen wurden folgende drei Eingriffe/Prozeduren (OPS-Codes) untersucht (während einer Operation können mehrere Prozeduren vorgenommen werden):

- OPS 5-831: Entfernung Bandscheibengewebe
- OPS 5-836: Spondylodese (Verblockung/Versteifung von Wirbelkörpern)
- OPS-5-839.6: Knöchernen Dekompression (Entfernung knöcherner Anbauten am Wirbelkanal, die eine Verengung des Spinalkanals verursachen)

von der Bertelsmann Stiftung untersuchten Eingriffen betraf das besonders die Entfernung von Wirbelteilen, die eine Verengung des Rückenmarkkanals verursachen. Die Zahl dieser „knöchernen Dekompressionen“ (OPS 5-839.6) hat um rund 130 Prozent zugenommen – von 48.000 Eingriffen 2007 auf 111.000 im Jahr 2015. Besonders stark war der Anstieg in Thüringen, wo sich diese Operationen in acht Jahren verdreifachten.

Operationen zur Verblockung oder Versteifung von Wirbelkörpern (OPS 5-836) nahmen im gleichen Zeitraum um 57 Prozent von 46.000 auf 72.000 zu. In Hessen und Thüringen werden am häufigsten – fast doppelt so oft wie in Sachsen oder Bremen – Versteifungsoperationen vorgenommen (siehe Abbildung 2). Patienten aus diesen beiden Bundesländern werden auch deutlich

Krankenhausaufenthalte mit einer Hauptdiagnose M47, M48, M51 oder M54

Fälle in Tausend, Jahre 2007 bis 2015, Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren

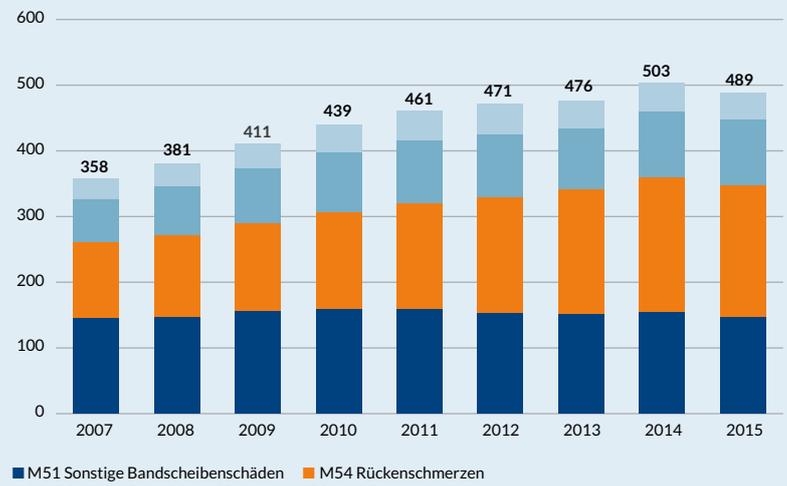


Abbildung 1 | Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen IGES 2017, Faktencheck Gesundheit 2017

BertelsmannStiftung

Häufigkeit von operativen Eingriffen zur Verblockung bzw. Versteifung von Wirbelkörpern (OPS 5-836) und deren relative Veränderung zwischen 2007/2008 und 2014/2015

Fälle je 100.000 Einwohner, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2014 nach Altersgruppen, Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren

