



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Resolution des 119. Deutschen Ärztetages zur Qualitätssicherung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Anne Kandler, PD Dr. Andreas Scholz, BMedSci Frank Seibert-Alves, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger und Dipl.-Med. Sabine Ermer (Drucksache IV - 17) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die gesetzliche Qualitätssicherung bescheinigt den meisten deutschen Krankenhäusern seit Jahren ein hohes Qualitätsniveau. Dennoch hat die Bundesregierung eine Qualitätsoffensive angekündigt und zur Umsetzung das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegründet. Qualitätskriterien sollen in die Landeskrankenhausplanungen einfließen und Teil des Vergütungssystems werden. Was aber eine qualitativ hochwertige Krankenhausbehandlung ausmacht und nach welchen Kriterien dies beurteilt werden soll, ist noch nicht definiert.

Die Qualität einer medizinischen Behandlung wird vom Patienten nach subjektiven Kriterien bewertet und oft mit dem Behandlungserfolg gleichgesetzt. Dabei wird vernachlässigt, dass auch bei optimaler Behandlung oft keine Heilung erreicht werden kann. Gleichzeitig wird seitens des Gesetzgebers suggeriert, dass eine objektive Qualitätsbewertung möglich sei. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bis Ende dieses Jahres Qualitätskriterien in diesem Sinne definieren.

Die Forderung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung wird vom 119. Deutschen Ärztetag 2016 unterstützt. Der Fokus sollte jedoch nicht auf der Qualitätsmessung, sondern auf der Qualitätsverbesserung liegen und alle Sektoren des Gesundheitswesens mit einbeziehen. Die derzeit geführte Diskussion wird von extern mit einem Fokus auf die Ergebnisqualität geführt, wobei suggeriert wird, dass bei guter Ergebnisqualität und ausreichender Risikoadjustierung automatisch der gesamte Behandlungsprozess erfasst ist.

Folgende Aspekte werden jedoch gar nicht oder nur unzureichend berücksichtigt:

Die Mortalität als ein Ergebniskriterium hängt in besonderem Maße von der Risikoadjustierung ab. Wenn Einflussparameter, wie beispielsweise "Nachfrage nach Patientenverfügungen", nicht erfasst werden, ergeben sich keine validen Daten. Prozeduren/Abteilungen mit geringer Mortalität können gar nicht bewertet werden (z. B. Augenheilkunde). Wenn mehr Einflussfaktoren berücksichtigt werden, steigt die Vergleichbarkeit von Daten, aber auch der Dokumentationsaufwand. Die arbeitstägliche

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

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



zeitliche Belastung für bürokratischen Aufwand beträgt bereits mehr als 30 Prozent der ärztlichen Arbeitszeit, die somit nicht mehr der Patientenversorgung zur Verfügung steht. Eine Zunahme des Dokumentationsaufwandes ist insbesondere in Zeiten eines Fachkräftemangels im Gesundheitswesen nicht akzeptabel. Die Qualitätssicherungsdaten, die verpflichtend landes- oder bundesweit ohnehin erfasst werden (bspw. BQS), eignen sich in vielen Bereichen nicht zu einer Bewertung der qualitativen Versorgung, da nur Teilaspekte erfasst werden. Dennoch sollten diese Daten dazu dienen, dass Kliniken, die nach diesem System besonders gute Ergebnisse vorlegen, auditiert werden, um zu erkennen, welche Maßnahmen zu den guten Ergebnissen geführt haben ("von den Besten lernen").

Wenn die Ergebnisqualität gemessen werden soll, gehört dazu auch zwingend eine Nachverfolgung der Patienten (beispielsweise ein Jahr nach Entlassung), da die dokumentierte Ergebnisqualität zum Entlassungszeitpunkt kein sicherer Parameter für den weiteren Verlauf darstellt.

Ein einseitiger Fokus auf die Ergebnisqualität vernachlässigt die Behandlungsqualität (Prozessqualität) und insbesondere die Indikationsqualität unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten. Die Indikationsqualität wird aber zunehmend nicht nur durch die ärztliche Qualifikation, sondern auch durch den ökonomischen Druck beeinflusst, der auf Ärztinnen und Ärzten lastet. Die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung ist als wichtiger Qualitätsparameter somit mehr in den Fokus zu stellen. Nur durch eine ausschließlich am Patientenwohl orientierte, medizinisch ausgewogene Indikationsstellung erfährt der Patient keine Mangelversorgung oder Übertherapie. Das Problem ist im Wesentlichen nicht, dass der richtige Eingriff falsch gemacht wird, sondern dass der falsche Eingriff richtig gemacht wird. Gerade Letzteres würde durch die Messung der Ergebnisqualität noch belohnt.

Patientenbefragungen über die Qualität der ärztlichen und pflegerischen Versorgung in deutschen Krankenhäusern zeigen ein eindeutiges Ergebnis: Das Personal hat zu wenig Zeit für die individuelle Betreuung der Patienten.

Deshalb fordert der 119. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf:

- Der Fokus darf nicht auf der Qualitätsmessung, sondern muss auf der Qualitätsverbesserung liegen. Eine Verbesserung der Patientenversorgung lässt sich nur mit einer ausreichenden Anzahl von gut qualifiziertem Personal erreichen. Grundvoraussetzungen hierfür sind:
 1. Festlegung von Personalmindeststandards
 2. Erhöhung der Medizinstudienplatzkapazitäten an staatlichen Universitäten
 3. Gewinnung von Nachwuchs und attraktivere Arbeitsbedingungen für die Pflege
- Eine weitere Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist die Definition von abteilungsspezifischen Strukturen, die über die



Krankenhausplanung der Länder eingefordert werden muss.

- Die Stärkung der regionalen Versorgungsplanung sollte zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung beitragen und verhindern, dass Versorgungsanbieter nur auf finanziell lukrative Leistungen fokussieren.
- Die verfasste Ärzteschaft ist bei der Entwicklung von Qualitätsparametern zu beteiligen. Ebenso müssen aus den Fehlversuchen anderer Länder (USA, England, Niederlande) Konsequenzen gezogen werden.
- Ein Peer Review nach den Vorgaben der Bundesärztekammer ist als hervorragend geeignete Qualitätsverbesserungsmaßnahme in allen Kliniken zu fördern.
- Die Qualität der ärztlichen Weiterbildung ist nur durch ausreichende Zeitkontingente der Weiterbilder sicherzustellen. Weiterbildung muss finanziert und von den Ärztekammern auch vor Ort überprüft werden.
- Die Kosten von geplanten Qualitätsmessungen (ärztliche Arbeitszeit) müssen vorab transparent dargestellt werden, um eine faire Diskussion über die Verteilung der begrenzten Ressourcen zu ermöglichen.
- Qualitätsmessung darf nicht zur Umsetzung des politischen Wunsches nach Kapazitätsabbau/Kostenreduktion missbraucht werden. Selbst bei Annahme eines derzeit vorliegenden geringen Überangebots an Krankenhausbetten in einigen Bereichen wird in wenigen Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und des Zuzugs von Migranten eine Unterversorgung vorliegen.