

Große Anfrage

der Abgeordneten Klaus Kirschner, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Ingrid Becker-Inglau, Tilo Braune, Hans Büttner (Ingolstadt), Petra Ernstberger, Dagmar Freitag, Angelika Graf (Rosenheim), Eike Hovermann, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Brigitte Lange, Waltraud Lehn, Dr. Martin Pfaff, Gerhard Rübenkönig, Gudrun Schaich-Walch, Siegfried Scheffler, Dagmar Schmidt (Meschede), Wilhelm Schmidt (Salzgitter), Regina Schmidt-Zadel, Dr. R. Werner Schuster, Dr. Angelica Schwall-Düren, Wieland Sorge, Antje-Marie Steen, Dr. Peter Struck, Margitta Terborg, Wolfgang Weiermann, Matthias Weisheit, Dr. Wolfgang Wodarg, Rudolf Scharping und der Fraktion der SPD

Qualität im Gesundheitswesen

Die deutschen Krankenkassen geben rd. 250 Mrd. DM für die medizinische Betreuung ihrer Versicherten aus. Angesichts dieser Summe sollte ein hoher Qualitätsstandard der medizinischen Versorgung selbstverständlich sein. Dies ist nicht so, wie der aktuelle Wirtschaftsbericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) für Deutschland zeigt. Dieser Bericht kommt zu dem ernüchternden Ergebnis, daß die deutschen Gesundheitsausgaben im Vergleich zum OECD-Durchschnitt erhöht sind. Die Gesundheitsergebnisse allerdings entsprechen dem OECD-Durchschnitt. Die mangelnde Effizienz des deutschen Gesundheitswesens beruht nicht nur auf den allseits bekannten strukturellen Mängeln der Versorgung, sondern auch auf dem Mangel an Qualitätsmanagement.

Die Einführung von Qualitätsmanagementverfahren in das deutsche Gesundheitswesen krankt an einer völlig unübersichtlichen Kompetenzzuweisung durch den Gesetzgeber. Das am 1. Juli 1997 in Kraft getretene 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) ordnet nicht die Kompetenzzuweisung, sondern komplettiert die Verwirrung bez. der Zuständigkeiten für Qualitätssicherung.

Die sinkende Effizienz des deutschen Gesundheitswesens wird begleitet von sinkenden Zugangschancen der Patientinnen und Patienten zur medizinisch notwendigen Versorgung infolge der GKV-Neuordnungsgesetze durch Leistungskürzungen, höhere Selbstbeteiligungen und Leistungsausgrenzungen. Die Überkapazitäten im ambulanten und stationären Bereich fördern nicht die Patientenbetreuung, sondern wirken kostensteigernd und qualitätsmindernd. Angesichts der Erkenntnis, daß das Gesundheitswesen ein Markt ohne Sättigungsgrenze ist, darf nicht dem Ruf nach unbegrenzten finanziellen Mitteln für das Gesundheitswe-

sen stattgegeben werden – es muß eine Diskussion um die Qualität der medizinischen Versorgung geführt werden.

Informationen und Transparenz

In Deutschland fehlt es an einer Gesundheitsberichterstattung, die es erlaubt, Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Prioritäten z. B. für die Versorgung chronisch Kranker zu bestimmen. Durch das Fehlen gesicherter Erkenntnisse über Struktur, Prozeß- oder Ergebnisqualität der Versorgung werden qualitätsbezogene Entscheidungen erschwert. Auf diese Erkenntnis aber haben Patientinnen und Patienten z. B. bei der Wahl von Leistungserbringern und die Krankenkassen für die Gesundheitsplanung einen Anspruch.

Nach wie vor findet keine systematische, kritische Evaluation bei Dienstleistungen in der medizinischen Versorgung statt. Dies nicht zuletzt aufgrund standesrechtlicher Vorbehalte. Voraussetzung für ein funktionierendes Qualitätsmanagement sind aussagefähige Daten auf der Basis einer qualitäts- und kostenbezogenen Dokumentation und Abbildung des medizinischen, pflegerischen und verwaltungsbezogenen Leistungsgeschehens. Es fehlt an der dringend notwendigen Leistungstransparenz. Das heutige Gesundheitssystem behandelt gute wie schlechte Leistungen der medizinischen Versorgung gleich. Das ist für die Patientinnen, Patienten, Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, die ein berechtigtes Interesse an einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung haben, nicht hinnehmbar. In Zukunft muß daher die gute Leistung gefördert werden.

