



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Grüner Ärztetag 2011

Berlin, 14.05.2011

„Qualität oder überbordende Bürokratie?“

Dr. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin

Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Ärztliche Grundausrichtung - Ethik

Salus aegroti suprema lex

Das Wohl des Anvertrauten ist oberstes Gebot

-

Primum nil nocere

Zuallererst nicht schaden

Hippokrates (ca. 460 – 370 v.Chr.)

=

Werteorientierung



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Berufsrechtliche Grundlage

**§1 Der Arzt dient der Gesundheit des Einzelnen
und des gesamten Volkes**

**§2 Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur
nach ein freier Beruf.**

Bundesärzteordnung vom 16. April 1987



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Ärztliches Berufsrecht/ Ärztekammern

Basis der Qualitätssicherung in Deutschland



„Die Kammern haben die Aufgabe, für die **Qualität der Berufsausübung** zu sorgen, die berufliche **Fort- und Weiterbildung** ihrer Berufsangehörigen zu fördern und die Weiterbildung nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften zu regeln.“

(Berliner Kammergesetz, Erster Teil, § 4, Absatz 1, Punkt 3)

→ „Lean Management“!!

→ „Collegium Medicum“ gegründet 1685



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte

Basis der Qualitätssicherung



- **Ausbildung: 6 Jahre**
 - 6-jähriges Studium, Staatsexamen, Approbation
- **Weiterbildung: Mindestdauer 5 Jahre**
 - Geregelter Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Erlangung ärztlicher Kompetenzen
 - Praktische Anwendung ärztlicher Kenntnisse in der Versorgung
 - Qualifikation als Facharzt in Gebieten, darauf aufbauend Spezialisierung in Schwerpunkten
- **Fortbildung: lebenslang**
 - Berufsbegleitendes Weiterlernen zur kontinuierlichen Aktualisierung und Festigung der fachlichen Kompetenz



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Kompetenzerhalt



- *KTQ*

- *QEP*

- *IQM*

- *APS*

- *EbM-NW*

- *BQS...*

▪ **BÄK-Richtlinien:**

- z. B. Richtlinie zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

▪ **Leitlinien**

- z. B. **äzq** Nationale Versorgungsleitlinien

▪ **Curricula**

- z. B. Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement,
- z. B. Curriculum Ärztliche Führung

▪ **Clearing**

- z. B. **äzq** Leitlinien-Clearing

äzq = Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Wo liegt das Problem?

- Komplexe Medizin
- Multimorbide Patienten
- Ressourcenmangel
- Rahmenbedingungen
- Organisations-/Führungsversagen

→ Politikkrise



Bundesärztekammer



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

Leistungsfähigkeit der Medizin



Diabetes mellitus Typ I



Cor pulmonale NYHA III



Einfluss von Fallpauschalen/DRGs bei älteren Patienten mit Pneumonie

| | <i>1992</i> | <i>1997</i> | <i>Diff. %</i> |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Stationäre Verweildauer Ø Tage | 11,9 | 7,7 | -35,3 % |
| Krankenhauskosten pro Fall | \$ 9228 | \$ 6897 | -25,3 % |
| Mortalität während des stationären Aufenthalts | 14,1 % | 12,0 % | -14,9 % |

Quelle: Mark L. Metersky et al. (University School of Medicine / Connecticut, USA)
– Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia –
(Arch Intern Med. 2000; 160:3385–3391)



Einfluss von Fallpauschalen auf die Qualität der medizinische Behandlung bei älteren Patienten mit Pneumonie

| | <i>1992</i> | <i>1997</i> | <i>Diff. %</i> |
|--|-------------|-------------|----------------|
| Tod innerhalb 30 Tage nach Aufnahme | 15,7 % | 17,8 % | 13,4% |
| Tod innerhalb 30 Tage nach Entlassung | | | |
| Σ alle Patienten | 6,9 % | 9,3 % | + 34,8 % |
| Σ Verlegung in Pflegeeinrichtung | 14,9 % | 16,5 % | + 10,7 % |
| Verlegung in Pflegeeinrichtung | 30,3 % | 43,1 % | + 42,2 % |
| Stationäre Wiederaufnahme wg. Rückfall | 3,0 % | 3,7 % | + 23,3 % |

