TAGESSPIEGEL
BACKGROUND

Gesundheit & E-Health

Keine Daten zu Doppeluntersuchungen

Unnötige Mehrfachuntersuchungen, Pannen bei der Weitergabe von Patienteninformationen, mangelhafte Kommunikation: Das sind Eindrücke, die Patienten nach Klinikaufenthalten schildern. Geht es dabei um mehr als Einzelfälle? Und falls ja: Welche sind die Gründe hierfür? Eine Umfrage unter Akteuren des Gesundheitswesens zeigt: Es mangelt vor allem an Daten.

von **Dr. Heike Haarhoff**

veröffentlicht am 19.02.2024

Plötzlich, so erzählt es die Tochter einer 96-jährigen Patientin, waren die **Laborergebnisse** ihrer kranken Mutter **spurlos verschwunden**. Bei der Verlegung der hochaltrigen Dame von der chirurgischen auf die geriatrische Station eines mittelgroßen Krankenhauses in Süddeutschland waren die Werte auf nicht rekonstruierbare Weise abhandengekommen. Die Folge: erneute Blutabnahmen, **Stress** für die Patientin, **vermeidbare Kosten** für das Gesundheitssystem. In einem anderen Fall – zugetragen hat er sich in einer Universitätsklinik im Osten Deutschlands – drängte ein beunruhigter Vater auf ein MRT des Kopfes für seine 17-jährige Tochter. Kardiologische Ursachen für ihre gehäuften Schwindelattacken könnten dank mehrerer bereits erfolgter EKG ausgeschlossen werden, so hatte es der einweisende Arzt in seinen Bericht geschrieben und deswegen auch extra noch in der Rettungsstelle der Klinik angerufen. Doch in der Uniklinik wurde dies nicht zur Kenntnis genommen. Mehr noch: die aufnehmenden Ärzte ordneten ein weiteres EKG an. Das MRT dagegen, das die Uniklinik trotz weiter bestehender Schwindelanfälle ablehnte, organisierte der Vater sechs Wochen später schließlich auf eigene Faust in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ): Es zeigte einen **Hirntumor** als Ursache.

Unnötige Doppeluntersuchungen, Pannen bei der Weitergabe von Patienteninformationen, mangelhafte Kommunikation zwischen dem medizinisch-pflegerischen Personal: Das sind Eindrücke, die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen nach Klinikaufenthalten teils verunsichert, teils empört gegenüber Tagesspiegel Background geschildert haben. Geht es dabei um mehr als Einzelfälle? Und falls ja: Wie häufig erfolgen **nicht notwendige doppelte Untersuchungen** und welche sind die Gründe hierfür?

Tagesspiegel Background hat nachgefragt – bei unterschiedlichen Akteurinnen und **Akteuren des Gesundheitswesens**, darunter Bundesgesundheitsministerium (BMG), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Krankenkassen und Krankenhäusern: Welche Daten liegen vor zu nicht notwendigen Doppeluntersuchungen? Wie hat sich ihre Zahl in den vergangenen zehn

Jahren verändert? Welche medizinischen Fachrichtungen oder Abteilungen in welchen Kliniken sind besonders betroffen – und warum? Und schließlich: Welche Maßnahmen wären nötig, um die Zahl nicht notwendiger Doppeluntersuchungen zu verringern? Die Antworten sind ernüchternd: Zwar wird das Phänomen als bekannt beschrieben und wortreich beklagt; offenbar aber sammelt derzeit keine Institution hierzu entsprechende **belastbare Daten**.

G-BA nicht zuständig

„Entsprechende Zahlen", heißt es bedauernd aus dem **Gesundheitsministerium**, „liegen dem BMG leider nicht vor." Weder das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (**IQTIG**) noch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) erhöben Zahlen und Informationen über nicht notwendige beziehungsweise überflüssige Doppeluntersuchungen in Krankenhäusern. Die Qualitätssicherungs-Verfahren des **G-BA** wiederum „umfassen keine differenzierte Betrachtung diagnostischer Untersuchungen und somit liegen hierzu keine Aussagen vor". In einzelnen QS-Verfahren werde die Indikationsqualität erhoben. Ein direkter Rückschluss von (schlechten) Ergebnissen bei der Indikationsstellung auf die Notwendigkeit von Eingriffen oder durchgeführte Doppeluntersuchungen sei hieraus aber nicht ableitbar.