Gesamtkonzept der Patientinnen- und Patientenversorgung und Qualität

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten ist eine Gesamtleistung, deren Qualität durch das Gesamtergebnis und nicht durch Einzelleistungen bestimmt wird. Es genügt nicht nur, ganzheitlich zu denken, sondern es muß ganzheitlich gehandelt werden. Beispiele für gravierende konzeptionelle Defizite sind das Fehlen von klaren Verantwortlichkeiten und damit auch das Fehlen eines Gesamtkonzepts zum Gesundheitsmanagement im Gesundheitswesen.

Stark qualitätsmindernd wirkt sich das unkoordinierte Nebeneinander der präventiven, kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung sowie der stationären und ambulanten Medizin aus. Komplettiert wird die völlig zergliederte Patientinnen- und Patientenversorgung durch weitere komplementäre Dienste der Kommunen. All diese Bereiche müssen miteinander verzahnt werden. Besonders problematisch ist auch die nach wie vor unzureichende Zusammenarbeit der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen untereinander.

Der Schwerpunkt der bisherigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung liegt bei der Strukturqualität und hier vor allem im diagno-

stisch-technischen Bereich und bei invasiven Verfahren. Maßnahmen zur Prozeß- und Ergebnisqualität werden vernachlässigt.

Zuständigkeit und Qualität

Bei Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im ambulanten und stationären Bereich herrscht ein unüberschaubares Durcheinander qualitätsrelevanter Regelungen, Kompetenzen und Zuständigkeiten im Berufs- und Sozialrecht, die, wenn überhaupt, nur mangelhaft aufeinander abgestimmt sind. Ein bundesweiter institutionen- und verbändeübergreifender Konsens und eine durchgängige von allen relevanten Akteuren getragene langfristige Qualitätsstrategie und -politik sind nicht in Sicht. Im Gegenteil, dieser inakzeptable Zustand verschlechtert sich mit jeder gesetzgeberischen Maßnahme.

Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt

Die Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt des Gesundheitswesens stehen. Das ist durch fehlende qualitätsbezogene Orientierungsmöglichkeiten über die Angebote medizinischer Versorgung nicht gewährleistet. Erfahrungen und Urteile der Patientinnen und Patienten sind ein entscheidender Faktor für ein funktionierendes Qualitätsmanagement. Die Patientinnen und Patienten müssen daher in das Behandlungsgeschehen eingebunden werden. Erschwerend kommt hinzu, daß die Chancengleichheit des Zugangs zur medizinischen Versorgung mit immer weiteren Leistungskürzungen, höheren Selbstbeteiligungen und Leistungsausgrenzungen rationiert werden.

Gravierende Defizite bestehen auch bei der Gewährleistung des Patientenschutzes. Selbst wenn Mängel der Gesundheitsversorgung bis hin zu Behandlungsfehlern offenbar werden, haben es Patientinnen und Patienten oft schwer, ihre berechtigten Schutz- oder Ersatzforderungen durchzusetzen. So ist z. B. die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten gegenüber den Erbringern der Gesundheitsleistungen und Herstellern medizinischer Produkte unzureichend, und die Rechtsgrundlagen für eine Sanktionierung bei Fehlbehandlungen sind nicht durchgreifend genug.

Voraussetzungen für ein neues Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Qualitätsdefizite im Gesundheitswesen können gesundheitliche Probleme der Patientinnen und Patienten verstärken und führen gleichzeitig zu Unwirtschaftlichkeit und damit zu vermeidbaren erheblichen Mehrkosten. Würden Qualitätsdefizite verhindert und behoben, wäre dies der entscheidende Beitrag zur Ausschöpfung der bestehenden Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen.

Die Verantwortlichkeit für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen muß daher neu geordnet werden. Die Definition von Gesundheitszielen muß in Zukunft wieder in der politischen Verantwortung des Parlaments liegen. Die Kompetenz zur Bestim-

mung von Prioritäten in der gesundheitlichen Versorgung und zur Organisation eines aktiven Gesundheitsmanagements muß für alle verbindlich aufgebaut werden. Nur mit einem qualitätsorientierten und wirtschaftlichen Gesundheitssystem wird ein sozial gerechter Zugang zur medizinisch notwendigen Versorgung erreicht.

Grundlage für verbindliche Qualitätsvorgaben für alle Akteure sind eine umfassende, neu einzuführende Gesundheitsberichterstattung und der Abbau von Wissens- und Informationsdefiziten über das medizinische, pflegerische und verwaltungsbezogene Leistungsgeschehen. In Zukunft müssen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, das gesamte Leistungsgeschehen für alle transparent darzustellen. Hierzu gehören Informationen über Behandlungsformen, Qualität und Preis. Die Frage der Patientinnen und Patienten, wer behandelt was mit welchem Erfolg, darf keine Ausnahmefrage sein, sondern muß zur Standardfrage werden.

