



**Bundesärztekammer**

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

**Gesundheitssymposium  
der Konrad-Adenauer-Stiftung,**

**20./21. Nov. 2015, Schwerin**

**Qualitätsverbesserungen in der  
gesundheitlichen Versorgung**

**... aus Sicht der Ärzteschaft**

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH, Bundesärztekammer



**Bundesärztekammer**

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

... aus Sicht der Ärzteschaft



Ärzte Zeitung, 11.11.2015 05:02

## **Krise der Selbstverwaltung**

# **Die Ärzte begehren auf**

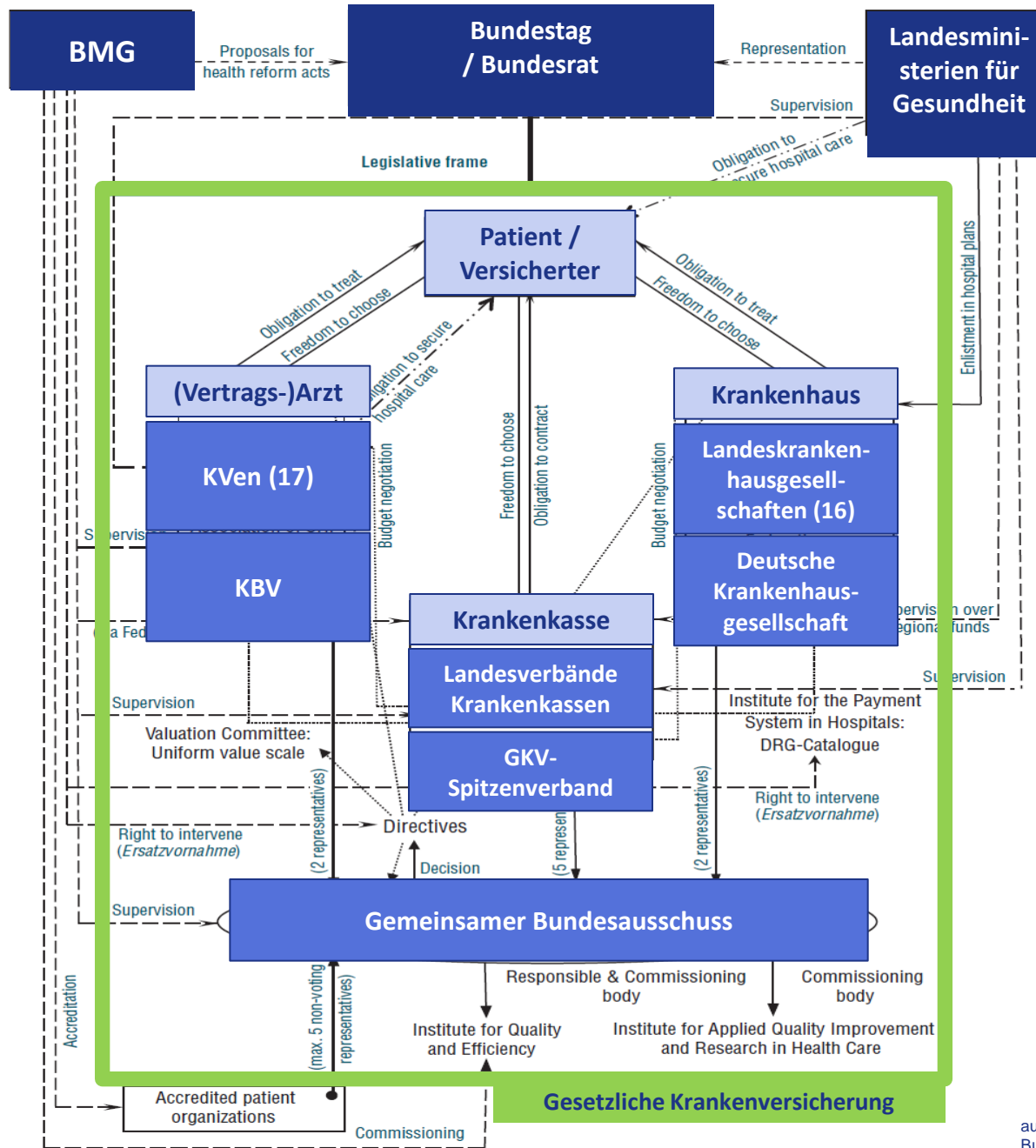
**Außerordentlicher Ärztetag - kurzfristig. Tiefgreifende Änderungen in den Gremien der KBV - sofort: Die Basis steht gegen die Körperschaften auf - für demokratischere Strukturen und mehr Konzept im politischen Handeln.**

