

2. CAQ-Jahrestagung

Neues Schloss Meersburg, 02.02.2008

Qualitätssicherung in Politik und Praxis

Dr. med. Günther Jonitz

Präsident

Ärztekammer Berlin

**Die wichtigste Person im Leben
eines kranken Menschen ist
der Arzt.**

*Die wichtigste Person im Gesundheitssystem
ist der Arzt*

*Die wichtigste Person im Gesundheitswesen
ist der Patient*

Was will die Politik:

Unbefristete Fortsetzung der Budgetierung (Globalbudget)

Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen

Liquidierung einer fachärztlichen Versorgung auf freiberuflicher Basis

„Förderung“ der hausärztlichen Versorgung

SPD Papier 1996

„Herr Jonitz! Wenn die Hälfte der
Ärzte weg wäre, mit der anderen
Hälfte könnte man sehr gut leben –
oder meinetwegen 60:40.“

Ziele:

Dezimierung

Systemwechsel Primärarztsystem mit
Einheitsfinanzierung (Gesundheitsfonds)
und Einheitsversorgung (G-BA)

Kostendämpfung

Diagnosis related groups

Problem DRG-System Import

Australien:

- Bettenmangel
- partielle Einführung
- common sense
- Ziel: Optimierung der Krankenhäuser

versus

Deutschland:

- rel. Überangebot an Krankenhausbetten
- flächendeckende Einführung
- common dissense
- eigentl. Ziel: Dezimierung von KrkH-Betten

„Stradivari-Phänomen“

Einfluss von Fallpauschalen auf die Qualität der medizinischen Behandlung bei Patienten mit hüftgelenksnahen Frakturen (USA 1987)

	<i>Ohne Fallpauschalen</i>	<i>Mit Fallpauschalen</i>	<i>Diff. %</i>
Liegezeit	16,6 Tage	10,3 Tage	-37,6%
Zahl der krankengymnastischen Anwendungen	9,7	4,9	-49,5%
Entlassungen in Pflegeheime	21%	48%	+129%
Hauspflegebedürftig	13%	39%	+300%

Quelle: John F. Fitzgerald et al. (Indiana University School of Medicine/Indianapolis, USA)
Changing patterns of hip fracture care before and after implementation of the prospective
5 payment system (*JAMA* 1987; 258: 218-221)

4.2. Fallpauschalen: Effizienzpotentiale und Fehlanreize

... bedarf es von Beginn an flankierender angemessener Qualitätsmanagementmaßnahmen....

4.4. Eine einseitige Orientierung des neuen Vergütungssystems an Kosteneinsparungen und dem Grundsatz der Beitragsstabilität ist gefährlich.

Krankenhäuser gefährden ihre Existenz derzeit durch schlechte Qualität weniger als durch hohe Kosten.

Konsequenzen:

SGB V §135, 137ff

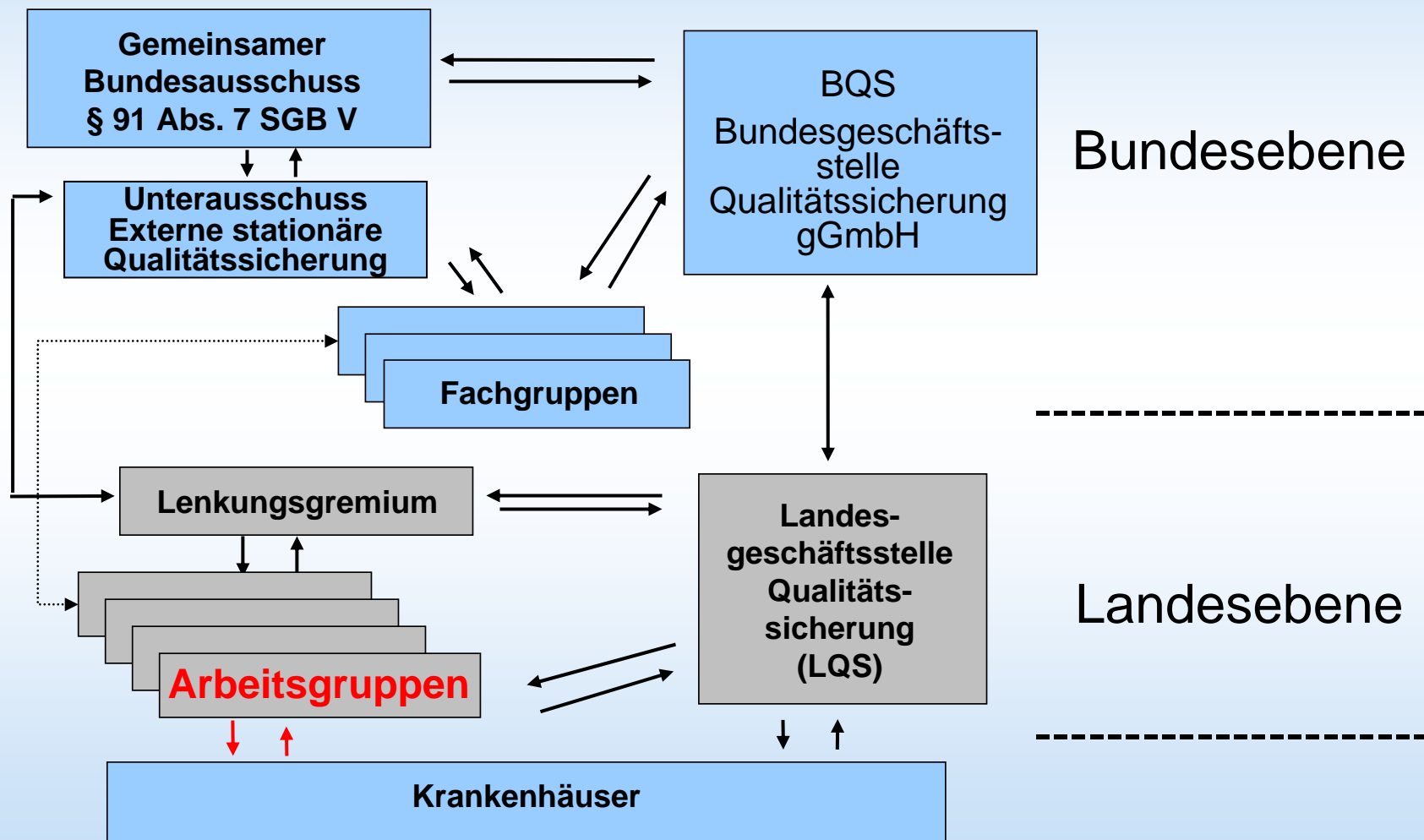
Externe vergleichende
Qualitätssicherung (BQS)

