

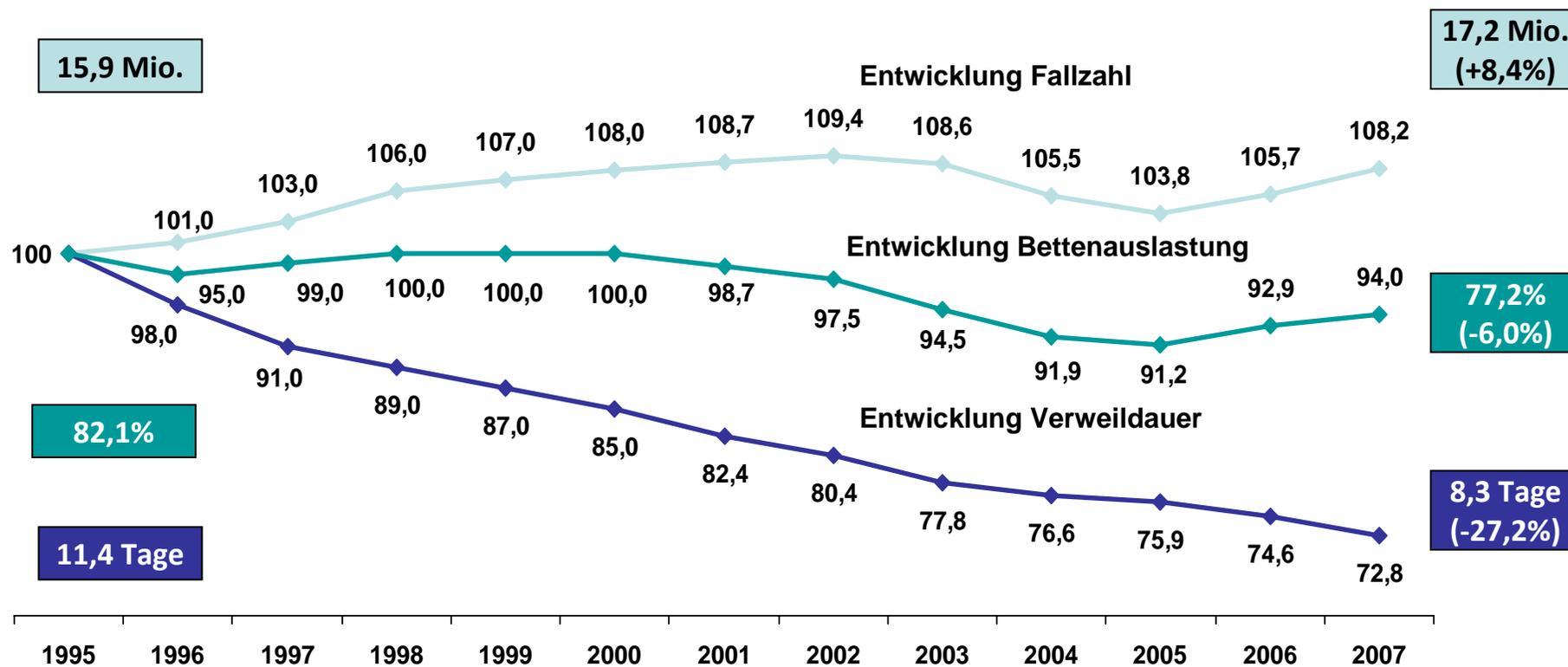


Aufgabensteuerung in der medizinischen Versorgung: Die neuen Herausforderungen im Krankenhaus

- **Hintergrund**
- **Die Herausforderungen**
- **Umsetzung, Hemmnisse und Defizite**
- **Perspektiven**

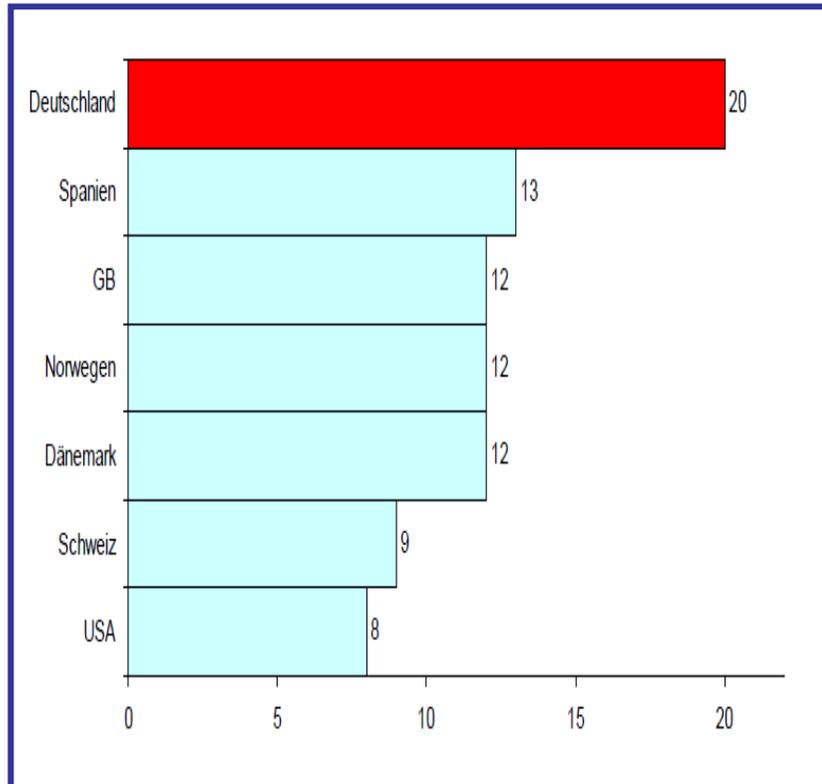
Entwicklung ausgewählter Klinikdaten im Zeitablauf [%]

1995 = 100%

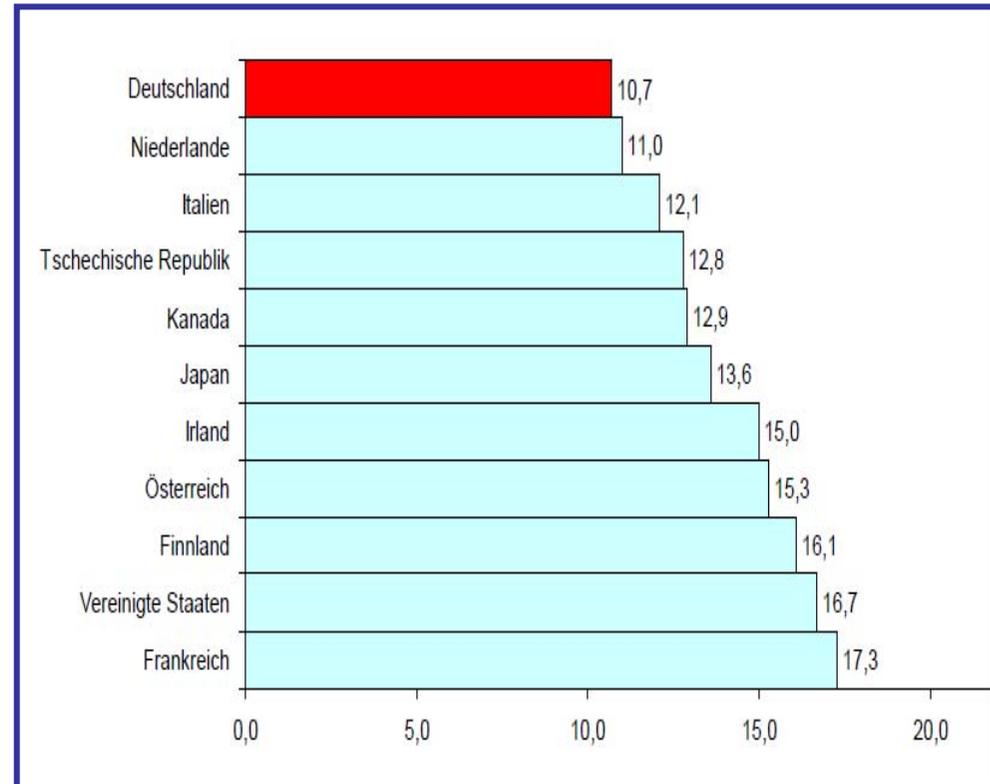


Quelle: Statistisches Bundesamt (2009) EconoMedic AG

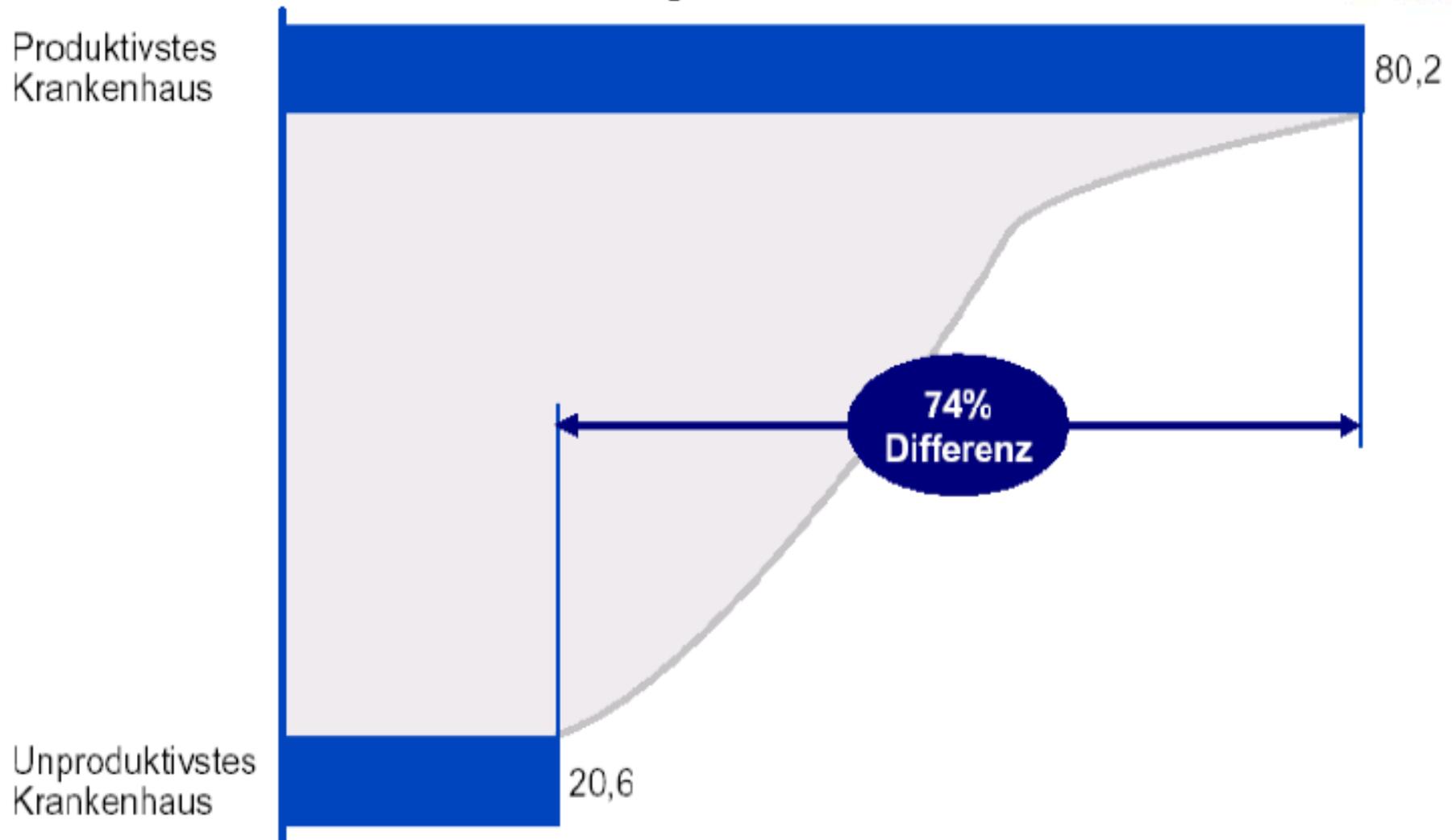
Entlassungen pro Krankenhausmitarbeiter (OECD Health Data 2009)



Krankenhauspersonal je Einwohner (2007, OECD Health Data 2009)



Produktivitätsunterschiede: Fälle pro Vollkraft in den klinischen Diensten



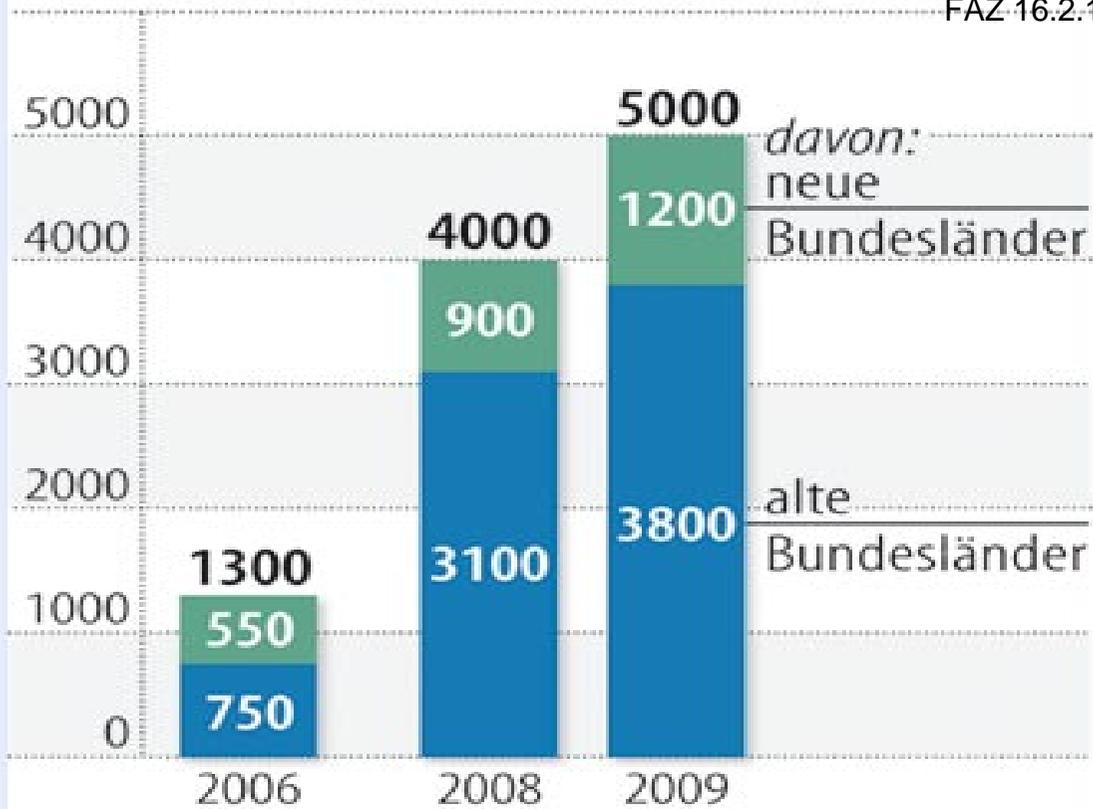
* Ärztlicher Dienst und Pflegedienst

Salfeld McKinsey 2006

Quelle: Publierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V des Jahres 2004, Internetpräsenzen einzelner Kliniken, McKinsey-Datenbank

