

# 73. Bayerischer Ärztetag in Weiden Eröffnungsveranstaltung

Statement von  
Dr. Max Kaplan  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

# Qualität als Selbstverpflichtung

Anlässlich des 73. Bayerischen Ärztetages hei-  
ße ich Sie im Namen der Bayerischen Landes-  
ärztekammer (BLÄK) und auch persönlich hier  
in der Max-Reger-Halle in Weiden ganz herz-  
lich willkommen.

Mit der heutigen Diskussionsrunde „Pay for  
Performance – die Lösung für die Medizin von  
morgen?“ wollen wir den diesjährigen Bayeri-  
schen Ärztetag eröffnen. Kein einfaches The-  
ma, aber sicher ein wichtiges!

## Gesundheitsreform

Wir, die bayerische Ärzteschaft, haben in den  
kommenden zwei Tagen die Chance, die an-  
stehenden Reformen zu thematisieren, sie zu  
diskutieren und sowohl unsere Vorstellungen  
als auch unsere Forderungen in die laufende  
Debatte einzubringen. Diese Chance werden  
wir auch ergreifen, denn das Timing stimmt:  
Gerade ist der Referentenentwurf des GKV-  
Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) ver-  
öffentlicht worden und die Tagungen der  
Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhaus-  
reform haben begonnen. Im GKV-VSG sollen  
entsprechend dem Koalitionsvertrag vor allem  
folgende Punkte angesprochen werden:

- » Verbesserung der Anreize für Ärzte zur  
Niederlassung in unterversorgten Gebieten  
(Einrichtung eines Strukturfonds).
- » Einrichtung von Termin-Servicestellen bei  
gleichzeitigem Abbau von Praxissitzen in  
sogenannten überversorgten Regionen.
- » Stärkung der Weiterbildung in der Allge-  
meinmedizin.
- » Bessere Verzahnung ambulant-stationär,  
das heißt sektorübergreifende Versorgung.
- » Teilweise Haftungsbefreiung für Hebammen.
- » Förderung kooperativer Versorgungsfor-  
men, Zweitmeinung, Entlassungsmanage-  
ment und Förderung der Delegation ärztli-  
cher Leistungen.

Zu den Plänen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe  
zur Krankenhausreform haben die Bundesärz-  
tekammer, die Deutsche Krankenhausgesell-  
schaft und der Deutsche Pflegerat zusammen

mit weiteren Verbänden eine gemeinsame Re-  
solution zur Krankenhausreform vorgestellt  
und hierbei eine Verbesserung der Personal-  
ausstattung und -finanzierung gefordert. Wir –  
die Bayerische Landesärztekammer – haben  
mehrfach darauf hingewiesen (in Pressemit-  
teilungen, Interviews, Schreiben und Gesprä-  
chen), dass es aufgrund der bestehenden Unterfin-  
anzierung und Personalknappheit zu einer enor-  
men Arbeitsverdichtung in den Krankenhäu-  
sern kommt, welche zunehmend zulasten der  
Arzt-Patienten-Beziehung, der Qualität der  
Weiterbildung und nicht zuletzt auf Kosten der  
Attraktivität des Berufsbildes geht. Ganz zu  
schweigen von der Gefahr, dass sich dadurch  
Behandlungsfehler einschleichen können.

Weitere Themen unserer Arbeitstagung wer-  
den das neu aufgelegte Präventionsgesetz, das  
Pflegerstärkungsgesetz, die vorgesehene Ver-  
ankerung der Korruption im Strafgesetzbuch  
und die Gesetzesinitiative bezüglich des assis-  
tierten Suizids sein.

Im Sinne einer verantwortungsvollen und qua-  
lifizierten Patientenversorgung werden wir  
diese Themen diskutieren und unsere Vorstel-  
lungen, aber auch Forderungen, an den Gesetz-  
geber klar zum Ausdruck bringen. Von dieser  
Stelle aus darf ich Sie ermutigen, entspre-  
chende Entschließungsanträge einzubringen.

## Qualität

Die Begriffe wie Qualität und Effizienz in der  
medizinischen Versorgung prägen nicht nur  
zunehmend die gesundheitspolitische sondern  
auch die gesellschaftspolitische Diskussion und  
werden somit auch unseren Ärztetag begleiten.

„Pay for Performance – Die Lösung für die Me-  
dizin von morgen?“ Wir haben diese Frage hier  
nicht von ungefähr als Titel der heutigen Ver-  
anstaltung gewählt, gilt doch für viele dieser  
Anglizismus „Pay for Performance (P4P)“ als  
Zauberwort, als Wunderwaffe, ja als Lösung für  
die Medizin von morgen.