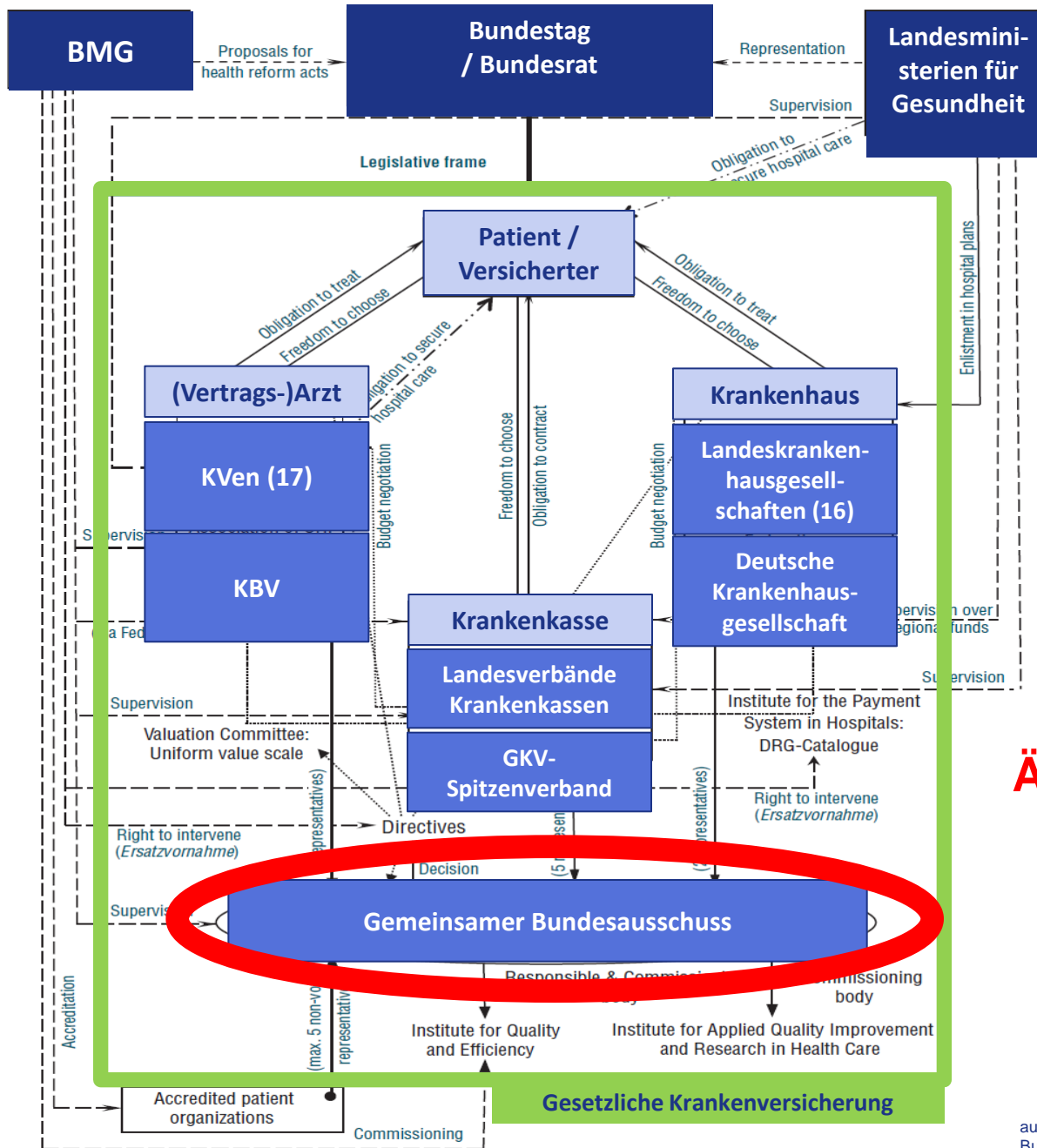
**Ein Leitartikel von Anno Fricke**



**So nicht mehr! Die Ärzte begehren gegen das System auf.**

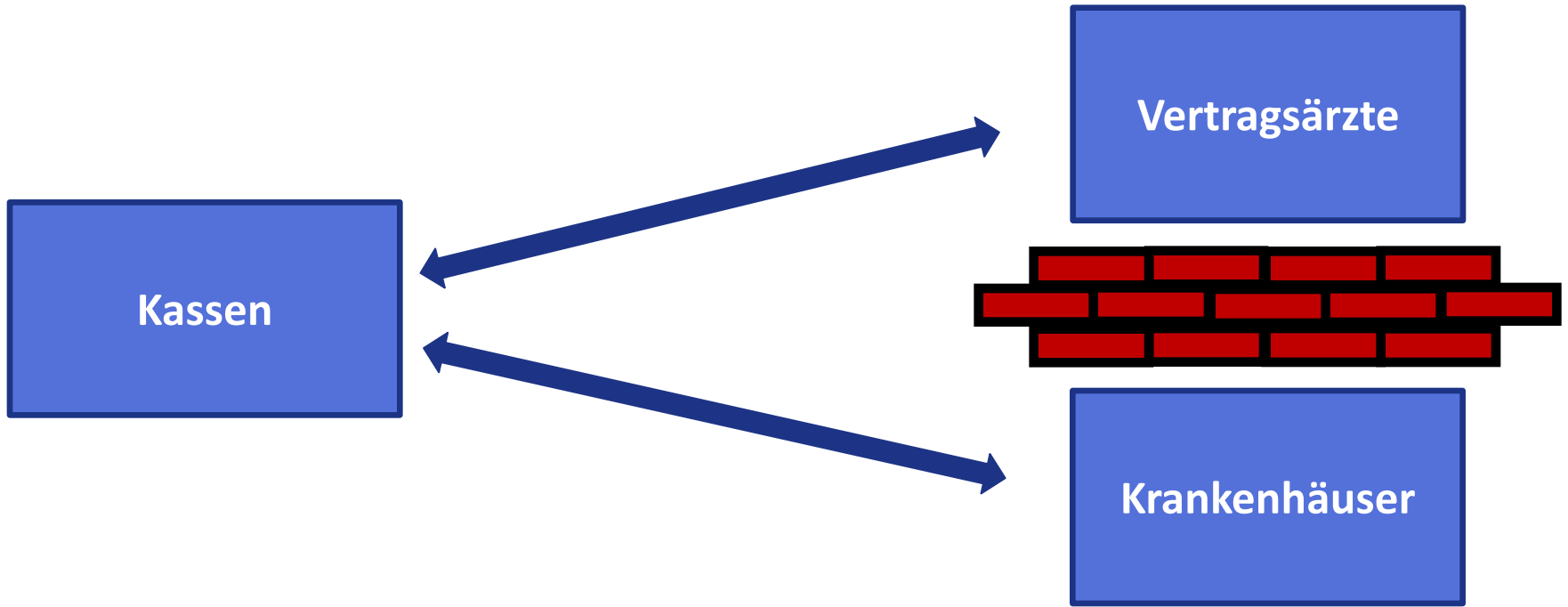
© Robert Kneschke/fotolia.com

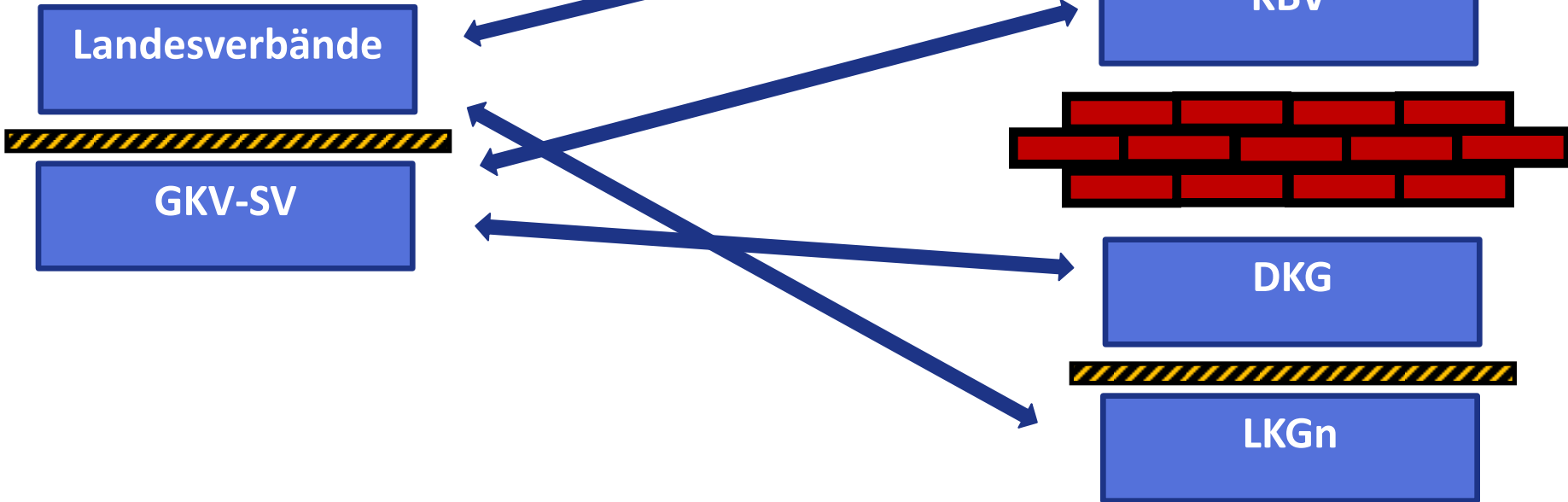


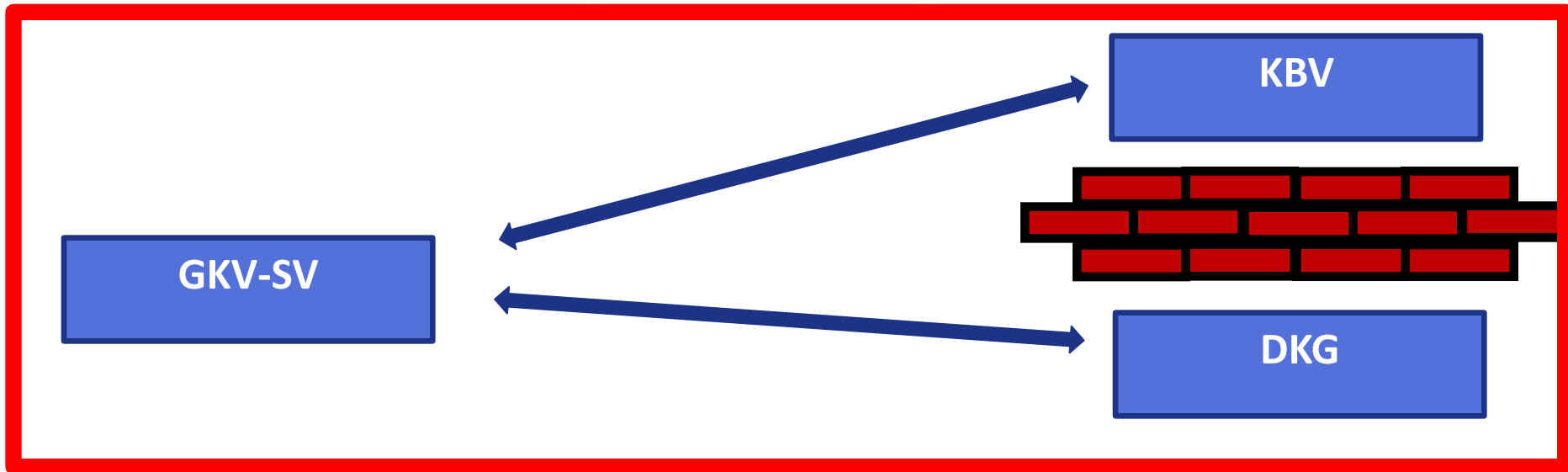


Ärztammer?

Dr. U. Zorn, Bundesärztekammer







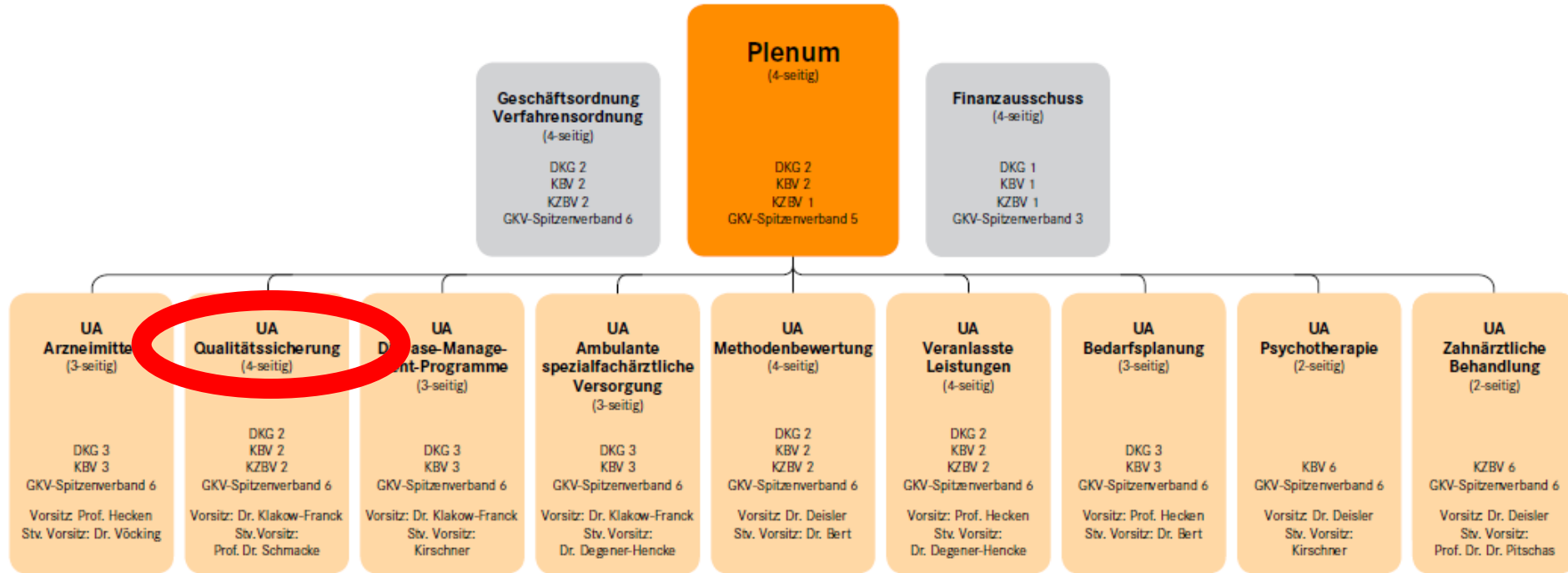


# Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)



# Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

## Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Unterausschüsse

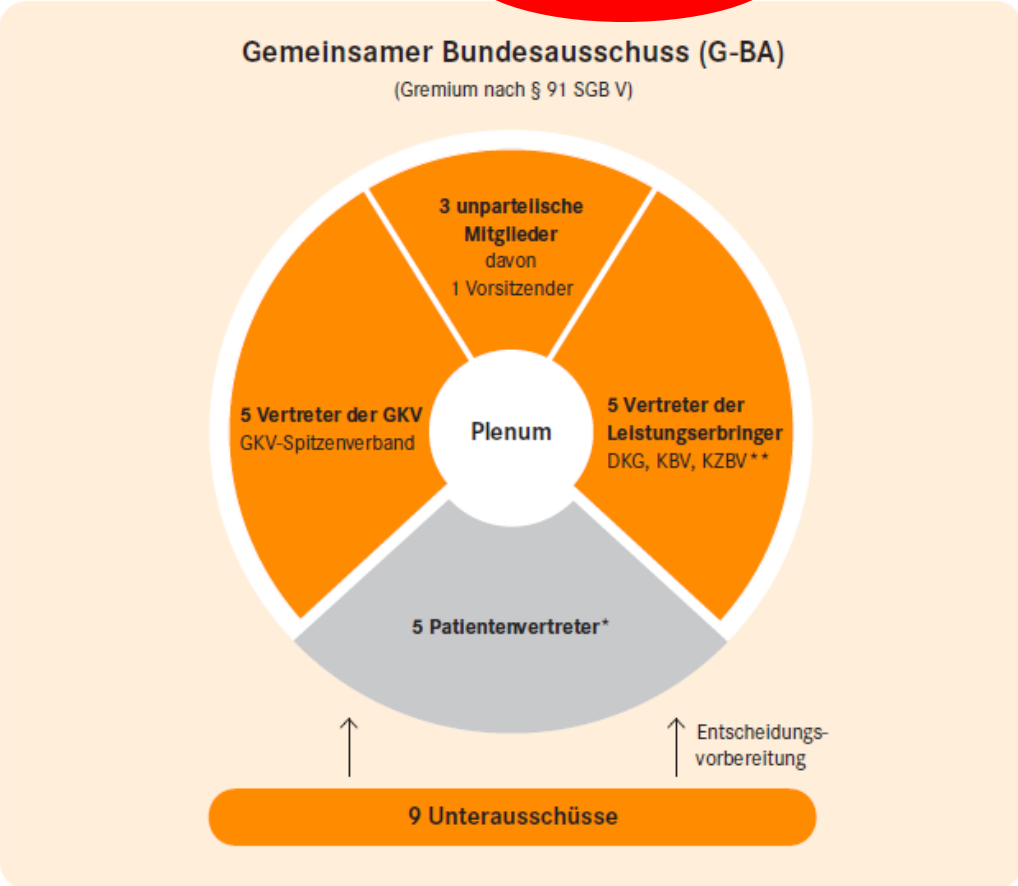
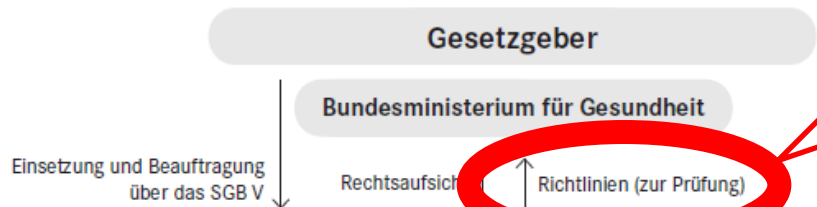