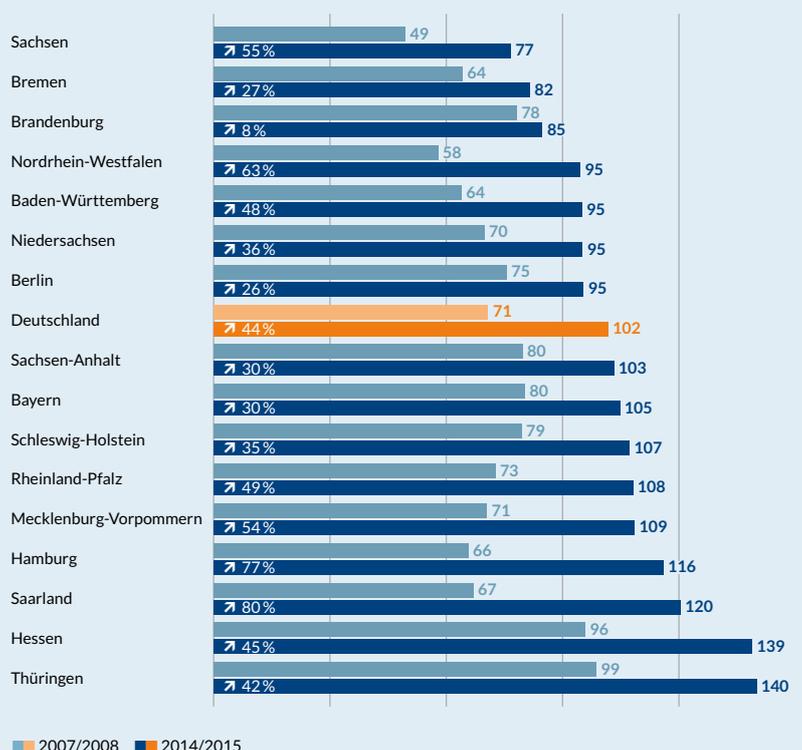


Abbildung 2 | Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung IGES 2017, Faktencheck Gesundheit 2017

BertelsmannStiftung

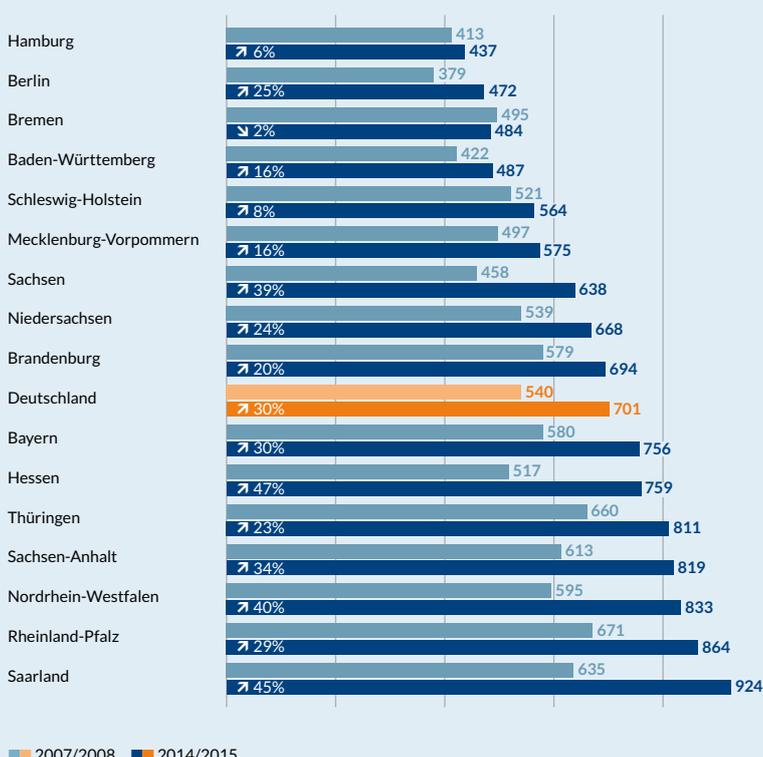
häufiger mit der dazu passenden Diagnose „Sons-tige Spondylopathien“ (M48) ins Krankenhaus aufgenommen. Hohe OP-Raten und Fallsteigerun-gen um bis zu 80 Prozent bei Wirbelverblockun-gen und -versteifungen weisen außerdem das Saarland und Hamburg auf.

Große regionale Unterschiede

Der Vergleich der 16 Bundesländer und 402 deut-schen Stadt- und Landkreise zeigt deutliche Unter-schiede bei Krankenhausaufenthalten und opera-tiven Eingriffen am Rücken. So kommen Menschen mit Rückenproblemen im Saarland fast doppelt so häufig ins Krankenhaus wie in Baden-Würt-temberg. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie statio-när versorgt werden, ist nach Alter und Geschlecht standardisiert um 32 Prozent höher als im Bun-desdurchschnitt. Nordrhein-Westfalen liegt um 19 Prozent darüber, die Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen sowie Baden-Württemberg liegen um 30 bis 37 Prozent darunter.

Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Hauptdiagnose M47, M48, M51 oder M54 und deren relative Veränderung zwischen 2007/2008 und 2014/2015

Fälle je 100.000 Einwohner, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2014 nach Altersgruppen und Geschlecht, Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren



2007/2008 2014/2015

Abbildung 3 | Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung IGES 2017, Faktencheck Gesundheit 2017

| BertelsmannStiftung

Die deutlichste Zunahme über die Jahre seit 2007 verzeichnen Hessen (+47%) und das Saarland (+45%). In Hamburg und Schleswig-Holstein erhöhte sich die standardisierte Krankenhaushäu-figkeit im gleichen Zeitraum dagegen nur um sechs bzw. acht Prozent. In Bremen war sie sogar leicht rückläufig (siehe Abbildung 3).

Viele Krankenhausaufenthalte sind vermeidbar

Wie die Analysen des „Faktenchecks Rücken“ zeigen, werden Patienten mit der breiten Diag-nose „Rückenschmerzen“ (M54) besonders häufig stationär aufgenommen. Oft bleiben sie nur ein, zwei oder drei Tage und werden weder operiert, noch erhalten sie eine spezielle Schmerztherapie. Ihr stationärer Kurzaufenthalt dient primär der radiologischen Diagnostik. Diese stationären Auf-enthalte verursachen im Vergleich zur ambulan-ten Versorgung hohe Kosten und sind in der Regel nicht notwendig.

Besonders häufig sind Krankenhausaufenthalte in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Rheinland-Pfalz. Bayern verzeichnet seit 2007 den größten Zuwachs. Dort wurden 2015 mehr als doppelt so viele Patienten mit der Hauptdiagnose „Rücken-schmerzen“ in ein Krankenhaus aufgenommen wie acht Jahre zuvor.

Schleswig-Holstein fällt durch besonders wenige Krankenhausaufenthalte auf. Bei der Diagnose „Rückenschmerzen“ gab es seit 2007 nur eine vergleichsweise geringe Zunahme um

Notfallpraxen vermeiden Klinikaufenthalte

In Schleswig-Holstein wurden seit dem Jahr 2007 flächendeckend an 30 Krankenhausstandorten allgemein-ärztliche Notfallpraxen eingerichtet. Daraus resultierte, dass außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten kaum noch Patienten aufgrund von Rückenschmerzen stationär aufgenommen werden. In nahezu allen schleswig-holsteinischen Stadt- und Landkrei-sen liegt die Aufnahmequote unter dem bundes-weiten Durchschnitt, wie die Analysen der Ber-telsmann Stiftung zeigen. Das Beispiel illustriert, wie die Potenziale zur Vermeidung stationärer Aufnahmen bei Patienten, die ebenso gut ambu-lant behandelt werden können, gehoben werden können.

32 Prozent (63% im Bundesdurchschnitt), bei den Diagnosen „Bandscheibenschäden“ und „Spondylose“ verringerten sich die stationären Fälle sogar. Ein Grund könnten unterschiedliche Versorgungsstrukturen sein (siehe Kasten, Seite 4).

Regionale Muster verstärken sich

Die Unterschiede in der Versorgung sind zwischen den 402 deutschen Stadt- und Landkreisen noch viel ausgeprägter als beim Ländervergleich. Sie haben sich seit 2007 auch noch vergrößert: Damals betrug der Unterschied zwischen dem Kreis mit der geringsten Krankenhausrate und dem mit der höchsten Rate das 4,9-Fache, heute ist es das 6,3-Fache. Bei Versteifungsoperationen der Wirbelsäule stieg der Quotient aus höchster und niedrigster Rate sogar von 7,8 auf 13,2.

Im Landkreis Birkenfeld (Rheinland-Pfalz) kommen Patienten mit Rückenschmerzen etwa viermal häufiger ins Krankenhaus als in Ludwigsburg (Baden-Württemberg), Patienten aus Unna dreimal häufiger als in Ulm. In den Kreisen Fulda und Hersfeld-Rotenburg (beide Hessen) wird Patienten fünfmal häufiger die Wirbelsäule versteift als im Kreis Ravensburg (Baden-Württemberg) oder in Essen; im Vergleich zu Frankfurt (Oder) sogar 13-mal häufiger. In Nordrhein-Westfalen liegt Hamm an der Spitze bei diesem sehr aufwendigen Eingriff. Die Entfernung von knöchernen Strukturen der Wirbelsäule wird in einigen Kreisen Nordost Hessens bis zu siebenmal häufiger vorgenommen als in Marburg-Biedenkopf oder in Leipzig (siehe Abbildungen 4 und 6).