Nicht besetzte Stellen im ärztlichen Dienst

FAZ 16.2.10

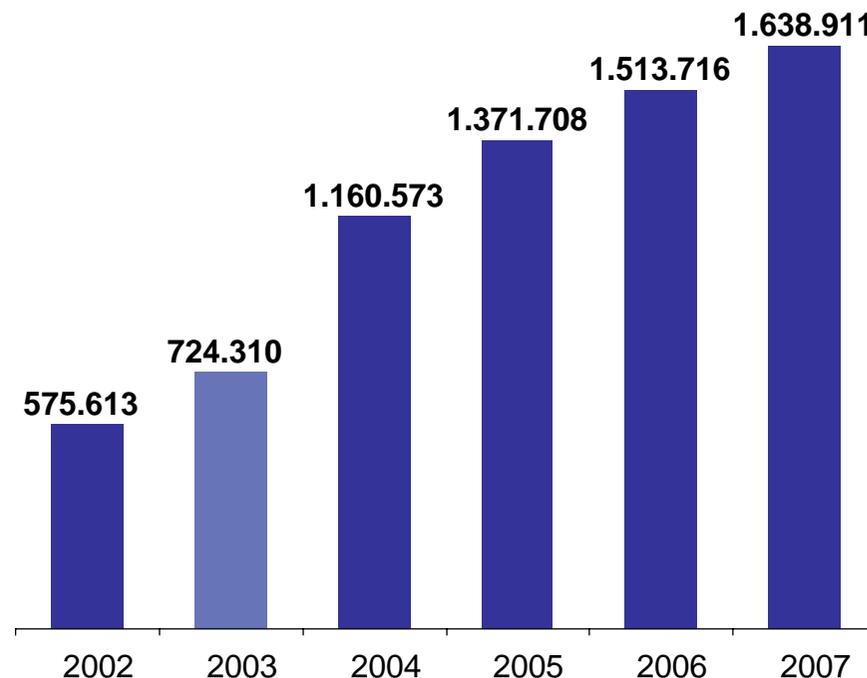
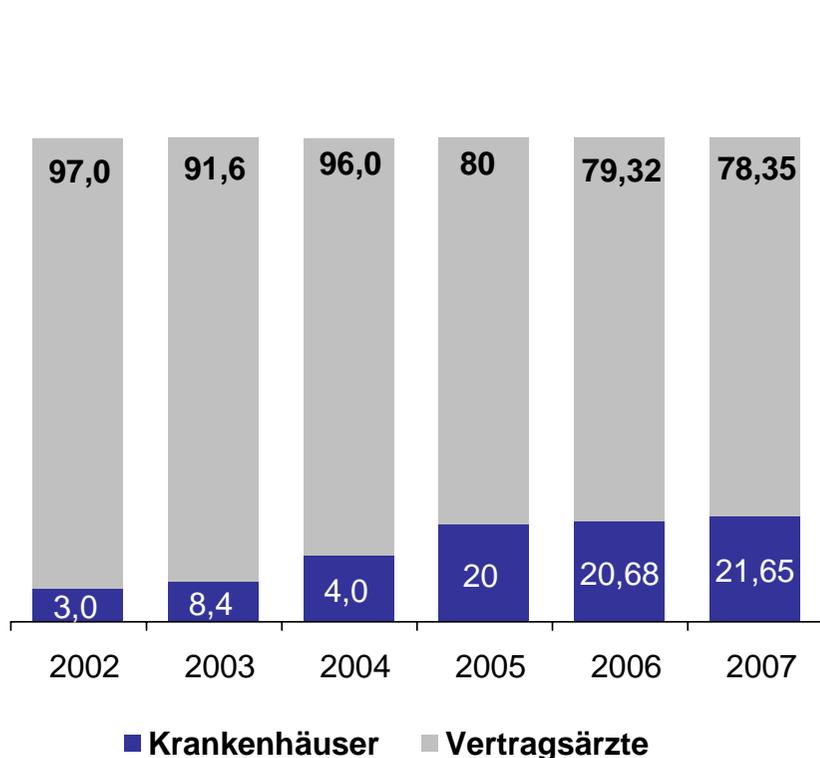


Situation der Krankenhäuser

„Ambulantisierung“ einst stationär erbrachter Leistungen

Die Erbringung von ambulanten Operationen verlagert sich von den Vertragsärzten und niedergelassenen Ärzten stetig in Richtung der Krankenhäuser

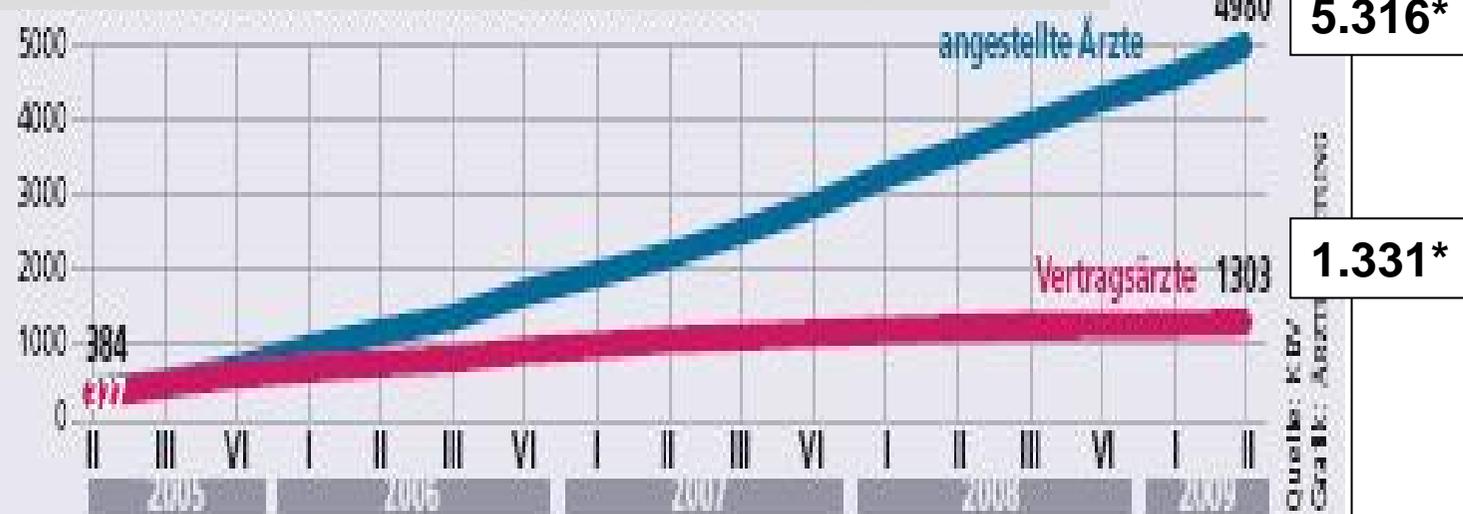
Die Anzahl der ambulanten Operationen in Krankenhäusern nimmt kontinuierlich zu



Quelle: EconoMedic, www.gbe-bund.de

MVZ Eine Chance für angestellte Ärzte

Angestellte Ärzte und Vertragsärzte: Entwicklung seit 2005



Ärztezeitung 22.12.2009

Noch haben Vertragsärzte die Mehrheit

Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren
(Mehrfachträgerschaften möglich)

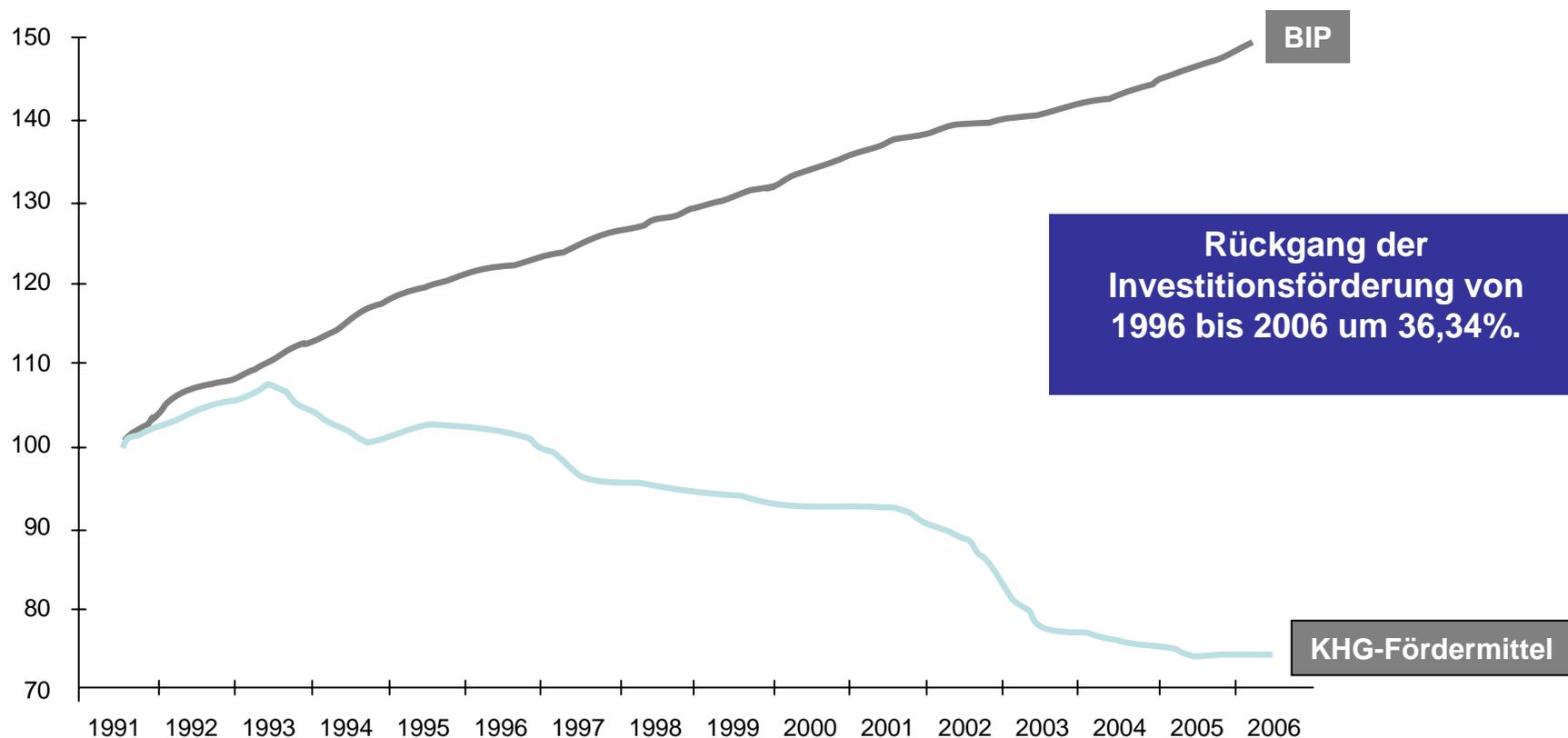


***Insgesamt
1.378
zugelassene
MVZ
Ende Sept. 2009**

Die klaffende Schere zwischen den KHG-Fördermitteln und dem BIP trägt zur Mangelsituation der Krankenhäuser bei

Vergleich der Entwicklungen des KHG-Fördermittelvolumens und des BIP

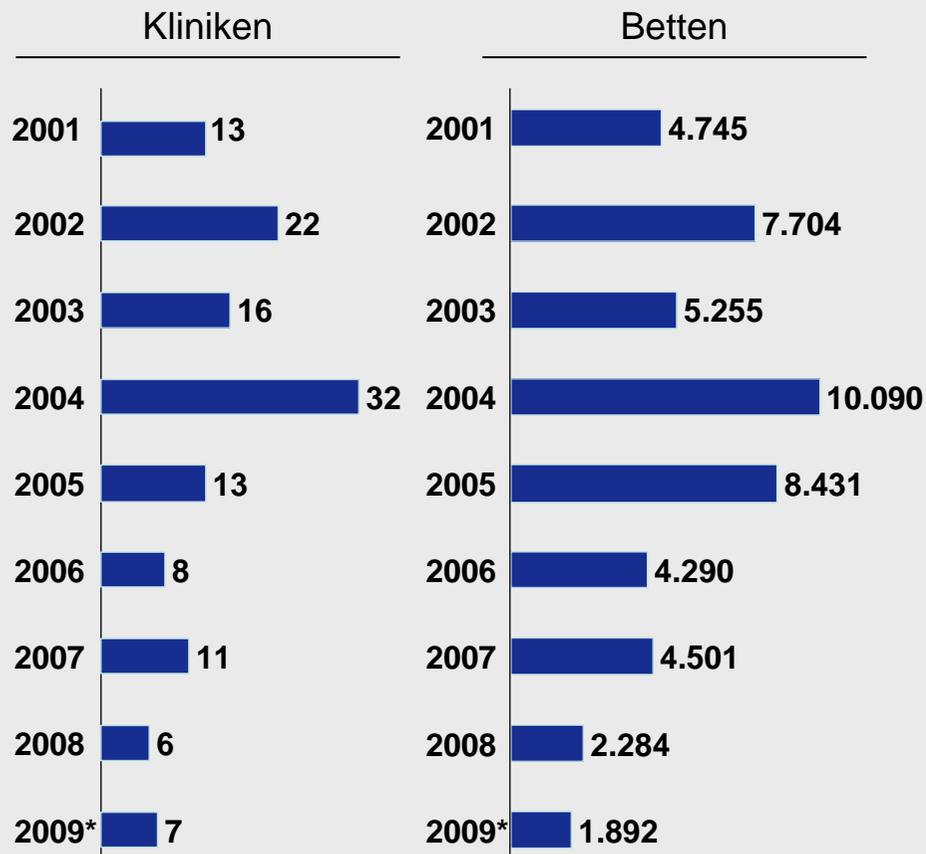
[1991 = 100]



Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder, DKG aktuell 05/2007.