Einheitliche Vorgaben zum Qualitätsmanagement müssen regional umgesetzt werden. Wer diese Standards nicht anbietet, wird in Zukunft nicht mehr mit Geldern aus der Solidargemeinschaft alimentiert.

Die Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung müssen verbessert werden. Jede Patientin und jeder Patient muß unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit Anspruch auf die am Bedarf orientierte medizinisch notwendige Behandlung haben. Leistungskürzungen, Selbstbeteiligung und Leistungsausgrenzungen sind daher entsprechend abzubauen. Gleiche Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung bedeuten auch, daß Steuerungsdefizite abgebaut werden. Hierzu müssen endlich, unabhängig von Zuständigkeiten und Versorgungsstufen, krankheitsbezogene, strukturierte Versorgungsmodelle entwickelt werden. Der Diskriminierung der Hausärzte muß ein Ende gesetzt werden. Ein Versorgungssystem, das den Hausarzt in den Mittelpunkt des Versorgungsgeschehens stellt, baut zwangsläufig die bestehenden Kommunikations-, Kooperations- und Koordinationsdefizite ab, führt zu mehr Wirtschaftlichkeit und verbessert ganz entscheidend die Qualität der Leistung.

Bereits mit der Stärkung des Hausarztes im Versorgungssystem wird das Qualitätsmanagement verstärkt auf den Patienten ausgerichtet. Zusätzlich müssen die Vertrauens- und Schutzfunktionen für Patientinnen und Patienten verbessert werden. Notwendig ist darüber hinaus die Erarbeitung von Leitlinien und Qualitätsstandards für Diagnose und Therapie. Dokumentation und Evaluation der Qualitätssicherung sind unabdingbar für ein aktives Qualitätsmanagement.

Deshalb fragen wir die Bundesregierung:

Leitlinien und Versorgungsziele

1. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die ansatzweise beginnende Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien als Grundlage einer qualitätsgesicherten, medizini-

- schen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu fördern?
2. Welche Maßnahmen sichern im medizinischen Versorgungssystem die angemessene Partizipation aller Betroffenen (z. B. im stationären Bereich tätige Fachärztinnen und Fachärzte sowie niedergelassene Fach- und Allgemeinärztinnen und -ärzte, Krankenkassen und Patientinnen und Patienten)?
 3. Welche Maßnahmen sichern die Berücksichtigung qualitativer Vorgaben bei der Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien für eine qualitätsgesicherte medizinische Versorgung?
 4. Wie sichert die Bundesregierung, daß internationale wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Entwicklung von Leitlinien zur medizinischen Versorgung aufgearbeitet bzw. berücksichtigt werden?
 5. Wie sichert die Bundesregierung die Befristung bzw. die kontinuierliche Überarbeitung von Leitlinien in der medizinischen Versorgung?
 6. Welche Maßnahmen stellen sicher, daß qualitativ hochwertige Leitlinien zur medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung Verbreitung finden und daß zweifelhafte Leitlinien von einer Verbreitung und Anwendung ausgeschlossen werden?
 7. Welche gesetzlichen Regelungen schaffen für Leitlinien in der medizinischen Versorgung die Grundlage einer Infrastruktur zur Formulierung, Bewertung, Verbreitung und Anwendung von Leitlinien?
 8. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um insbesondere in den Bereichen, in denen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Rahmen neuer elektronischer Medien Leitlinien angeboten werden, eine adäquate Qualität der verbreiteten Leitlinien sicherzustellen?
 9. Welche Institutionen sollten nach Auffassung der Bundesregierung mit der Erarbeitung von Leitlinien beauftragt werden?
 10. Wie schätzt die Bundesregierung die Akzeptanz von Leitlinien in der Ärzteschaft ein, und welche Maßnahmen hält sie ggf. für geeignet, die Akzeptanz von Leitlinien zu verbessern?

Struktur- und Steuerungsprobleme versus Qualität

1. Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung unternommen, damit den Sozialversicherungsträgern die entsprechenden notwendigen Informationen für ein zielgerichtetes qualitätsbewußtes Handeln zur Verfügung stehen?
2. In welchem Umfang wird das Qualitätsniveau der Leistungserbringung sinken, wenn der Preis der alleinige Steuerungsfaktor der Ressourcenverteilung ist?
3. Wieso bleibt – wenn im Gesundheitssystem verstärkt marktwirtschaftliche Elemente eingefordert werden – der Themenkatalog der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Lei-

stungserbringern weitgehend auf die Vergütung beschränkt, zumal es für die Bürgerinnen und Bürger selbstverständlich ist, daß sich Anbieter und Nachfrager einer Ware oder einer Dienstleistung über Qualität, Preis, Art und Menge der Leistungen und Bedarfsgerechtigkeit einigen?