- In allen Gremien nehmen **Patientenvertreterinnen und -vertreter** mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht (§ 140f Abs. 2 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Bedarfsplanung nehmen **zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Bundesländer** mitberatend teil. (§ 92 Abs. 7e SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Qualitätssicherung nehmen **jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflegerats** mitberatend teil (§ 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V), soweit es Regelungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherung) betrifft. Dies gilt auch für **die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer**, soweit jeweils die Bereiche Psychotherapeuten oder Psychotherapeuten oder der Zahnärztinnen oder Zahnärzte berührt ist.

Stand: Februar 2015

# Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

„Der G-BA beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien...“ (§ 92 Abs.1 SGB V)



## **Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma, QBAA-RL:**

„Einer Einrichtung gemäß § 1 Abs. 2 müssen [...] der fachlich leitende Arzt und mindestens [...] ein weiterer klinisch tätiger Arzt angehören, die über die Facharztanerkennung Gefäßchirurgie oder die Anerkennung für den Schwerpunkt Gefäßchirurgie verfügen.“

## **Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, QFR-RL:**

„Die ärztliche Leitung der Geburtshilfe muss einem Facharzt [...] für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunktbezeichnung bzw. fakultativer Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ hauptamtlich übertragen werden.“

## **Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:**

### **Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose:**

#### **„a) Teamleitung**

- Innere Medizin und Pneumologie oder
- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

#### **b) Kernteam**

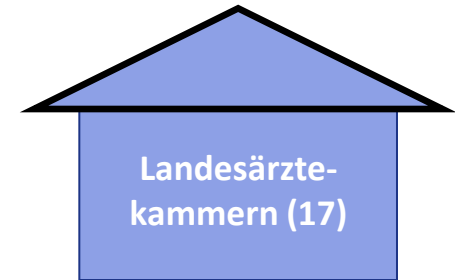
- Sofern Teamleitung Innere Medizin und Pneumologie:
  - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder
  - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Sofern Teamleitung Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie:
  - Innere Medizin und Pneumologie
- Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich:
  - Kinder- und Jugendmedizin

## Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:

### Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose:

„c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde,
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
- Gastroenterologie,
- Urologie,
- Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Neurologie,
- Pathologie,
- Laboratoriumsmedizin und
- Radiologie.“



# Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen - Rolle der Ärztekammern -

## Qualitätssicherung

### Freiwillige Qualitätsinitiativen

z. B. Fachgesellschaften, Berufsverbände, Krankenhausverbände

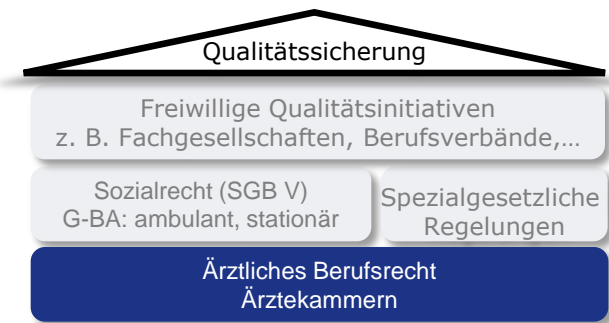
### Sozialrecht (SGB V)

G-BA: ambulant, stationär

### Spezialgesetzliche Regelungen

z.B. Transplantationsgesetz

### Ärztliches Berufsrecht Ärztekammern

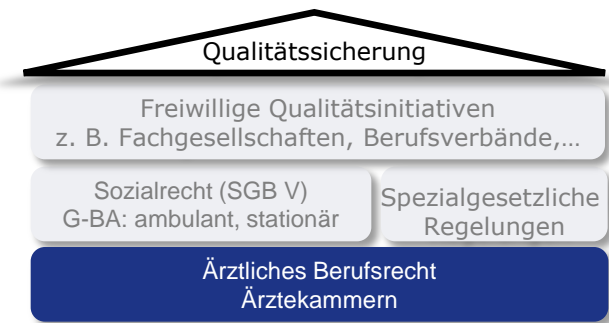


# Rolle der Ärztekammern

## Sicherung der Qualität der Berufsausübung

- Ärztliche Berufspflichten
- Ärztliche Weiterbildung
- Ärztliche Fortbildung
- Ärztliche Qualitätssicherung i. e. S.





# Rolle der Ärztekammern

## (Muster-)Berufsordnung - § 5 Qualitätssicherung:

„Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.“

# Rolle der Ärztekammern



## Qualitätssicherung - Qualifikation des Arztes

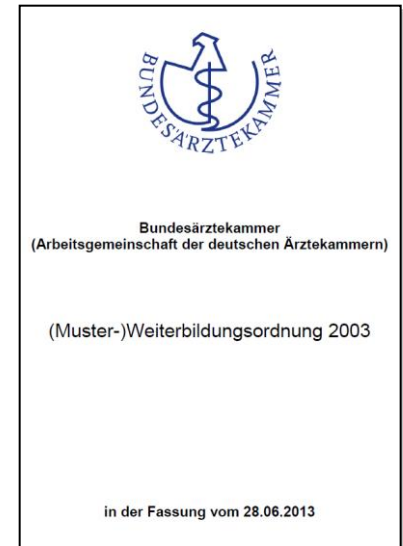
- Alleinstellungsmerkmal: Persönliche Verantwortung für die Behandlung kranker Menschen
- Qualität der Versorgung wird maßgeblich bestimmt durch die Qualifikation des Arztes

# Rolle der Ärztekammern



## Ärztliche Weiterbildung

*„Die Weiterbildungsbezeichnung ist der Nachweis für erworbene Kompetenz. Sie dient der Qualitätssicherung der Patientenversorgung und der Bürgerorientierung.“*



MWBO v. 28.06.2013

# Rolle der Ärztekammern



## Ärztliche Fortbildung

- Ärztekammern regeln die Qualität ärztlicher Fortbildung durch Vorgaben und Empfehlungen zu Form, Inhalt und Organisation von Fortbildungsmaßnahmen sowie durch ein eigenes Fortbildungsangebot
- jährlich bundesweit über **350.000** anerkannte Fortbildungsveranstaltungen

# Qualitätssicherung - Ärztliche Fortbildung



- Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement
- Curriculum Ärztliches Peer Review
- Leitfaden Ärztliches Peer Review
- Curriculum Ärztliche Führung
- Curriculum EbM
- Curriculum strukturierte medizinische Versorgung
- Curriculum Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
- Fortbildungskonzept Patientensicherheit
- demnächst: Leitfaden M&M-Konferenzen

Qualitätssicherung

Ärztliches Berufsrecht  
Ärztékammern

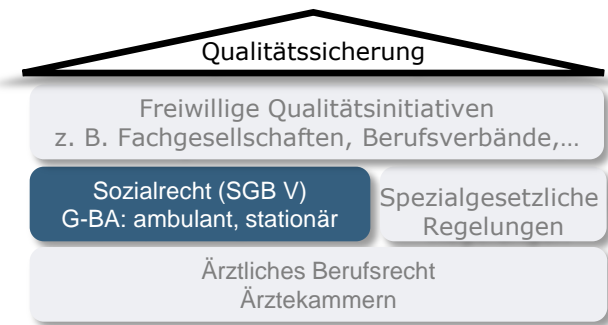
Berufspflichten

Weiterbildung

Fortbildung

Qualitätssicherung i. e. S.

# Sozialrecht



## Qualitätssicherung n. SGB V Beteiligung der Ärztekammern

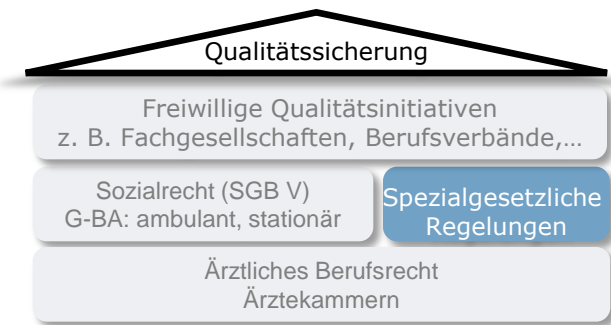
### Bundesärztekammer

- Beteiligungsrecht nach § 137 SGB V beim G-BA
- Stellungnahmerecht bei Richtlinien n. § 91 (5) SGB V

### Landesärztekammern

- Funktion der Landesgeschäftsstelle (LQS) für externe stationäre Qualitätssicherung in mehreren Bundesländern

# Spezialgesetze



- **Transplantationsgesetz (TPG)** – Richtlinienggebung und Überwachung durch BÄK
- **Transfusionsgesetz (TFG)** – Richtlinie Hämotherapie der BÄK, QS-Überwachung durch Landesärztekammern
- **Medizinproduktebetreiberverordnung (MedBetreibV)** – Rili BÄK Labor
- **Röntgenverordnung (RöV) und Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)** – Ärztliche Stellen bei den Landesärztekammern



# Freiwillige Initiativen

Freiwillige Qualitätsinitiativen  
z. B. Fachgesellschaften, Berufsverbände,...