Der Marktanteil privater Krankenhausanbieter ist in den letzten Jahren stark gestiegen und wird sich auch so fortsetzen

Zahl der privatisierten Krankenhäuser und Betten



**Marktanteilsentwicklung nach Betten
Angaben in %**



**Führende Private Klinikbetreiber
Angaben in Mio. €**

	Um- satz	Änd in %	Ebitda 2008	Änd in %	Mit- arbeiter
Röhn	2.130	5	263	5	32.000
Helios	2.123	15	251	14	30.088
Asklepios	2.016	5	164	29	15.999
Sana	1.064	12	103	6	16.500

Quelle: Handelsblatt September 2009 / NR.185; EconoMedic AG
* 1. Quartal 2009



Aufgabensteuerung in der medizinischen Versorgung: Die neuen Herausforderungen im Krankenhaus

- **Hintergrund**
- **Die Herausforderungen**
- **Umsetzung, Hemmnisse und Defizite**
- **Perspektiven**

Die Zukunft der klinischen Medizin: Bestimmende Trends in der Gesundheitsversorgung

Allgemein:

- Rationalisierung
- Patientenorientierung
- Outcome-Bezug

Krankenhaus bezogen:

- Wiss. Fortschritt mit weitergehender Spezialisierung und Verschiebung von Fachbereichsgrenzen
- Zentrumsbildung/Fallzahlkonzentration (Mindestmengenregelung, DRG's, Transparenz/Qualitätsbericht)
- Rückgang stationärer zugunsten ambulanter Versorgung
- Änderung der KH- Strukturen, neue Versorgungsformen
- Angebotssteuerung durch Ökonomie und Wettbewerb

Das Krankenhaus auf dem Weg zur Ein-Organ-spezialisierung & Spezialisierung als Trend

- krankheitsspezifisch
- methodenspezifisch

Überlegenheit durch Spezialisierung: Der Triumph des Homo Sapiens*



„Nur der geschickteste Steineklopfer meißelte die Speerspitzen und überließ sie dann dem besten Jäger. Der wiederum konnte damit deutlich effizienter Tiere töten. Er gab seinerseits die Werkzeugherstellung auf, widmete sich der Jagd als Vollzeitjob und gab dem Waffenmacher von der Beute ab. So brachte am Ende die zunehmende Arbeitsteilung allen mehr vom Braten“.

*Primaten der Ökonomie. R.v.Bredow.
Spiegel 19/2005, S. 172

Gründe für weitergehende Spezialisierung

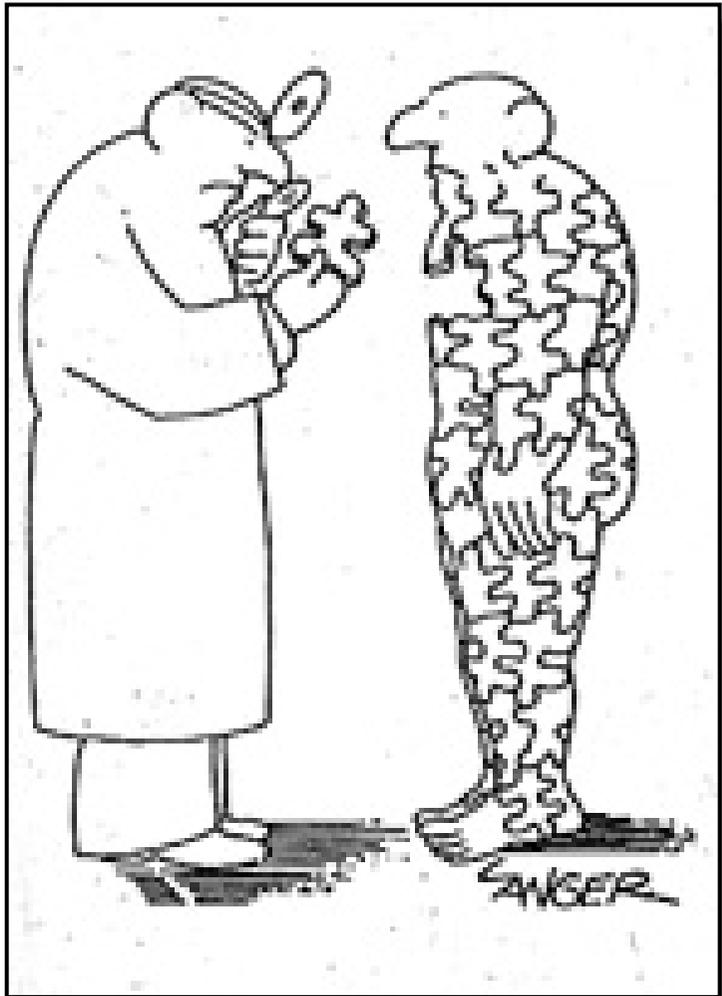
- **Wissenschaftlicher Fortschritt/ Forschung**
 - Verschiebung der Fachbereichsgrenzen
 - Schnellere und konsequentere Umsetzung des vorhandenen Wissens am Krankenbett
 - Engere Kooperation zwischen Grundlagenforschung und Klinik
- **Patientenwünsche**
- **Mengeneffekte**
 - Qualität (Mindestmengen)
 - Wirtschaftlichkeit
- **„Branding“**
 - Transparenz/Q-Bericht
 - Markpositionierung
- **Weiterbildung**



Vorteile der Spezialisierung

Für den Patienten: Mehr Behandlungsqualität

Für den Arzt: Erhöhung der Kompetenz, Senkung des Haftungsrisikos



Widerstreitende Interessen bei Spezialisierung und Arbeitsteilung

- Sinn und Zweck von Spezialisierung und Arbeitsteilung: Steigerung von Qualität und Effizienz



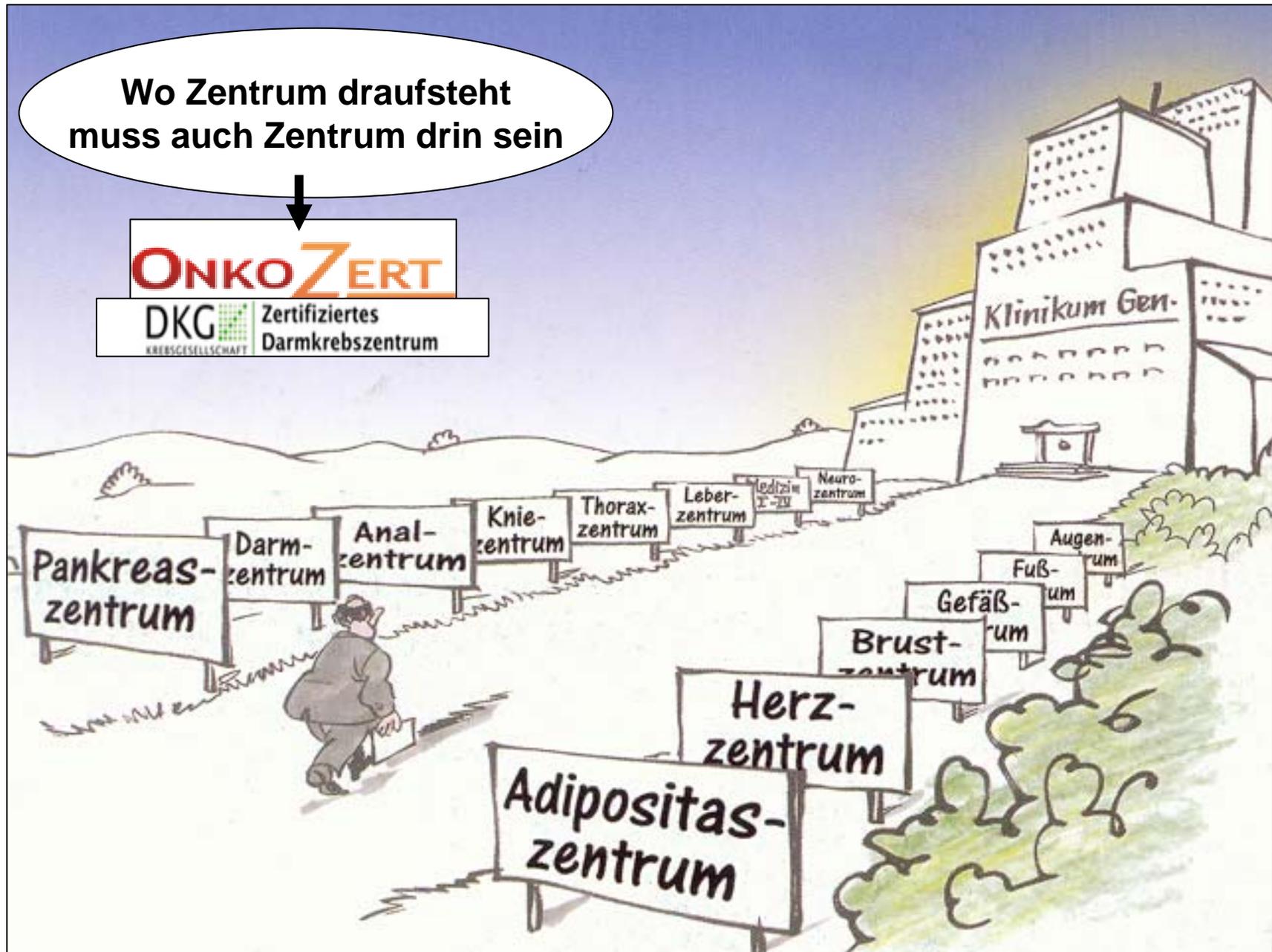
- Schutz des Patienten vor den Gefahren von Zuständigkeits- und Informationslücken

Wo Zentrum draufsteht
muss auch Zentrum drin sein

ONKOZERT

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Zertifiziertes
Darmkrebszentrum



STARK
reduziert

PULLOVER

alt ~~10.⁰⁰~~

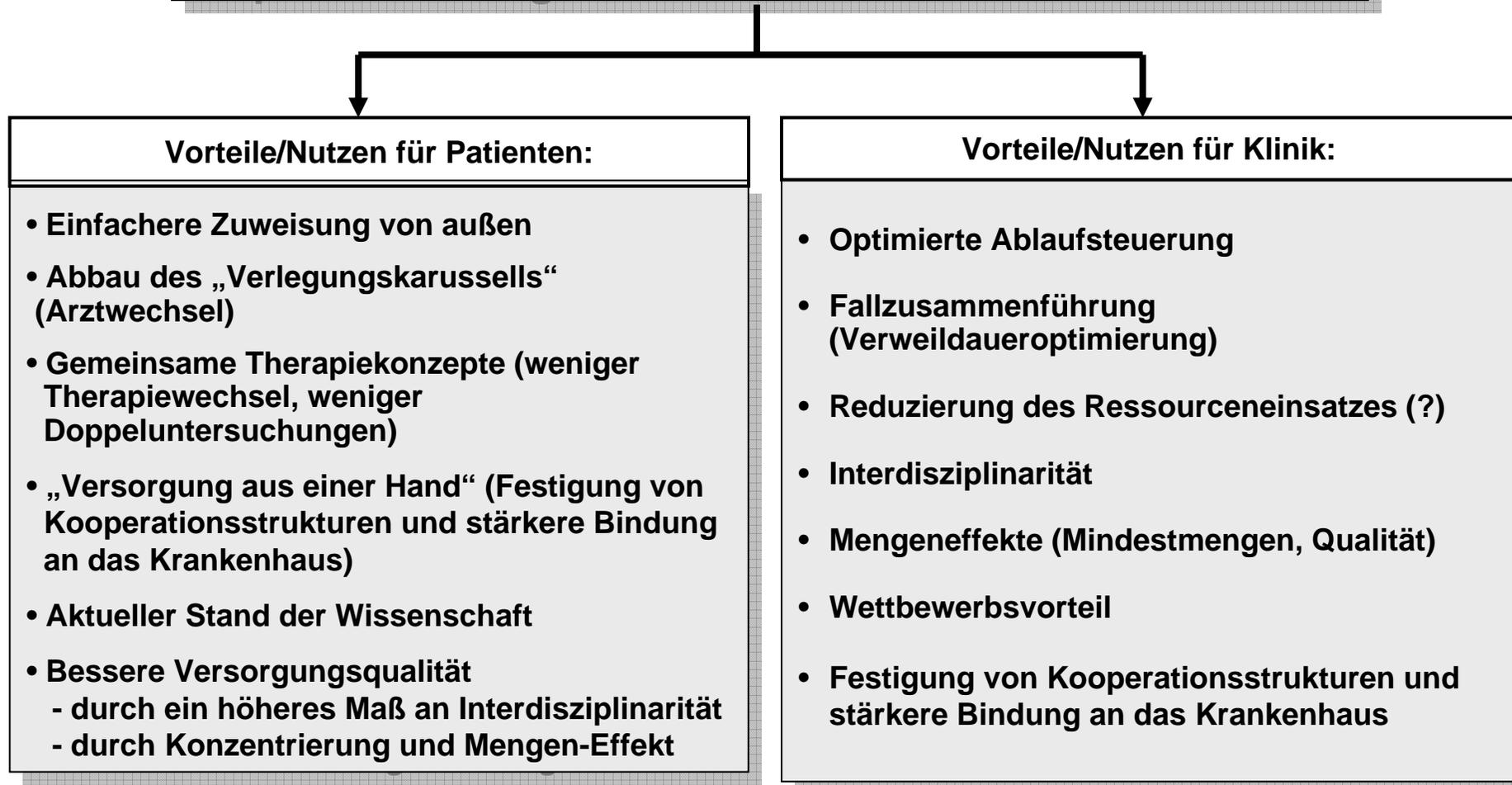
9. 99

WOOLWORTH
Viel mehr als günstig!