Mindestmengen

Qualitätsberichte

Struktur- und Prozessqualität

...



Aktivitäten der Ärzteschaft:



QS Peri/Neonatologie

QS in der Chirurgie (Tracerdiagnosen)

Deutscher Ärztetag 1993

Curriculum ärztliches Qualitätsmanagement

Ärztliches Zentrum für Qualität (www.azq.de)

Bundesgeschäftsstelle QS (www.bqs-online.de)

Kooperation für Transparenz und Qualität (www.ktq.de)

Qualitätsorientierte Wettbewerbsordnung DÄT 2000

Curriculum Evidenzbasierte Medizin

Nationales Programm für Versorgungsleitlinien

Aktionsbündnis Patientensicherheit (DÄT 2005)

Curriculum Patientensicherheit 2006

Curriculum Ärztliche Führung 2007

...



u.a.m.

Welcome to
National Patient Safety Foundation®



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

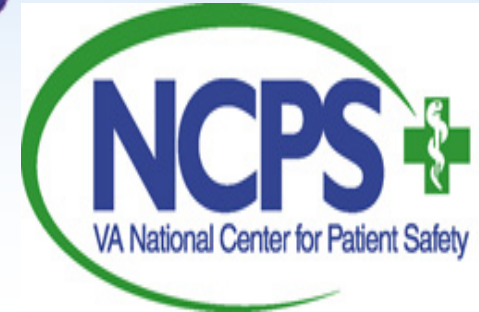


Agency for Healthcare Research and Quality

Advancing Excellence in Health Care

National Patient Safety Agency

www.npsa.nhs.uk



"First, do no harm..."
Attributed to Hippocrates circa 470-350 B.C.

World Health Organization
20 Avenue Appia
CH-1211, Geneva 27
Switzerland
Tel: +41 (0)22 791 40 24
Fax: +41 (0)22 791 13 69
Email: patient@who.int

Please visit our website at:
www.who.int/patient

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY
FORWARD PROGRAMME 2005



AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT



PATIENT SAFETY INSTITUTE

Partners Working Together for the Good of Patients

One stop for knowledge and
innovation for safer healthcare

Dr. med. Günther Jonitz
Meersburg, 02.02.2008

www.saferhealthcare.org.uk



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

= Gegenregulierung ökonomischer
Fehlanreize durch QS/QM-
Maßnahmen

Funktioniert das??

„Schöpferische Zerstörung“
n. Schumpeter, Ökonom

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)

„Die finanziellen Spielregeln bestimmen das Spiel, nicht die Spieler.

Wer beim Fußball Fouls verbietet, diese aber nicht ahndet, trägt die Verantwortung dafür, dass nach zehn Minuten jeder faire Spieler vom Platz getragen wird.“

G J

QS / QM

Alibi

Bürokratischer Wahnsinn!?

Ressourcenverschwendung?

Oder:

Gegengewicht zur blinden Ökonomisierung?

**Wiederherstellung der Glaubwürdigkeit
der Ärzteschaft!**

Zentraler Pfeiler der Professionsentwicklung

Praktizierte Kollegialität durch „peer review“

Förderung der intrinsischen Motivation

Grundlage für wertorientierte Preisverhandlungen

„Wiederentdeckung primärer ärztlicher Tugenden auf systematischer Basis“

GJ

Auf dem Weg zum „Qualitätswettbewerb?“

Extern vergleichende
Qualitätssicherung im geschützten
Raum

Öffentlicher Vergleich

Zumessung von Entgelten?

Versorgungssteuerung?



Die Ärzteschaft muss sich
entscheiden, welche Rolle sie
einnehmen möchte:

Die Opferrolle

Die des Experten

Die des Führenden in Zeiten der
Veränderung

Fazit:

Die Ära des uneingeschränkten Vertrauens in uns Ärzte ist vorbei.

Die Phase der **Rechenschaft** über die Angemessenheit unseres Tuns und unsere Ergebnisse ist angebrochen.

Qualität im Gesundheitswesen ist nicht messbar, aber ermessbar.

Der Weg dorthin führt durch eine komplexe und anspruchsvolle Materie.

Wenn wir unsere Qualität nicht darlegen, machen es andere.

g.jonitz@aekb.de