Sozialrecht (SGB V)  
G-BA: ambulant, stationär

Spezialgesetzliche  
Regelungen

Ärztliches Berufsrecht  
Ärzttekammern

Beteiligung an QS-Institutionen, z. B.:



# Freiwillige Initiativen - ÄQSI

Hintergrund zur ÄQSI-Datenbank

[Übersicht der Initiativen](#)

Suche nach Initiativen

andere Initiativen (nicht ÄQSI)

**Legende**

- Sortierung
- Blättern
- Ä/A ÄQSI / nicht ÄQSI
- Initiative anzeigen
- PDF anzeigen / drucken
- aktueller Datensatz

**Initiativen** Seite 1 von 3 Datensatz 1-30 von 69

IdNr	Initiative	
32	Qualitätssicherung Aortenaneurysma, Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG)	Ä
51	DeGIR-Register	Ä
54	Myasthenie-Zentren der Deutschen Myasthenie Gesellschaft	Ä
55	Decubitusmanagement - Benchmark des QM-Netzwerkes	Ä
56	Berliner Herzinfarktregister e.V.	Ä
57	Gesellschaft für Qualifizierte Schmerztherapie - Certkom e.V.	Ä
58	Qualitätssicherung DGSM-akkreditierter Schlaflabore	Ä
59	Sturzmanagement - Benchmark des QM-Netzwerkes	Ä
60	Herniamed-Qualitätssicherungsstudie	Ä
61	Qualitätssicherungsstudie Adipositas	Ä
62	Patientenbefragung Geriatrie - Consort	Ä
63	Externer Qualitätsvergleich Mukoviszidose (Benchmarking)	Ä
64	Muko.Zert - Anerkennungsverfahren von Mukoviszidose-Einrichtungen	Ä
66	Patientenzufriedenheitsumfrage Mukoviszidose	Ä
67	CIRS-AINS	Ä
68	Traumaregister DGU	Ä
69	TraumaNetzwerk DGU	Ä
70	externe Qualitätssicherung Anästhesie	Ä
71	QUIPS - Qualitätssicherung in der postoperativen Schmerztherapie	Ä
72	Qualitätsnetz Koloproktologie Hessen e. V.	Ä
73	Zertifizierungsinitiative der DGAV	Ä
74	Arbeitsgemeinschaft für Strukturierte Diabetestherapie - ASD-Qualitätssiegel	Ä
75	NOTES-Register der DGAV	Ä

# Freiwillige Initiativen - Peer Review

## Ärztliches Peer Review

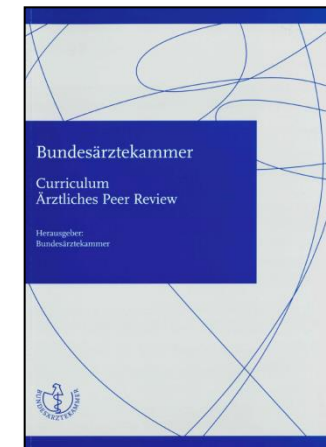
# Aktiver Beitrag für mehr Qualität und Patientensicherheit



Auf dem Weg zu einer Sicherheitskultur im deutschen Gesundheitswesen mit einem offenen, von Schuldzuweisungen freien Umgang mit Qualitätsdefiziten und Fehlern leistet das Peer-Re-

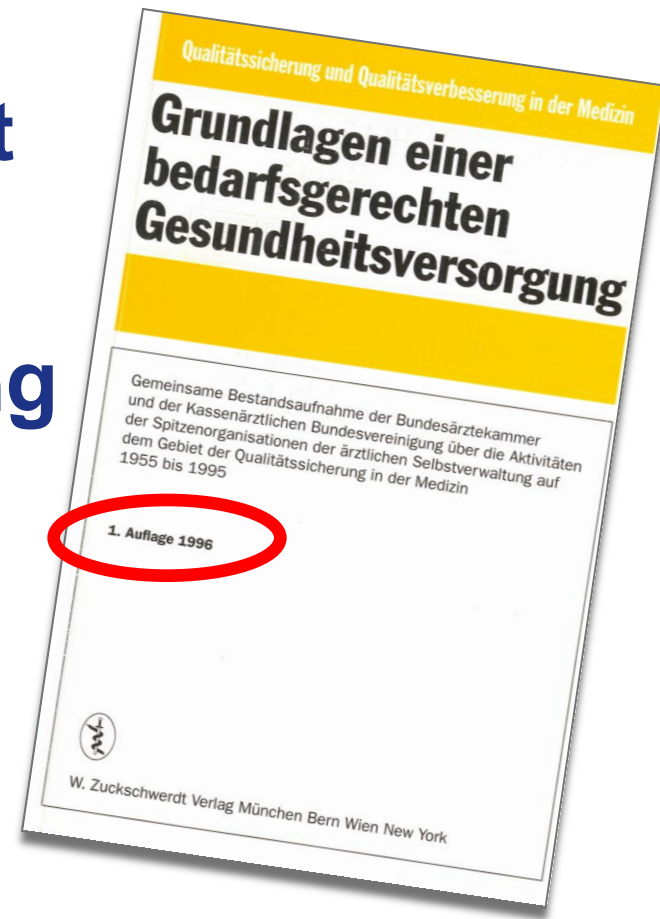
weiterentwickelt wurde. Dabei reflektieren die externen Peers und die Kollegen der besuchten Abteilung gemeinsam und (selbst)kritisch ihr ärztliches Handeln, identifizieren Verbesserungspotenziale und erarbeiten Lösungsvorschläge, die passgerecht vor Ort umgesetzt werden können. Ein Grundprinzip ist dabei die Gegenseitigkeit – Besucher und Besuchte lernen voneinander.

Im Anwendungsbereich fördert die Bundesärztekammer vor allem die Etablierung von Peer-Review-Verfahren in unterschiedlichen Versorgungsbereichen. Im Bereich Intensivmedizin ist es gemeinsam mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) gelungen, ein Verfahren zu implementieren, bei dem die Landesärztekammern



aus: Tätigkeitsbericht Bundesärztekammer 2013

# 10 Thesen der Ärzteschaft zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung



Ollenschläger G. (Hrsg.) 1996, Zuckschwerdt-Verlag, siehe auch:  
<http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/stellungnahmen/sn-bestand-1996.pdf/view>

# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur

# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur

# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur



# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur



# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur

# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur

# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur

# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur

# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur

# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur

# Die 10 Thesen:

## Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- 1) stehen im Dienste der Patientenversorgung
- 2) dienen primär nicht zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- 3) müssen problemorientiert und koordiniert sein, ambulant wie stationär
- 4) müssen konsequent evaluiert werden
- 5) setzen Transparenz, Kommunikation und Kooperation voraus
- 6) haben umfassende interne Qualitätssicherung zur Basis
- 7) verwenden externe QS zur Entwicklung von internem QM
- 8) bedürfen Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen
- 9) führen zu Mehraufwand und haben ihren Preis
- 10) sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik und Qualitätskultur

# Was hat sich seit 1996 geändert?

(ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

- **Stärkung der Patientenrechte, Mündigkeit**
- **gesteigerte Erwartungshaltung der Patienten**
- **Steigerung des Bewusstseins für Patientensicherheit**
- **Fachkräftemangel bei Ärzten und Pflege statt „Ärztenschwemme“**
- **Einstellung zum Beruf bei Ärztinnen und Ärzten („gen. Y“)**
- **Etablierung der evidenzbasierten Medizin (Leitlinien etc.)**
- **Zunahme des wirtschaftlichen Drucks auf Krankenhäuser und Arztpraxen, Ökonomisierung**
- **Digitalisierung**
- **Zunahme der Regelungsdichte und Institutionen**
- **Tendenz der Rückverstaatlichung der Selbstverwaltung**
- **Europäisierung**





# Die 10 Baustellen der Qualitätssicherung



- 1) **Missverhältnis Personal - Arbeitsbelastung**
- 2) **Sektorierung des Gesundheitswesens**
- 3) **Datennutzung vs. Datenschutz**
- 4) **Zweckentfremdung von QS und unrealistische Ziele**
- 5) **grenzwertige Komplexität u. Verselbständigung von QS-Methodik**
- 6) **grenzwertige Schlichtheit von QS-Methodik**
- 7) **Entfremdung der Akteure**
- 8) **eingeschränkter Fokus der etablierten QS**
- 9) **Diskontinuität durch Aktionismus**
- 10) **Europa**



# Baustellen in der Qualitätssicherung



**Missverhältnis  
Personal - Arbeitsbelastung**



# **Eklatanter Personalmangel in Altenheimen!**

**Studie der Universität Witten-Herdeke: „In deutschen Altenheimen muss eine einzige Pflegekraft nachts im Durchschnitt 52 Menschen versorgen.“** Deutschlandfunk, 11.11.2015