**Die Vorteile
sollten als
Mehrwert
messbar sein.**

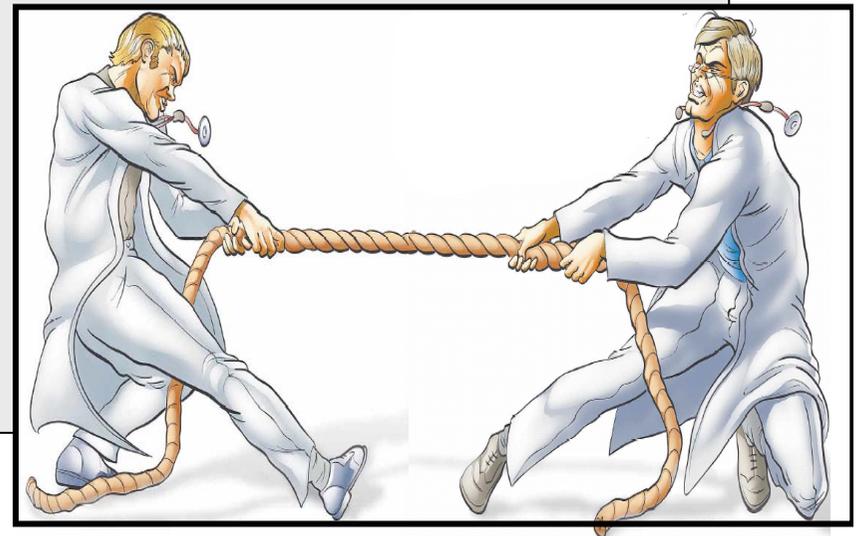
Die mit der Einführung von Zentren verbundenen Vorteile sollten sowohl auf Patientenseite, als auch auf Klinikseite spürbar sein

Implementierung eines krankheitsorientierten Zentrums

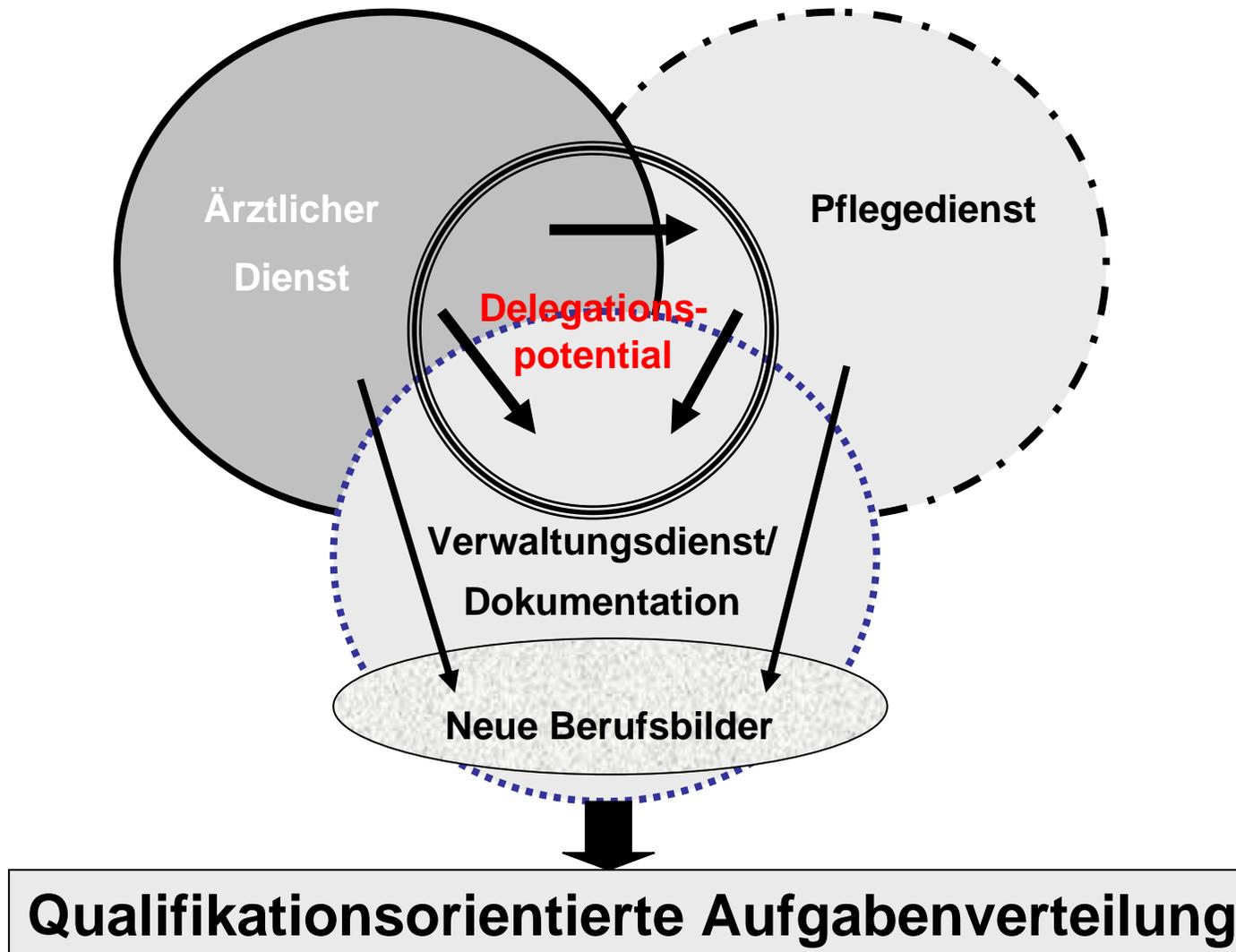


Probleme bei der Zentrenbildung

- **Integrationsprobleme** (unterschiedliche Kulturen)
- **Strukturprobleme** (Leistungsspektrum mit überlappenden Angeboten)
- **Leistungsprobleme**
 - **Leistungsstrukturen** (kollegiale Führung)
 - **Entscheidungskompetenzen**
 - **Prinzip der Ergebnisverantwortung**
(Budget, Mengenverantwortung für beanspruchte Leistungen)



Schnittmengen der Professionen



Entwicklungstendenzen auf dem Arbeitsmarkt Gesundheitswesen

- Zunehmende Differenzierung und Spezialisierung innerhalb der Sektoren Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege
- Herausbildung neuer Berufsfelder innerhalb dieser Sektoren
- Zunehmender Bedarf an sektorübergreifenden, koordinierenden und steuernden Funktionen

Neue Berufsbilder

- Case Manager
- Op- Koordinator
- Qualitätsmanager
- Dokumentar, „Best Coder“
- Patientenberater (Call Center)
- Gesundheits-/ Wellness- Coach
- Koordinator Integrierte Versorgung

Regelmäßige Beteiligung von medizinischem Fachpersonal in der Versorgung



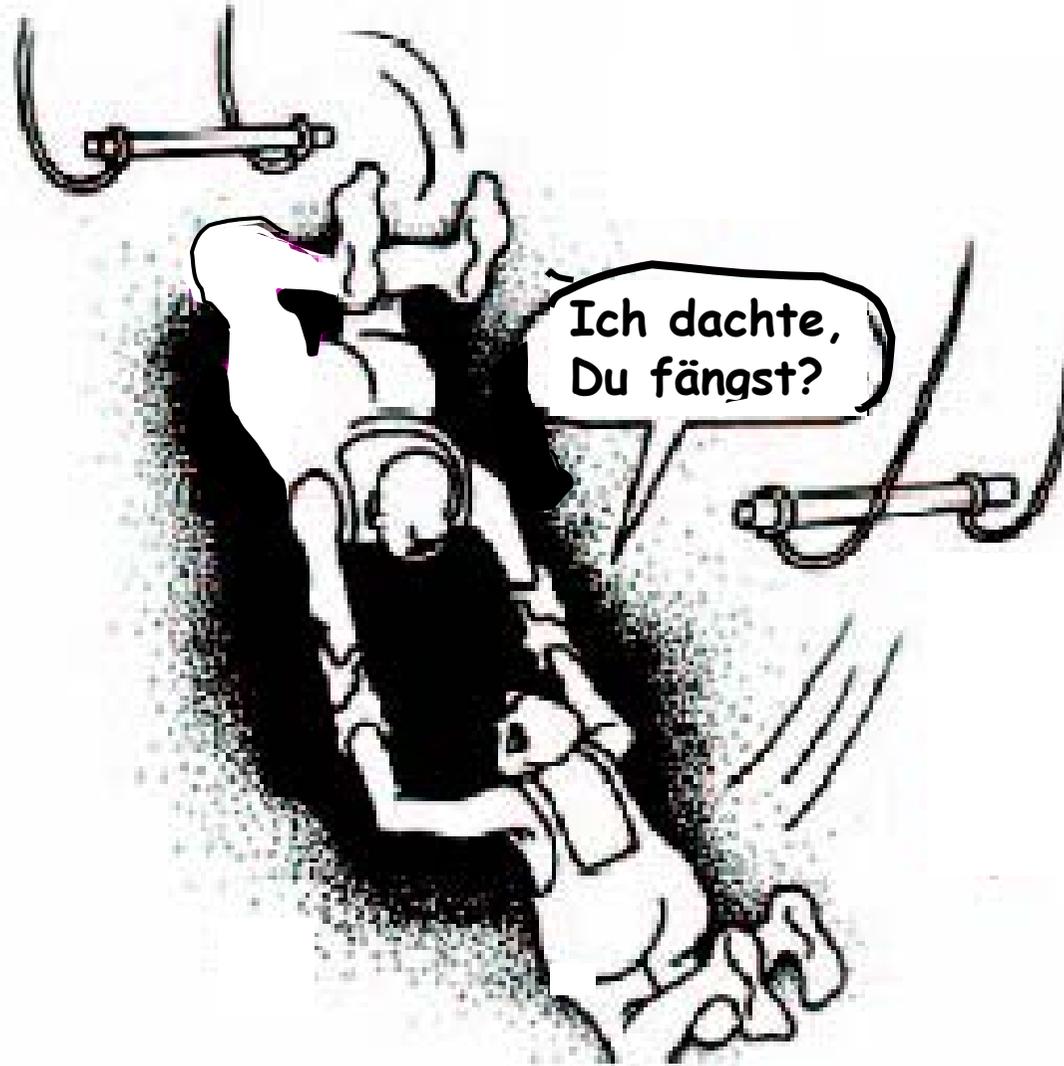
Quelle: Commonwealth Fund

Grafik: ÄRZTE#ZEITUNG

Einer muss sich auf den
anderen verlassen können



Interdisziplinär und interprofessionell
abgestimmte Behandlungspfade, SOP



Ablaufsteuerung durch Behandlungspfade*: Ergebnisziele

- **Gewährleistung qualifizierter Versorgung**
- **Verbesserung der Prozessqualität und Kostensenkung durch Elimination überflüssiger oder ineffizienter Behandlungsschritte**
- **Verstärkte und verbesserte Zusammenarbeit über Fach- und Abteilungsgrenzen**
- **Etablierung interdisziplinärer und interprofessioneller Teams**
- **Transparenz der Versorgung**

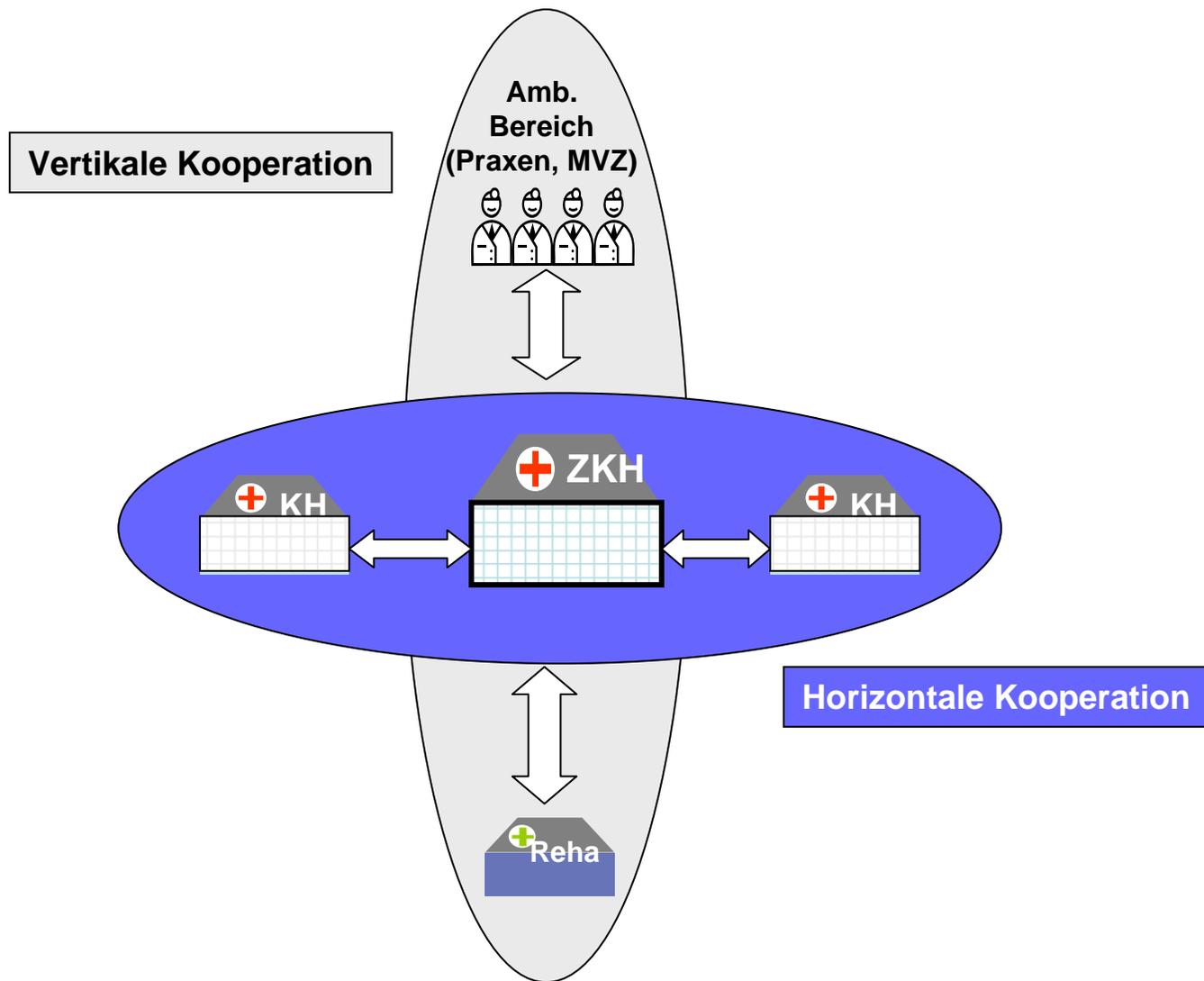
*Behandlungspfad; **W**er macht **w**ann **w**o **w**as **w**ie **w**omit



