

225. Qualitätssicherung in der Medizin – das gemeinsame Anliegen aus der Sicht der Bundesärztekammer

K. Vilmar

Schubertstraße 58, 28209 Bremen

Quality Assurance in the Field of Medicine: A Common Goal

Seit etwa zwei Jahrzehnten hat die Ärzteschaft zahlreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert. Schrittmacherdienste leistete die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie durch die Behandlung dieser Thematik auf mehreren Kongressen. Zu erwähnen ist insbesondere auch Herr Professor Dr. med. Wolfgang Schega, der für seine Verdienste um die Qualitätssicherung auf dem 96. Deutschen Ärztetag in Dresden die Paracelsus-Medaille als höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft erhielt. Hervorzuheben sind ebenso die Erfolge der Münchner Perinatalstudie, mit der Geburtshelfer und Perinatologen bereits 1975 die Grundlage für eine mittlerweile bundesweit durchgeführte routinemäßige Erhebung und Auswertung von Daten geburtshilflicher Kliniken gelegt haben. Damit konnte u. a. eine eindrucksvolle Senkung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland erreicht werden. Ohne eine vollständige Auflistung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beabsichtigen, sollen auch die Richtlinien der Bundesärztekammer erwähnt werden – z. B. für Laboratoriumsmedizin, Zytologie, bildgebende Verfahren sowie beim ambulanten Operieren und bei endoskopischen Eingriffen. Seit 1982 bestehen bei der Bundesärztekammer ständige Ausschüsse und Arbeitskreise für die diversen Qualitätssicherungsprobleme sowie Projektgeschäftsstellen bei Landesärztekammern. Dabei wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen stets in enger Zusammenarbeit mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet (siehe S. 823 oben).

Bereits 1985 hat die Bundesärztekammer mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Kooperationsvereinbarung zur Qualitätssicherung abgeschlossen. Verträge zur Qualitätssicherung mit Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen schlossen als erste die Ärztekammer Nordrhein und die Ärztekammer Baden-Württemberg ab – noch bevor mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 der Gesetzgeber für die Kassenärztliche Versorgung rechtliche Grundlagen geschaffen hatte.

In der öffentlichen Diskussion und vor allem von den verantwortlichen Gesundheitspolitikern wird jedoch von den zahlreichen Aktivitäten entweder kaum etwas bemerkt oder darüber geklagt, daß die Ärzteschaft zwar über Qualitätssicherung rede, in Wirklichkeit aber nichts geschehe, denn eine Kostensenkung sei nicht zu bemerken. In den Augen der Politik und der Öffentlichkeit lassen sich offenbar die vielfältigen Mosaiksteinchen der Qualitätssicherung nicht zu einem überzeugenden Bild zusammensetzen. Die Ärzteschaft muß deshalb alle Anstrengungen unternehmen, daß sich dies ändert.

Das ist nicht so einfach wie es sich anhört, Qualitätssicherung bewegt sich im Spannungsbogen zahlreicher Interessen, Meinungen und Tendenzen; außerdem herrscht eine ziemliche Begriffsverwirrung. So glauben manche, daß Qualitätssicherung nur „von unten nach

Bundesärztekammer
Ausschuß und ständige Konferenz „Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung“

