



## Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“

*Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 21.08.2020*

### **Vorbemerkung**

Dieses Memorandum wurde auf Empfehlung des Ausschusses „Qualitätssicherung“ am 21.08.2020 vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet.

Anlass sind vor allem die in den zurückliegenden Jahren zu verzeichnenden Entwicklungen im Bereich der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung. Diese Entwicklungen sieht die Ärzteschaft kritisch. Der bürokratische Aufwand steht in keinem Verhältnis mehr zum potenziellen Nutzen für die Patientenversorgung. Vielmehr haben sich die immensen (Dokumentations-)Anforderungen an QM/QS zunehmend zu einem Selbstzweck entwickelt, bei dem der Fokus nicht auf dem eigentlichen Ziel der Qualitätsverbesserung liegt, sondern vor allem auf der externen Kontrolle.

Dies betrifft zum Beispiel die aus der sogenannten „Qualitätsoffensive“ im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hervorgegangenen Qualitätssicherungsmaßnahmen des G-BA, wie etwa die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c SGB V. Aber auch der Übergang der seit zwei Jahrzehnten etablierten externen stationären Qualitätssicherung (esQS) nach § 136 SGB V von der G-BA-Richtlinie QSKH-RL in die neue sektorenübergreifende DeQS-RL entwickelt sich problematisch. Die QS-Strukturen auf Landesebene werden in Form von Landesarbeitsgemeinschaften neu geordnet. Damit verlieren die Landesärztekammern ihre koordinierende Rolle und sind nicht mehr gleichberechtigte Partner bei der Gestaltung der externen Qualitätssicherung.

QS/QM ist aus ärztlicher Sicht kein Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck. QS/QM im ursprünglichen Sinn tragen im Behandlungsalltag aktiv dazu bei, die bestmögliche Versorgung für die Patienten gewährleisten zu können.

Deshalb fordert der Ausschuss „Qualitätssicherung“ der Bundesärztekammer eine Rückbesinnung auf den eigentlichen Kern von QS und QM. Dieser besteht in der Verbesserung

der Patientenversorgung. Notwendig ist eine Verschlankung der gesetzlich formulierten Anforderungen. Diese müssen sich daran messen lassen können, inwiefern ein tatsächlicher Mehrwert für die Qualität der Patientenversorgung geschaffen wird.

Die Notwendigkeit für den G-BA, während der Covid-19-Pandemie im März 2020 innerhalb kürzester Zeit zahlreiche Richtlinien und Regelungen auszusetzen oder zumindest von Sanktionen freizustellen, um medizinisches Personal nicht von klinischen Tätigkeiten abzuhalten, unterstreicht aktuell die inzwischen grenzwertige Belastung durch Dokumentationsaufgaben im Klinikalltag.

### **Eckpunkte**

1. Internes Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe in Krankenhäusern und Arztpraxen und von zentraler Bedeutung für die Patientensicherheit.
2. Externe Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung ist dann sinnvoll, wenn die Ärzteschaft im Sinne eines dauerhaften Lernens und insbesondere die Patienten durch Verbesserungsmaßnahmen von valide erhobenen Daten profitieren.
3. Externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement gehören zusammen.
4. QS und QM sind kein Selbstzweck, sondern dienen einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung.
5. QS und QM dienen nicht dazu, allokativen Fehlanreize oder Versäumnisse in der Bereitstellung von Ressourcen oder Versorgungsinfrastrukturen zu kompensieren.
6. Qualität der Versorgung sollte insbesondere bei Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität Bestandteil der Krankenhausplanung (§ 1 KHG) sein.
7. Die Ärztekammern unterstützen QS-/QM-Maßnahmen, halten es aber gleichzeitig für essenziell, Ärztinnen und Ärzte von Dokumentationstätigkeiten zu entlasten, um die gewonnene Zeit wieder der Patientenversorgung zur Verfügung zu stellen.