Aufgabensteuerung in der medizinischen Versorgung: Die neuen Herausforderungen im Krankenhaus

- **Hintergrund**
- **Die Herausforderungen**
- **Umsetzung, Hemmnisse und Defizite**
- **Perspektiven**

Änderung der Versorgungsstrukturen



Kooperation/Fusion: Grundsätzliche Überlegungen

- **Rechnet sich das Vorhaben überhaupt?**
- **Welche Ressourcen lassen sich dazugewinnen, welche einsparen?**
- **Welche Marktvorteile lassen sich erzielen?**
- **Wie könnten die Modelle aussehen?**
- **Wie ist der Prozess zu gestalten und zu steuern?**
- **Sind die Kompetenzen dazu vorhanden?**

Kooperation – Verbund – Fusion

- **Sorgfältige Planung. Keine Unsicherheiten mit einem Vertrag besiegeln. Regelmäßige Reflexionen und Auswertungen.**
- **Keine einseitige Lastenverteilung. Die Vorteile müssen auf beiden Seiten sichtbar sein. Das Thema „Macht teilen“ und gegebenenfalls „Macht abgeben“ muss vorher ausgiebig diskutiert werden.**
- **Kontinuierliche Kommunikation über leistungsfähige Informationssysteme. Transparenz im Vorhaben ist vertrauensbildend. Alles was nicht kommuniziert wird, wird durch Spekulationen ersetzt.**

Kooperation – Verbund - Fusion

Bei unterschiedlichen Größenordnungen muss der kleinere Partner die psychologische Wirklichkeit akzeptieren. Größenordnungen sind Wirklichkeiten, die nicht wegdiskutiert werden können. Der kleinere Partner muss aber nicht der Verlierer sein.



„Organisationspathologien“ im System öffentlicher Krankenhäuser

- Nach traditionellem Verständnis ist jeder Abteilungschef bemüht, den Erfolg seiner Abteilung zu optimieren. Die Summe aller „Einzeloptima“ entspricht nicht dem Gesamtoptimum
- Es wird viel Aufwand betrieben, um etwas zu verbessern, was besser überhaupt nicht getan werden sollte
- Niedriges Problemlösungs- und Motivations-Potential bei starrem Tarifgefüge
- Verantwortungsabgrenzung bei „versäulten“ Führungsstrukturen



Vorbehalte gegen Veränderungen

- So haben wir das noch nie gemacht...
- So haben wir das schon immer gemacht....
- Haben wir alles schon versucht.....
- Wer ist denn da darauf gekommen.....
- So einfach ist das nicht zu machen....
- Schon wieder Sie mit Ihren.....
- Dafür haben wir nun wirklich keine Zeit..
- Alles graue Theorie.....
- Da wäre doch schon früher jemand daraufgekommen, wenn sich damit etwas anfangen ließe....
- Dafür haben wir viel zu wenig Leute.....
- Macht nur einen Haufen Arbeit....
- Klingt ja ganz gut, ich glaube aber, dass das nicht geht.....
- Ich sehe da keinen Zusammenhang....
- Da soll doch nur Personal gespart werden.
- Die wollen uns doch nur kontrollieren
- Das ist nicht meine Aufgabe.....

Umstrukturierung von kommunalen Krankenhäusern: Hemmnisse

- **Eigeninteresse und Besitzstandsdenken**
- **Einweiser- und Patientenwünsche**
- **Lokalpolitik und Prestigedenken**
- **Verkrustete Strukturen und zu lange Entscheidungswege**
- **Mangelnde Professionalität**
- **Widerstände der Belegschaft**
- **Planungsvorgaben**

Schwachstellen in den Leitungs- und Führungsstrukturen kommunaler Häuser

- **Eine in der Regel sehr breite Führungsebene**
- **Divergenz der Entscheidungs- und Verantwortungskompetenzen**
- **Einflussnahme politischer Interessen und Orientierung an Mehrheiten**
- **Schwierigkeiten mit der ehren- bzw. nebenamtlichen Tätigkeit der Mitglieder der obersten Leitungsebene**
- **Keine spezifische Qualifikation in Fragen des Krankenhauswesens**

Ursachen für das Scheitern von KH- Zusammenschlüssen unter öffentlicher Trägerschaft

(36 regionale Fusionen mit durchschnittlich 3 beteiligten Krankenhäusern)

- **Rigide Verhandlungspositionen der kommunalen Partner**
- **Festhalten an operativer Krankenhausführung ohne die erforderlichen Managementfähigkeiten**
- **Forderung, zukünftige Schlüsselpositionen in Geschäftsführung und Aufsichtsrat mit Personen „politischen Vertrauens“ zu besetzen**
- **Forderung der Arbeitnehmervertreter nach absoluter Besitzstandswahrung und Garantie der BAT- Tarifstruktur des öffentlichen Dienstes**

Veränderungsprozesse

Eine Weisheit der Dakota- Indianer sagt:
„Wenn Du ein totes Pferd reitest, steige ab!“

In Kliniken gibt es Strategien zum Reiten eines toten Pferdes, um auf keinen Fall absteigen zu müssen:

- Man besorgt eine stärkere Peitsche
- Man wechselt die Reiter
- Man sagt: „So haben wir das Pferd doch schon immer geritten“.
- Man gründet einen Arbeitskreis, um das Pferd zu analysieren
- Man besucht andere Orte, um zu sehen, wie man tote Pferde reitet.
- Man bildet eine Task Force, um das tote Pferd wiederzubeleben
- Man stellt Vergleiche unterschiedlicher toter Pferde an.
- Man ändert die Kriterien, die besagen, dass ein Pferd tot ist
- Man kauft teure Leute von außerhalb ein, um das tote Pferd zu reiten.
- Man überarbeitet die Leistungsbedingungen für Pferde.
- Man erklärt: „Kein Pferd kann so tot sein, dass man es nicht noch reiten könnte“.
- Man macht zusätzliche Mittel locker, um die Leistung des Pferdes zu erhöhen.
- Man engagiert einen Berater, der im Umgang mit toten Pferden schult.
- Man kauft etwas, das tote Pferde schneller laufen lässt.
- Man erklärt, dass das eigene Pferd „besser, schneller und billiger“ tot ist als andere.



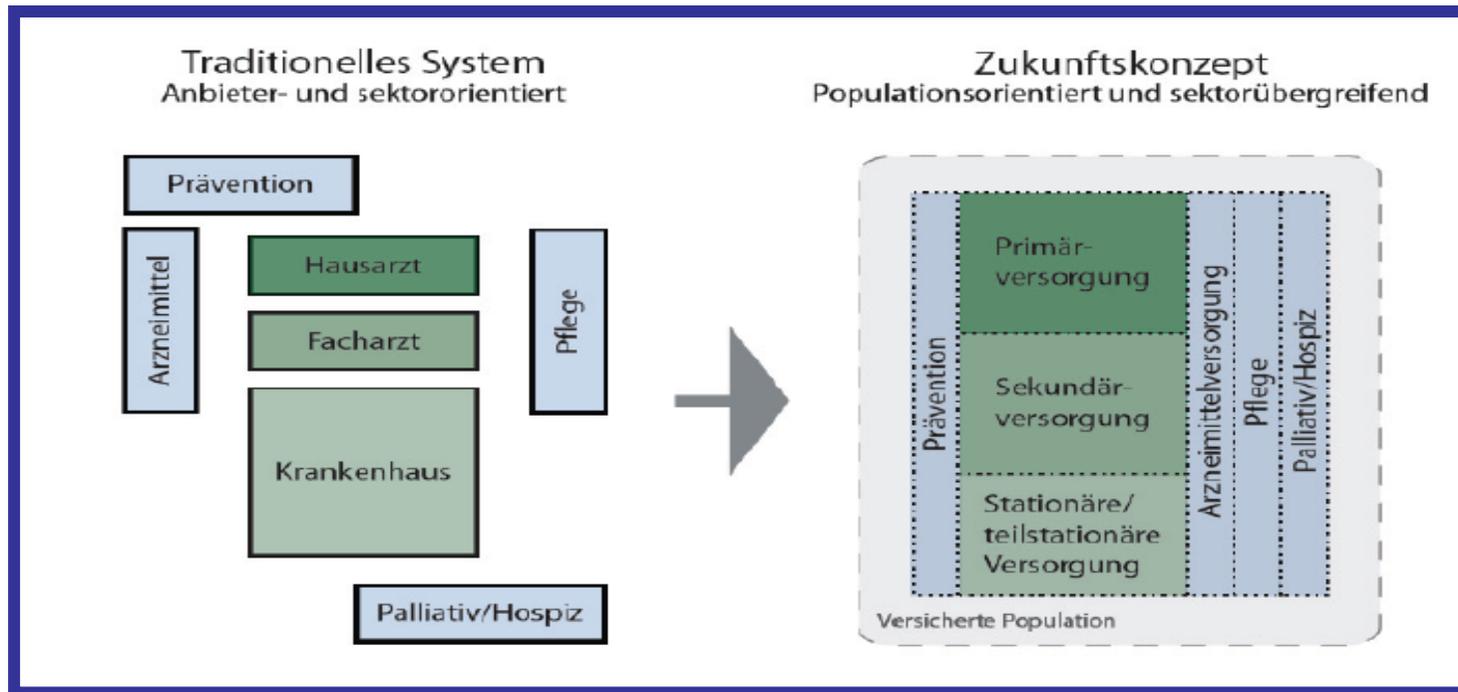
mod. nach Christian Nürnberger, Kirche wo bist Du, dtv 2000

Strukturveränderungen ambulant wie stationär durch:

- **Die Einführung des Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich**
- **Die Neugestaltung des Katalogs ambulanter Operationen nach § 115 b SGB V**
- **Die Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen nach § 116 a/b SGB V**
- **Die Transparenz des Leistungsgeschehens durch gesetzlich vorgegebene strukturierte Qualitätsberichte**
- **Die Mindestmengenregelung**
- **Die Einführung sektorübergreifender regionaler Angebotsstrukturen und von Versorgungszentren**
- **Spezialisierung, Verschiebung der Fachbereichsgrenzen, Notwendig- von Kooperationen und Zentrumsbildung**

Zukunftskonzept des SVR

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2009

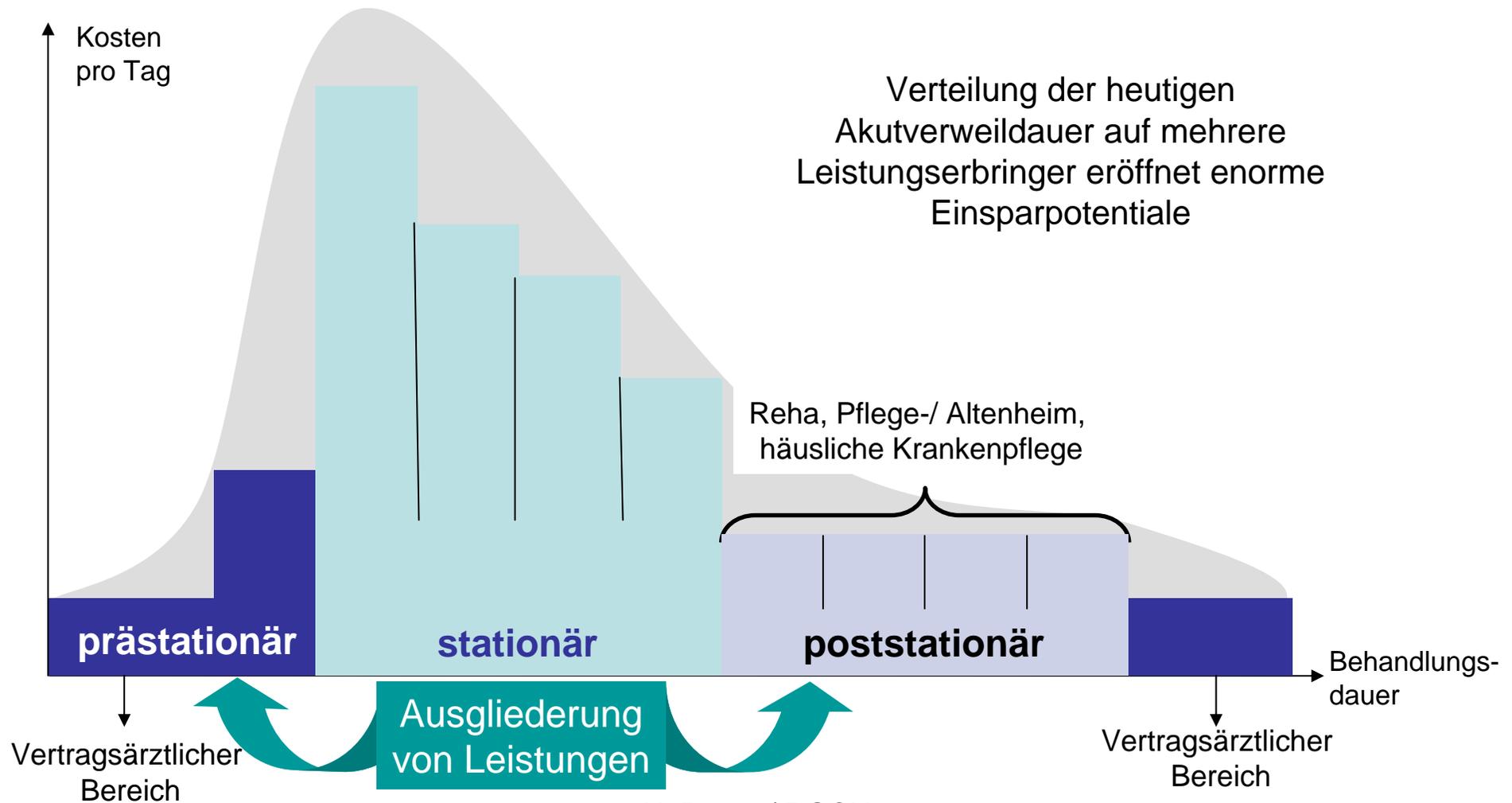


Schlussfolgerungen:

Das Problem liegt nicht primär in der zu hohen Zahl von ambulanten Fachärzten, sondern in der mangelnden Verzahnung der Behandlung insbesondere mit dem stationären Sektor sowie in dem unzureichenden Wettbewerb zwischen den Vertragsärzten und den Krankenhäusern bei ambulanten Leistungen.