7 Arbeitskreise

Laboratoriumsmedizin

Operative Verfahren

Radiologie

Pathologie

Sonographie

Psychosomatische Grundversorgung

Gerätesicherheit und Normung

mit über
20 Arbeitsgruppen

oben“ im Sinne eines „*Total Quality Management*“ erfolgversprechend sei, um z. B. in Krankenhäusern eine „*Corporate Identity*“ zu schaffen, bei der die Ärzteschaft nur noch eine randständige oder gar keine Rolle mehr spielt. Eine solche Qualitätssicherung dient allerdings eher als Werbeargument. Es ist auch zu bedenken, daß der Patient zwar sehr zufrieden sein kann, die Qualität der medizinischen Versorgung aber nicht unbedingt diesem Zufriedenheitsgrad entsprechen muß. Die Krankenkassen dagegen sehen Qualitätssicherung nahezu ausschließlich unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit und versprechen sich Erfolg von einer *Qualitätskontrolle* anhand überwiegend nach ökonomischen Gesichtspunkten definierter Parameter. Die Ärzteschaft demgegenüber richtet ihre Bemühungen auf eine medizinisch-wissenschaftlich begründete und bei der täglichen Arbeit in Praxis und Klinik anwendbare *Qualitätssicherung*, die neben der Strukturqualität auf den jeweiligen Behandlungsverlauf und das erzielte Ergebnis abgestellt ist. Qualitätssicherung darf dabei nicht als „ökonomische Zwangsjacke“ mißbraucht werden; sie muß langlebig und freiwillig mit Unterstützung der Beteiligten und Betroffenen betrieben werden.

Qualitätssicherungs-Aspekte

a) *Krankenhaus-Vertreter*

„von unten nach oben“ → *Total Quality Management*

Ziel: *Corporate Identity*

: Qualitätssicherung = Werbeargument

b) *Krankenkassen-Vertreter*

„Qualitätssicherung = *Qualitätskontrolle*“

Ziel: Wirtschaftlichkeit

Basis: nach ökonomischen Gesichtspunkten definierte Parameter

c) *Ärzteschaft*

„Qualitätssicherung keine ökonomische Zwangsjacke!“

Ziel: medizinisch-wissenschaftlich begründet; in Praxis und Klinik anwendbar

Basis: Struktur-, Prozeß-, Ergebnisqualität

Ärztckammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung als Körperschaften öffentlichen Rechts sowie der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern obliegt auf unterschiedlicher gesetzlicher Grundlage auch die Qualitätssicherung. Folgerichtig wurde 1988 durch den Deutschen Ärztetag in der Musterberufsordnung eine ausdrückliche Verpflichtung für den Arzt verankert, „die von Ärztekammern eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit durchzuführen“. Diese Verpflichtung ist inzwischen in allen Landesärztekammern Bestandteil des ärztlichen Berufsrechts. Neben der von der Ärztekammer zu erlassenden Berufsordnung bestehen nach dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom Mai 1972 landesgesetzliche Regelungen zum Erlaß einer Weiterbildungsordnung durch die Ärztekammern, die maßgeblich die Strukturqualität bestimmt. Qualitätssicherung ist inzwischen auch *expressis verbis* im Heilberufsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen – ebenso wie im Entwurf für die Novellierung des Heilberufsgesetzes in Bremen – als Aufgabe der Ärztekammern definiert. Diese können von den Kammerangehörigen die für die Qualitätssicherung erforderlichen Daten aus der Berufsausübung erheben und nach Auswertung dieser Daten Empfehlungen aussprechen. Dabei bestehen aufgrund landesgesetzlicher Vorschriften sowohl für die allgemeine Berufsaufsicht durch die Ärztekammern als auch für die Qualifikation der Ärzte als Voraussetzung für die Ausübung bestimmter Tätigkeiten sowie für die Qualitätssicherung rechtliche Grundlagen (siehe unten).

Neben diesen auf Landesebene erfolgten gesetzlichen Regelungen für die Berufsausübung existieren seit 1989 im Sozialgesetzbuch V Vorschriften zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen. Während die landesrechtlichen Regelungen für den engeren Bereich des Krankenarztrechts mit den auf Bundesebene bestehenden Regelungen des Sozialrechts durchaus im Einklang zu bringen sind, er-

Strukturqualität

umfaßt die Rahmenbedingungen für die Qualifikation des Arztes in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die weiteren personellen und sachlichen Ressourcen der ärztlichen Arbeitsstätte und deren Organisation (z. B. fachliche Qualifikation, Arbeitsbedingungen und -abläufe, Stellenpläne und Gerätesicherheit).

