



ÄRZTEKAMMER
WESTFALEN-LIPPE

Qualität –

Von der Hilfe zur Selbsthilfe zum Steuerkriterium des Systems

Jochen Bredehöft



Agenda

- Urzustand des Systems
- Mit Wettbewerb aus der Erstarrung
- Mit Qualität (gegen-) steuern
- Paradigmenwandel der QS
- Quo vadis?



Der Urzustand des Systems

Sektorale Gliederung

Ambulant – stationär

Korporatistische Organisation

KVen – Krankenhausgesellschaften – Kassen

Kollektivvertragliche Finanzierung

Sicherstellungsauftrag – Kontrahierungszwang

Einzelleistungsvergütung – Selbstkostendeckung

Starre Gliederung der Kostenträger

AOKen – Ersatzkassen – PKV / Beihilfe



Die Kosten steigen ...

- Medizinischer Fortschritt
- Demographische Entwicklung
- Kostensenkung – Kostendämpfung erfolglos.

... Wettbewerb als Lösungsansatz



Meilensteine des Wettbewerbs (SGB V)

- 1992 freie Kassenwahl, Risikostrukturausgleich
- 1994 Fallpauschalen und Sonderentgelte
- 2000 DRG; Modellvorhaben; Integrierte Versorgung
- 2004 MVZ; Direktverträge mit Kassen
- 2007 Berufsausübungsgemeinschaften;
Vertragsarzt und KH-Arzt gleichzeitig
- 2007 Gesundheitsfonds, PKV-Basistarif;
Hausarztverträge; Selektivverträge
- 2009 Krankenkassen insolvenzfähig



Die Entdeckung der Qualität

- Fehlanreizen des Wettbewerbs gegensteuern
- Qualität als Steuerungsinstrument einsetzen
 - Qualitätssicherung
 - Qualitätsmanagement
 - QM-Darlegung → Zertifizierung
 - Qualitätsberichterstattung / public disclosure



72. Gesundheitsministerkonferenz 1999

Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen

11 Ziele: Patientenorientierung, Leitlinien, QS und QM sektorenübergreifend, Qualitätsdarlegung...

Ziel 7: Qualitätsorientierte Steuerung

Bis 2008 sollen Kriterien entwickelt werden,

„nach denen Planungen, Zulassungen, Kündigungen von Versorgungsverträgen und/oder Vergütungen soweit wie möglich auch an Qualitätskriterien gekoppelt werden.“

77. GMK 2006: Fortschreibung

1. Qualität wird zum Leit- und Steuerungskriterium des deutschen Gesundheitswesens.
3. Die Ergebnisqualität wird in vielen Bereichen über die Allokation von Ressourcen und die Finanzierung von Leistungen entscheiden.
4. Ziel des Gesundheitssystems ist der patientenrelevante Nutzen. Das Gesundheitswesen hat sich ausschließlich daran zu orientieren. Qualitätsorientierung wird insbesondere durch Qualitätsmanagement der bestimmende Faktor der Gesundheitsversorgung.



Meilensteine der Qualitätsentwicklung

- 1989 QS im Krankenhaus verpflichtend
- 1994 Rahmenvorgabe QS bei Fallpauschalen
- 2000 QS-Zuständigkeit für KH wird zentralisiert
QS-Verpflichtung für Vertragsärzte / Reha
QM für KH und Reha; Leitlinienorientierung
- 2001 DMP
- 2002 Mindestmengen, Qualitätsbericht der KH
- 2004 QM für Vertragsärzte; Qualitäts-Förderung wird KV-Aufgabe; IQWiG eingerichtet
- 2007 IQWiG: Kosten-Nutzen-Analyse; unabh. Institution für QS; Pflichtzertifizierung stat. Reha

Die Zentralisierung der Selbstverwaltung

Vier Bundesausschüsse jeweils mit Kassen:

Ärzte – Zahnärzte – Krankenhaus - Psychotherapie

2000 Koordinierungsausschuss: Unparteiischer, einfacher
Mehrheitsentscheid

2004 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) mit alten
Ausschüssen

2007 G-BA mit einem gemeinsamen Beschlussgremium,
Patientenvertreter mit Antragsrecht, GKV-
Spitzenverband



Paradigmenwandel in der QS

- Das Professionelle Modell

Perspektive:

freiwillige innerärztliche Selbstkontrolle

Prinzip:

Hilfe zur Selbsthilfe

Verantwortung:

persönlich, aus der Autonomie der Profession

(nach B.P.Robra, 2004)



Das korporatistische Modell

- Perspektive:
gesetzliche QS-Pflichten der Leistungserbringer
- Prinzip:
PDCA + Transparenz im geschützten Raum,
Verbesserung im Geleitzug: „es geht voran und alle
kommen mit“
- Verantwortung:
gemeinsame Selbstverwaltung im Konsens

(nach B.P.Robra, 2004)



Grenzen des korporatistischen Modells

- Kassen und Patienten: Transparenz!
vs. PDCA im geschützten Raum
- Verbandsinteressen vertreten
vs. Sektorengrenzen überwinden
- Beispiel Mindestmengen NICU
G-BA-Entscheid vs. BMG und Patienten
- Beispiel Rili Sektorenübergreifende QS

Das System-Modell

- Perspektive:
Recht des autonomen Patienten; Gesellschaft
- Prinzip:
sektorenübergreifend
Über-, Unter-, Fehlversorgung
Qualitätswettbewerb und -transparenz
Qualitätsabhängige Verträge und Vergütung
- Verantwortung:
Gemeinschaftsaufgabe mit Mehrheitsentscheid
(nach B.P.Robra, 2004)

Kurz zusammengefasst

- Sektorale begrenzte kollektivvertragliche Regelungen werden schrittweise durch Wettbewerbselemente bei Leistungserbringern und Kostenträgern aufgeweicht
- QS und QM werden um öffentliche Qualitätsdarlegung und Zertifizierung ergänzt – Qualität wird zentrales Steuerkriterium
- Korporatistische QS stößt auf Sektorengrenzen und Patientenautonomie – ein Systemmodell wird gebraucht



Quo vadis?

- *„Die ambulante Versorgung wird zunehmend durch entwickelte Organisationen übernommen.*
- *Alle Sektoren des Gesundheitssystems verändern ihre Funktion und koordinieren die Versorgung auf dem Boden einer veränderten Arbeitsteilung.*
- *Die Finanzierung wird populationsbezogen weiterentwickelt und bedient sich dabei versichertenbezogener Ansätze, die regional unterschiedlich gestaltet werden können.*
- *Die Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung bildet – vor allem hinsichtlich der ambulanten Behandlung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser – das entscheidende medizinische und ökonomische Entwicklungspotential aus, das die Veränderung trägt.“ (Sachverständigenrat 2009, Ziffer 167)*