Die Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung bildet das entscheidende medizinische und ökonomische Entwicklungspotenzial.

Das wesentliche Effizienzpotenzial der Patientenversorgung entsteht durch abgestimmte Behandlung über die Sektoren



**tioneller Plan der CSU:
er-Stadion
erkaufen,
uper-Halle
uen!**

OB-Kandidat Seppi Schmid will das Grünwalder Stadion verkaufen und den Erlös in eine neue Halle stecken: **S. 9**



Wolfgang Bosbach
**Frust-Attacke
auf die Union**

Der CDU-Fraktionsvize im AZ-Interview: **Seite 2**



Ottmar Hitzfeld
**Comeback als
»Mutprobe«**

Der Bayern-Trainer im AZ-Interview: **s. 21**

089/23 77-0 www.abendzeitung.de

Abendzeitung

Mittwoch, 7. 2. 2007

60 Cent

Nr. 31/6 • B1017 • 80265 München • Österreich 1,30 € • Italien 1,50 € • Griechenland 1,35 € • Kroatien 11 KN • Ungarn 240 FT • Türkei 2,25 YTL

★★★★

sauter

**Aktion 512MB
USB Stick**

7.90
Preis bisher: ~~14.90~~

Kingston USB Stick

► DataTraveler 512 MB **Kingston**
TECHNOLOGY

Sonnenstr. 26 • 80331 München • Sendlinger Tor
Tel.: 089 551504-0 • www.foto-video-sauter.de

Inhaber und Druckfehler vorbehalten!



Sparwahn! Klinik wirft Tumor-Patienten raus

Manuel Katic (22) wurde vier Tage nach einer komplizierten Hirn-OP entlassen

MÜNCHEN Klingt wie eine Horrorgeschichte, ist aber wirklich passiert: Nur vier Tage, nachdem Manuel Katic (Foto) ein Hirntumor entfernt worden war, schickte die Klinik den 22-Jährigen nach Hause. Mit Riesen-Narbe, Schmerzen und Brech-Anfällen. Was rum Kliniken versuchen, ihre Patienten immer früher los zuwerden, die Folgen: Seite 11

Dtsch. Ärzteblatt 7.1.2010

AUSWIRKUNGEN DER DRG-EINFÜHRUNG

Die Qualität hat nicht gelitten

Eine repräsentative wissenschaftliche Studie aus Niedersachsen kommt zu überraschenden Ergebnissen.

Brigitte Sens, Paul Wenzlaff, Gerd Pommer, Horst von der Hardt



Seit 2004 rechnen die Krankenhäuser nicht mehr nach Tagessätzen ab, sondern auf Basis diagnosebezogener Fallpauschalen. Die Auswirkungen der DRG-Einführung auf ein pauschaliertes Entgeltsystem sind noch nicht systematisch untersucht. Die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die stationäre Versorgung auf

- Die Krankenhäuser haben die Voraussetzungen für die operative Umsetzung des DRG- Systems geschaffen; eine zukunftsfähige strategische Ausrichtung sowie eine durchgängige Prozessgestaltung ist nur zum Teil umgesetzt worden.
- Die Arbeitsbedingungen haben sich im Zuge der DRG- Einführung verändert: Die kürzeren Verweildauern sowie die Fallzahlsteigerungen führen zu einer Arbeitsverdichtung. Nur wenige Kliniken begegnen dem durch konsequent umgesetzte Prozessorientierung.
- Die mittleren und großen Krankenhäuser sind auch unter DRG- Bedingungen überwiegend ökonomisch erfolgreich. Sie nutzen die Möglichkeiten zur strategischen Neuausrichtung. Für die kleineren Krankenhäuser scheint es deutlich schwieriger zu sein.

Eingriffs- bzw. Fallanalyse im DRG- System

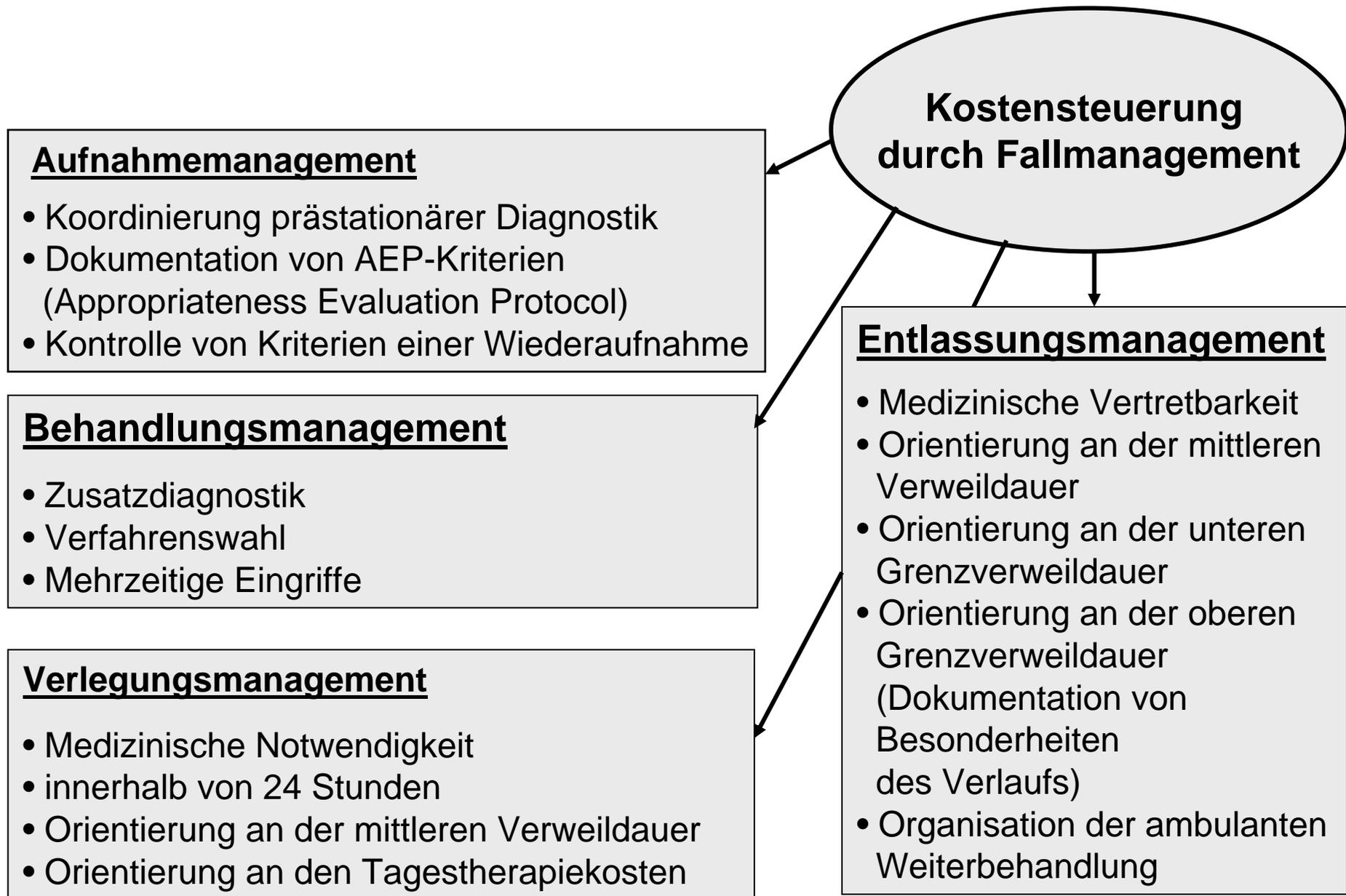
$$\text{Gewinn} = \text{Erlös} - \text{Kosten}$$



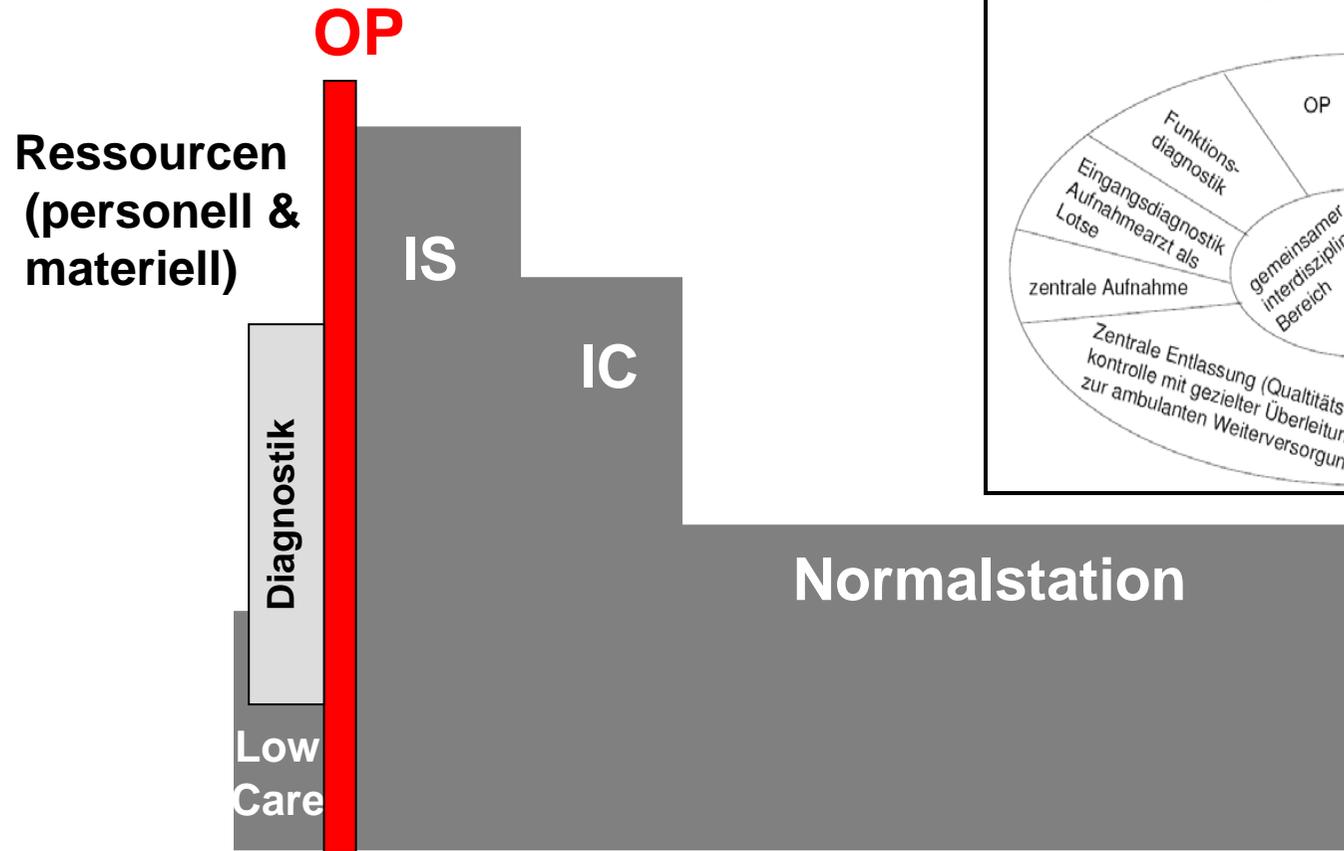
DRG
ZE
NUB
GOÄ



- ### Fallmanagement
- Aufnahmemanagement
 - Verlegungsmanagement
 - Entlassungsmanagement
 - Behandlungsmanagement



Durch Patientensteuerung über differenzierte, nicht mehr fachabteilungsbezogene Stationsstrukturen soll der Ressourceneinsatz optimiert werden