Für uns Ärztinnen und Ärzte ist die Selbstver-  
pflichtung zur Qualität eine immanente, aus  
unserem freiberuflichen Selbstverständnis ent-  
wickelte, Aufgabe. Dabei prägt nicht allein das  
Ergebnis medizinischen Handelns die Qualität  
der Versorgung. Nach allgemeinem Verständnis

ist gute Qualität in der Regel ein Ergebnis des  
Zusammenwirkens sinnvoller Strukturen, koor-  
dinerter Prozesse und eines kontinuierlichen  
Nachjustierens, um gute Ergebnisse zu erzielen.  
Gute Qualität kann nur in enger Zusammenar-  
beit und im Dialog mit unseren Partnern, Mit-  
arbeitern und vor allem mit unseren Patienten  
erzielt werden. Förderung und Sicherung von  
Qualität verbunden mit Transparenz sind wes-  
entliche Voraussetzungen für ein leistungsfä-  
higes Gesundheitssystem, in dem die Patien-  
ten im Mittelpunkt stehen. Wir Ärztinnen und  
Ärzte stehen für eine qualitativ hochwertige  
flächendeckende ärztliche Versorgung ein, die  
jedem Patienten in seinem unmittelbaren Um-  
feld zur Verfügung steht. Aber wir hinterfragen  
genauso kritisch, ob P4P den richtigen Anreiz  
zur Entwicklung von Konzepten für eine Ver-  
besserung der Qualität der Versorgung bildet.  
Positive Effekte konnten bisher nicht nachge-  
wiesen werden, wir sehen aber sehr wohl die  
Gefahr negativer Auswirkungen, wie beispie-  
lsweise Patienten- und Risikoselektion sowie  
Fokussierung auf bestimmte Leistungen.

Genau dies wollen wir heute Abend mit unse-  
ren Experten diskutieren und hierbei insbeson-  
dere die vorhandenen Qualitätsmaßnahmen  
aufzeigen, gerade in Bezug auf die gegebene  
Strukturqualität in Form von Ausbildung, Wei-  
terbildung, Fortbildung einschließlich unse-  
rer Curricula für Qualitätsmanagement oder  
Krankenhaushygiene, aber ebenso auch unsere  
Qualitätszirkel-Arbeit, unsere qualitätssichern-  
den Maßnahmen durch die Ärztlichen Stellen  
und neue Fortbildungsmaßnahmen, wie das  
Peer-Review betonen. Bei der Diskussion über  
Qualität ist es sicher auch notwendig die Defi-  
zite aufzuzeigen.

## Stationäre Versorgung

In der stationären Versorgung erweisen sich  
die starren unflexiblen Fallpauschalen (DRG –  
Diagnosis Related Groups) immer mehr zu ei-  
nem Hindernis bei der Finanzierung einer qua-  
lifizierten Patientenversorgung. Insbesondere  
Kliniken in dünn besiedelten Regionen, die wir  
gerade auch in Bayern aufweisen, können sich  
aus den DRG-Vergütungen kaum mehr kos-  
tendeckend finanzieren, was sich mehr und  
mehr auch auf die ärztliche und pflegerische  
Versorgung und somit unmittelbar auf die Pa-  
tientenversorgung auswirkt. Nach Angaben der

Bayerischen Krankenhausgesellschaft mussten 52 Prozent der Kliniken für das Jahr 2013 ein Defizit ausweisen.

Wir müssen daher wegkommen von dem 100-Prozent-Ansatz des Fallpauschalensystems. Krankenhäuser und Kostenträger brauchen bei ihren Budgetverhandlungen mehr Ermessensspielräume, damit die Sicherstellung einer gut erreichbaren Krankenhausversorgung – wie dies unser Bundesgesundheitsminister ausdrücklich für strukturschwache Gebiete fordert – ebenso berücksichtigt werden kann, wie die Finanzierung von extremen Kostenfällen bei Häusern der Maximalversorgung. Für eine saubere betriebswirtschaftliche Berechnung benötigen wir einen Orientierungswert, der methodisch sauber ermittelt wird. Einen Orientierungswert, über den steigende Ausgaben durch Tarifanpassungen, Prämiensteigerungen bei Haftpflichtversicherungen oder Energiekosten refinanziert werden können. Neben den Betriebskosten stellen die Investitionskosten ein Problem dar. Hier sind die Länder gefordert! Die Bayerische Staatsregierung hat in den vergangenen Jahren deutlich nachgebessert und ein Investitionsvolumen von 500 Millionen Euro pro Jahr aufgelegt, was jedoch immer noch hinter dem von 2002 zurückbleibt (2002: 613 Millionen Euro, Etatkürzungen um insgesamt 161 Millionen Euro – also nicht weniger als 26 Prozent des Gesamtansatzes). Dennoch möchte ich mich hier ausdrücklich bei der Bayerischen Staatsregierung für das Jahreskrankenhausprogramm 2014 bedanken.