**Bundestag beschließt bessere Pflegeversorgung!**  
**(Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II)**

BMG, 13.11.2015



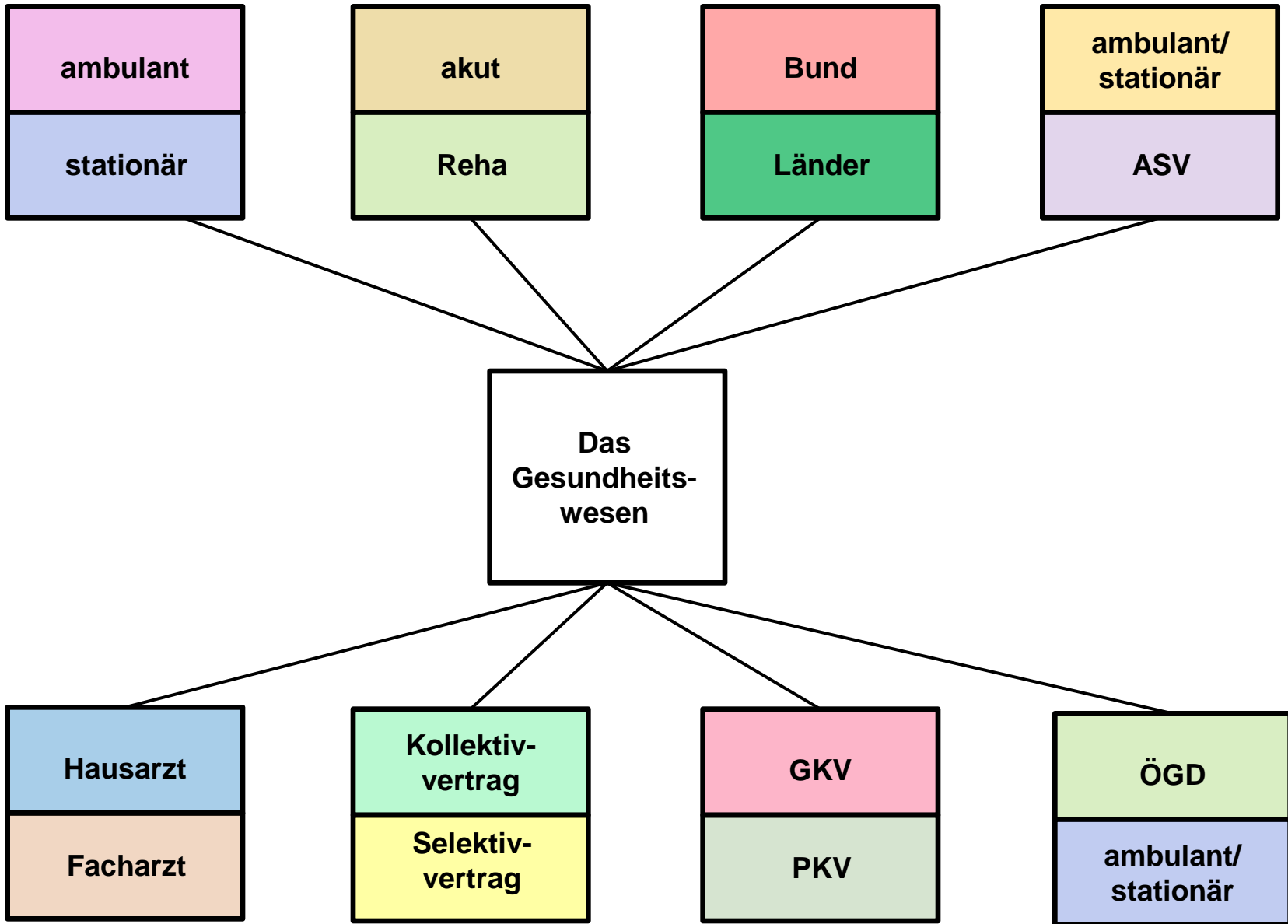
# Baustellen in der Qualitätssicherung



## Sektorierung des Gesundheitswesens

*„... Schwächen in unserem Gesundheitssystem [...],  
das technisch absolut in der Neuzeit angekommen  
ist, in der Koordination der Versorgungsprozesse und  
im Case-Management sich aber noch im von  
Sektoreninteressen dominierten Mittelalter aufhält.*

Dr. Andreas Köhler, Ärzte Zeitung v. 26.01.2015





# Baustellen in der Qualitätssicherung



## Datennutzung vs. Datenschutz

## mantrahafte Forderung nach Transparenz im Bereich von Gesundheitsleistungen



Recht auf informationelle Selbstbestimmung und Verlangen nach Datenschutz auch bei QS-Daten





# Baustellen in der Qualitätssicherung

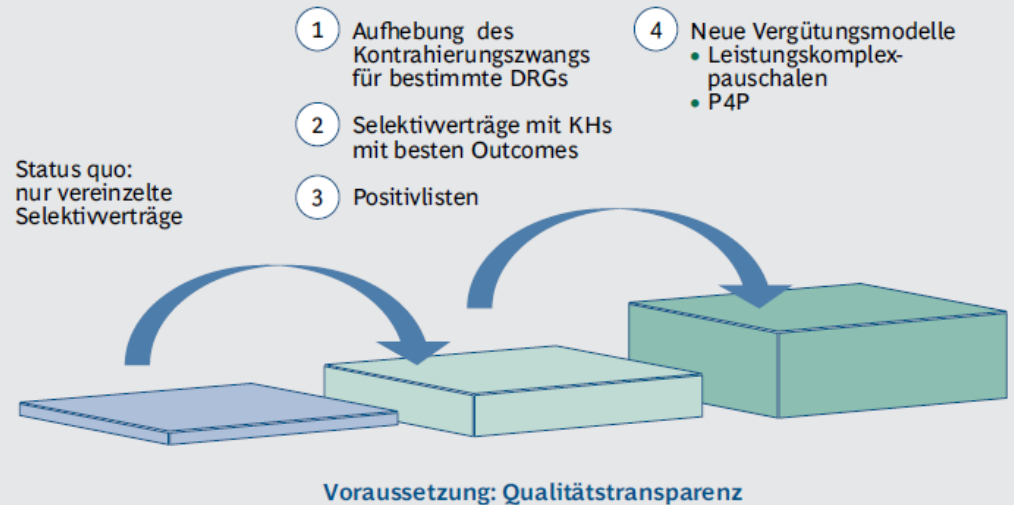


**Zweckentfremdung von QS und  
unrealistische Ziele**

# Kernthese zur Sanierung des Gesundheitswesens aus Sicht von Unternehmensberatern: **Ranking + Selektivvertrag = Wettbewerb**



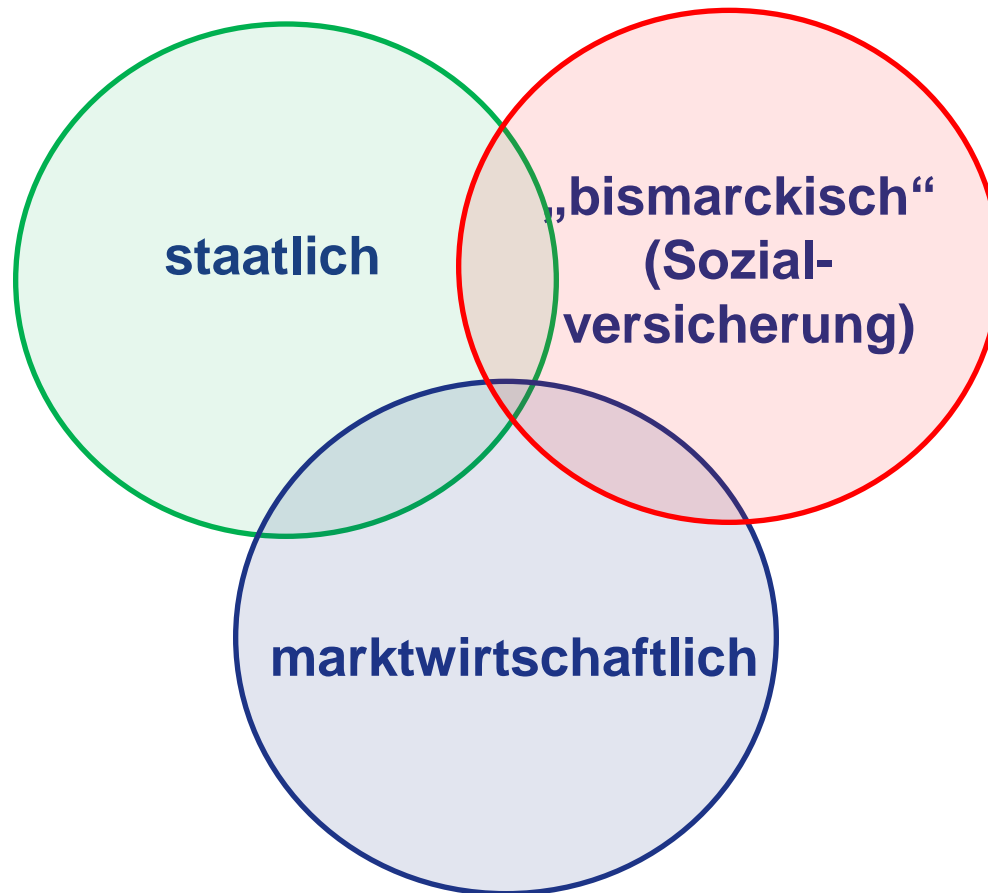
## ABBILDUNG 11 | Selektivvertragliche Ausgestaltung des Qualitätswettbewerbs



Quelle: BCG-Darstellung.

Kernthese zur Sanierung des Gesundheitswesens  
aus Sicht von Unternehmensberatern:

**Ranking + Selektivvertrag = Wettbewerb**





# Baustellen in der Qualitätssicherung



**grenzwertige Komplexität und  
Verselbständigung von QS-Methodik**

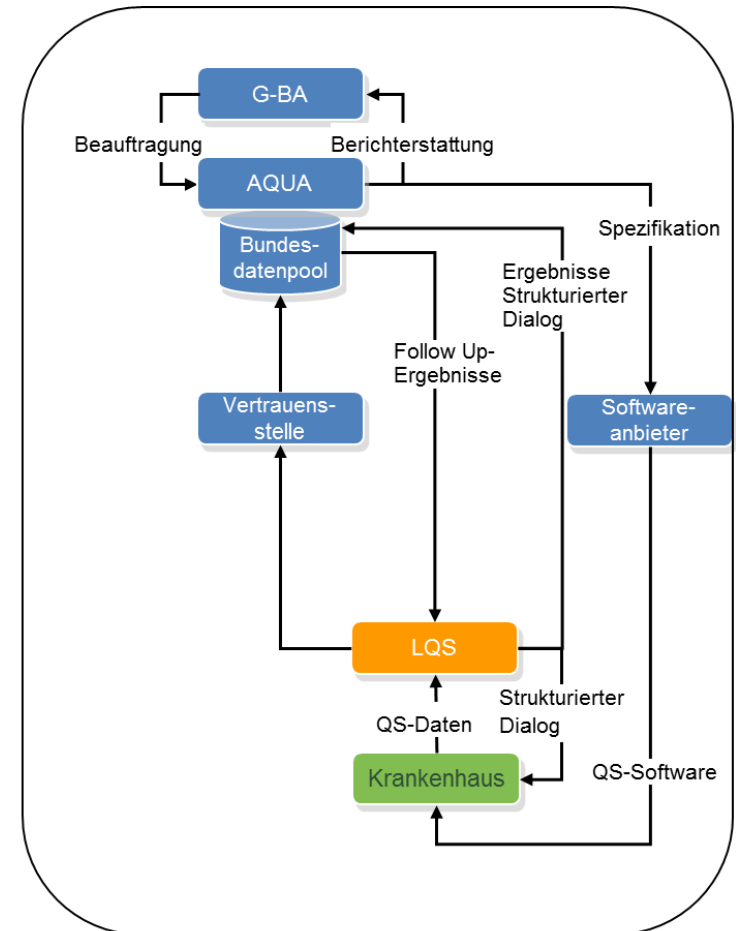


# Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

## Komplexität der Qualitätssicherung

### Stationäre Qualitätssicherung – Verfahren vor KHSG



DAS KK = Datenannahmestellen der Krankenkassen  
 LQS = Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung  
 ESQS = Externe stationäre Qualitätssicherung