4. Welche Gründe sind nach Einschätzung der Bundesregierung maßgeblich dafür, daß sich die Verbände der Leistungserbringer gegen Leistungssteuerung nach Qualitätskriterien und auch gegen eine Kapazitätsplanung sträuben?
5. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um es den Kostenträgern zu ermöglichen, valide Informationen über das qualitative Leistungsniveau von Leistungserbringern zu erhalten?
6. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen oder wird sie ergreifen, um zu gewährleisten, daß zwischen Leistungserbringern, die gute Qualität erbringen, und Leistungserbringern, die schlechtere Qualität erbringen, unterschieden werden kann?
7. Sollten in Zukunft Leistungserbringer von der Teilnahme an der gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden können, wenn diese ungenügende Qualität erbringen?
8. Welches Wettbewerbsmodell liegt der aktuellen Gesundheitspolitik zugrunde, wenn im Mittelpunkt das Ringen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern um die Vergütung steht, die Zahl der Leistungserbringer, die Verzahnung der Gesundheitssektoren, die Angebotsmengen und die Qualität der Leistungen aber weitgehend ausgeblendet werden?
9. In welchen Bereichen der medizinischen Versorgung sind Überkapazitäten und in welchen Bereichen Unterkapazitäten aufgrund fehlender Qualitätskriterien zu beobachten?
10. In welchen Bereichen der medizinischen Versorgung kann trotz nomineller Überversorgung nicht nur eine Fehlversorgung, sondern auch eine Unterversorgung beobachtet werden?
11. Könnte die Modifizierung einer Krankenversichertenkarte, die auch medizinische Daten sammelt, durch die patientinnen- und patientenbezogene Dokumentation von Krankheits- und Behandlungsverläufen zur Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung, der Prozeßqualitätsbeurteilung und zur Verbesserung der Qualität und Transparenz der medizinischen Versorgung beitragen?

Transparenz und Qualität

1. Welche Gesundheitsdaten der Bürgerinnen und Bürger sind nach Auffassung der Bundesregierung für ein Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen erforderlich?

2. Welche Voraussetzungen hat die Bundesregierung geschaffen, um mehr Transparenz über die Qualität der medizinischen Versorgung zu schaffen?
3. Welche konkreten Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die relevanten vorliegenden Daten bei den Krankenkassen als Grundlage für höhere Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung zusammenzuführen?
4. Welche Maßnahmen im Bereich der Organisation der Verfahren bzw. der datenschutzrechtlichen Vorgaben hat die Bundesregierung ergriffen, um eine auf das Wohl der Patientinnen und Patienten und auf die qualitätsorientierte Fortentwicklung des deutschen Gesundheitswesens gerichtete Entwicklung der Datentransparenz zu ermöglichen?
5. Wie kann zumindest punktuell die Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung sektorenübergreifend erfaßt und evaluiert werden?
6. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen bzw. wird sie noch ergreifen, um sozialrechtliche Vorgaben für eine Entwicklung und Implementierung innovativer Qualitätsmanagementkonzepte, wie z. B. der Zertifizierung als gemeinsame Maßnahme der Selbstverwaltungspartner, zu öffnen?

Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für Qualität

1. Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung unternommen, um die bremsende Konkurrenz der Institutionen und Organisationen in der Qualitätssicherung durch konsistente rechtliche Regelungen zu überwinden?
2. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um die unabdingbare Parität der Einflußkräfte von Leistungserbringern und Kostenträgern auf die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern?
3. Welche Maßnahmen richten sich auf die Gewährleistung einer sinnvollen Ausgestaltung des föderalen Prinzips im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen?
4. Wie wird sichergestellt, daß die grundlegenden Entscheidungen bez. der Methodik und Kriterien der Qualitätssicherung zentralisiert erfolgen können?
5. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auswirkungen der föderalen Strukturen auf die Entwicklung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards im Gesundheitswesen?
6. Welche Maßnahmen der Bundesregierung unterstützen eine sinnvolle bereichsübergreifende Organisation von Qualitätssicherungsverfahren zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung und Unfallversicherung?
7. Sieht die Bundesregierung Möglichkeiten, die Effizienz der gemeinsamen Bemühungen der Kostenträger um eine medizinisch wie wirtschaftlich optimale Patientinnen- und Patienten-

versorgung durch die Einführung einheitlicher Standards für die telematikgestützte Datenerhebung, -verarbeitung, -auswertung zu verbessern, und welche Modellansätze dazu beurteilt die Bundesregierung als besonders aussichtsreich?