## Maßnahmen/Lösungsansätze

1. *Die Förderung bewährter Instrumente des internen Qualitätsmanagements muss Vorrang vor externer Qualitätssicherung haben.*

Die externe Qualitätssicherung wird durch die Maßnahmen des G-BA mit Zentralisierung und Sanktionierung massiv überbetont. Sie engt den Raum für internes Qualitätsmanagement ein. Bewährte Instrumente des QM sind z. B. Peer Review und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Der Einsatz dieser Instrumente kostet Zeit und Ressourcen. Diese Instrumente bieten jedoch in einem ungleich höheren Maß die Möglichkeit des direkten „Voneinander-Lernens“ der beteiligten Berufsgruppen und somit der unmittelbaren Verbesserung in der Patientenversorgung als eine ausufernde QS-Kontrollbürokratie.

2. *Externe Qualitätssicherung muss das primäre Ziel haben, Qualität zu fördern.*

Der Schwerpunkt der externen Qualitätssicherung liegt zunehmend auf Kontrolle und Sanktionierung der Krankenhäuser und Arztpraxen. Die externe Qualitätssicherung soll die Qualität fördern, z. B. durch Lernen von den Besten. Sie soll das interne Qualitätsmanagement ergänzen, droht aber, sich völlig davon zu entkoppeln.

3. *Externe Qualitätssicherung sollte unabhängig vom Versichertenstatus der Patienten sein.*

Die externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V hat nur für gesetzlich Versicherte Gültigkeit. Der Gesetzgeber sollte eine Lösung finden, diese Ungleichheit aufzuheben. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammern adressieren den Patienten grundsätzlich unabhängig vom Versichertenstatus.

4. *Externe Qualitätssicherung muss angemessen im Umfang und erprobt in der Wirkung sein.*

Die externe Qualitätssicherung steht als flächendeckende Vollerhebung anstelle von Stichproben im Widerspruch zu dem Gebot der Datensparsamkeit, z. B. gemäß § 299 SGB V. Alleine im Jahre 2019 wurden in der externen Qualitätssicherung von 1.496 Krankenhäusern ca. 2,5 Millionen, zum Teil umfangreiche Datensätze dokumentiert. Neue Verfahren werden nicht vorab, z. B. hinsichtlich ihres Dokumentations- und Auswertungsaufwandes, getestet, sondern ungeprüft in der Fläche ausgerollt. Personalressourcen werden dadurch in großem Umfang für die QS gebunden und stehen nicht mehr für die Patientenversorgung zur Verfügung.

5. *Externe Qualitätssicherung muss angemessen im Aufwand sein.*

Der Aufwand in der sich abzeichnenden externen Qualitätssicherung steht inzwischen in keinem Verhältnis mehr zum Nutzen. Sie bindet Ressourcen im Krankenhaus und in der Arztpraxis durch kleinteilige Stellungnahmeverfahren mit den zuständigen Stellen auf Landesebene bzw. mit dem IQTIG.

6. *Externe Qualitätssicherung benötigt zwingend die Komponente des kollegialen Dialogs.*

Qualitätsindikatoren liefern wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme. Eine Validierung durch einen vertrauensvollen Dialog auf Augenhöhe über mögliche, kontextbezogene Ursachen ist unabdingbar. Gegenwärtig wird eine Abschaffung der Dialogkomponente im G-BA diskutiert. Würde das Verfahren auf diese Art auf einen reinen Kontrollmechanismus reduziert, der den zentralen Aspekt der Qualitätsförderung ausklammert, würde die externe Qualitätssicherung ihre Akzeptanz bei den Beteiligten in Krankenhäusern und Arztpraxen vollends verlieren.

7. *Qualitätsindikatoren sollen adäquat eingesetzt werden.*

Aus einzelnen Qualitätsindikatoren soll nach Vorstellung des Gesetzgebers (§ 136c SGB V) die Qualität einer ganzen Abteilung oder gar eines Krankenhauses ablesbar sein. Die Praxis der nunmehr zweijährigen Anwendung der vom IQTIG empfohlenen Indikatoren zeigt aber, dass Qualitätsindikatoren diesem Anspruch nicht gerecht werden können.