Bayern investiert in seine Krankenhäuser und dennoch konnten die Defizite im Investitionsbereich noch nicht (ganz) abgebaut werden. Noch mal: Wir unterstützen das Vorhaben, die Qualität in der stationären Versorgung weiter zu verbessern und zu optimieren. Auch mehr Transparenz, um die Patienten besser informieren zu können, ist zu bejahen. Dies alles muss aber risikoadjustiert und unverfälscht geschehen und kann nur durch eine unabhängige sachorientierte Information erfolgen. Wir akzeptieren nicht, wenn der Ruf der Krankenkassen nach mehr Qualität nur ein Deckmantel für Preisdumping, Selektion, Einkaufsmodelle oder Standortpolitik ist!

## Ambulante Versorgung

In der vertragsärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber durch das GKV-Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2007 und zuletzt durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 („Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“), die ersten Grundlagen für ei-

ne Verbesserung der ambulanten Versorgung gelegt. Dennoch sind auch hier Budgetierung, Pauschalierung, Regressandrohung, eine Überreglementierung und eine inadäquate Honorierung Hindernisse für die Sicherstellung einer qualifizierten, wohnortnahen, ambulanten Patientenversorgung, die als erstes beseitigt werden müssen.

Gleichzeitig stehen wir für eine Optimierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Auch bejahen wir die Forderung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz. Auch stimmen wir der Aussage unseres Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe zu, dass wir mehr Sachlichkeit und Transparenz in der Qualitätsdebatte benötigen. Die Einrichtung eines unabhängigen, auf wissenschaftlicher Basis arbeitenden Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen lehnen wir nicht grundsätzlich ab, sondern fordern eine adäquate Beteiligung der Ärzteschaft ein. Insbesondere die Risikoadjustierung von Sozialdaten werden wir sehr aufmerksam beobachten und fordern hierbei die Berücksichtigung von Besonderheiten in der vertragsärztlichen Versorgung ein. Zum Beispiel das Problem der kleinen Fallzahlen, die besondere Berücksichtigung chronischer Erkrankungen und Multimorbidität bezüglich der Feststellung der Ergebnisqualität, das Problem der Zuschreibbarkeit von Behandlungserfolg bzw. Qualitätsdefizit auf die einzelnen Behandler und die Abhängigkeit von patientenseitigen Faktoren, schlichtweg die Berücksichtigung deren Compliance. Ziel muss sein, dass Qualitätsmessung und Public Reporting eingebettet sind in eine komplexe, von Qualitätszielen geleitete Qualitätsförderung nach dem sogenannten PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act, Deutsch: Planen – Intervenieren – Überprüfen – Umsetzen) im Sinne eines evaluierten Qualitätsmanagements. Hierbei muss betont werden, dass das größte Qualitätsverbesserungspotenzial sicherlich nicht in noch mehr sektorspezifischer Qualitätskontrolle liegt, sondern in der sektorübergreifenden Verzahnung der Versorgung. Hierfür müssen die strukturellen und insbesondere auch die finanziellen Voraussetzungen gegeben sein.

## Expertise

„Zu viele Apparate, zu wenig Zuwendung – die Medizin hat sich in eine falsche Richtung entwickelt“, meint der Medizinethiker Giovanni Maio. Er fordert einen grundsätzlich neuen Ansatz im Gesundheitswesen in seinem neu erschienenen Buch „Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Be-

sonnenheit“. Die Lektüre dieses Werks kann ich Ihnen empfehlen. Krankenhäuser und Praxen sind keine Industrieunternehmen, wir Ärztinnen und Ärzte lassen uns nicht auf Leistungserbringer reduzieren, Gesundheit ist keine Ware und unsere Patientinnen und Patienten sind keine Kunden!

Dies könnte/sollte die Botschaft sein, die von diesem 73. Bayerischen Ärztetag aus, ziemlich genau ein Jahr nach der Bundestagswahl und nach der bayerischen Landtagswahl, nach München und Berlin geht.

Die vor uns liegenden Herausforderungen sind vielfältig und die Politik kann sie nicht alleine stemmen und der vor uns liegende Referentenentwurf zum GKV-VSG ist der „lebhafteste Beweis“ dafür! Sie ist auf die Expertise der Träger und der Beschäftigten im Gesundheitswesen angewiesen. Wir Ärztinnen und Ärzte sind bereit, unseren Sachverstand in die anstehenden Beratungen mitzubringen. Mit der heutigen Diskussion machen wir den Anfang!