Immerhin: „Im Hinblick auf die **Zweitmeinungsrichtlinie** ist eine zweite Meinung vor ausgewählten invasiven Untersuchungen (Schulterarthroskopie, Herzkatheteruntersuchung) möglich", teilt das BMG mit. Die Auswahl der Zweitmeinungsverfahren erfolge auf Basis einer *vom IQWiG erstellten Liste (https://www.iqwig.de/download/v20-01_zweitmeinung_rapid-report_v1-0.pdf)*. Das IQWiG habe hier unter anderem Daten zu festgestellten Mengenausweitungen angeführt. Allein: „Aus **Mengenausweitungen** lässt sich aber wiederum nicht direkt ableiten, dass die konkreten Eingriffe unnötig waren und insbesondere Doppeluntersuchungen erfolgt sind." Des Weiteren seien die meisten empfohlenen Zweitmeinungsthemen zudem nicht im stationären Bereich angesiedelt. Das IQWiG bewerte den aktuellen Stand der diagnostischen und therapeutischen Verfahren, „die Erhebung der Anzahl von Doppeluntersuchungen ist jedoch nicht Bestandteil der Aufträge des G-BA", erläutert das BMG. Und eine **Sprecherin des G-BA** präzisiert: „Der G-BA würde eher fragen, waren die Untersuchungen qualitätsgesichert."

Doppeluntersuchungen kosten Geld; dieser Umstand ist umso unbefriedigender, wenn sie einzig aus dem Grund erneut durchgeführt werden, dass bereits existierende Befunde beispielsweise nicht mehr auffindbar sind. Entsprechend groß, so könnte man annehmen, müsste das Interesse der gesetzlichen Krankenkassen sein, in Erfahrung zu bringen, wie häufig dies vorkommt und woran das liegt. Doch das Gegenteil ist der Fall: „Leider haben wir solche Zahlen nicht, tut mir leid", schreibt ein **Sprecher des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV)**. „Aber hier zwei Tipps: Die TK ist insbesondere beim Thema Rücken-OPs eine gute Ansprechpartnerin. Auch das WIdO der AOK wäre eine gute Adresse für Zahlen zu dem Thema."

Kassen ohne Datengrundlage

Doch auch das Wissenschaftliche Institut der AOK (**WIdO**) muss passen: „Uns liegen leider keine aktuellen belastbaren Studien zur Häufigkeit von unnötigen Doppeluntersuchungen, weder ambulant noch stationär, vor", richtet ein Sprecher aus. „Antworten zur Häufigkeit von

Doppeluntersuchungen können wir laut unseren WIdO- und Medizin-Experten mit Routinedaten leider nicht gewinnen.“ Und auch die **Techniker Krankenkasse**, mit knapp zehn Millionen Versicherten Deutschlands größte Ersatzkasse, verfügt nicht über Zahlen: „Leider können wir zur Häufigkeit von Doppeluntersuchungen in Krankenhäusern keine belastbaren Daten zur Verfügung stellen, weil wir hierzu keine vollständige Datengrundlage haben“, erläutert eine Sprecherin.

Die Krankenkassen, erklärt sie, erhielten zweckgebundene Informationen über behandelte Diagnosen und erbrachte Prozeduren im Rahmen der Abrechnung von Krankenhausfällen nach § 301 SGB V. „Zum einen sind nicht alle Leistungen von Krankenhäusern über Diagnosen und Prozeduren verschlüsselbar und zum anderen übersenden uns die Krankenhäuser regelmäßig nur die abrechnungsrelevanten Informationen“, bedauert sie. Einzelne Prozeduren oder Untersuchungen „sind in den **Abrechnungsdaten** daher nicht, unvollständig oder nur teilweise ausgewiesen“. Für eine vollständige Datenbasis wäre die Übermittlung sämtlicher vom Krankenhaus erbrachter Untersuchungen erforderlich. Diese aber lägen den Krankenkassen nicht vor.

„Ich frage mich, wie die Kassen Gesundheitsgefährdungen aufgrund von Abrechnungsdaten feststellen sollen, wenn sie nicht einmal in der Lage sind, Doppeluntersuchungen festzustellen“, rätselt **Marcel Weigand**, bis zu deren Abwicklung Ende 2023 Leiter Kooperationen und digitale Transformation der **Unabhängigen Patientenberatung** Deutschland.