Quelle: Mark L. Metersky et al. (University School of Medicine / Connecticut, USA)
– Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia –
(Arch Intern Med. 2000; 160:3385–3391)



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Berliner Patientenbeauftragte legt Tätigkeitsbericht vor

Montag, 25. August 2008

Die Patienten, die sich im Erhebungszeitraum an das Berliner Büro wendeten, beklagten sich außerdem über den spürbaren Kostendruck und die Verdichtung der Arbeit in Krankenhäusern. Das ärztliche Personal und die Pflegekräfte hätten keine Zeit mehr, weil überall Personal abgebaut worden sei. Das führe zu übermäßiger Belastung und Fehlern.

<http://www.aerzteblatt.de/V4/news/news.asp?id=33451>

Versorgungspraxis??



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

20.09.2010

Assistenz bei eiligen Kaiserschnitten

Liebe Kollegen,

Ich danke für Ihre und die Bereitschaft Ihrer Mitarbeiter, uns bei Notfällen, eiligen Kaiserschnitten, zu unterstützen. Da zur Zeit nur noch ein diensthabender Gynäkologe im Hause ist, muss auch vor Eintreffen des Oberarztes mit einem eiligen Kaiserschnitt begonnen und das Kind zügig entwickelt werden. Die EE-Zeit, Zeit von der Entscheidung zur Eiligen Sectio bis zur Entwicklung des Kindes, darf nicht mehr als 20 Minuten betragen. Hierzu benötigen wir Unterstützung von einem operativen Kollegen.

Ich darf Ihren Mitarbeitern nochmals anbieten, bei einem Kaiserschnitt oder mehreren geplanten Kaiserschnitten zu assistieren, um den Ablauf der OP zu sehen. Sicher ist es für Ihre Mitarbeiter auch interessant. Glücklicherweise werden wir Ihre Hilfe nur

selten in Anspruch nehmen müssen; wenn dies jedoch

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie Ihre Mitarbeiter

Ich verbleibe mit freundlichem Gruß und bestem Dank

Chefarzt

Betreff: Assistenz bei eiligen Kaiserschnitten im

Sehr geehrter Prof. [REDACTED] mit Kopie in alle Arztfächer wurden die orthopädischen Ärzte am 27.9.2010 davon in Kenntnis gesetzt, dass es eine Absprache der Chefarzte gegeben habe, im Falle einer eiligen Sectio den inzwischen einzigen diensthabenden Gynäkologen bis zum Eintreffen des Oberarztes operativ zu unterstützen. Mit Schreiben vom 20.9.2010 bedankt sich Herr PD Dr. [REDACTED] bei den angesprochenen Mitarbeitern der Chirurgie, Orthopädie und Urologie für deren Bereitschaft zur Unterstützung.

Bei einer so tiefgreifenden Neuerung der Organisation bedarf es doch etwas mehr, als der sehr oberflächliche Information aus dem "Dankschreiben" von Dr. [REDACTED]. Es geht daraus nicht hervor, ob Tagdienst oder Bereitschaftsdienst gemeint ist. Oder ob dies alles nur für die Wochenendtage gilt. Das Angebot, einmal bei einem geplanten Kaiserschnitt zu assistieren, löst die organisatorischen Probleme im seltenen Notfall keinesfalls.

Insbesondere vor dem Hintergrund des bereits eingetretenen GIRS-Falles, bei dem der zur Hilfe gerufene Urologe den Weg in den Kreissaal nicht gefunden hat, ist eine genaue Verfahrensanweisung bei solchen eiligen Sectiones bei denen ja "jede Minute zählt" unabdingbar. Es muß festgelegt werden, wer rufen wann über welches Telefon wohin zur Hilfe. Das bisherige Procedere erscheint unprofessionell und haftungsrechtlich bzgl. des Eintretens eines Schadensfalls bei Mutter oder Neugeborenem höchst problematisch.