In Kreisen, in denen die Zahl der Krankenhausaufenthalte und Operationen bei Rückenproblemen bereits 2007/2008 besonders hoch war, ist dies auch heute meist noch der Fall. Und das Versorgungsmuster färbt auf Nachbarkreise ab: So ist in Nord- und Osthessen sowie im angrenzenden Westthüringen mittlerweile ein großes zusammenhängendes Gebiet entstanden, in dem fast alle Stadt- und Landkreise eine sehr hohe Krankenhausinanspruchnahme und Operationsrate aufweisen (siehe Abbildung 5).

Lokale Strukturen fördern regionale Fehlversorgung

Die regionalen Versorgungsunterschiede können viele Gründe haben: So unterschiedlich Patienten sind, so verschieden sind Ärzte und auch Strukturen, ist die Zusammenarbeit von Praxen und

Eingriffe am Rücken: Wo wird am häufigsten operiert?

Operative Eingriffe je 100.000 Einwohner, 2014/2015, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2014 nach Altersgruppen, Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren

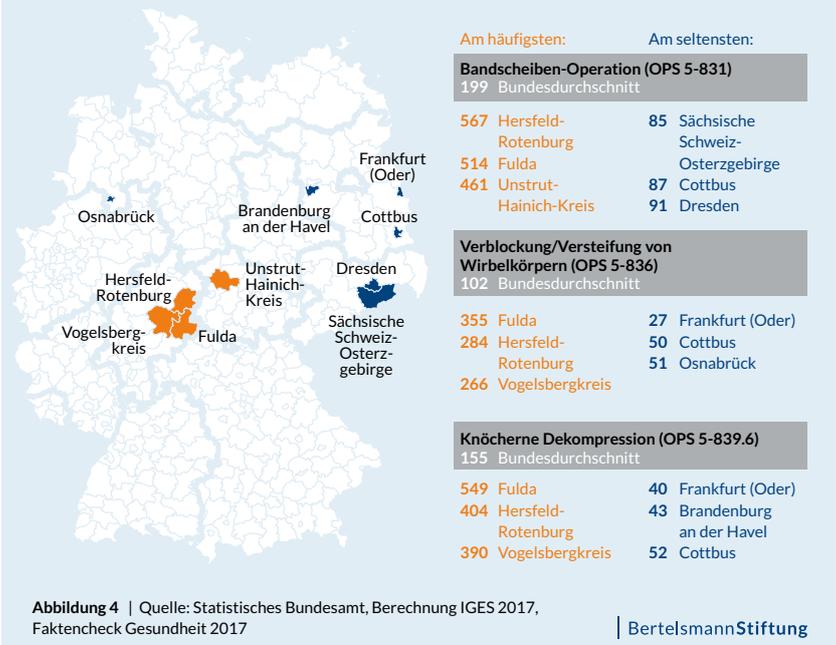
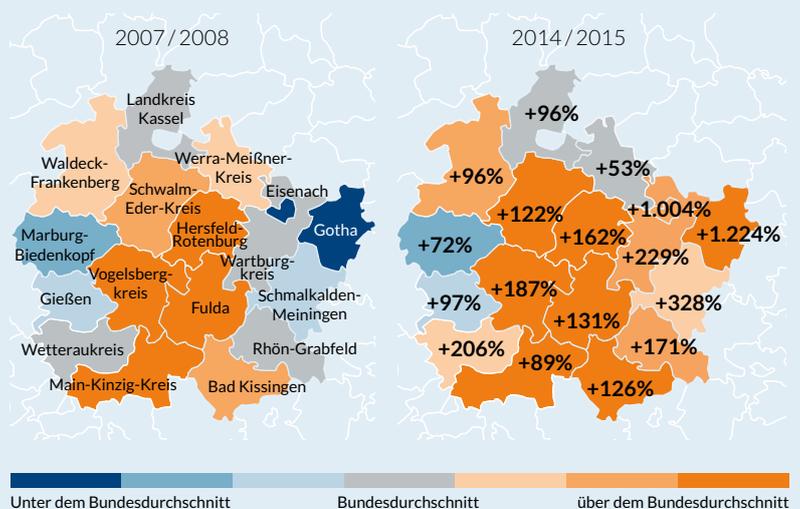


Abbildung 4 | Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung IGES 2017, Faktencheck Gesundheit 2017

| BertelsmannStiftung

„Ausdehnung“ des operativen Eingriffs „Knöcherne Dekompression“ (OPS 5-839.6) in Nord- und Osthessen und Westthüringen zwischen 2007/2008 und 2014/2015