Ergebnisqualität in der medizinischen Versorgung

1. Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß in Deutschland die Patientinnen und Patienten und die Krankenkassen als deren „Interessenvertreter“ hinreichend an der Beurteilung der Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung beteiligt sind?
2. Wo sieht die Bundesregierung Möglichkeiten für eine bessere Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Beurteilung ihrer Behandlung in der medizinischen Versorgung?
3. Teilt die Bundesregierung die häufig von Standesvertretern der Ärzteschaft vertretene Auffassung, die Qualitätssicherung sei eine „ureigene“ Aufgabe der Ärzteschaft?
4. Hält die Bundesregierung es für ausreichend, daß die Leistungserbringer die Qualität ihrer Leistung selbst beurteilen und kontrollieren?
5. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, Elemente der Qualitätssicherung aus anderen Ländern aufgrund von internationaler Studien oder Erkenntnissen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu übernehmen?
6. Steht nach Auffassung der Bundesregierung die Rechtsmeinung verschiedener Ärzteorganisationen, das Berufsrecht gehe dem Sozialrecht und damit den besonderen Rechten der Patientinnen und Patienten und dem hochrangigen Allgemeingut der sozialen Krankenversicherung mit den im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Zuständigkeiten vor, den Erkenntnissen eines Qualitätsmanagements in der medizinischen Versorgung entgegen?
7. Wie vereinbart die Bundesregierung ihr Ziel, mehr marktwirtschaftliche Elemente in das System der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen, mit der Beibehaltung und sogar Förderung des Einflusses der Berufsgruppe der Ärzte, die in erster Linie nur auf Prozeßqualität und nicht auf eine Ergebnisqualität bei der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung abstellt?
8. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die strikte Trennung der Zuständigkeiten der einzelnen Sektoren (z. B. ambulanter und stationärer Bereich) im Gesundheitswesen und die Trennung der Zuständigkeiten zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Sozialleistungsträgern, z. B. der Rentenversicherung und den Kommunen, eine qualitätsbezogene Information sowie die Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität erschwert, und welche Möglichkeiten werden ggf. gesehen, hier Abhilfe zu schaffen?
9. Welche Aufgaben kann und sollte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bei der Gestaltung der Verfahren der

Qualitätssicherung, der Formulierung von Indikatoren für Qualität und der Prüfung der Ergebnisqualität übernehmen?

10. Wie bewertet die Bundesregierung die Einführung von Bonus- und Malus-Systemen zur Durchsetzung von Qualitätsmaßnahmen?

Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt des Geschehens

1. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um eine intensivere Beteiligung der Patientinnen und Patienten in den Qualitätssicherungsverfahren der Selbstverwaltungspartner zu sichern?
2. Hält die Bundesregierung es für ausreichend, daß die Behandlung von Kunstfehlern praktisch ausschließlich in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung liegt?
3. Werden die Patientinnen und Patienten nach Auffassung der Bundesregierung in Kunstfehlerprozessen hinreichend unterstützt?
4. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit und auch Möglichkeiten, daß die Krankenkassen die Interessen ihrer Versicherten stärker gegenüber den Leistungserbringern vertreten?
5. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die rechtliche Position der Patientinnen und Patienten z. B. bei Kunstfehlern durch eine Umkehr der derzeitigen Beweislast wesentlich verbessert werden kann?
6. Welche rechtlichen Änderungen sind zu schaffen, damit die Krankenkassen ihrer Funktion als Anwalt von Patientinnen und Patienten besser gerecht werden können?
7. Reichen die Instrumente der Krankenkassen aus, um valide Informationen über die Qualität der Leistungen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten zu verwenden?
8. Aufgrund welcher wissenschaftlich belegter Studien erachtet es die Bundesregierung für sinnvoll, die Patientinnen und Patienten entsprechend dem 2. GKV-NOG über Leistungs- und Abrechnungsdaten zu informieren?
9. Welche Verhaltensänderungen bei Leistungserbringern, welche Änderungen im Leistungsgeschehen und bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen erwartet die Bundesregierung von der Information der Patientinnen und Patienten über die Leistungs- und Abrechnungsdaten?
10. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die Interessen der Patientinnen und Patienten und die Ergebnisqualität durch eine umfassende Bereitstellung von anonymisierten Daten über das Behandlungsergebnis wesentlich unterstützt werden können?
11. Wie beurteilt die Bundesregierung die Möglichkeiten des Einholens einer Zweitmeinung vor Beginn einer Behandlungsmaßnahme, z. B. beim Zahnersatz oder in der ambulanten Psychotherapie, als Maßnahme zum Schutz der Patientinnen und

Patienten vor einer unnötigen oder einer im Umfang nicht angezeigten Behandlungsmaßnahme?