Prozeßqualität

ordnet die Indikation und Durchführung von Diagnostik und Therapie einschließlich eventuell notwendiger Rehabilitation, in die Rahmenbedingungen des Systems der gesundheitlichen Versorgung ein, optimiert die Reihenfolge einzelner diagnostischer und therapeutischer Schritte und Abläufe in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens (z. B. Laborrichtlinien, Röntgenverordnung, Hygienerichtlinie).

Ergebnisqualität

umfaßt den Abgleich patientenkonzentrierter Kriterien wie Behandlungsergebnis (Heilungserfolg), Komplikationen, Lebensqualität (z. B. Infektionsraten, Mortalität, funktionelles Ergebnis) mit den Rahmenbedingungen.

„Rechtliche Konkurrenzen zwischen berufsrechtlich begründeten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Landesärztekammern

und

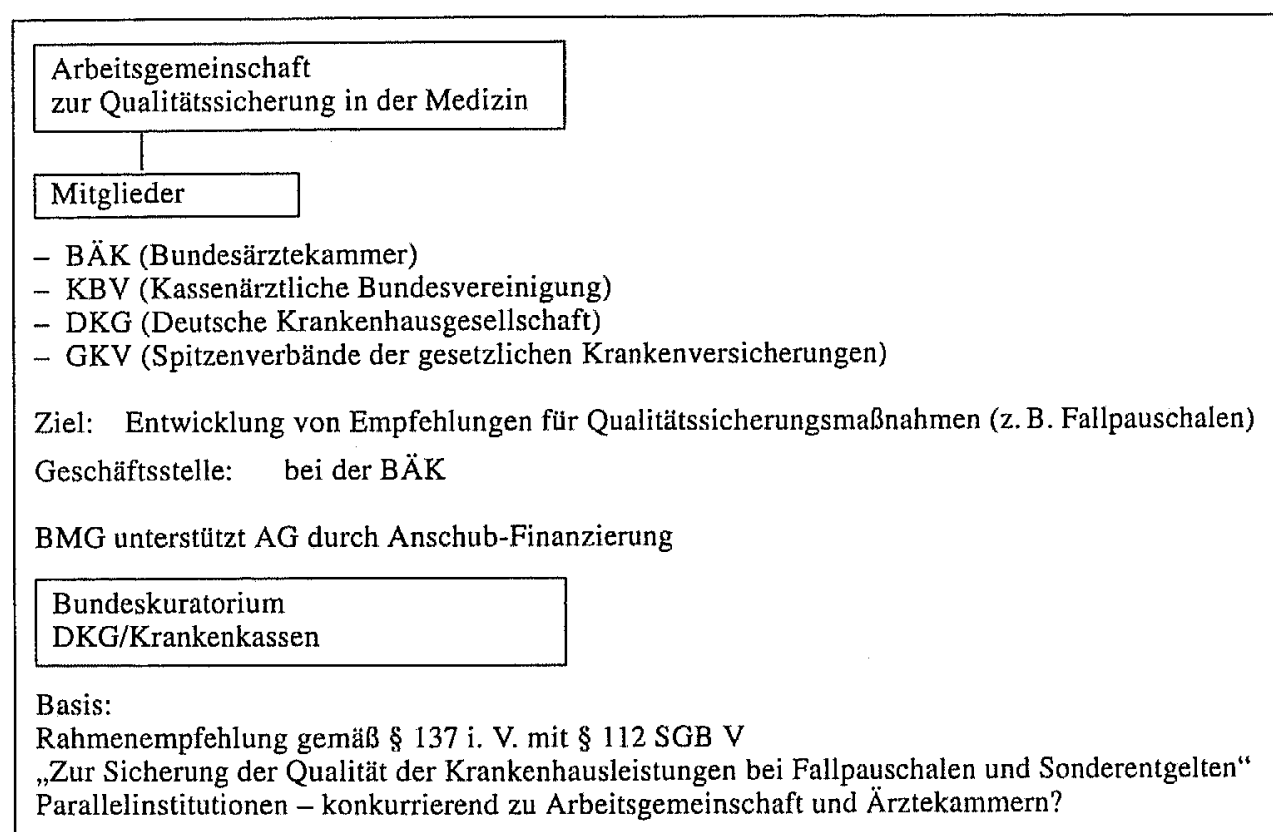
kassenrechtlich begründeten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der normgebenden Vertragspartner (z. B. § 115 b SGB V) treten auf, wenn die Qualitätssicherungsmaßnahmen und die mit ihr verbundenen Pflichten des (Vertrags-)Arztes (Krankenhausarztes)