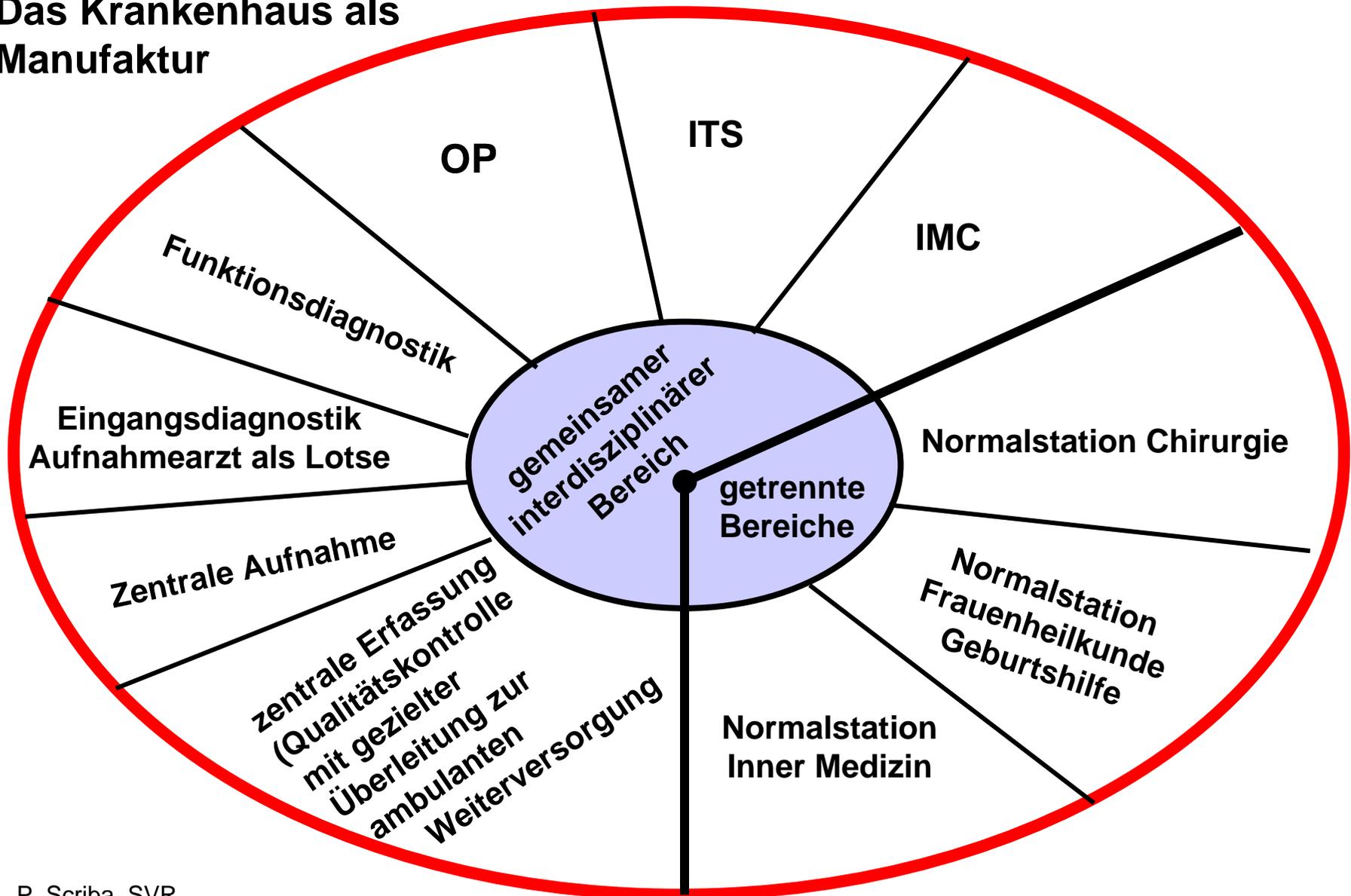


Pflegebedarf des Patienten

Verweildauer

Koordination durch „Case Manager“

Das Krankenhaus als Manufaktur



P. Scriba, SVR



Aufgabensteuerung in der medizinischen Versorgung: Die neuen Herausforderungen im Krankenhaus

- **Hintergrund**
- **Die Herausforderungen**
- **Umsetzung, Hemmnisse und Defizite**
- **Perspektiven**

Handlungsbedarf aufgrund der Projektergebnisse (1)

- **Krankenhäuser müssen ihre Strategie stärker an den prioritären Zielen einer effizienten und qualitätsorientierten Patientenversorgung ausrichten. Qualität als künftig wichtiges Alleinstellungsmerkmal und Transparenz über das Leistungsgeschehen werden das erfordern. Prozessorientierung muss, soweit noch nicht umfassend geschehen, intern und für die externen Kooperationspartner sektorübergreifend aktiv vorangetrieben werden.**

Handlungsbedarf aufgrund der Projektergebnisse (2)

- **Auf der Ebenen der berufständischen Organisationen muss darauf hin gearbeitet werden, dass das **professionelle Selbstverständnis** von Ärzten Pflegenden und weiteren Gesundheitsberufen nicht so sehr von einem allumfassenden Qualitätsanspruch geprägt wird, sondern Qualität und Wirtschaftlichkeit als einander bedingende Komponenten der Patientenversorgung verstanden werden. Dementsprechend müssen Ausbildungsgänge und deren Inhalte diesen aktuellen Anforderungen entsprechend gestaltet werden.**



Professionelles Selbstverständnis

Arbeits-
Zeit-
Gesetz

Tarif-
Vertrag

Personal-
Mangel

Budget

Bürokratie
MDK-
Prüfungen

Case-
Management

Leistungsverdichtung
DRG- System

Es dominiert der Zwang zu



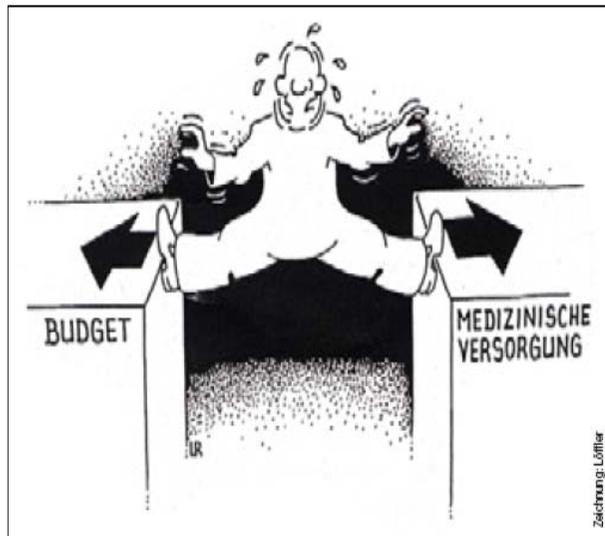
Die „gefühlte Hierarchie“

Medizinische Entscheidungen müssen zunehmend nach traditionell medizinfremden Gesichtspunkten getroffen werden

ökonomisch

administrativ

juristisch

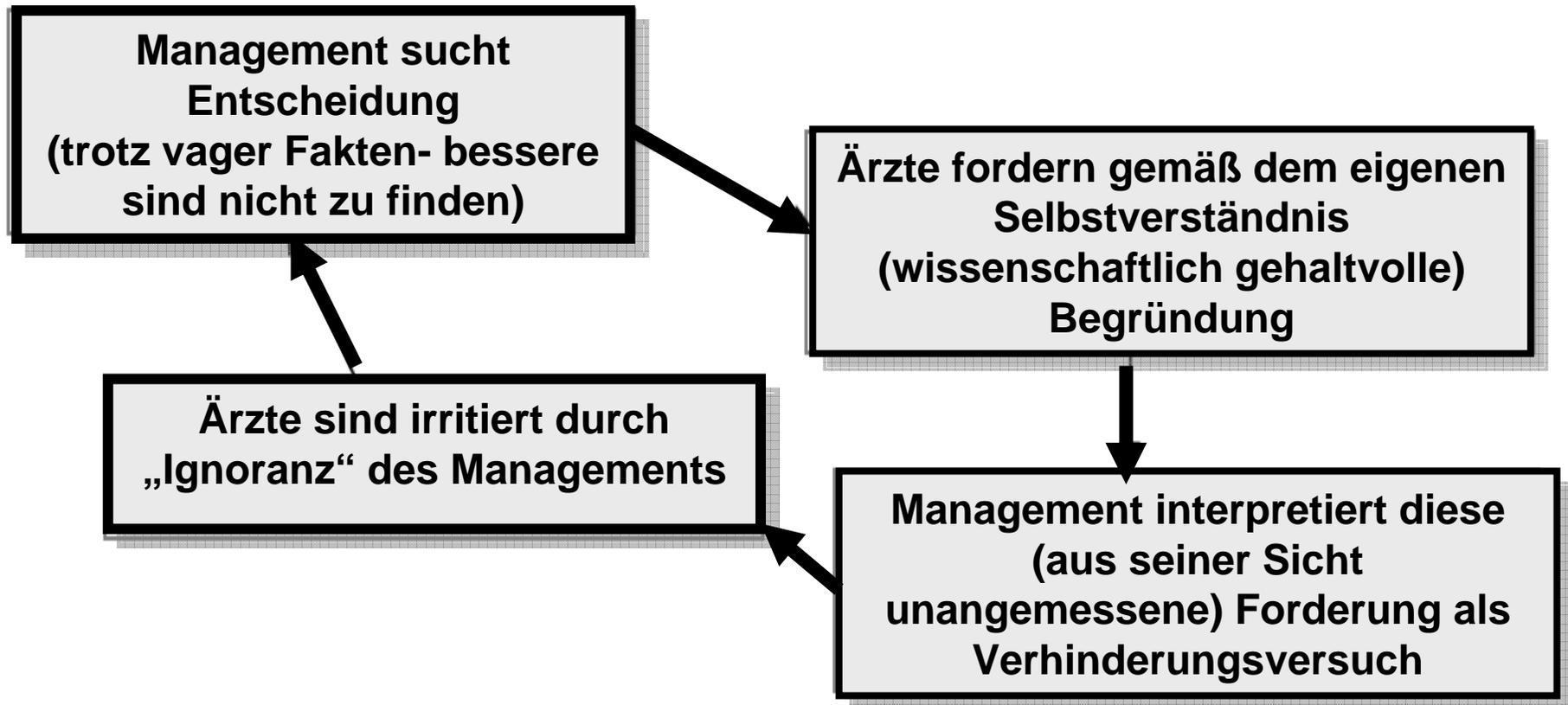


Leitende Position und ärztliches Selbstverständnis

- **Ich bin Arzt**
- **Ich kann und will alles in meinem Fachgebiet machen**
- **Ich bin kein Kaufmann und kein IT-Experte**
- **Nur das Beste für den Patienten, koste es was es wolle**
- **Verwaltung hält mich von meiner eigentlichen ärztlichen Tätigkeit ab**

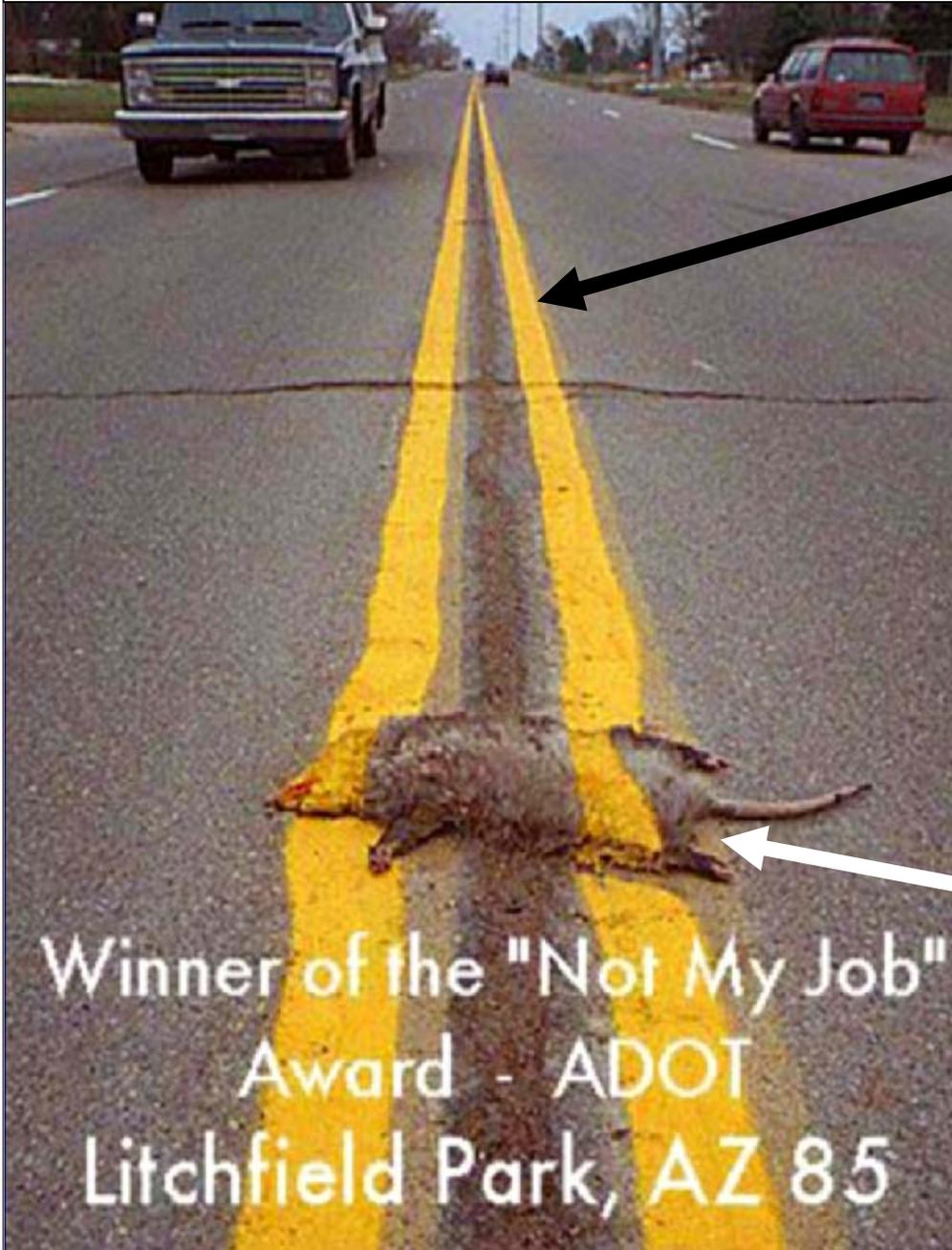
„Der Unterschied zwischen einer ärztlichen Führungskraft und dem Manager eines Automobilkonzerns: Der Manager steht nicht am Band.“

„Missverständnisschleifen“



Managing Professionals / Professionals Managing. Eine explorative Studie zum aktuellen Verhältnis von Management und Medizin, untersucht am Beispiel von ärztlichen Direktoren in 3 europäischen Ländern (Ch. Schmitz, Zürich 2004)

**Das „Not My Job“ Verständnis für
ökonomische Belange**



**Der geradlinige Weg
zur optimalen
Patientenversorgung**

**„Der Arzt fühlt sich dem
größtmöglichen Wohl des
individuellen Patienten
verpflichtet, anstatt bei
limitierten Ressourcen im Sinne
des größtmöglichen Nutzens für
die Gesamtheit der Patienten zu
entscheiden.“**

Sind Ärzte fähig, Krankenhäuser zu führen?
H. Brock Gesundh.Ökon.Qual.Manag. 2005

