



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Betrifft: Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 03) wird unter Berücksichtigung des Antrages von Prof. Dr. Bertram, Herrn Stagge, Dr. Rütz und Frau Haus (Drucksache VI -03a) zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag im Jahre 2010 in Dresden hatte die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im GKV-System, basierend u. a. auf Beschlüssen der Ärztetage 1993 und 2002, zu einer gemeinsamen Qualitätskultur gefordert.

Am 01.01.2010 nahm das Institut nach § 137a SGB V (AQUA-Institut GmbH, Göttingen) seinen Betrieb auf. Die Erfahrungen mit der Entwicklung der ersten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren zeigen, dass die Forderungen der Ärzteschaft an die gesetzliche Qualitätssicherung nichts an Aktualität verloren haben.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert daher, die Qualitätssicherung im System der gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich inhaltlich und methodisch weiterzuentwickeln. Dies bedeutet insbesondere

1. Langfristige Planung, Prioritätensetzung und Augenmaß statt Überregulierung

Die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung und das Qualitätsmanagement sind in Deutschland fundamental in den berufsrechtlichen Regelungen der Ärztekammern verankert. Darüber hinaus sind viele Qualitätssicherungsinitiativen von Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden, wie z. B. ärztliche Peer Reviews, ein Beleg dafür, dass die Ärzteschaft sich ihrer Verantwortung zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung bewusst ist. Die hohe Zahl ärztlicher Absolventen des Curriculums Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer wird international anerkannt.

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im SGB V mit Qualitätssicherungsmaßnahmen für gesetzlich versicherte Patienten beauftragt. In zahlreichen Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V hat der G-BA Qualitätssicherungsbestimmungen, z. B. in Form von detaillierten Strukturqualitäts- und Prozessvorgaben oder Mindestmengen, erlassen. Negative Effekte durch diese Überregulierung lassen sich in Form von zunehmender Bürokratie im Praxisalltag und in

Angenommen: Abgelehnt: Vorstandsüberweisung: Entfallen: Zurückgezogen: Nichtbefassung:

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



Beschränkungen in der täglichen Versorgung ablesen.

Wir vermissen ein übergeordnetes Rahmenkonzept des G-BA für die verantwortungsvolle Gestaltung einer Qualitätssicherungslandschaft in Deutschland. Ein solches Rahmenkonzept mit langfristigem Zeithorizont sollte die Priorisierung gesetzlicher Qualitätssicherungsaktivitäten danach ausrichten, wo evidenzbasierter Handlungsbedarf besteht, z. B. bei epidemiologisch bedeutsamen Themen wie der Altersdemenz. Ein langfristiges Rahmenkonzept könnte allen Beteiligten Planungssicherheit geben und in den kommenden Jahren dem Institut nach § 137a SGB V als Richtschnur für die Verfahrensweiterentwicklung dienen. Vorhandene Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten dabei regelmäßig einer Evaluation auf ihre Wirksamkeit unterzogen werden und ggf. modifiziert oder ausgesetzt werden. Bei der Auswahl der Methoden der Qualitätssicherung sollte der G-BA Augenmaß beweisen, z. B. durch die datensparsame Nutzung von Routinedaten und die Vermeidung von Vollerhebungen zugunsten von Stichproben.

Das Ideal einer qualitätsorientierten Versorgungssteuerung lässt sich nur unter Nutzung der Eigenmotivation der verschiedenen Beteiligten und unter Erhaltung von regionalen Gestaltungsspielräumen erreichen. Auch in diesem Sinne sollte der G-BA Augenmaß beweisen und der Ärzteschaft vor Ort einen ausreichenden Spielraum bei Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung lassen.

2. Nutzung der Qualitätssicherungskompetenzen der Ärztekammern statt Zerschlagung bewährter Strukturen

Ein Jahr nach Inkraftsetzung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) erscheint der G-BA mit der Komplexität des neuen Verfahrens überfordert. Der Verfahrensstart ist wiederholt aufgeschoben worden.

Auf Landesebene ist daher noch völlig unklar, in welcher Form in den sogenannten Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) die Umsetzung der zukünftigen Qualitätssicherung erfolgen soll. Erschwerend kommt hinzu, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den G-BA bei Freigabe der Richtlinie beauftragt hat, den Freiraum der Gestaltung der Landesebene durch Regelungen zur Finanzierung und zur Datennutzung zukünftig weiter einzuschränken.