denselben Regelungsgegenstand (z. B. diagnostische Maßnahmen, Operation u. ä.) betreffen.“

geben sich bei anderen sozialrechtlichen Vorschriften Überschneidungen oder sogar Widersprüche. Die gemeinsame Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung führt dazu aus: „Rechtliche Konkurrenzen zwischen berufsrechtlich begründeten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Landesärztekammern und kassenärztlich begründeten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der normgebenden Vertragspartner (z. B. § 115 b SGB V) treten auf, wenn die Qualitätssicherungsmaßnahmen und die mit ihr verbundenen Pflichten des (Vertrags-)Arztes (Krankenhausarztes) denselben Regelungsgegenstand (z. B. diagnostische Maßnahmen, Operation u. ä.) betreffen.“

Zur Förderung und zur Gestaltung von Qualitätssicherungsmaßnahmen haben Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Grundlage eines Beschlusses des 96. Deutschen Ärztetages im Mai 1993 in Dresden zusammen mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Dezember 1993 eine „Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin“ gegründet. In enger Zusammenarbeit mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, den entsprechenden Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene und anderen Institutionen soll diese Arbeitsgemeinschaft in kompetenten Arbeitsgruppen Empfehlungen für Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickeln. So hatte eine Arbeitsgruppe im Rahmen dieser Arbeitsgemeinschaft im Frühjahr 1994 bereits ihre Arbeit zu Fallpauschalen aufgenommen.

Im Alleingang vereinbarten dann jedoch Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft im Herbst 1994 eine Rahmenempfehlung gemäß § 137 i. V. mit § 112 SGB V zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten – angeblich wegen des Zeitdrucks, der sich aus den ab 1. Januar 1995 fakultativ und ab 1. Januar 1996 obligatorisch werdenden Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung ergebe.



Besonders ärgerlich bei diesen separaten Bestrebungen von Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft ist es, daß neben den bereits oft seit Jahren effizient arbeitenden Projektgeschäftsstellen und anderen Institutionen zur Qualitätssicherung nach dieser Rahmenempfehlung zusätzlich Parallelinstitutionen vorgesehen sind, die konkurrierend zur Arbeitsgemeinschaft und zu den Ärztekammern tätig werden können oder gar sollen – mit der Folge,