**Berücksichtigung
wirtschaftlicher
Interessen**

Herausforderungen durch den Wettbewerb

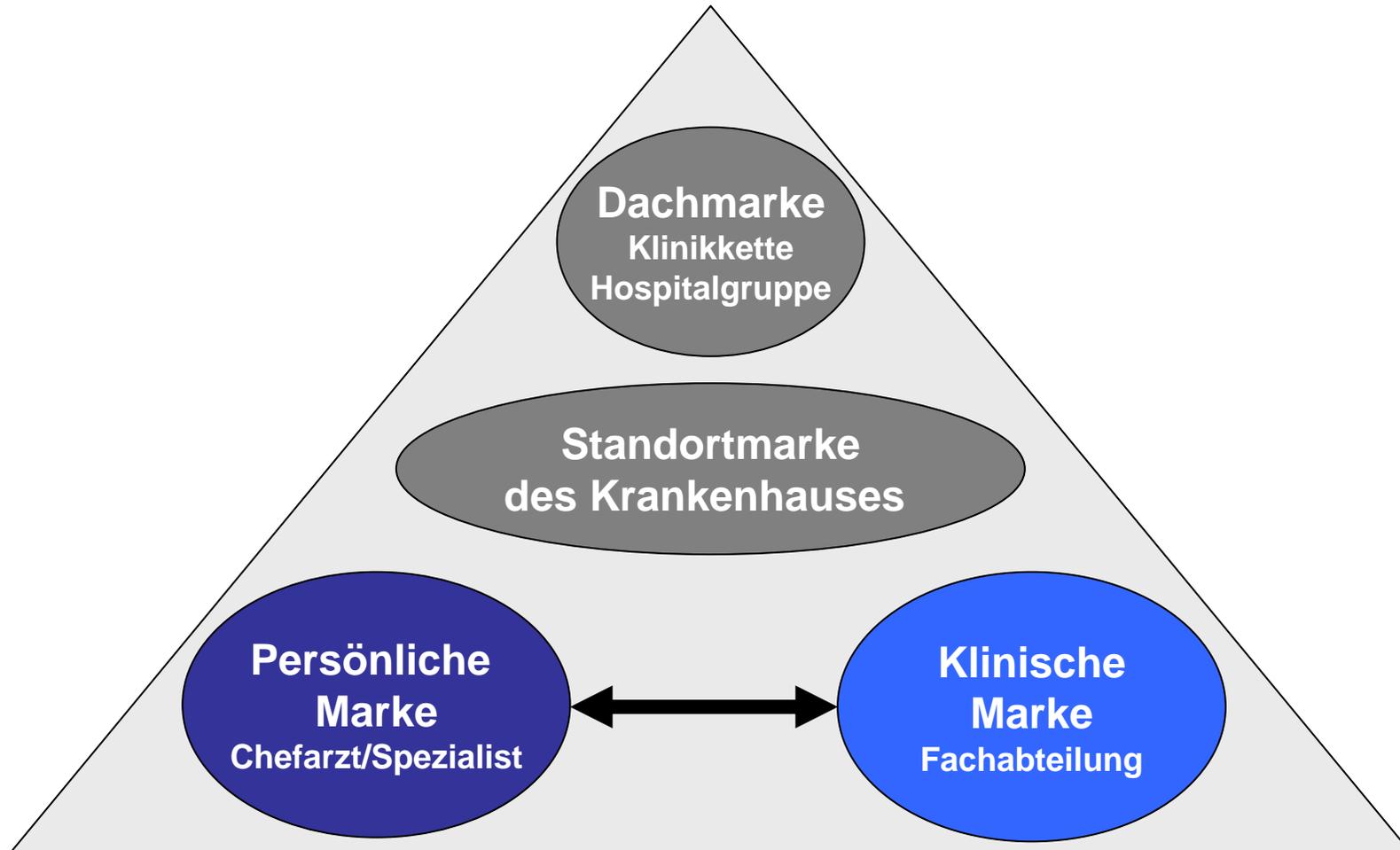
Der Chefarzt als „Marke“



Th. Otte, Th. Röhrßen, f&w 04/2009

Der Spezialist als Basis einer Marken-, „Architektur“

Der „gute Ruf“ und transparente Behandlungsqualität werden bei der starken Konkurrenzsituation der Krankenhäuser zu wichtigen Wettbewerbsfaktoren.



Wer definiert heute den ärztlichen Behandlungsauftrag?

- 1. der Gesetzgeber durch Bestimmungen über den Leistungskatalog**
- 2. der Gemeinsame Bundesausschuss durch normative Richtlinien**
- 3. die Vertragspartner (gesetzliche Krankenversicherung und Leistungserbringer) durch Kataloge und Verträge (z. B. Einheitlicher Bewertungsmaßstab EBM, diagnosebezogene Fallpauschalen, dreiseitige Verträge)**
- 4. die gesetzlichen Krankenkassen bei Einzelverträgen (z. B. in der integrierten Versorgung),**
- 5. der Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung durch seine Wahlentscheidungen**
- 6. Und erst zum Schluss der Arzt im individuellen Behandlungsverhältnis**

**Voraussetzungen für den
patienten-relevanten
Nutzen* einer bestimmten
Intervention:**

- Die Wirksamkeit muss nachgewiesen sein.
- Die qualitativen patientenrelevanten Ziele müssen durch die Intervention erreicht werden.
- Der patientenrelevante Nutzen* muss nach Kriterien der evidenz-basierten Medizin belegt sein.

**Voraussetzungen für die
medizinische
Notwendigkeit einer
bestimmten Intervention:**

- Der Nutzen muss nachgewiesen sein.
- Der Nutzen muss ein bestimmtes Ausmaß überschreiten.
- Der Nutzen kann in diesem Ausmaß nicht auf einem anderen Weg erreicht werden.

* Kriterien: Mortalität, Morbidität (Beschwerden und Komplikationen), gesundheitsbezogene Lebensqualität, interventionsbezogener Aufwand, Patientenzufriedenheit

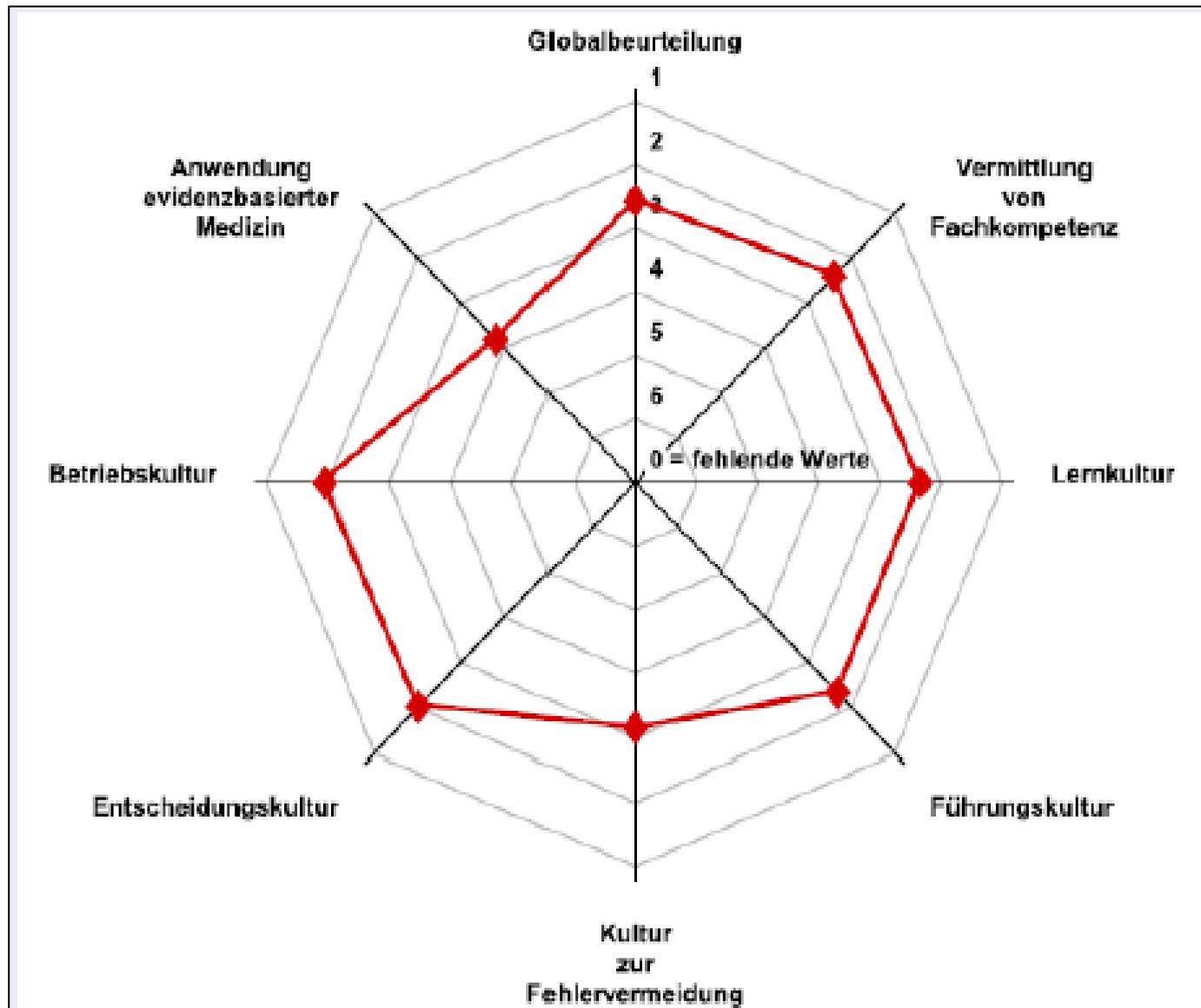


**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

IQWiG Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Online-Befragung der BÄK zur Situation der ärztlichen Weiterbildung

Spinnendiagramm mit Darstellung der bundesweiten Mittelwerte über die acht Fragenkomplexe



Wissensmanagement

Zusammenführung des für die Patientenversorgung relevanten Wissens aus verschiedenen Bereichen



Patientenunabhängiges medizinisches Wissen

- Grundlagenwissen
- Therapiestudien
- EbM
- Leitlinien



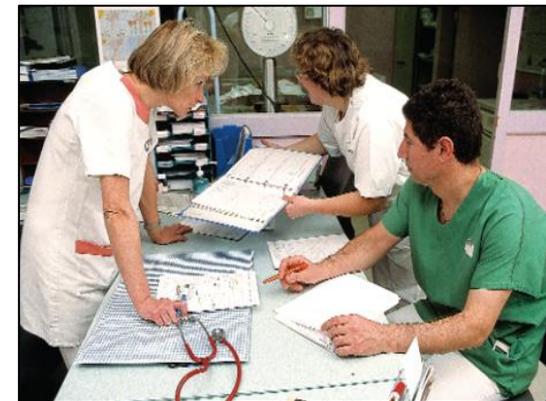
Patientenbezogenes Wissen

- Interne Evidenz
- Expertise
- Haltung
- Kommunikation

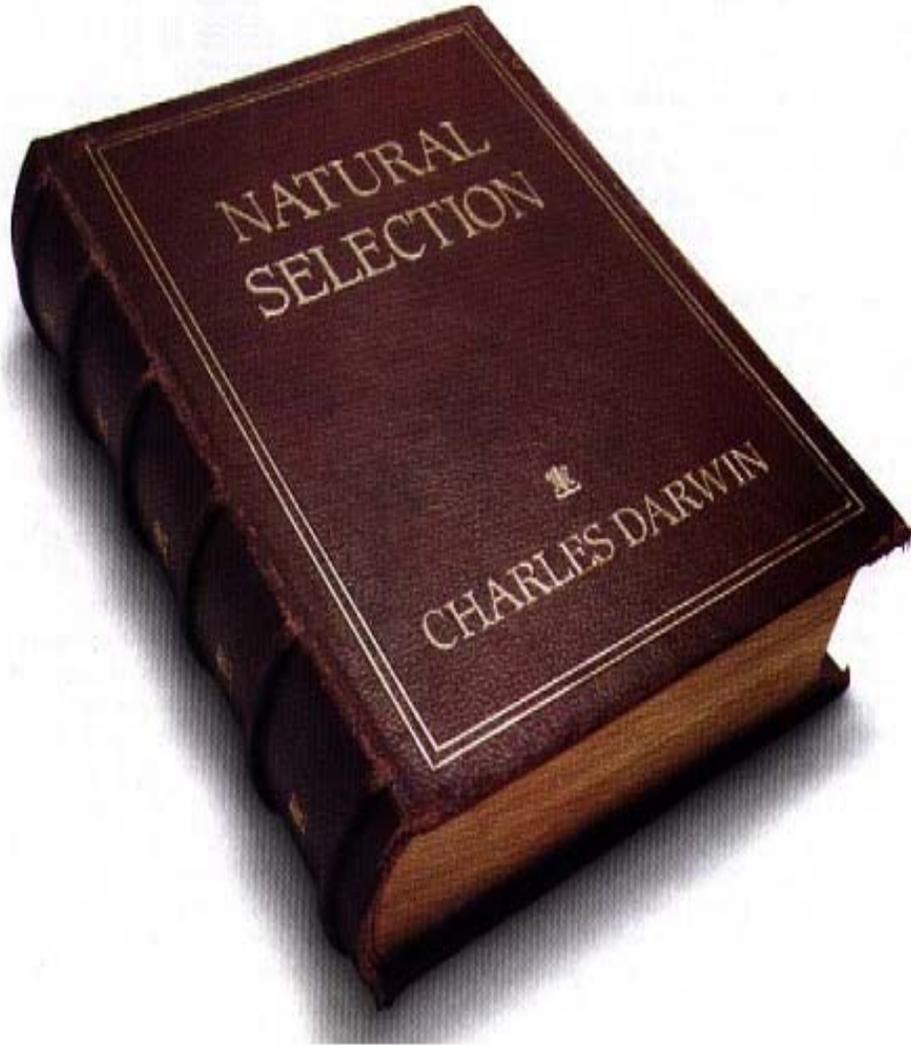


Patientenunabhängiges prozedurales Wissen

- Gesetze, Verordnungen
- Administrative Regelungen
- Lokale Abläufe, SOP
- Behandlungspfade



**Aufgabensteuerung in der medizinischen Versorgung:
Die neuen Herausforderungen im Krankenhaus**



„It is not the strongest of the species that survive, or the most intelligent. It is the one most adaptable to change.“