Veränderung der regionalen Prozedurenhäufigkeit von 2007/2008 auf 2014/2015 (Prozentangaben) und Häufigkeit des operativen Eingriffs je 100.000 Einwohner im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Farbgebung), direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2014, Bevölkerung ab 15 Jahren



Unter dem Bundesdurchschnitt Bundesdurchschnitt über dem Bundesdurchschnitt

Abbildung 5 | Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung IGES 2017, Faktencheck Gesundheit 2017

| BertelsmannStiftung

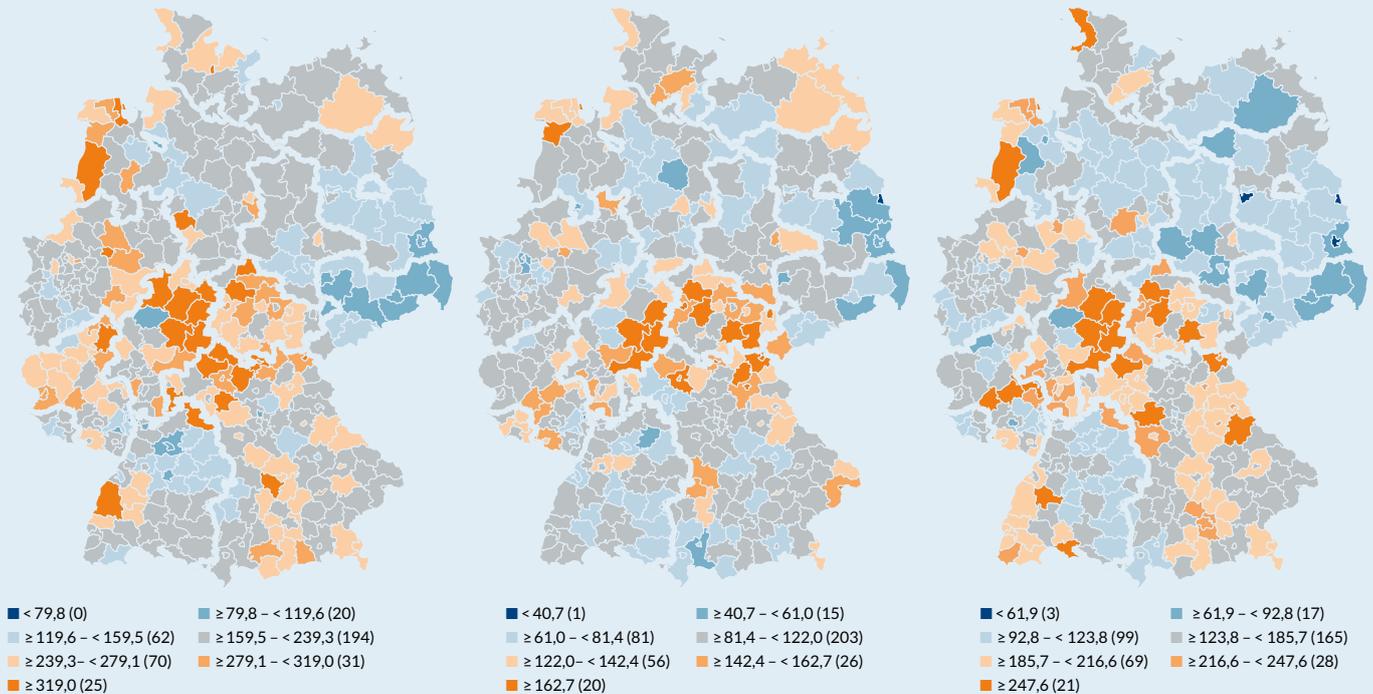
Häufigkeit des operativen Eingriffs ...

Je 100.000 Einwohner, 2014/2015, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2014 nach Altersgruppen, Bevölkerung ab 15 Jahren

... „Entfernung von Bandscheibengewebe“
(OPS 5-831)

... „Verblockung/Versteifung von Wirbelkörpern“
(OPS 5-836)

... „Knöcherner Dekompression“
(OPS-5-839.6)



Die Werte einzelner Kreise können im interaktiven Kartentool auf faktencheck-ruecken.de eingesehen und verglichen werden.

Abbildung 6 | Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung IGES 2017, Faktencheck Gesundheit 2017

| BertelsmannStiftung

Kliniken, sind Indikationsstellungen und wirtschaftliche Interessen.

