



Memorandum 2024 „Qualitätssicherung aus ärztlicher Sicht – Zeit zu handeln“

Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 12.04.2024

Vorbemerkung

Im August 2020 hatte der Vorstand der Bundesärztekammer das [Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“](#) verabschiedet. Gegenstand war eine kritische Bestandsaufnahme der gesetzlichen Qualitätssicherung, die sich aus Sicht der Ärzteschaft zu einer überbordenden Kontrollbürokratie mit Selbstzweckcharakter fehlentwickelt hat. Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis dieser Qualitätssicherungsverfahren lässt demzufolge jedes vernünftige Maß vermissen. Ärztliche Initiativen zur Qualitätssicherung, die einen konkreten Nutzen in der Versorgung insbesondere auf der regionalen Ebene adressieren, drohen in der gesetzlichen Regelungsdichte unterzugehen. Das Memorandum von 2020 fasst diese Situation in Eckpunkten zusammen und skizziert Lösungsansätze.

Zwischenzeitlich hat die zur Flankierung der aktuellen Krankenhausreform eingesetzte Regierungskommission eine Stellungnahme veröffentlicht, die sich gezielt mit der Bedeutung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung befasst. Diese siebente Stellungnahme liefert eine umfassende Bestandsaufnahme mit ausdifferenzierten Weiterentwicklungsvorschlägen, aber auch mit bemerkenswert deutlicher Kritik an den bestehenden Verfahren und den verantwortlichen Akteuren, allen voran dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Fast alle Kritikpunkte des Memorandums der Bundesärztekammer von 2020 finden sich in dieser Stellungnahme wieder.

Dass selbst der G-BA als Hauptakteur bundeseinheitlicher QS-Regulierung die Situation erkannt hat und Bereitschaft zeigt, Anzahl und Umfang seiner Verfahren auf den Prüfstand zu stellen – siehe den Eckpunktebeschluss zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung vom April 2022 – unterstreicht die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs.

Aktuell sind jedoch auch problematische Entwicklungen zu beobachten. Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz etwa werden schon im Vorfeld der umfassenden Krankenhausreform die Themen Qualität und Transparenz plakativ aber ohne realistische Aussicht, dass die formulierten Ziele auch erreicht werden könnten, in den Vordergrund gerückt. Vielmehr ist absehbar, dass mit dem Transparenzregister zusätzliche Bürokratie für die Krankenhäuser geschaffen wird, ein Mehrwert für Patientinnen und Patienten mit Blick auf Auswahlentscheidungen jedoch fraglich ist.

Vor diesem Hintergrund spezifiziert und aktualisiert die Bundesärztekammer ihr Memorandum des Jahres 2020 wie folgt:

1) Qualitätssicherung braucht einen Paradigmenwechsel

Qualitätssicherung muss sich am Nutzen für die Patientenversorgung orientieren und von Ärztinnen und Ärzten als konkrete Hilfestellung für die ärztliche Tätigkeit erlebt werden. Notwendig ist ein Paradigmenwechsel, der Qualitätsförderung und Qualitätsentwicklung anstelle von Qualitätskontrolle und Sanktionen in den Mittelpunkt stellt. Angemessenheit, Akzeptanz und der Nachvollzug von Nutzen sind zentrale Faktoren für eine aktiv gelebte Qualitätsförderung. Ärztliche Arbeitszeit muss in Versorgungsqualität statt in überflüssige Bürokratie investiert werden.

2) Qualitätssicherung braucht Qualitätsmanagement

Der Grundsatz der kontinuierlichen Verbesserung muss auch für die Qualitätssicherung selbst gelten. Einmal eingeführte QS-Regelungen und Verfahren tendieren dazu, als gegeben hingenommen und beständig fortgeführt zu werden, ohne dass ihr Nutzen, der bei der Einführung mutmaßlich gegeben war, nachgehalten wird. Qualitätssicherung ist jedoch kein Selbstzweck. Oft treten schon nach wenigen Jahren Decken- oder Sättigungseffekte auf, und es verbleibt allenfalls ein geringer Grenznutzen, der in keinem Verhältnis mehr zur Zeitinvestition steht. In solchen Fällen sind Verfahren konsequent abzuschaffen. Ganz im Sinne stetiger Weiterentwicklung müssen auch Qualitätssicherungsverfahren als „lernende Systeme“ konzipiert sein, d. h. überprüft und nachjustiert werden. Ärztlicher Sachverstand, aktiver, dialogorientierter Einbezug der Expertise vor Ort und Entbürokratisierung sind dabei essenziell.

3) Qualitätssicherung braucht regionale Anpassung

Detailvorgaben auf Bundesebene führen immer wieder zu Frustration und Behinderung von konstruktiver Qualitätsarbeit auf regionaler Ebene. Statt zentralem Kontrollzwang ermöglicht Offenheit gegenüber regional-lokalen Strategien, dass sich diese ggf. auch als überregionale Best-Practice-Lösungen erweisen können. Ganz in diesem Sinne stehen mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie Peer-Review-Verfahren ärztlich entwickelte Instrumente zur Verfügung, die sich mit dem konkreten, lokalen Behandlungssetting befassen und mit ihren Lösungsvorschlägen zugleich über dieses hinausweisen können. Durch diese Verfahren gewonnene Erkenntnisse können zeitnah umgesetzt werden. Ergebnisse liegen nicht erst mit mindestens einjährigem Zeitverzug vor, wie dies bei der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Regel der Fall ist.