Überprüfung nur in Einzelfällen

Auch eine Nachfrage beim **Medizinischen Dienst** bringt wenig Erhellendes: Der **Medizinische Dienst** erfasse in seiner Statistik „ausschließlich Daten im Zusammenhang mit seinen Prüf- und Begutachtungsaufgaben, die der Medizinische Dienst im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung hat“, teilt eine Sprecherin mit. Es bedürfe immer einer rechtlichen Grundlage, um konkrete Daten erheben zu können. „Für das allgemeine **Detektieren von Doppeluntersuchungen** müssten wahrscheinlich Abrechnungsdaten der Versicherten überprüft, analysiert und abgeglichen werden“, vermutet sie.

Allein: „Der Medizinische Dienst hat diese Daten nicht und kann sie auch nicht erheben.“ Daher würden im Fall der Krankenhausprüfungen nur Daten erfasst, die im Zusammenhang mit den **Prüfaufgaben im Krankenhaus** stünden, Krankenhausabrechnungen etwa. Hier überprüfe der Medizinische Dienst im Auftrag der Kassen, ob die Abrechnung im Einzelfall korrekt war. Typische Fragestellungen dabei, so die Sprecherin, seien: „War die stationäre Behandlung erforderlich? War die Länge der Krankenhausbehandlung notwendig? Wurden Diagnosen und Therapien korrekt kodiert?“ Die Prüfungen fänden sodann nach gestaffelten Quoten statt: Je weniger **Beanstandungen** der Medizinische Dienst feststelle, desto geringer sei die Prüfquote in einem Krankenhaus. „Wer korrekt abrechnet, wird weniger geprüft, wer nicht korrekt abrechnet, wird öfter geprüft.“

Auch beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (**Zi**) winkt man ab: „Ich fürchte, dass wir dazu nichts Valides beitragen können, da wir die Abrechnungsdaten ambulant und stationär nicht personenbezogen zusammenführen können“, sagt ein Sprecher auf Anfrage. Und: „Selbst dann wäre es ohne klinische Befunddaten kaum möglich, unnötige

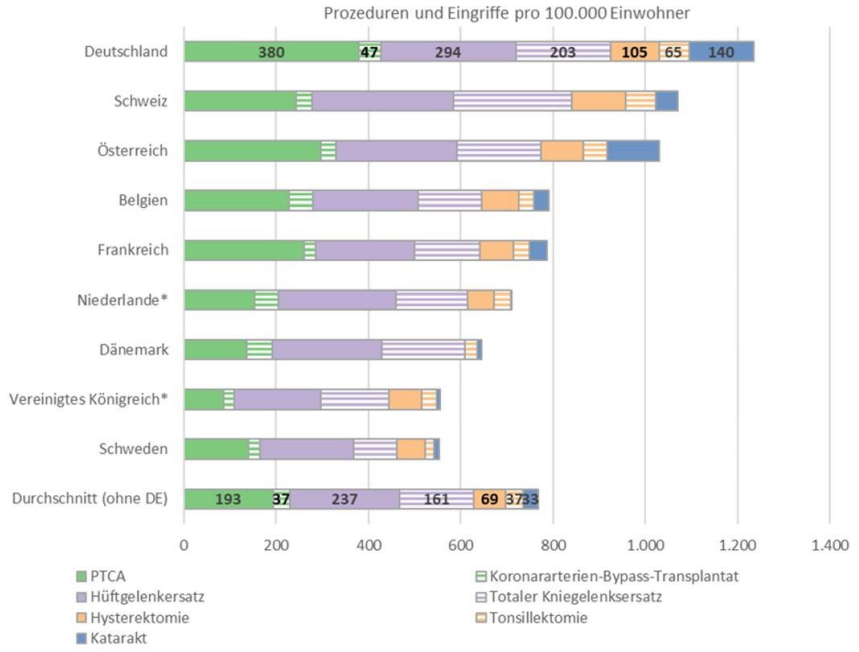
Doppeluntersuchungen zu identifizieren.“ Die **Verbraucherzentrale Bundesverband** wiederum verweist auf eine *Studie der Bertelsmann Stiftung (https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/ueberversorgung-eine-spurensuche)* von 2019 zum Thema Überversorgung sowie eine entsprechende *Mitgliederbefragung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (https://www.klug-entscheiden.com/fileadmin/user_upload/2021_Sammelband_Klug_entscheiden_Web_final.pdf)* aus dem Jahr 2021; genaue Zahlen zu Doppeluntersuchungen finden sich allerdings auch darin nicht.