MDK = Medizinischer Dienst der Krankenkassen  
 G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss  
 IQTIG = Institut f. Qualität u. Transparenz i. Gesundheitswesen

■ = Bundesebene  
 ■ = Landesebene  
 ■ = Krankenhausebene





*„... müssten uns jetzt auf dem Niveau von Kongo-Brazzaville zum ersten Mal Gedanken über Qualitätssicherung machen.“*

*(Prof. Josef Hecken zur Begeisterung der Politik für das neue IQTIG, 19. Mai 2015)*

*„Zeit, daran zu erinnern, was Qualitätssicherung sein kann und was nicht.*

*... das Richtige für die richtigen Patientinnen und Patienten mit den richtigen Methoden und Prozessen zu tun.*

*Und zu diesen scheinbar simplen Fragen muss die Diskussion jetzt zurückkehren, wenn wir nicht in einer sinnlosen Datenflut von endlos kontrovers diskutierten Qualitätsindikatoren stecken bleiben wollen.“*

Prof. Norbert Schmacke, Ärzte Zeitung v. 22.07.2015





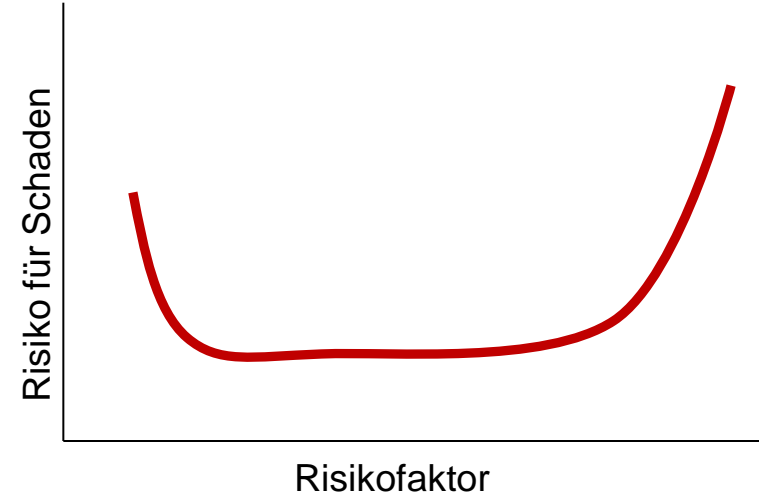
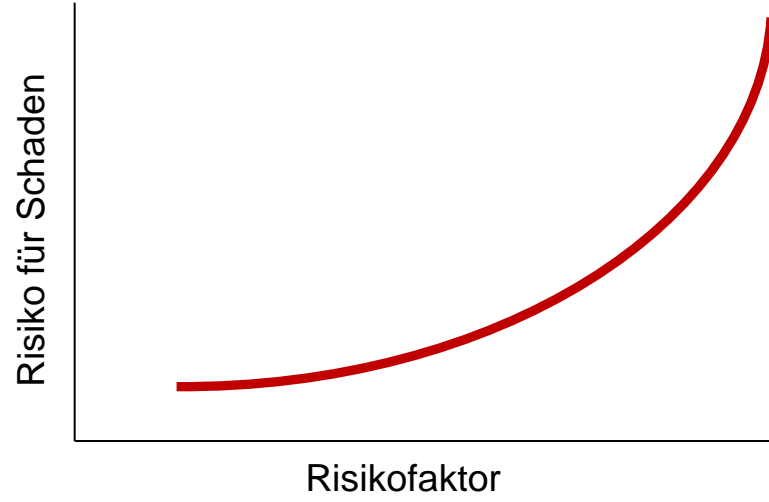
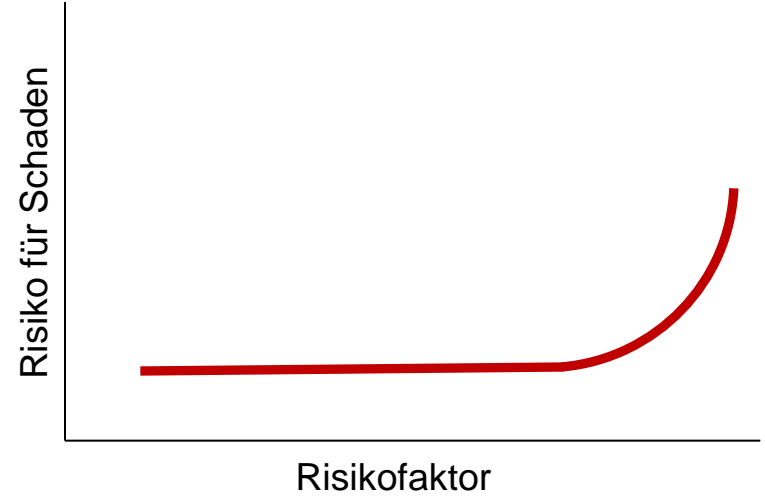
# Baustellen in der Qualitätssicherung

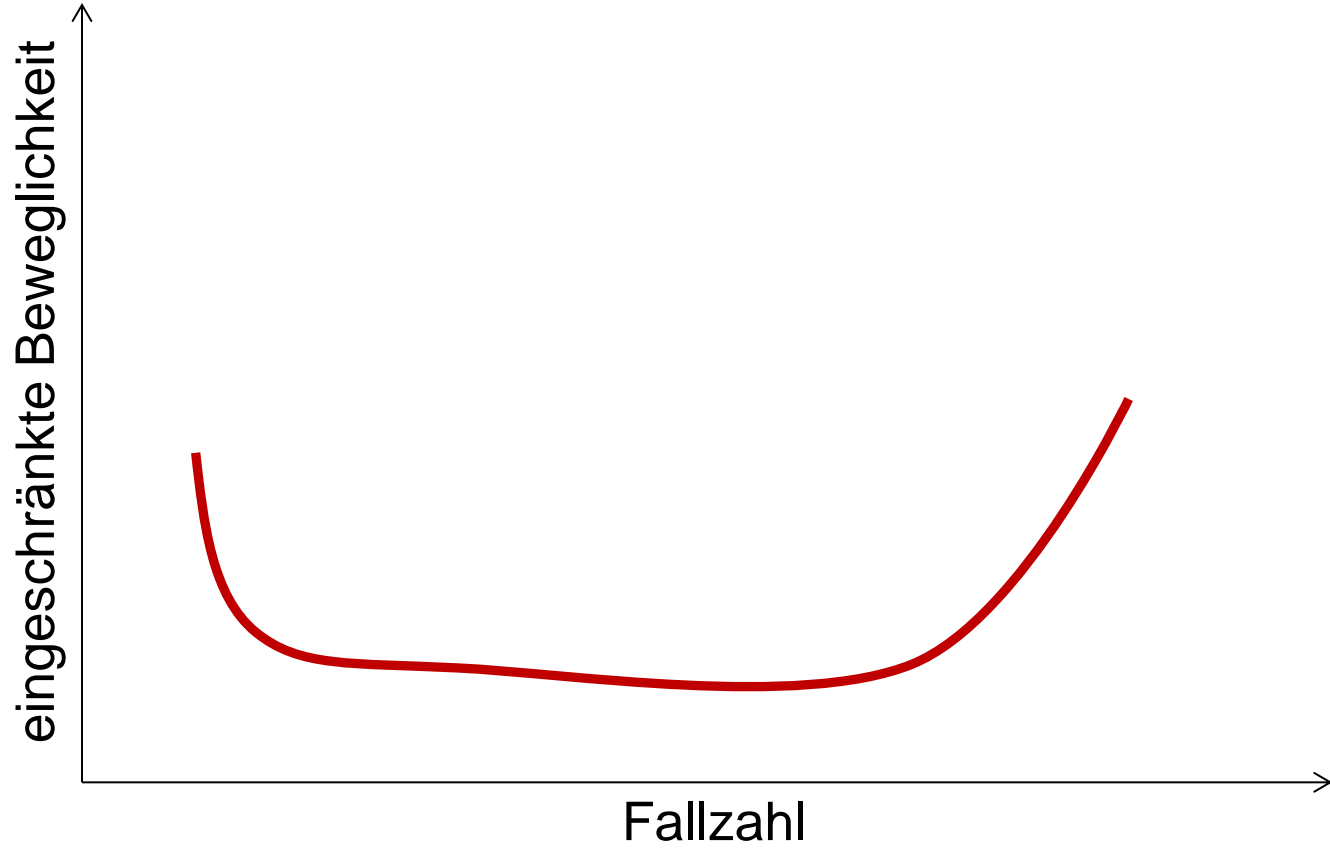


**grenzwertige Schlichtheit  
von QS-Methodik**

**Wir belohnen die Guten und  
bestrafen die Schlechten.**

**Übung macht den Meister!**







# Baustellen in der Qualitätssicherung



## Entfremdung der Akteure

Ärzte Zeitung, 11.11.2015 05:02

## Krise der Selbstverwaltung

# Die Ärzte begehren auf

Außerordentlicher Ärztetag - kurzfristig. Tiefgreifende Änderungen in den Gremien der KBV - sofort: Die Basis steht gegen die Körperschaften auf - für demokratischere Strukturen und mehr Konzept im politischen Handeln.

Ein Leitartikel von Anno Fricke



So nicht mehr! Die Ärzte begehren gegen das System auf.