Die Gefahr besteht nach wie vor, dass die erfolgreichen Strukturen der externen stationären Qualitätssicherung auf Landesebene zerschlagen werden. In 15 Bundesländern sind die Landesärztekammern auf Wunsch und mit Einverständnis der Vertragspartner Landeskrankengesellschaft und Landeskrankenkassenverbänden auf gleicher Augenhöhe beteiligt. Nur durch diese Beteiligung ist das Gelingen gesetzlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen möglich. Der Ärztetag fordert daher, dass die Regelungen der externen stationären Qualitätssicherung Vorbild sind für die Gremienbildung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Ohne eine adäquate Einbindung der Ärzteschaft droht ein gravierender Motivationsverlust der



Anwender, die das Verfahren tragen und die Ergebnisse umsetzen sollen.

Um zukünftig eine bessere Harmonisierung zwischen Bundes- und Landesebene herbeizuführen und die berechtigten Interessen der Ärzteschaft schon bei der Konzeption der Verfahren adäquat vertreten zu können, fordert der Deutsche Ärztetag eine gleichberechtigte, d. h. stimmberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im G-BA.

3. Sorgfältige Testung und Erprobung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung statt Aktionismus

Vom AQUA-Institut sind mittlerweile die ersten Verfahrensvorschläge für zukünftige sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren vorgelegt worden. Nachdem im Vorfeld an die Einführung von Langzeitbeobachtungen hohe Erwartungen geknüpft worden waren, ist jetzt eine erste Ernüchterung zu verzeichnen. Für viele der vom AQUA-Institut vorgeschlagenen Indikatoren ist bei fraglicher Aussagekraft mit einem hohen Erhebungsaufwand zu rechnen. Einige Langzeitbeobachtungen sind in der vorgeschlagenen Weise möglicherweise überhaupt nicht durchführbar. Damit würde die sektorenübergreifende Qualitätssicherung quasi gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot im SGB V verstoßen, denn auch für Qualitätssicherungsmaßnahmen sollte letztendlich gelten, dass sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Notwendige nicht überschreiten.

Obwohl noch gar nicht alle Details in der Richtlinie (Qesü-RL) geregelt sind, zeichnet sich schon jetzt ein extrem komplexer Datenfluss zwischen den Beteiligten im ambulanten bzw. im stationären Bereich und den Daten entgegennehmenden Stellen, der Vertrauensstelle, AQUA bzw. den LAG ab. Es ist daher von besonderer Bedeutung, die komplexen Abläufe ausführlich zu testen und Fehler zu bereinigen, bevor man den ersten „Echtbetrieb“ bei tausenden von Ärzten und Krankenhäusern beginnt. Die gegenwärtige Überforderung des G-BA, aber auch des AQUA-Instituts, mit dem Projekt der sQS-Einführung zeigt sich u. a. in unrealistischen Zeitvorgaben. So wird der seriösen Testung ein zu geringer Raum eingeräumt. Vielmehr werden, um das Verfahren zu beschleunigen, im Echtbetrieb der externen stationären Qualitätssicherung seit dem Jahre 2011, alleine zu Testzwecken, zusätzlich Krankenversicherernummern erfasst. Damit sollen testweise bei der Vertrauensstelle Pseudonyme für die zukünftige sQS erstellt werden. Diese Vorgehensweise ist datenschutzrechtlich bedenklich.

Im Übrigen zeichnet sich schon jetzt ab, dass die zuletzt als Auslaufmodell bezeichnete externe stationäre Qualitätssicherung mittelfristig das einzige stabile datengestützte Qualitätssicherungsverfahren in Deutschland ist.

Der Deutsche Ärztetag fordert, eine gründliche Machbarkeitsprüfung und einen ausführlichen Probetrieb bei den neu entwickelten Verfahren auf freiwilliger Basis durchzuführen, anstatt bestehende Verfahren durch Aktionismus zu gefährden.



4. Finanzierung der Qualitätssicherung

Sowohl im Probetrieb als auch nach der Einführung muss die Qualitätssicherung von den Kostenträgern mit zusätzlichem Geld in kostendeckender Höhe sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich finanziert werden.