4) Qualitätssicherung braucht praktische Expertise

Qualitätssicherung bedarf nicht nur solider methodischer Grundlagen, sondern muss von den Beteiligten verstanden, akzeptiert, als hilfreich erlebt und im jeweiligen Kontext auch regelmäßig evaluiert werden. Qualität wird nicht durch praxisferne, ausufernde Vorgaben zu Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Referenzbereichen oder Maßregelungen besser, sondern durch eine Versorgungspraxis, in der sich die Beteiligten aktiv mit Fragen und Erkenntnissen zur Behandlungsqualität auseinandersetzen können. Wirksam sind fachlich-kollegiale Dialoge, nicht aufwändige schriftliche Stellungnahmeverfahren.

Umso bedenklicher ist es, wenn der Einfluss ärztlicher Expertise auf der Steuerungsebene ausgerechnet im Bereich der medizinischen Qualitätssicherung zunehmend beschnitten wird. Aus den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) Qualitätssicherung mehrten sich die Hinweise, dass den klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten die ehrenamtliche Mitarbeit in den QS-Gremien durch bürokratische Rahmenbedingungen zunehmend erschwert wird. Entscheidungen werden am Ende von Interessenvertretern getroffen, die nicht mit der täglichen Patientenversorgung befasst sind. Durch eine solche Entscheidungspraxis geht auf der strategischen Ebene der Qualitätssicherung ärztlicher Sachverstand verloren, dessen es zur Förderung und Entwicklung von Qualität jedoch dringend bedarf.

5) Qualitätssicherung braucht klinisches Personal

Während die für die gesetzliche Qualitätssicherung zuständigen Institute und Gremien insbesondere auf der Bundesebene immer weiter ausgebaut werden und der Gesetzgeber ihnen mit jeder neuen Reform nicht nur weitere Aufgaben, sondern auch finanzielle Mittel zuweist, schrumpft die Personaldecke in Kliniken und Arztpraxen. Dieses Missverhältnis führt auf Dauer dazu, dass Qualitätssicherung nur noch verwaltet, aber nicht mehr als ärztliches Kernanliegen gelebt werden kann. Gesetzliche Qualitätssicherung muss anerkennen, dass das klinische Personal bereits jetzt für die unmittelbare Patientenversorgung am Limit arbeitet. Ärztliche Arbeitszeit sollte ausschließlich für QS-Maßnahmen aufgewendet werden, die einen Nutzen für die Patientenversorgung stiften. Diese (zusätzliche) Arbeitszeit ist auch bei künftigen Planungen/Einteilungen von Fachabteilungen und Leistungsgruppen entsprechend zu berücksichtigen.

6) Qualitätssicherung braucht verlässliche Daten

Die Qualität der Patientenbehandlung ist nicht nur ein Kernanliegen der Ärzteschaft, sondern Leitmaxime jeglicher Versorgung und Anliegen aller Beteiligten im Gesundheitswesen. Bestehende starre Messvorgaben dürfen nicht lediglich durch anderweitige, jedoch ebenso starre Messvorgaben abgelöst oder gar ergänzt werden. Es wird derzeit sehr dafür geworben, die Dokumentationslast für klinisch tätiges Personal zu senken, indem sogenannte „alternative“ Datenquellen genutzt werden sollen. Es sind dies insbesondere die sogenannten Sozialdaten der Krankenkassen sowie neuerdings auch Patientenbefragungen mit Blick auf Behandlungsablauf und -ergebnisse. Diese zusätzlichen Quellen haben zwar das Potenzial, das notwendige Gesamtbild über das Versorgungsgeschehen abzurunden. Es müssen jedoch die Grenzen der Aussagekraft dieser Daten anerkannt werden, etwa mit Blick auf eingeschränkte Möglichkeiten zur Risikoadjustierung oder ein immanentes Verzerrungspotenzial. Dringend erforderlich ist es zudem, dass sich technische Systeme (IT) künftig explizit am Nutzen und der Nutzbarkeit auch für die Qualitätssicherung ausrichten. Interoperabilität, standardisierte (Mindest-)Anforderungen an Praxisverwaltungssysteme und Krankenhausinformationssysteme, das Gebot der Datensparsamkeit, Stichproben statt Vollerhebung, alternierende Schwerpunktbereiche und Erprobungsphasen sollten eine Selbstverständlichkeit sein.

Fazit

Die Aussagen des Memorandums der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2020 gelten unverändert weiter. Allem voran steht die Forderung nach einem Paradigmenwechsel, wonach sich externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement im Verbund auf das eigentliche Ziel von Qualitätsförderung konzentrieren sollen. Immerhin gibt es insofern ermutigende Zeichen, als dass Kritik am Zustand der gesetzlichen Qualitätssicherung und wohlbegründete Argumente nicht mehr als lediglich berufspolitisch motivierte Blockadehaltung der Ärzteschaft abgetan wird, sondern in unabhängigen Expertenkreisen und auch im G-BA angekommen sind.

Die jüngsten gesetzgeberischen Aktivitäten geben allerdings wenig Anlass zur Hoffnung, dass ein solcher Paradigmenwechsel tatsächlich bevorsteht. Was immer in nächster Zukunft als Gesetz oder Verordnung im Bereich der Qualitätssicherung vorgelegt wird – ohne die Akzeptanz und Unterstützung der in Kliniken und Praxen tätigen Ärztinnen und Ärzte wird es nicht funktionieren!

Nach Überzeugung der Bundesärztekammer kann ohne eine Qualitätskultur, die auf Zusammenarbeit und Vertrauen basiert, kein Fortschritt im Gesundheitswesen erzielt werden. Misstrauen ist weder ein Erfolgskonzept für Qualitätssicherung noch für Gesundheitspolitik.