12. Wie beurteilt die Bundesregierung im Zusammenhang mit dem Einholen einer Zweitmeinung die Chancen zur Optimierung von Diagnosenstellung und Erarbeitung von Behandlungsplänen mit Hilfe telematikgestützter Zweitbefundung (Telekonsultation)?
13. In welchen medizinischen Fachrichtungen und für welche Krankheitsbilder hält die Bundesregierung die Einrichtung von Telekonsultationsdiensten für sinnvoll, und welche Erfahrungen liegen hier bereits vor?
14. Wie beurteilt die Bundesregierung die möglichen datenschutzrechtlichen, haftungsrechtlichen und abrechnungsrechtlichen Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Telekonsultationsdiensten auftreten können?
15. Welche Projekte zur Erprobung von Telekonsultation sind in der Vergangenheit aus Bundesmitteln gefördert worden bzw. werden derzeit gefördert?
16. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auffassung, daß gerade bei Therapiemaßnahmen, bei denen aufgrund der Therapeuten-Patienten-Beziehung wie z. B. in der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker die Patientinnen und Patienten in einer starken Abhängigkeit von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten sind, spezielle Maßnahmen der Qualitätssicherung notwendig sind?

Ärztliche Aus- und Weiterbildung

1. Welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung, um die Defizite in Ausbildung, Weiterbildung und in den Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin abzubauen?
2. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß es dem Medizinstudium in seiner heutigen Form an Praxisorientierung mangelt, weil es zu stark forschungsorientiert ist anstatt auf den Alltag ärztlicher Praxis vorzubereiten?
3. Wie schätzt die Bundesregierung die zukünftige Bedeutung von Telematik-Anwendungen bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten ein (Lernsoftware, computeranimierte Simulationen von invasiven Behandlungen etc.)?
4. Welche Projekte zur Entwicklung von Telematik-Anwendungen für die ärztliche Aus- und Weiterbildung sind bisher aus Bundesmitteln gefördert worden bzw. werden derzeit gefördert?
5. Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung unternommen, um die Ärztekammern in ihren Bemühungen um eine Umsetzung einer qualifizierten fünfjährigen Weiterbildung zur Fachärztin und zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu unterstützen?

6. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um den Einfluß der Krankenkassen und der Patientinnen und Patienten auf die Weiterbildung zu stärken?

Qualität im Krankenhaus

1. Was hat die Bundesregierung unternommen, um die Vorschrift des § 137 SGB V, wonach die Krankenhäuser sowie die Vor- und Reha-Einrichtungen verpflichtet werden, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, die sich auf die Qualität der Behandlungen, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse erstrecken, in der Praxis umzusetzen, und welche empirisch belegten Ergebnisse der Qualitätssicherung liegen seit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 vor?
2. Wie beurteilt die Bundesregierung die Ergebnisse der bisher durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen für den stationären Bereich (Qualitätssicherung in der Peri- und Neonatologie, in der Herzchirurgie, Gynäkologie, beim ambulanten Operieren, bei Fallpauschalen und Sonderentgelten etc.)?
3. Sind nach Auffassung der Bundesregierung die bislang durchgeführten Verfahren geeignet, um Qualitätsdefizite in der stationären Versorgung aufzuzeigen, und ermöglichen diese Verfahren auch, Qualitätsdefizite, sowohl flächendeckend wie auch im jeweils festgestellten Einzelfall, zu beheben?
4. Sind der Bundesregierung Einzelfälle bekannt, bei denen durch externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung Qualitätsmängel erkannt wurden, und wenn ja, sind diese Qualitätsmängel zwischenzeitlich behoben?
5. Was unternimmt die Bundesregierung, sofern die externen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung nicht als ausreichend bezeichnet werden, um erkannte Mängel zu beseitigen?
6. Was tut die Bundesregierung, um die mit dem 2. GKV-NOG entstandenen Rechtsunklarheiten zwischen der Bundesärztekammer auf der einen Seite und den Kostenträgern sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der anderen Seite über die vorrangige Zuständigkeit für die Qualitätssicherung im Rahmen der §§ 137 ff. SGB V zu beenden?
7. Vertritt die Bundesregierung die Auffassung, daß im Rahmen der §§ 137 ff. SGB V ein eindeutiger Vorrang des Berufsrechts vor dem Sozialrecht besteht und damit die Ärztekammern vorrangig für die Qualitätssicherung zuständig sind?
8. Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um das Geschehen in den Krankenhäusern, insbesondere bei der Prozeß- und Ergebnisqualität, transparenter zu gestalten?
9. Welche Erfahrungen mit Krankenhaus-Informationssystemen liegen der Bundesregierung vor, und wie beurteilt sie die