8. *Qualitätsindikatoren sollen für den Zweck verwendet werden, für den sie entwickelt wurden.*

Der Grundgedanke des Gesetzgebers, dass sich Indikatoren der externen Qualitätssicherung dazu eignen, auffällige Fachabteilungen von Krankenhäusern aus der Krankenhausplanung zu nehmen oder Qualitätszu- und -abschläge in der Vergütung der Krankenhausbehandlung zu begründen, hat sich als Fehleinschätzung erwiesen. Diese Indikatoren wurden mit dem Ziel der Qualitätsförderung entwickelt und lassen sich nicht für Sanktionsmaßnahmen zweckentfremden.

9. *Qualitätssicherung muss flexibel und an regionale Besonderheiten anpassbar sein.*

Unter der Maßgabe einer scheinbaren Verfahrenstransparenz und Beseitigung von etwaigen Ungleichheiten durch dezentrale Lösungen auf Landesebene schafft der G-BA ein schwerfälliges zentralistisches Qualitätssicherungssystem. Daten und

Ressourcen werden von der Landesebene auf die Bundesebene zum IQTIG verschoben, das Institut selbst wiederum ist unter der Vielzahl der Aufgaben zunehmend überfordert. Die jahrzehntelange Qualitätssicherungserfahrung und -kompetenz auf Landesebene wird nicht mehr genutzt. Stattdessen werden die QS-Strukturen auf Landesebene nach dem Muster des G-BA vereinheitlicht und zu unselbstständigen Ausführungsorganen des G-BA degradiert.

*10. Für einen Erfolg der externen Qualitätssicherung auf Landesebene ist die Einbindung der Landesärztekammern als neutrale Stellen unabdingbar.*

Die Landesärztekammern haben Initiativen zur QS immer wieder angestoßen und in über 20 Jahren eine maßgebliche und tragende Rolle in der externen Qualitätssicherung auf Landesebene übernommen. In vielen Bundesländern haben sie die Landesgeschäftsstellen (LQS) gestellt. An den Lenkungsgremien haben sie in neutraler Rolle beratend und moderierend teilgenommen. Durch die Überführung der externen Qualitätssicherung in die G-BA-Richtlinie DeQS-RL verlieren die Landesärztekammern diese Rolle und werden hinsichtlich ihrer Mitwirkung an der QS marginalisiert. Diese Fehlentwicklung ist dringend zu korrigieren.

## **Fazit**

Die Ärzteschaft engagiert sich aktiv für Qualitätsförderung und die kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung. QS und QM sind zentrale ärztliche Anliegen und Aufgaben. Beispielhaft sei verwiesen auf die von den Ärztekammern etablierte Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“, die mehrere Tausend Ärztinnen und Ärzte erlangt haben, sowie die Fortbildungscurricula „Ärztliche Führung“ und „Ärztliches Peer Review“. Damit werden den Ärztinnen und Ärzten Zusatzqualifikationen angeboten, die bzgl. Inhalt und Reichweite auch im internationalen Vergleich einmalig sein dürften.

Sorge bereitet daher, dass insbesondere die externe Qualitätssicherung einen Weg eingeschlagen hat, der dem Grundgedanken der Qualitätsförderung zuwiderläuft. In der sich abzeichnenden Form kann die externe Qualitätssicherung ihr Ziel, den Qualitätsstandard und die Sicherheit der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, nicht mehr leisten. Sie wird vielmehr einen Teil der ohnehin knappen personellen Ressourcen in den Arztpraxen und Krankenhäusern für überwiegend bürokratisch-formalistische Aufgaben binden, was in der Konsequenz zu einer Gefährdung der Patientensicherheit beiträgt.

Aufwand und fehlender erkennbarer Mehrwert ohne nachweisliche Evidenz führen zu einer zunehmenden Demotivation aller Beteiligten.

Externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement müssen sich auf das eigentliche Ziel der Qualitätsförderung konzentrieren bzw. darauf wieder zurückgeführt werden.

Die Beteiligung der ärztlichen Kompetenz, vertreten durch die Ärztekammern, bei der Konzeption, Umsetzung und Weiterentwicklung von QS/QM ist unabdingbar. Erst wenn das medizinisch-fachliche Wissen und die Handlungskompetenz, die sich aus der täglichen Patientenversorgung speisen, aktiv eingebunden werden, kann mit QS/QM (wieder) ein tatsächlicher Mehrwert für die Versorgung generiert werden.