Nach der Studie der Bertelsmann Stiftung hat die Zahl der Krankenhausbetten, der Hausärzte und Orthopäden sowie der Belegabteilungen nur einen geringen statistisch nachweisbaren Einfluss auf die Versorgung von Rückenpatienten. Das gilt auch für soziale Indikatoren wie die Arbeitslosenquote oder den Anteil der Rentner mit Grundversicherung sowie den Kreistyp (von großstädtisch bis ländlich). All diese objektiven Faktoren erklären die regionalen Unterschiede bei der Rückenversorgung statistisch nur zu rund zehn Prozent. Es ist daher davon auszugehen, dass andere Einflussfaktoren bestimmend sind.

Wissenschaftlich gut belegt ist, dass regionale Unterschiede immer dann besonders groß sind, wenn klare medizinische Leitlinien fehlen, wie es bei spezifischen Kreuzschmerzen der Fall ist. Die Spielräume für lokale Besonderheiten sind umso größer, je unsicherer die Evidenzlage ist. Daraus entstehen lokale Versorgungsmuster: „surgical signatures“. Auch die extremen Unterschiede bei

der Versorgung von Patienten mit Rückenleiden in Deutschland können ihre Ursache in regional vorherrschenden Versorgungsgewohnheiten der ortsansässigen Leistungserbringer haben.

Steuerungsmechanismen versagen

Die drastische Zunahme der Leistungen bei Rückenerkrankungen kann viele strukturelle und infrastrukturelle Ursachen haben. Finanzielle Anreize, attraktive Vergütungen oder Budgetvorgaben treiben das Mengenwachstum ebenso wie Patientenerwartungen, Marketing sowie mangelnde Abstimmung und Koordination der Leistungserbringer. Auch technologische Weiterentwicklungen und die Notwendigkeit der Amortisierung von Geräten haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass Krankenhäuser teilweise gezielt mehr Patienten stationär behandelt haben, als es medizinisch erforderlich gewesen wäre.

Die Versuche, durch bessere Planung und Steuerung die Versorgung bei Rückenerkrankungen bedarfsgerechter zu gestalten und die Mengen-



entwicklung zu beeinflussen, waren bisher nicht sehr erfolgreich. Das liegt unter anderem daran, dass die Bundesländer es den Krankenkassen und Kliniken weitgehend überlassen haben, Leistungsmengen und Vergütungen für die stationäre Behandlung von Rückenerkrankungen zu vereinbaren, statt auch Festlegungen über die Krankenhausplanung vorzunehmen.

Mit der Weiterentwicklung des DRG-Katalogs (Fallpauschalen) wird versucht, operative Eingriffe an der Wirbelsäule weitgehend sachgerecht zu vergüten. Das hat die Mengensteigerung aber nicht verhindert. Qualitätsaspekte und die Frage, ob eine Operation überhaupt das Beste für den Patienten ist, werden bislang kaum beachtet. Bei Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zur Notwendigkeit und Dauer eines stationären Aufenthaltes gab es im Jahr 2010 bei gut der Hälfte der geprüften Fälle Beanstandungen.

Kürzlich wurde entschieden, die Vergütungen im Bereich Rückenerkrankungen ab 2017 um etwa sechs Prozent zu senken. Das im Dezember 2015 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) erlaubt solche Vergütungsabschläge, wenn Anhaltspunkte für wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen vorliegen.

Mindestmengen für Leistungen im Bereich der Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens – und damit eine Zentralisierung auf wenige Anbieter – gibt es bisher nicht, auch keine Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität diagnostischer und operativer Leistungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser hat seine Regelungskompetenzen hier

bisher nicht genutzt. Wirbelsäulenoperationen sind bislang auch nicht als „mengenanfällige Eingriffe“ eingestuft worden, sodass gesetzlich Krankenversicherte noch keinen Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung vor der Operation haben. Zweitmeinungsverfahren beeinflussen jedoch erwiesenermaßen die Art der Behandlung und die Operationshäufigkeit ganz erheblich.