Eine reguläre Dienstweisung der beteiligten Chefarzte an Ihre Assistenten mit exakter Verfahrensanweisung ist nötig!

Ich bitte dringend, dies intern zu diskutieren und vor dem nächsten Notfallsectio-Ereignis zu installieren.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. [REDACTED]



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

„Ökonomisierung“

- Budgets
 - Arzneimittel-,
 - Heil/ Hilfsmittel-,
 - Krankenhaus-,
 - Praxisbudgets
- DRG's
- Rabattverträge
-

→ **Kosten wichtiger als Qualität (?)**

STATIONÄRE VERSORGUNG

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 107 | Heft 44 | 5. November 2010

Für menschliche Zuwendung ist keine Zeit mehr

18 Jahre als Chefin einer geriatrischen Abteilung in einem kleinen Krankenhaus haben die Autorin nachdenklich gemacht. Das Wohl des Patienten werde der Wirtschaftlichkeit nachgeordnet.

Als ich 1992 mit Begeisterung und Hingabe die Aufgabe übernahm, eine geriatrische Abteilung als Internistin aufzubauen, fand ich in dem kleinen Krankenhaus die besten Rahmenbedingungen vor, die ich mir für eine solche Aufgabe nur wünschen konnte:

- ein offenes Ohr bei dem



Die politische Entwicklung zeigte im Verlauf der nächsten Jahre auch in unserem Haus weitere Konsequenzen. Die niedrigen Pflegesätze in der Rehabilitation und die häufige Ablehnung geriatrischer Rehabilitationen durch die Krankenkassen führten unser Krankenhaus in eine wirtschaftlich kaum noch tragbare Situation. Im Jahr 2006 wurde deshalb in Absprache mit dem Ministerium eine erneute Umstrukturierung des Hauses beschlossen. Die Abteilung für Geriatrische Rehabilitation wurde auf 35 Betten reduziert, eine Abteilung für Innere Medizin neu aufgebaut. Die finanziellen Rahmenbedingungen im Akutsektor mit der Abrechnung über DRGs (Diagnosis Related Groups) versprachen eine bes-



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

QS-Massnahmen per Gesetz

eingeführt im Zusammenhang mit der Umsetzung von
Fallpauschalen

- ➔ Vorgaben
- ➔ Messen/ Berichten/ Bürokratie
- ➔ Sanktionieren

- ➔ ***Mechanistisches Weltbild***



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**



G-BA | Themenschwerpunkte

Gesetzliche Regelungen

Die gesetzliche Grundlage für die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bezogen auf Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement findet sich im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V):

Landesausschüsse und Gemeinsamer Bundesausschuss

[§ 91 SGB V – Gemeinsamer Bundesausschuss](#)

[§ 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses](#)

Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten

[§ 115b SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus](#)

[§ 116b SGB V – Ambulante Behandlung im Krankenhaus](#)

Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

[§ 135a SGB V – Verpflichtung zur Qualitätssicherung](#)

[§ 136 SGB V – Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen](#)

[§ 137 SGB V – Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung](#)

[§ 137a SGB V – Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität](#)

[§ 137b SGB V – Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin](#)

[§ 137f SGB V – Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten](#)

Übermittlung von Leistungsdaten

[§ 299 SGB V – Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung](#)

...unter Ausschluss der BÄK

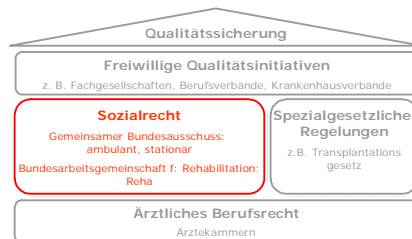


Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Bürokratie im Krankenhaus



Umfrage unter 450 Krankenhäusern 2010

Dokumentationsaufwand je Krankenhausarzt

3 Stunden täglich

- gesetzliche Dokumentationspflichten
- Qualitätsvereinbarungen
- MDK-Anfragen
- etc.