## Menschliche Antworten

Eine Gesundheitsreform muss die Bereiche Qualität, Versorgungsstrukturen und natürlich Finanzierung in Einklang bringen. Immer nur einen Teilaspekt herauszupicken und publikumswirksame Forderungen aufzustellen, ist wenig hilfreich! Ausgangspunkt einer Reform muss sein, Fehlentwicklungen, wie Technisierung, Ökonomisierung und Industrialisierung der Medizin zu korrigieren! Wir müssen menschliche Antworten finden in einem System der modernen Medizin!

Viel und oft war heute die Rede von „Qualität“ und natürlich von „P4P“. Doch was verstehen wir letztendlich unter P4P? Ganz einfach: eine qualitätsorientierte Vergütung.

Dazu einige Thesen:

- » Qualitätsförderung ist zentrale Aufgabe des ärztlichen Berufsstandes. Als freier Beruf konzipieren und fördern wir eigenständig Konzepte zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung.
- » Es entspricht dem Selbstverständnis von uns Ärztinnen und Ärzten, unsere Patienten qualitativ hochwertig zu versorgen. Die BLÄK fördert daher ein reflexives ärztliches Berufsrollenverständnis und unterstützt Projekte zur Optimierung der Versorgungsqualität, was aber nicht Zwang und Kontrolle bedeutet.

- » Eine an den medizinischen Erkenntnissen und dem Patientenwohl orientierte ärztliche Weiter- und Fortbildung ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung.
- » Qualitätsförderung bedarf angemessener personeller und organisatorischer Strukturen sowie einer entsprechenden Vergütung. Die Rationierung von Mitteln ist der Qualitätsförderung abträglich.
- » Die Qualität der medizinischen Versorgung hängt wesentlich von der aktiven Mitarbeit des Patienten ab. Die umfassende Mitarbeit des Patienten und die Stärkung der Eigenverantwortung für seine Gesundheit sind im Rahmen der Qualitätsförderung in der Medizin unabdingbar.

Seit jeher waren und sind wir Ärzte bemüht, unsere Behandlungen zu optimieren und das Beste für unsere Patienten zu erreichen.

Dafür benötigen wir Hilfsmittel, Tools, wie Qualitätsmanagement oder Standard Operating Procedure (SOPs), vor allem aber Enga-

gement, Menschlichkeit, Zuwendung, Wertschätzung, Fachkompetenz und insbesondere Erfahrung. Diese Eigenschaften können weder durch einen TÜV noch durch Zertifikate bescheinigt werden! Wenn man meint, dass man nur durch P4P „endlich Qualität einführt“, ist dies wie eine Beleidigung derer, die seit langem im Krankenhaus und in den Praxen die tägliche Patientenversorgung schultern!

Das heißt natürlich nicht, dass sich nichts ändern muss. Im Gegenteil: Um es mit dem Autor Giuseppe Tomasi di Lampedusa (Il Gattopardo) zu sagen: „Wenn wir wollen, dass alles bleibt, wie es ist, dann ist es nötig, dass alles sich verändert.“

P4P-Projekte sind kein Teufelszeug und kein „No-Go“. Sie laufen aber Gefahr, wenn sie ausschließlich auf die Ergebnisqualität ausgerichtet sind, unser komplexes Gesundheitssystem in eine falsche Richtung, nämlich Richtung Gesundheitswirtschaft zu lenken.

Bisher mangelt es noch in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung an operationalisierten Qualitätsindikatoren. Diese müssen risiko-

adjustiert sein. Hier ist noch methodische Entwicklungsarbeit zu leisten.

Es ist wichtig, dass bei allen Projekten das Verhältnis von Machbarkeit, Sinnhaftigkeit und Angemessenheit gewahrt bleibt und dass die Qualitätsaussagen auf das beschränkt werden, was die Messinstrumente auch leisten können. Dazu zählt auch die Berücksichtigung des damit verbundenen bürokratischen Aufwands.

Ob P4P künftig ein wichtiges zusätzliches Instrumentarium zur qualitätsorientierten Steuerung im Gesundheitswesen spielen wird, hängt von der dringend notwendigen Weiterentwicklung im Bereich der Qualitätsmessung, von einer breiten Akzeptanz bei den Beteiligten – wesentlich auch von uns Ärztinnen und Ärzten – und von deren Intention ab.

Mit dieser Eröffnungsdiskussion haben wir einen ersten Impuls gesetzt. Ich freue mich auf die anstehenden Diskussionen und Beschlüsse!

Der 73. Bayerische Ärztetag ist eröffnet!