DKG setzt auf ePA

Bleiben die Krankenhäuser selbst: Was wissen sie über doppelt erfolgte Untersuchungen in ihren Kliniken? „Leider liegen uns hierzu keine Zahlen beziehungsweise Statistiken vor“, schreibt die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** (DKG). Grundsätzlich könne der Einsatz von digitalen Lösungen zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen beitragen. „Ein zentrales Instrument dürfte die ePA sein“, urteilt die DKG.

Das flächendeckende Nicht-Wissen, gepaart mit der Antriebslosigkeit, daran etwas ändern zu wollen, lassen den Mediziner **Reinhard Busse**, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin und Mitglied der Krankenhausreformkommission, zürnen: „Es sind nicht nur die – fehlenden – Daten, es geht auch um den Willen, sich damit auseinanderzusetzen; schließlich gilt der alte Spruch ‚a dollar spent is a dollar earned‘!“ Fakt sei, so Busse im Gespräch mit Tagesspiegel Background: „Wir machen insgesamt viel zu viel, ob doppelt oder auch nicht.“ Eine Abbildung zu „Prozeduren und Eingriffen pro 100.000 Einwohner im internationalen Vergleich“ aus Busses aktuellem Bericht zur Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems illustriert dies recht anschaulich: Danach steht Deutschland unter anderem bei Koronararterien-Bypass-Transplantaten, Hüft- oder Kniegelenkersatz im Vergleich zu Ländern wie der Schweiz, Österreich, Frankreich oder Schweden an der europäischen Spitze, was die Zahl der Eingriffe pro 100.000 Einwohner betrifft.

Abbildung 3.215: Prozeduren und Eingriffe pro 100.000 Einwohner im internationalen Vergleich, 2020 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: eig. Darstellung, Eurostat, 2023.
Anmerkung: *Niederlande 2019, Vereinigtes Königreich 2018. Eurostat berichtet Hysterektomien pro 100.000 Einwohner (nicht pro 100.000 Frauen). Für Tonsillektomien und Katarakt sind auch ambulante Daten von Belegärzten enthalten.

Der Wirtschaftswissenschaftler **Boris Augurzky**, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen und wie Busse Mitglied der Kommission zur Krankenhausreform, zählt derweil gleich mehrere Maßnahmen auf, die aus seiner Sicht nötig wären, um die Zahl nicht notwendiger Doppeluntersuchungen zu verringern. Angebotsseitig, so Augurzky, gehöre dazu insbesondere die Versorgung aus einer Hand entlang des Patientenpfads: Neben einer **sektorenübergreifenden** Versorgung sei eine „Verantwortungsübernahme für Patienten für die gesamte Behandlung“ unerlässlich, etwa in Form von **hausarztzentrierten** Modellen, „wobei auch eine nicht-ärztliche Fachkraft eine wichtige Rolle spielen“ könne. Nachfrageseitig, so Augurzky, brauche es zum einen eine unterstützende Patientensteuerung, zum Beispiel über integrierte Leitstellen und den Eintritt in das Gesundheitssysteme nur über solche Leitstellen, die auch gleich Termine buchen können sollte, falls dies erforderlich sei. Zum anderen plädiere er für eine „sozial abgefederte **Selbstbeteiligung**“ der Patienten.

Aber auch im Bereich der Digitalisierung und Transparenz gebe es Verbesserungsbedarf. Dazu zähle die elektronische Patientenakte (ePA), auf der sämtliche Untersuchungen und Therapien zu hinterlegen seien und die „im System überall genutzt werden“ könne und müsse, falls der Patient zustimmt. Und schließlich gelte es, „**Vergütungssysteme** entlang des Patientenpfads“ zu etablieren, etwa „sektorenübergreifende *Capitation-Modelle (https://www.arzt-wirtschaft.de/themenspezial-klinikaerzte/capitation-pauschale-fuer-gesundheit-statt-einzelne-behandlungen-bezahlen)* wie regionale Gesundheitsbudgets“, fordert Augurzky.