Quelle: http://www.vpkbb.org/uploads/media/DKG-Studie_Aerztmangel_Endbericht.pdf



Stationäre Qualitätssicherung Dokumentationsaufwand

MUSTER - Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
0014 (Spezifikation 14.0)

| | |
|---|--|
| BASIS Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden | 14 Basisdokumentation 1 Institutionskennzeichen 101 Betriebsstätten-Nummer 2 Fachabteilung Schlüssel 1 3 Identifikationsnummer des Patienten 4 Geburtsdatum 5 Geschlecht 6 Aufnahme datum Krankenhaus |
| 9 linksventrikuläre Ejektionsfraktion 10 LVEF nicht bekannt 11 Diabetes mellitus 12 Nierenfunktion | 101-104 ICD-Anteil 13 führende Indikation für ICD-Implantation |
| 15-18 Indikationsbegründendes klinisches Ereignis (15) + Symptomatik (16, 17) oder sonstige (18) 15 führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) 16 Indikation zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) 17 Grunderkrankungen 18 Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD | |
| 19-21 Indikationsbegründendes klinisches Ereignis (19) + Symptomatik (20) oder sonstige (21) 19 führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) 20 Indikation zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) 21 Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD | |
| 22-24 Indikationsbegründendes klinisches Ereignis (22) + Symptomatik (23) oder sonstige (24) 22 führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) 23 Indikation zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) 24 Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD | |

MUSTER - Nicht zur Dokumentation verwenden

herzglykoside
1 = ja
2 = nein

koronarsichtige atriale Stimulationsbedürftigkeit
0 = keine
1 = selten (< 5%)
2 = häufig (>= 5%) oder permanent

koronarsichtige ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit
0 = keine
1 = selten (< 40%)
2 = häufig (>= 40%) oder permanent

IKG-Befunde
1 = normaler Sinusrhythmus
2 = Sinuskranke/SAB-Blockierungen
3 = paroxysmaler paroxysmaler Vorhofflimmern
4 = paroxysmaler Vorhofflimmern
5 = Vorhofflimmern
6 = Vorhofflimmern (BTS)
7 = sonstige

AV-Block
0 = keine
1 = nicht bewertbar wegen Vorhofflimmern
2 = AV-Block I. Grades, Überleitung >= 30 ms
3 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms
4 = AV-Block I. Grades, Typ Wenckebach
5 = AV-Block I. Grades, Typ Mobitz
6 = AV-Block II. Grades

intraventrikuläre Leitungsstörungen
0 = keine (QRS < 120 ms)
1 = Rechtshalbeschlag (RBB)
2 = Linkshalbeschlag (LBB) + RBB
3 = Linkshalbeschlag (LBB) + RBB
4 = Linkshalbeschlag, QRS 120 ms < 140 ms
5 = Linkshalbeschlag, QRS >= 140 ms
6 = alternierender Schenkelblock
7 = QRS >= 120 ms ohne Differenzierung
8 = sonstige

MUSTER - Nicht zur Dokumentation verwenden

3. Verteilungskategorie
1 = ja
2 = nein

andere Defibrillationssonde
1 = ja
2 = nein

Position
1 = nichtventrikuläre Apex
2 = nichtventrikuläre Septum
3 = andere

Rezschwelle
1 = spez. PAV-Genese-Sonde
2 = spez. ICD-Genese-Sonde
3 = spez. ICD-Genese-Sonde

nicht gemessen

R-Amplitude
1 = spez. PAV-Genese-Sonde
2 = spez. ICD-Genese-Sonde
3 = spez. ICD-Genese-Sonde

nicht gemessen

Position
1 = nichtventrikuläre Apex
2 = nichtventrikuläre Septum
3 = andere

Rezschwelle
1 = spez. PAV-Genese-Sonde
2 = spez. ICD-Genese-Sonde
3 = spez. ICD-Genese-Sonde

nicht gemessen

ICD-Klassifikation
1 = AT (Atriale Tachykardie)
2 = AT (Atriale Tachykardie)
3 = AT (Atriale Tachykardie)