Patientenwohl muss der ethische Maßstab für das Krankenhaus sein

Medizinisches und gesundheitspolitisches Ziel muss es sein, unerwünschte Versorgungsunterschiede zu verringern. In Deutschland ist dieses Anliegen aufgrund der föderalistischen und selbstverwalteten Organisation der Gesundheitsversorgung komplex. Zusätzlich erschwert wird es durch unzureichende Steuerungsmöglichkeiten der regionalen Einheiten, kreisfreien Städte und Landkreise. Umso mehr ist es für alle Beteiligten eine ethische Verpflichtung, eine präferenz- und bedarfsgerechte Versorgung der Patienten zu gewährleisten sowie unnötige Belastungen und Gefährdungen zu vermeiden. Das Patientenwohl muss auch für die Krankenhäuser der ethische Maßstab sein, so der Deutsche Ethikrat, der im vergangenen Jahr deshalb unter anderem die Entwicklung von Vergütungsmodellen zur Verhinderung unnötiger Eingriffe forderte sowie eine am Patientenwohl ausgerichtete Krankenhausplanung.



Die Analysen zu rücken-schmerzbedingten Krankenhausaufenthalten und operativen Eingriffen wurden vom IGES Institut auf Grundlage der DRG-Statistik und Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes durchgeführt. Die regionalen Daten haben einen Wohnortbezug und sind direkt standardisiert.

Download der Studie unter faktencheck-ruecken.de

Handlungsempfehlungen

Transparenz vor Ort herstellen – Planung und Steuerung am Patientenwohl ausrichten

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Gutachten 2000/2001 bei Rückenerkrankungen eine „Tendenz zur operativen Überversorgung“ und eine „zu großzügige Indikationsstellung“ festgestellt. Alle Versuche gegenzusteuern, waren bisher letztlich erfolglos – im Gegenteil: Die Zahl der stationären Behandlungen hat sich drastisch erhöht. Zugleich hängt die Art der Versorgung heute noch weit stärker vom Wohnort der Patienten ab als vor zehn Jahren. Folgende Maßnahmen sollten zum Abbau von regionalen Unterschieden ergriffen werden:

Regionale Unterschiede deutlich machen

- Mehr regionale Transparenz schaffen, um zu verdeutlichen, wo die Versorgung nicht bedarfsgerecht erfolgt
- Regional auffällige Leistungsmengen direkt an betroffene Krankenhäuser und Ärzte rückmelden, um Art und Umfang der Leistungserbringung zu verbessern

Leitlinien anwenden und Patienten besser informieren

- Medizinische Fachgesellschaften sollten evidenzbasierte Leitlinien entwickeln; die Indikationsstellung sollte expliziter Bestandteil sein
- Praxen und Kliniken sollten Leitlinien im Versorgungsalltag verankern
- Ärzte sollten ihren Patienten Nutzen und Risiken einer Behandlung und möglicher Alternativen verständlich vermitteln, unabhängig von finanziellen Interessen

Strukturplanung und Finanzierung verändern

- Prospektive, sektorenübergreifende, qualitätsorientierte Ansätze in den Krankenhausplanungen verstärken und Spezialisierung von Kliniken vorantreiben
- Notfallpraxen flächendeckend etablieren, um unnötige stationäre Aufenthalte zu vermeiden
- Finanzielle Anreize reduzieren, um Mengenausweitungen zu verhindern, und zudem Qualität finanziell belohnen



SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für ein Gesundheitssystem ein, das sich an den Bürgern orientiert. Mit ihren Projekten zielt sie auf eine konsequent am Bedarf ausgerichtete und hochwertige Versorgung sowie stabile finanzielle Grundlagen. Patienten sollen durch verständliche Informationen in ihrer Rolle gestärkt werden. Im Projekt „Faktencheck Gesundheit“ des Programms wird mehrmals jährlich ein Versorgungsthema genauer beleuchtet. Der „Faktencheck Gesundheit“ will dazu beitragen, dass die begrenzten Ressourcen sachgerechter verwendet werden und Gesundheitsleistungen sich stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten orientieren.

Weitere Informationen auf
www.faktencheck-gesundheit.de.

Impressum

Herausgeber:
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Bildnachweis:
Johnny Greig/iStockphoto,
Steffen Krinke
Gestaltung: Dietlind Ehlers
Redaktion: Burkhard Rexin,
Claudia Haschke
Druck: Druckhaus Rihn

Verantwortlich:
Uwe Schwenk
Director des Programms
„Versorgung verbessern –
Patienten informieren“

ISSN (Print): 2364-4788
ISSN (Online): 2364-5970

Veröffentlichung:
Juni 2017

Kontakt:
Sonja Lütke-Bornefeld
sonja.luetke-bornefeld@bertelsmann-stiftung.de
Tel.: + 49 5241 81-81431