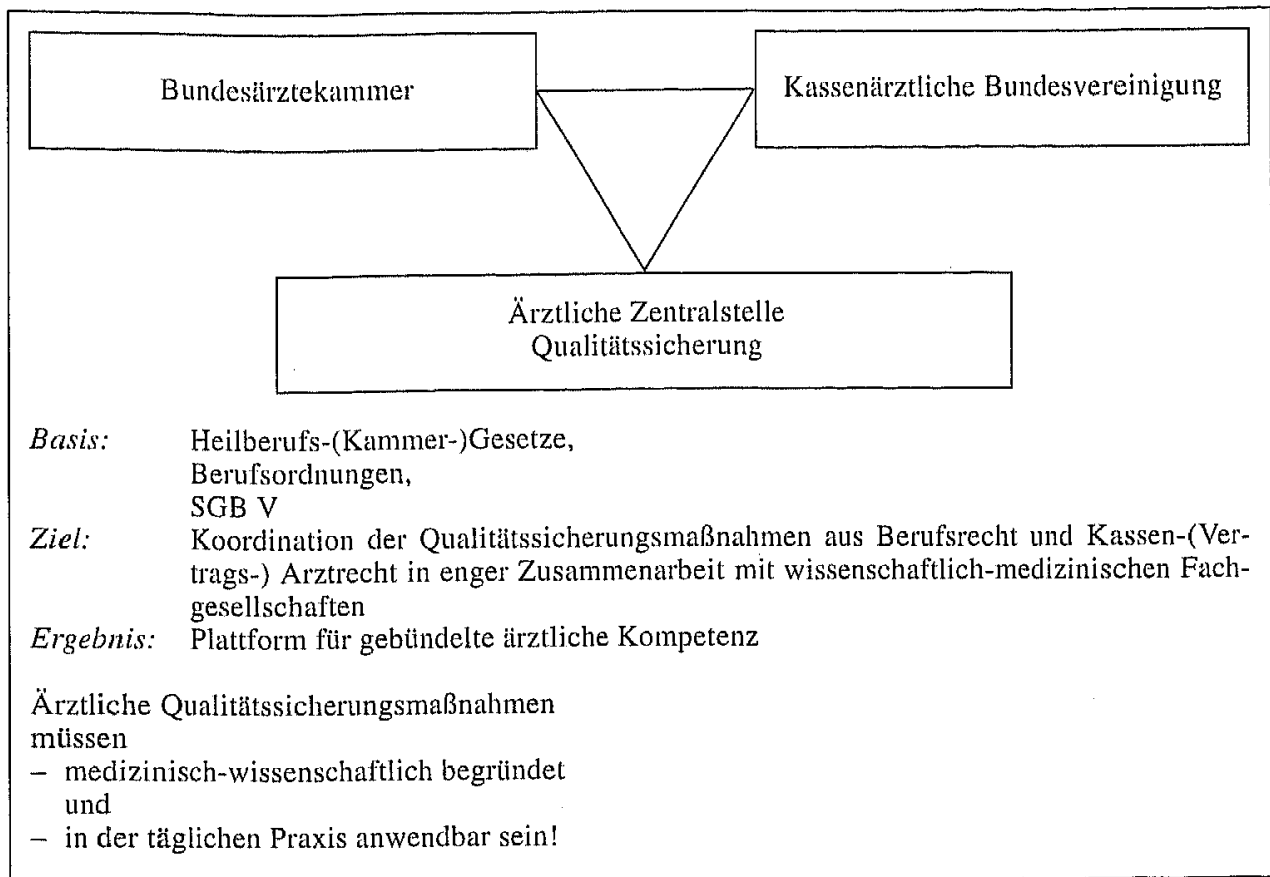
daß der einzelne Arzt in der gleichen Sache mit zwei unterschiedlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen konfrontiert wird.

Nach dieser Vereinbarung haben die Vertragspartner am 24. Januar 1995 ein Bundeskuratorium gegründet, das von DKG und Krankenkassen in gleicher Zahl besetzt wird. Die DKG soll fachkundige Ärzte, die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen ihren Medizinischen Dienst beratend hinzuziehen. Weiter heißt es wörtlich: „Die Bundesärztekammer und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe werden beratend beteiligt.“ Für die von der Landeskrankenhausgesellschaft und den jeweiligen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene zu bildenden Lenkungsgruppen findet sich in der Vereinbarung folgender Text: „Die Vertragspartner auf Landesebene entscheiden, in welcher Form die Ärztekammer und die Berufsorganisation der Krankenpflegeverbände beteiligt werden (§ 137 SGB V).“