zukünftige Bedeutung von Krankenhaus-Informationssystemen?

10. Welche Projekte zur Entwicklung und Erprobung von Krankenhaus-Informationssystemen sind bisher aus Bundesmitteln gefördert worden bzw. werden derzeit gefördert?
11. Inwieweit können externe Qualitätssicherungsprogramme die notwendigen Anreize zur Einrichtung und Durchführung eines effizienten Qualitätsmanagements im Krankenhaus geben?
12. Hält die Bundesregierung eine Zertifizierung von Krankenhäusern zur Feststellung eines erreichten Qualitätsniveaus für erforderlich?
13. Welche Qualitätskriterien sollten nach Auffassung der Bundesregierung bei einer Zertifizierung von Krankenhäusern berücksichtigt werden?
14. Wie beurteilt die Bundesregierung die Situation, daß durch eine Zertifizierung nach den DIN-/ISO-Normen die Patientinnen und Patienten zu der möglicherweise irrigen Annahme verleitet werden, die Qualität im zertifizierten Krankenhaus sei in jeder Hinsicht optimal?
15. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung getroffen, um die Modelle des internen Qualitätsmanagements für öffentliche Einrichtungen (Modell der Selbstbewertung nach den Richtlinien der European Foundation for Quality Management – EFQM) in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu fördern?
16. Wie nutzt die Bundesregierung den vernetzten sozialmedizinischen Sachverstand der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, um die Bemühungen der Leistungsanbieter um Qualitätsmanagement und Effizienzsteigerung in der stationären Versorgung zu fördern?
17. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, das Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu fördern, und welche Möglichkeit der Zertifizierung jenseits der ISO 2000 werden aufgezeigt?
18. Beabsichtigt die Bundesregierung Art und Umfang der Prüfbefugnisse der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, insbesondere zur Begutachtung der Fehlbelegung in Krankenhäusern, zu präzisieren und zu erweitern?
19. Welche Maßnahmen trifft die Bundesregierung, um die Rechtslage für die Stichprobenprüfung nach § 17 a KHG zu klären?
20. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung aufgrund der Ergebnisse des Modellvorhabens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Prüfung der Notwendigkeit von Krankenhausaufnahmen ergriffen, wonach bei mehr als 20 % aller evaluierten Patientinnen und Patienten eine vollstationäre Behandlung zum Aufnahmezeitpunkt (die ersten drei Tage) nicht unbedingt notwendig war?

21. Können die Ergebnisse des in Frage 18 angeführten Modells Empfehlungen und Vorschläge erlauben, wie eine bessere Verzahnung der Sektoren gewährleistet werden könnte, oder hätte man eine umfangreichere Bestandsaufnahme unter Einbeziehung weiterer Struktur- und Umfelddaten machen müssen?
22. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um qualifizierte Aufnahmestationen im Krankenhaus zu fördern, z. B. die Einrichtung einer fachärztlich besetzten interdisziplinären Aufnahmestation?
23. Was hat die Bundesregierung unternommen, um Abläufe im Krankenhaus zu straffen und krankenhauserne Strukturen so zu verändern, daß potentielle Fehlbelegung minimiert wird?
24. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung getroffen, um neue Ansätze wie z. B. Case-Management und Disease-Management, mit denen Wege zur Erhöhung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und zu Kostensenkungen gefunden werden können, in das deutsche Gesundheitssystem zu implementieren?
25. Wer soll nach Auffassung der Bundesregierung die Schlüsselposition des Case- und Disease-Manager besetzen, und welche Kompetenzen werden ihm zugeschrieben?
26. Wie unterstützt die Bundesregierung die Krankenkassen, die z. B. ein Krankenhausfallmanagement aufbauen möchten?
27. Behindert nach Auffassung der Bundesregierung der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ein Krankenhausfallmanagement der Krankenkassen?
28. Wie will die Bundesregierung das Problem lösen, daß es für die meisten Erkrankungen keine aussagekräftigen Daten über die Ergebnisse der gesamten medizinischen Behandlung gibt?
29. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, damit ein kontinuierliches Monitoring von geeigneten Daten möglich ist, weil nur unter dieser Voraussetzung bei einer Erkrankung kontinuierliche Prozesse optimiert und bessere Outcomes erzielt werden können?
30. Was hat die Bundesregierung unternommen, um nachzuprüfen, ob möglicherweise das Leistungsangebot im ambulanten Sektor (z. B. in ländlichen Regionen) nicht adäquat bzw. nicht ausreichend ist, um den Vorrang ambulanter vor stationärer Behandlung zu gewähren?
31. Was hat die Bundesregierung unternommen, um geeignete ambulante Versorgungsstrukturen am Krankenhaus aufzubauen?
32. Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung unternommen, damit vertragsärztliche und ambulante Diagnostik und Therapie besser genutzt werden?
33. Was hat die Bundesregierung unternommen, damit auf das Einweisungsverhalten der Ärzte Einfluß genommen wird?

34. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die Kooperation zwischen den Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten zu verbessern, so daß die vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten gezielter genutzt werden?
35. Welche Anreize hat die Bundesregierung geschaffen, damit im ambulant niedergelassenen Bereich die Ärztinnen und Ärzte keine Angst vor „Patientenverlusten“ haben, wenn sie zu Fachärzten überweisen?
36. Was hat die Bundesregierung unternommen, um z. B. das ambulante Operieren befriedigend umzusetzen?
37. Wie schätzt die Bundesregierung die Auffassung ein, daß eine Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung durch den Austausch digitalisierter Befund- und Behandlungsdaten die Anzahl der unnötigen Mehrfachuntersuchungen und Behandlungen kostenrelevant senken könnte?
38. Wie will die Bundesregierung auf die Krankenhäuser einwirken, die mit den §§ 115 a und 115 b SGB V eröffneten Möglichkeiten alternativer Nutzung der Versorgungsstrukturen besser auszuschöpfen, die oft nur deshalb nicht ausgenutzt werden, weil sie für das Krankenhaus mit Erlöseinbußen verbunden sind?
39. Mit welchen Untersuchungen kann die Bundesregierung die vermuteten Rationalisierungsreserven des Gesundheitswesens im Bereich der Doppel- und Mehrfachdiagnostik an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung darstellen?
40. Welche spezifischen Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um Behauptungen zu untermauern, wonach aufgrund von Überkapazitäten in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern z. T. hohe Eingriffsfrequenzen bei solchen Leistungen zu verzeichnen sind, die einen Ermessensspielraum bei der Indikationsstellung erlauben (beispielsweise bei Bandscheibenoperationen, Prostataoperationen, Eingriffen an den Eierstöcken und an der Gebärmutter)?
41. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die Qualitätssicherung bei der Indikationsstellung verpflichtend zu machen?
42. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um den Krankenkassen einen wirksamen Einfluß auf die Qualitätssicherung der Indikationsstellung in Diagnostik und Therapie zu sichern?

Vernetzung von Akutversorgung und Rehabilitation

1. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um ein übergreifendes Fallmanagement an der Schnittstelle von Akut-Krankenhausbehandlung und Rehabilitation zu sichern?

2. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Patientinnen- und Patientenautonomie an der Schnittstelle von Akut-Krankenhausbehandlung und Rehabilitation zu sichern?

Bonn, den 4. Februar 1998

Klaus Kirschner
Horst Schmidbauer (Nürnberg)
Ingrid Becker-Inglau
Tilo Braune
Hans Büttner (Ingolstadt)
Petra Ernstberger
Dagmar Freitag
Angelika Graf (Rosenheim)
Eike Hovermann
Dr. Hans-Hinrich Knaape
Brigitte Lange
Waltraud Lehn
Dr. Martin Pfaff
Gerhard Rübenkönig
Gudrun Schaich-Walch
Siegfried Scheffler
Dagmar Schmidt (Meschede)
Wilhelm Schmidt (Salzgitter)
Regina Schmidt-Zadel
Dr. R. Werner Schuster
Dr. Angelica Schwall-Düren
Wieland Sorge
Antje-Marie Steen
Dr. Peter Struck
Margitta Terborg
Wolfgang Weiermann
Matthias Weisheit
Dr. Wolfgang Wodarg
Rudolf Scharping und Fraktion