© Robert Kneschke/fotolia.com

*„Die Basis steht gegen  
die Körperschaften auf.“*

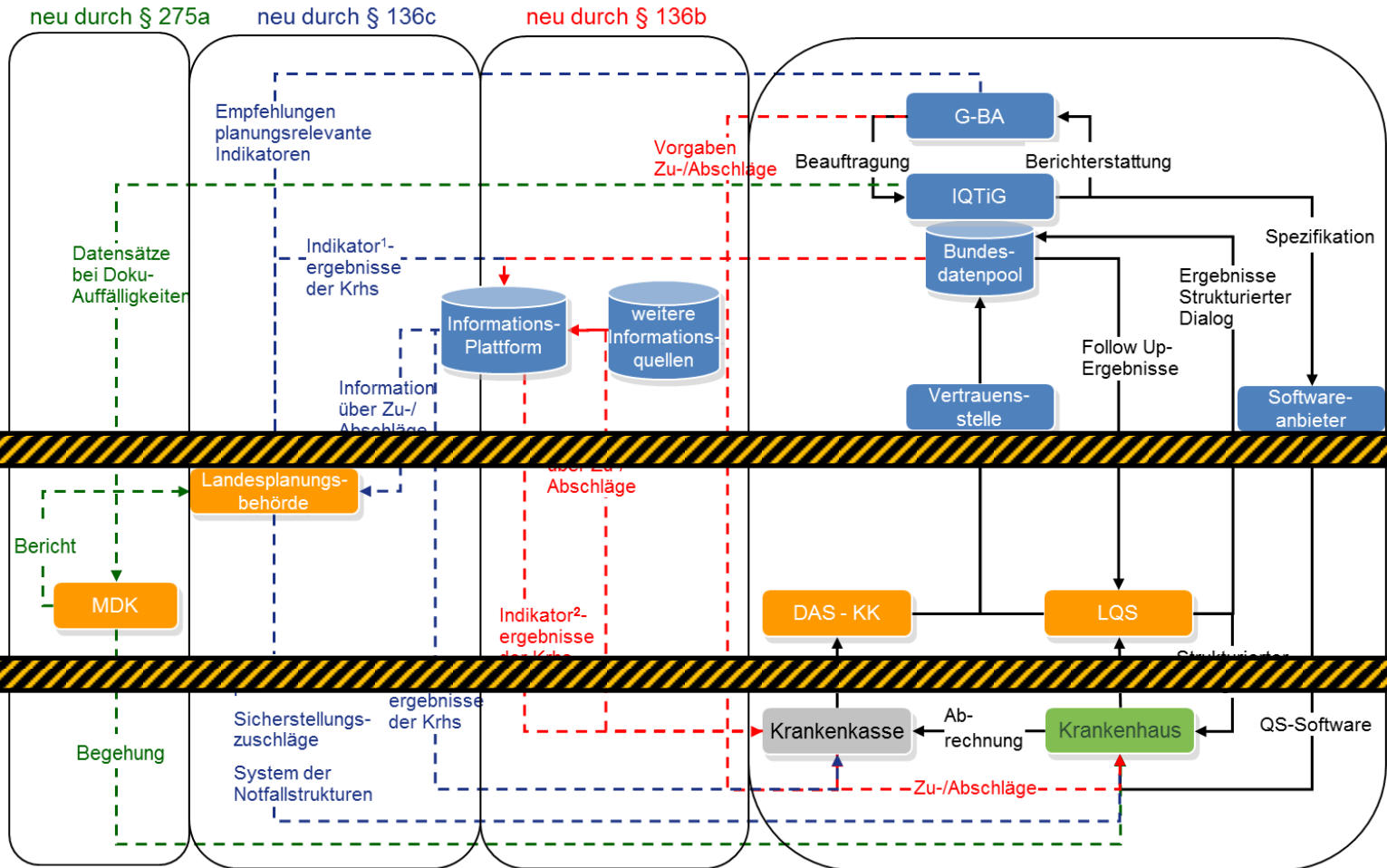


# Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

## Komplexität der Qualitätssicherung

### Stationäre Qualitätssicherung – Verfahren nach KHSG



<sup>1</sup> Indikatoren nach § 136c SGB V

<sup>2</sup> Indikatoren nach § 136b SGB V

DAS KK = Datenannahmestellen der Krankenkassen

LQS = Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung

ESQS = Externe stationäre Qualitätssicherung

MDK = Medizinischer Dienst der Krankenkassen

G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss

IQTIG = Institut f. Qualität u. Transparenz i. Gesundheitswesen

■ = Bundesebene

■ = Landesebene

■ = Krankensebene

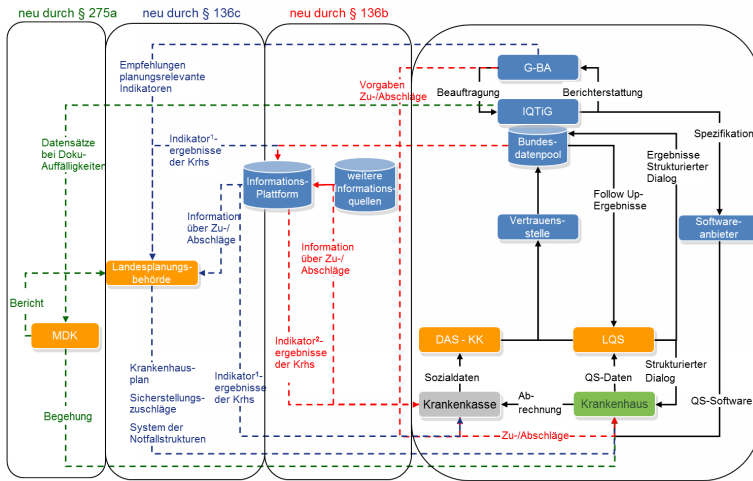
*„Symbolpolitik aber muss nicht allein entlarvt werden, weil sie nicht hilft, sondern vor allem, weil sie die Akteure in der Praxis demotiviert, die nötigen Schritte zu besserer Qualität in der Versorgung unverzagt weiter zu gehen.“*

Prof. Norbert Schmacke, Ärzte Zeitung v. 22.07.2015

*„... stiller Streik.“*

Prof. Greiner, 20.11.2015

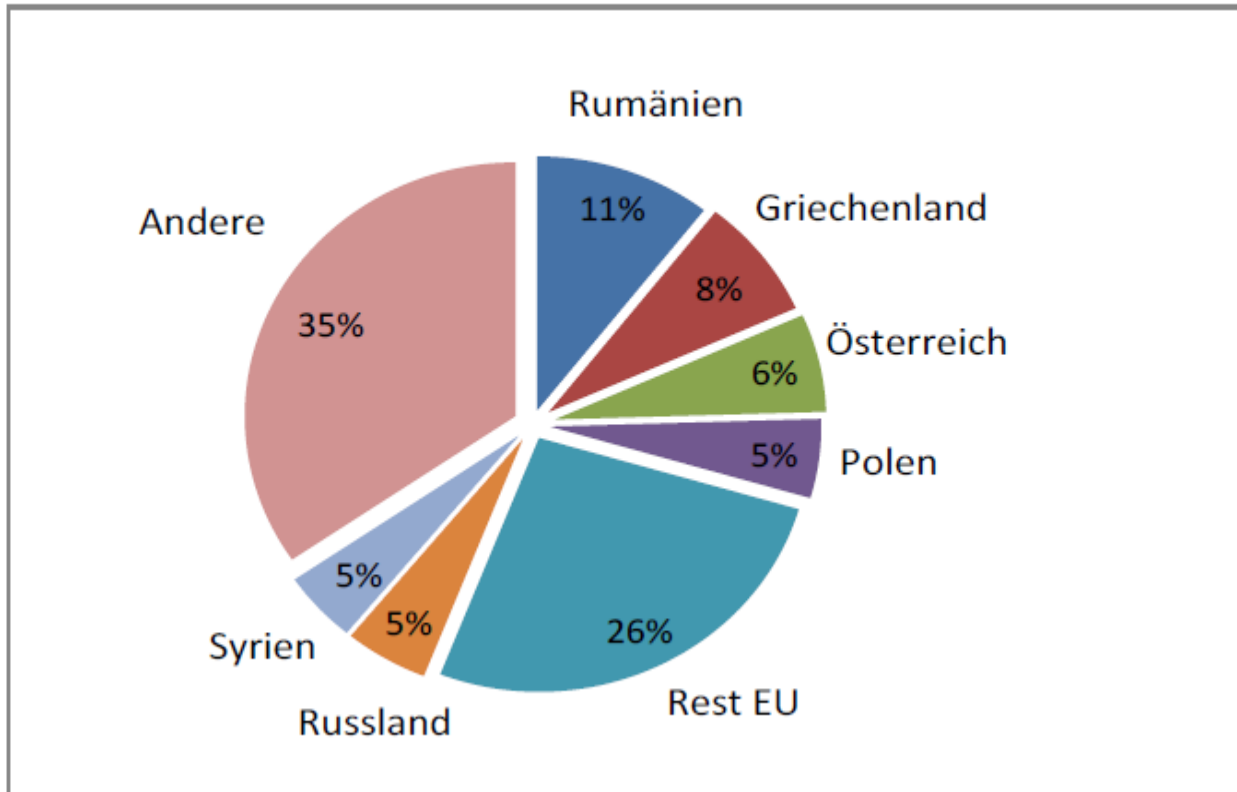




<sup>1</sup> Indikatoren nach § 136c SGB V    DAS KK = Datenabnahmestellen der Krankenkassen    MDK = Medizinischer Dienst der Krankenkassen    ■ = Bundesebene  
<sup>2</sup> Indikatoren nach § 136b SGB V    LQS = Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung    G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss    ■ = Landesebene  
 ESQS = Externe stationäre Qualitätssicherung    IQTIG = Institut f. Qualität u. Transparenz i. Gesundheitswesen    ■ = Krankenhausebene