Eine solche Regelung kann von der Ärzteschaft jedoch nicht widerspruchlos hingenommen werden. Deshalb habe ich auf der konstituierenden Sitzung des Bundeskuratoriums „Fallpauschalen und Sonderentgelte“ am 24. Januar 1995 in Siegburg erhebliche Einwände gegen die Etablierung dieses Bundeskuratoriums durch Krankenkassen und Krankenträger geltend gemacht – und zwar einmal wegen der Kollisionsmöglichkeit *unterschiedlicher Rechtskreise* (Berufsrecht und Sozialrecht), wie aber auch hinsichtlich der *unangemessenen Verfahrensweise*. Nach wie vor stelle die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin die entsprechende Organisationsform vor allem für dieses Arbeitsfeld dar. Im übrigen sei die geplante *Art der Durchführung* der Qualitätssicherung aus der Sicht der Ärzteschaft nicht zweckmäßig. Dennoch wurden gleichzeitig alle Anstrengungen unternommen, um zu einer vernünftigen Kooperation aller Beteiligten einschließlich der mit der Auswertung betroffenen Institutionen sowie zur Vereinheitlichung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu kommen.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben nun gemeinsam am 21. März 1995 eine „Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung“ gegründet – kurz: „Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung“ genannt. Die Ärztliche Zentralstelle konzentriert institutionell ärztliche Kompetenz und koordiniert Qualitätssicherungsmaßnahmen zwischen Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, die sich aus Berufsrecht und Kassenarztrecht auf Bundes- und Landesebene ergeben. Sie ist in enger Zusammenarbeit mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften eine Plattform für die gebündelte ärztliche Kompetenz in der Qualitätssicherung. Das kann mit Hilfe der vorhandenen Pressestellen in Zukunft auch öffentlichkeitswirksam dargestellt werden. Trotz inhaltlicher Unterschiede zu anderen Institutionen der Qualitätssicherung ist die „Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung“ offen für eine Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen, um zu vermeiden, daß in Zukunft gleiche Tatbestände wegen verschiedener Rechtsgrundlagen nach unterschiedlichen Methoden und Kriterien beurteilt werden (siehe S. 827 oben).