Defibrillatoren-Implantation
Datensatz 2011
96 Datenfelder

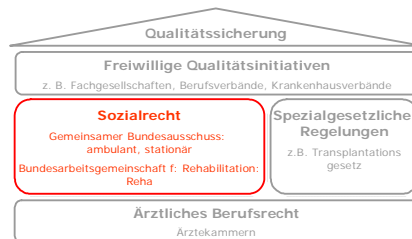


Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Bürokratie im vertragsärztlichen Bereich



Umfrage unter 324 niedergelassenen Ärzten 2005

55 Wochenarbeitsstunden

davon 14 Stunden Ausfüllen von Formularen

- Kassenanfragen
- Praxisbegehungen
- Disease-Management-Programme
- ...



hochgerechnet für 117.000 niedergelassene Ärzte

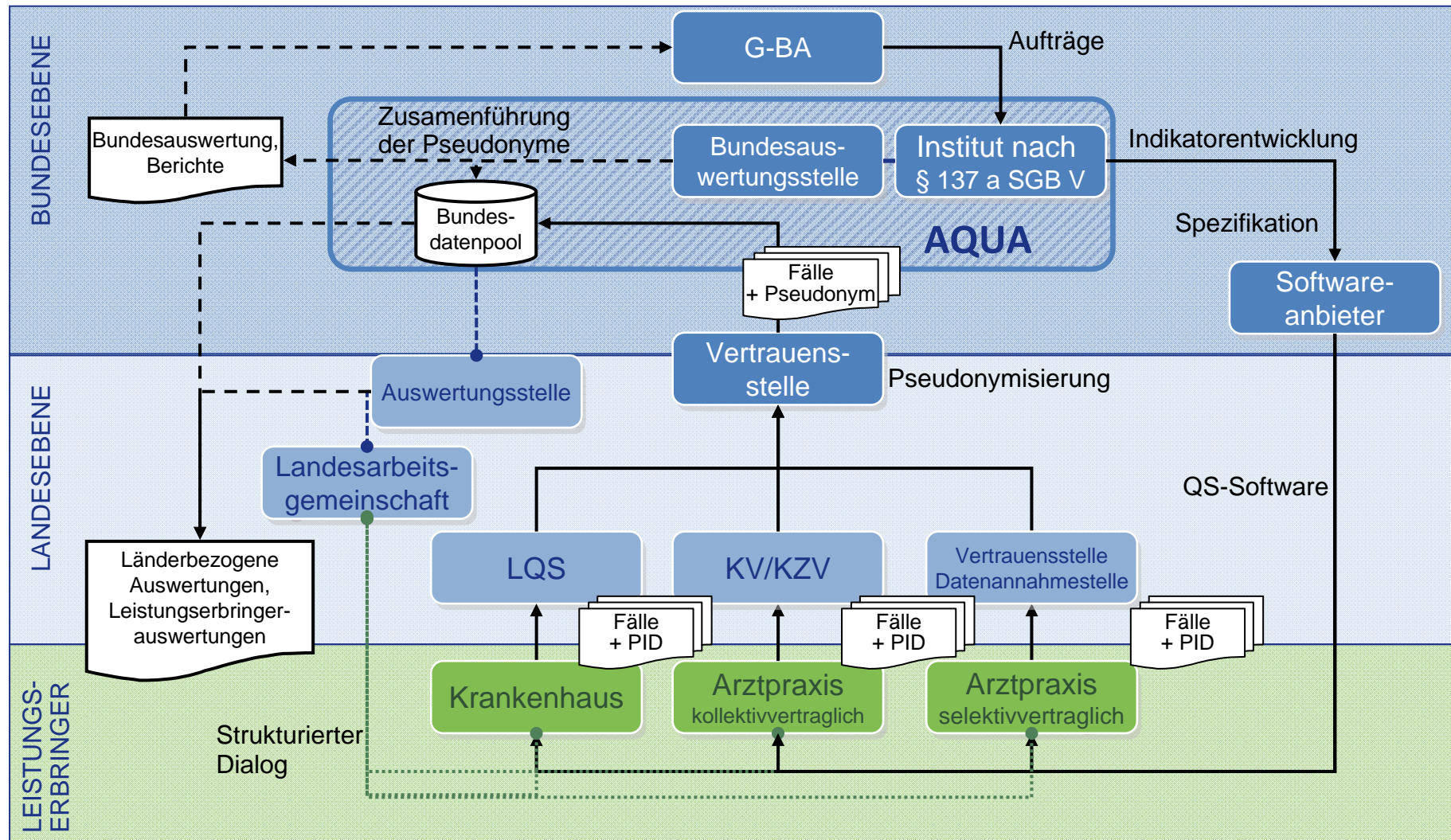
75 Millionen Stunden /Jahr

Quelle: <http://www.kbv.de>



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Geplanter Datenfluss





Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

**Zunehmende Fremdbestimmung und
Benachteiligung durch den Gesetzgeber**

**führt zu Motivationsverlust, innerer und
äußerer Kündigung, „burn-out“ und
Ärztemangel**



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Alternative:

→ Gemeinsame Ziele setzen!

→ Betroffene zu Beteiligten machen!

→ = TQM in der Gesundheitspolitik



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Systematisieren

Optimieren

M. Roberts, Harvard University

Humanisieren

G. Jonitz, Ärztekammer Berlin



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Qualitätsverbesserung durch kollektives Lernen

- Initiative Qualitätsmedizin/ Intensivmedizin
 - Peer Review
- Herzinfarktregister www.herzinfarktregister.de
- ...

→ Humanistisches Weltbild

→ Kompetenzsteigerung

→ Verantwortlichkeit

→ Rechenschaft



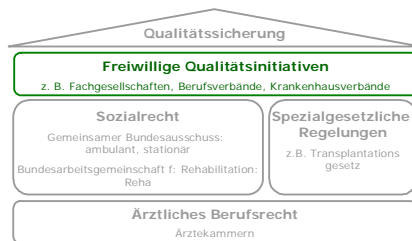
Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Freiwillige Qualitätsinitiativen

Beispiele



- Initiative Qualitätsmedizin IQM
(> 120 Krankenhäuser)
- Peer Review in der Intensivmedizin
(Dtsch. Ges. f. Anästhesiologie und Intensivmedizin, Dtsch. Interdisziplinäre Vereinigung f. Intensiv- und Notfallmedizin)
- Netzwerk CIRSmedical.de
(Krankenhäuser, ÄZQ, ÄK Berlin ...)





Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**



Berliner Herzinfarktregister 



Etc.etc...





Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Fazit

- Ärztliches Berufsrecht und Ethik sind Basis der Qualitätssicherung
- Bürokratie v. a. durch sozialgesetzliche Qualitätssicherung
- Dokumentationsaufwand ca. 3 Stunden je Arztarbeitstag
- Zahlreiche freiwillige ärztliche Qualitätsinitiativen



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

Fazit

- Konsequente Nutzung vorhandener Routinedaten
- Stichproben statt Vollerhebung
- Zentral: Einbindung des ärztlichen Sachverständs in die QS
- Vorhandene QS-Verfahren weiter entwickeln, statt immer neue zu erfinden
- Nutzung innovativer Ideen aus freiwilligen Initiativen

**Qualitätsverbesserung durch Kompetenzsteigerung,
Verantwortlichkeiten und Rechenschaft statt
mechanistischer Eingriffe!**



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

**Eine hochwertige Behandlung und humane
Betreuung kranker Menschen
braucht ein positives Umfeld
und
ein unterstützendes politisches Klima**



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

**Politik setzt auf Defizit- und Kostenorientierung, Dezimierung
externe Vorgaben, Kontrolle, Sanktion
mechanistisches Weltbild**

Alternative:

**Werteorientierung, Optimierung,
intrinsische Motivation, Verantwortung und Rechenschaft**



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern



**ÄRZTEKAMMER
BERLIN**

**„Behandle drum den Doktor gut
damit er euch desgleichen tut“**

Eugen Roth, 1895 - 1976

g.jonitz@aekb.de