## Staatsangehörigkeit ausländischer Ärzte in Deutschland, 2014



**9,5%**  
im Jahr 2014



**3,7%**  
im Jahr 2000

aus: Gesundheit auf einen Blick, OECD 2015, <http://www.oecd.org/>



## *Nach der Brandkatastrophe in Bukarest* **Rumänien fehlen abgewanderte Ärzte und Krankenschwestern**

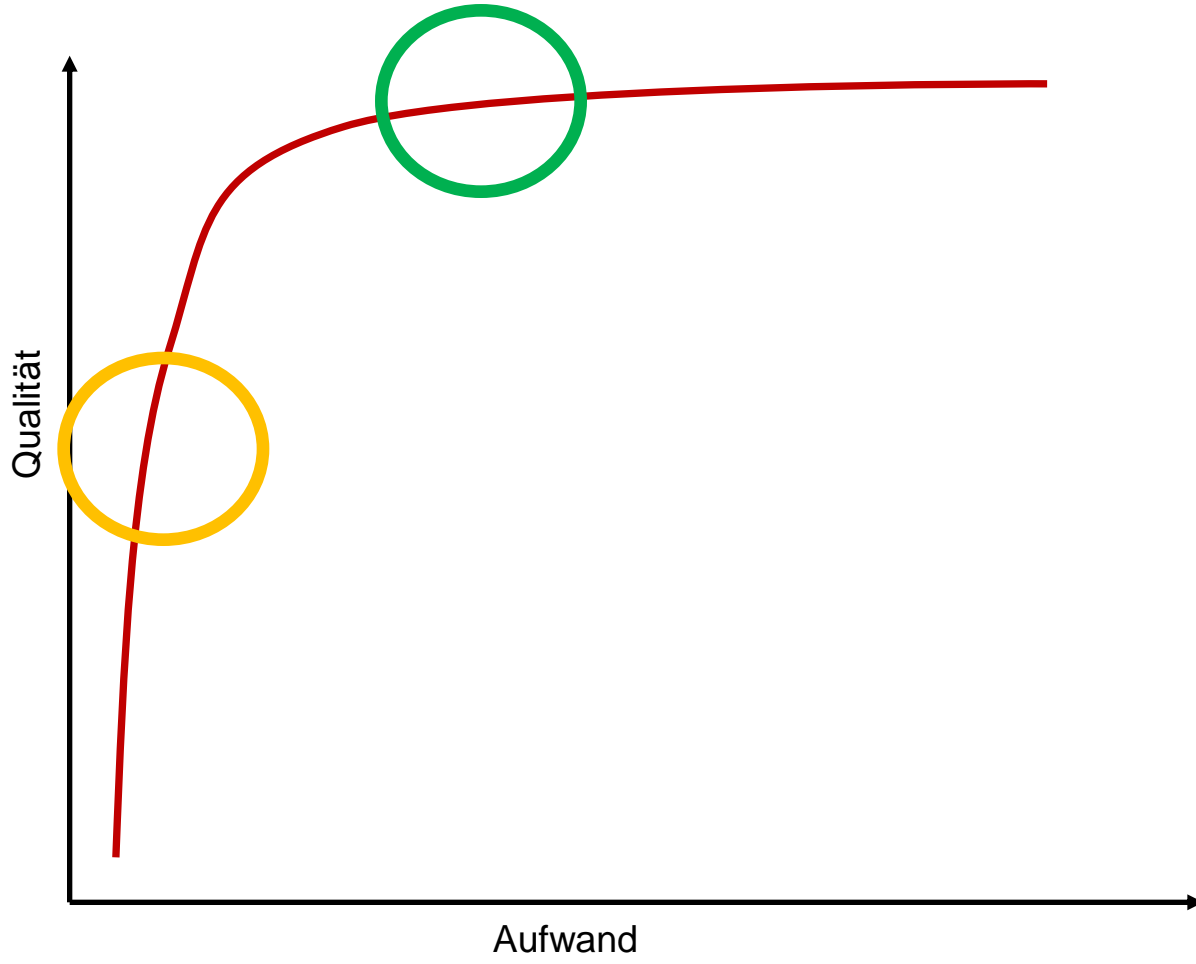
🌐 10.11.2015 12:23 Uhr

Von [Rainer Woratschka](#)

Weil so viele rumänische Ärzte und Krankenschwestern **nach Deutschland** geholt worden sind, können die Verletzten der Brandkatastrophe in Bukarest jetzt kaum versorgt werden. Der CSU-Politiker Bernd Fabritius sieht die Deutschen deshalb in der "moralischen Pflicht" zu schneller Hilfe.



Gedenken für die Opfer. Nach der Brandkatastrophe war die Straße vor der Diskothek in Bukarest voller Kerzen. - Foto: dpa



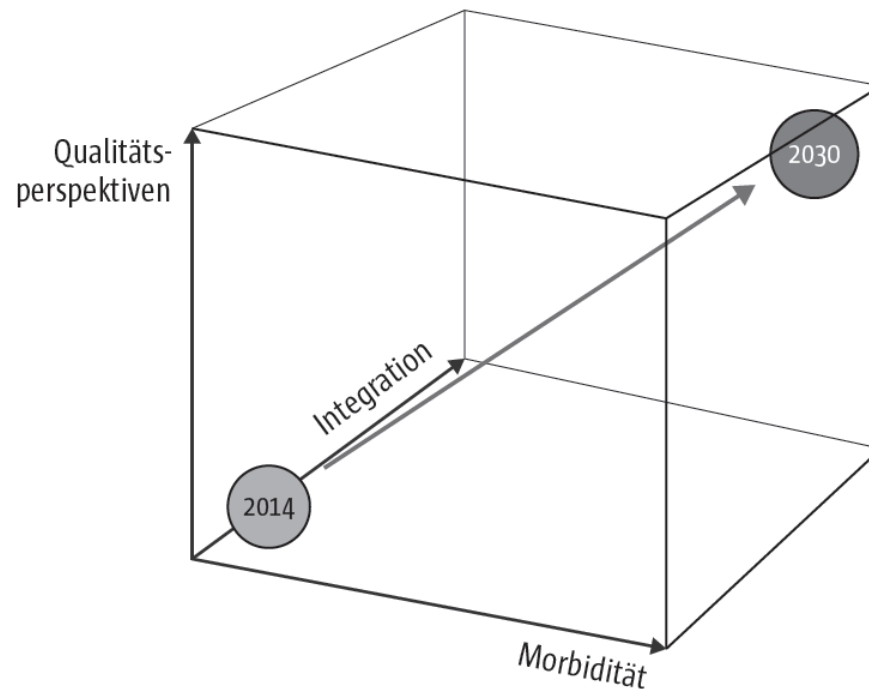


# Baustellen in der Qualitätssicherung



**eingeschränkter Fokus  
der etablierten QS**

1. Schwerpunkt auf chronische Erkrankungen (alternde Gesellschaft)
2. Sektorierung überwinden
3. populations- und patientenbezogene statt anbieterorientierte Perspektive



1. gesellschaftliche Perspektive
2. Nutzen der Behandlungsmethode
3. Patientenperspektive
4. professionelle Perspektive
5. institutionelle Perspektive
6. wissenschaftliche Perspektive

Abb. 1 Dreidimensionaler Orientierungsrahmen für die Qualitätsentwicklung des Gesundheitssystems (vgl. Kap. 1.4 und Abb. 3)



# The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

HOME ARTICLES & MULTIMEDIA ISSUES SPECIALTIES & TOPICS FOR AUTHORS CME



## Perspective

### Reimagining Quality Measurement

Elizabeth A. McGlynn, Ph.D., Eric C. Schneider, M.D., and Eve A. Kerr, M.D., M.P.H.  
N Engl J Med 2014; 371:2150-2153 | December 4, 2014 | DOI: 10.1056/NEJMp1407803

Comments open through December 10, 2014

Share:

Article References Citing Articles (5) Comments (3)

The quality-measurement enterprise in U.S. health care is troubled. Physicians, hospitals, and health plans view measurement as burdensome, expensive, inaccurate, and indifferent to the complexity of care delivery. Patients and their caregivers believe that performance reporting misses what matters most to them and fails to deliver the information they need to make good decisions. In an attempt to overcome these troubles, measure developers are creating ever more measures, and payers are requiring their use in more settings and tying larger financial rewards or penalties to performance. We believe that doing more of the same is misguided: the time has come to reimagine quality measurement.

*“The quality-measurement enterprise in U.S. health care is troubled...”*

*“...burdensome, expensive, inaccurate, and indifferent to the complexity of care”*

*“Patients and their caregivers believe that performance reporting misses what matters most to them.”*

*“In an attempt to overcome these troubles, measure developers are creating ever more measures, and payers are requiring their use in more settings and tying larger financial rewards or penalties to performance.”*

*“We believe that doing more of the same is misguided.”*

## neuer Ansatz:

1. **Qualitätsmessung in die Versorgung integrieren, anstatt ein Paralleluniversum zu betreiben**
2. **Mehr Berücksichtigung der klinischen Alltagsrealität, u. a. Multimorbidität**
3. **Individuelle Patientenpräferenzen bzgl. Therapie und Ergebnis (Gesundheitsziel) berücksichtigen, dadurch Evidenz für unterschiedliche Behandlungsansätze entwickeln (Diversifizieren statt Vereinheitlichen)**

McGlynn et al. NEJM 2014, 317:23

The screenshot shows the top of a web page for The New England Journal of Medicine. The logo is in the top left, and the title 'The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE' is in the top right. Below the title is a navigation bar with links for HOME, ARTICLES & MULTIMEDIA, ISSUES, SPECIALTIES & TOPICS, FOR AUTHORS, and CME. A banner image is below the navigation bar. The main heading is 'Perspective' followed by the article title 'Reimagining Quality Measurement'. The authors listed are Elizabeth A. McGlynn, Ph.D., Eric C. Schneider, M.D., and Eve A. Ker, M.D., M.P.H. The publication information is 'N Engl J Med 2014; 371:2150-2153 | December 4, 2014 | DOI: 10.1056/NEJMp1407983'. There is a 'Comments open through December 10, 2014' notice and social media share icons. Below the article title are tabs for 'Article', 'References', 'Citing Articles (5)', and 'Comments (0)'. The main text of the article begins with 'The quality-measurement enterprise in U.S. health care is troubled. Physicians, hospitals, and health plans view measurement as burdensome, expensive, inaccurate, and indifferent to the complexity of care delivery. Patients and their caregivers believe that performance reporting misses what matters most to them and fails to deliver the information they need to make good decisions. In an attempt to overcome these troubles, measure developers are creating ever more measures, and payers are requiring their use in more settings and tying larger financial rewards or penalties to performance. We believe that doing more of the same is misguided: the time has come to reimagine quality measurement.'



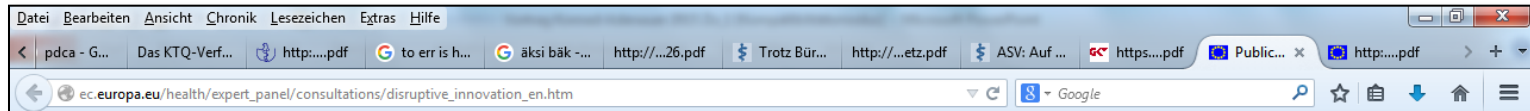


# Baustellen in der Qualitätssicherung



## Diskontinuität durch Aktionismus

# *„disruptive innovation...“*



*„Disruptive Innovation (DI) is a type of innovation that creates new networks and players and tend to displace existing structures and actors, and is as such a real paradigm shift.*

*It can be an important mechanism for improvement of health while reducing costs and complexity in favour of the improved access and empowerment of the citizen/patient.“*

The electronic template provided with the documents should be used for the submission of comments, with reference made to the chapter/section and paragraph numbers. Please note that comments submitted by email or post cannot be taken into account.

A submission will not be considered if it is:

- submitted after the deadline set out in the call;
- presented in any form other than what is provided for in the instructions and template;
- not related to the contents of the document;



# Baustellen in der Qualitätssicherung



**Europa**



Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union / Lissabon-Vertrag, Artikel 168, Abs. 7:

*„Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt.“*

# Schlussfolgerungen

- **Patentlösungen gibt es nicht**
- **Weiterentwicklung der Qualitätskultur ist eine Gemeinschaftsaufgabe**
- **(Qualitäts-)Kultur ist auch ein gesamtgesellschaftliches Phänomen**
- **Überforderung von QS, ob unbewusst oder absichtsvoll, führt zu Enttäuschungen, „stillen Streiks“ und Aktionismus**
- **die realen Versorgungsabläufe müssen im Blick behalten werden, ebenso die wechselseitigen Erwartungshaltungen**

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !