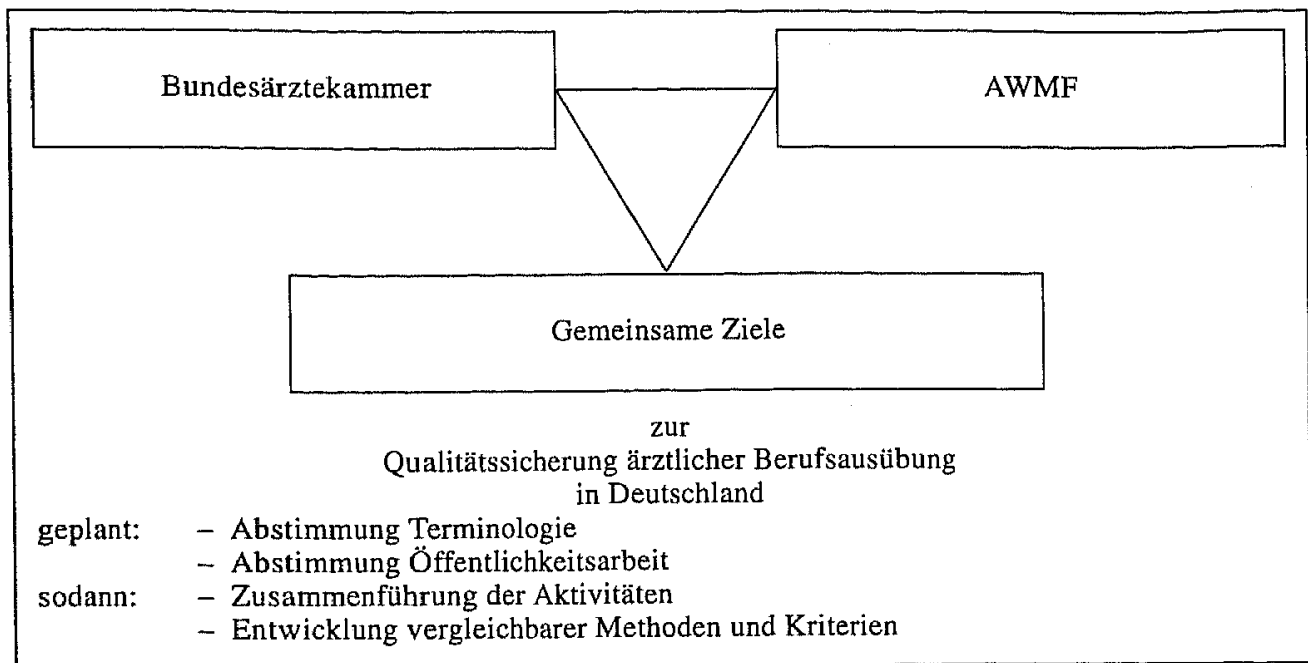
Die verworrene Gesamtproblematik und vor allem die hinderliche rechtliche Situation sind auch Gegenstand der Gespräche mit dem Bundesminister für Gesundheit auf dem Petersberg im Januar und März 1995 gewesen. Der Minister hat dabei ausdrücklich die Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit als Aufgabe der Ärzteschaft bezeichnet, die koordiniert von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zu leisten sei. Bedauert wurde vom Minister, daß – trotz der seit längerem durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen – in verschiedenen Bereichen ein Mangel an Konsequenzen aus den dabei gewonnenen Erkenntnissen bestehe, was zu der Überlegung führe, ob künftig eine Teilnahmepflicht gesetzlich geregelt werden solle und ob gegebenenfalls auch Änderungen des Weiterbildungsrechts und eine Auflockerung des Werbeverbots in die Diskussion eingebracht werden müßten. Die Vertreter der Ärzteschaft haben darauf hingewiesen, daß der Gesetzgeber zunächst den von ihm selbst geschaffenen „Kompetenz-Wirrwarr“ auflösen und erkennen müsse, daß er über das Sozialrecht nicht in die nach dem Grundgesetz für das Gesundheitswesen auf Länderebene liegenden Kompetenzen eingreifen, sondern diese im Bundesrecht angemessen berücksichtigen müsse. Eine entsprechende Prüfung wurde zugesagt, wobei auch die Überlegung geäußert wurde, für Qualitätssicherung ein eigenes Gesetz zu schaffen. Gegenüber einer solchen Sonderregelung zur Qualitätssicherung hat die Ärzteschaft Bedenken geäußert – schließ-



lich ist Qualitätssicherung als integraler Bestandteil des Berufsrechts wirkungsvoller und überzeugender plazierte.

Ärztliche Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen medizinisch-wissenschaftlich begründet und in der täglichen Praxis anwendbar sein; sind darauf gerichtet, Abweichungen festzustellen und die Ursachen dafür zu ermitteln sowie gegebenenfalls eine Fehlersuche und analyse vornehmen zu können, um so die medizinische Versorgung der Patienten zu verbessern und noch sicherer zu machen. Dies kann langfristig auch mehr Wirtschaftlichkeit bewirken – z. B., wenn sich daraus Leitlinien oder Standards für die ärztliche Behandlung ableiten lassen, die jedoch stets der auch weiterhin sprunghaften medizinisch-wissenschaftlichen und medizinisch-technischen Entwicklung angepaßt werden müssen. Selbstverständlich muß der Arzt – je nach der individuellen Besonderheit des Patienten – auch davon abweichen dürfen; er muß dies jedoch begründen können. Die Therapiefreiheit bleibt also gewahrt; sie darf nur nicht mit Narrenfreiheit verwechselt werden. Aus solchen Leitlinien und Standards kann für die Ärzteschaft allerdings ein weiteres rechtliches Spannungsfeld entstehen – z. B. dadurch, daß man erkennen kann, auf welche diagnostischen oder therapeutischen Verfahren zu verzichten ist, nur weil sie zu wenig Aussagekraft haben oder die Wahrscheinlichkeit, daß man damit zu Erkenntnissen kommt, zu gering ist oder die Nutzen-Risiko-Relation in einem Mißverhältnis steht bzw. der Aufwand unverhältnismäßig hoch ist – zumal, wenn sich daraus keine Konsequenzen ergeben. Hier muß sich die Gesellschaft darüber klar werden, welches Restrisiko sie zu tragen bereit ist, damit dem Arzt nicht bei späteren Gerichtsverfahren ein Nachteil entsteht, wenn er auf bestimmte Maßnahmen verzichtet hat. Die Ärzteschaft wird in ihrer Öffentlichkeitsarbeit auch auf diese schwierige Problematik künftig verstärkt hinweisen müssen.

Die Bundesärztekammer hat gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) unter großer Beteiligung der in den einzelnen Fachgesellschaften für Qualitätssicherung Zuständigen am 30. März 1995 Fragen der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung erörtert. Auf dieser, mit über 100 Teilnehmern gut besuchten ganztägigen Veranstaltung konnte wiederum eindrucksvoll von den in dieser Fülle kaum allgemein bekannten Qualitätssicherungsmaßnahmen berichtet werden. Es ist beab-



sichtigt, die dort mündlich dargestellten Aktivitäten ergänzt um weitere Berichte, in schriftlicher Form zusammenzufassen und als Dokumentation für die gemeinsame Arbeit allen Beteiligten zugänglich zu machen. Als Ergebnis wurde schon jetzt gemeinsam festgestellt, daß eine enge Kooperation zwischen den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und den ärztlichen Verwaltungskörperschaften sowohl im Interesse der Sache als auch zur Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit dringend erforderlich ist. Dazu soll zunächst auf einer für Herbst 1995 vorgesehenen weiteren gemeinsamen Veranstaltung eine Einigung über die Terminologie erreicht werden. Begriffe wie „Qualitätssicherung“, „Standards“, „Leitlinien“, „Richtlinien“ etc. werden nämlich von den an der Diskussion Beteiligten mit höchst unterschiedlichen Inhalten verbunden. Das führt nicht nur zu Verständigungsschwierigkeiten untereinander, sondern vor allem zur Verwirrung in der Öffentlichkeit. Die eindrucksvollen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärzteschaft insgesamt können oft allein deshalb den Medien, den Krankenkassen und den politisch Verantwortlichen nicht überzeugend genug dargestellt werden. Deshalb muß künftig besonders die Öffentlichkeitsarbeit aufeinander abgestimmt werden.

Für die ärztliche Selbstverwaltung sind die Probleme sinnvoll nur in enger Zusammenarbeit mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und den Berufsverbänden zu lösen. Umgekehrt müssen diese erkennen, daß allein die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften die Rechtsgrundlagen bieten, um die gemeinsam als richtig erkannten Maßnahmen auch durchzusetzen. Die Ärzteschaft muß dabei die große Chance nutzen, daß den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften vom Gesetzgeber auf Bundes- und Länderebene Kompetenzen zur Regelung der ärztlichen Berufsausübung unter Wahrung der Belange der Allgemeinheit übertragen wurden. Diese Freiheit beinhaltet natürlich Rechte *und* Pflichten. Dennoch gilt es sowohl im Interesse der Ärzteschaft als auch zur Sicherung einer möglichst guten Versorgung der Patienten – trotz vielleicht manchmal verständlicher Verärgerungen über Details –, die damit verbundenen Chancen in enger, verständnisvoller Zusammenarbeit gemeinsam zu nutzen. Nicht zuletzt ist auch durch überzeugende Öffentlichkeitsarbeit in allgemein verständlicher Sprache nach dem Motto: „Tue Gutes und rede darüber“ ein Beitrag zur langfristigen Sicherung von Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit unseres auch im internationalen Vergleich anerkannt guten freiheitlichen Gesundheitssystems zu leisten.