

# Positionspapier Qualitätssicherung 2000

## Vorwort

Wenn auch in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) Qualitätssicherung (QS) in der Medizin in seinen Grundsätzen durch das Sozialgesetzbuch V geregelt wird, obliegt doch im Wesentlichen die Umsetzung wie auch die Einführung von Projekten und Methoden des Qualitätsmanagements (QM) in der Verantwortung der Länderhoheit. Das findet seinen Niederschlag im Heilberufs- und Landeskrankenhausgesetz und nicht zuletzt in der ärztlichen Berufsordnung.

Brückenbildend sind dabei einige bundesweite Institutionen beziehungsweise Einrichtungen wie die Arbeitsgemeinschaft der Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Krankenkassen zur Förderung der QS, die Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Förderung der QS (BÄK gemeinsam mit KBV) sowie das Bundeskuratorium QS von Fallpauschalen und Sonderentgelten gemeinsam mit DKG, Krankenkassen, BÄK und Pflegeverband sowie nicht zuletzt die ständige Konferenz Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausbildung an der BÄK, die eine Zusammensetzung aller Ländervertreter darstellt.

Wann, wie und welche Zielstellungen und Methoden zur Sicherung der QS im Gesundheitswesen offiziell eingesetzt werden, bleibt letztendlich die Aufgabe der daran beteiligten Instanzen beziehungsweise Körperschaften und/oder Vereine einschließlich der Aufsichtsbehörde (Ministerium) des Freistaates Sachsen. Diese vom Gesetzgeber vorgegebenen Strukturen haben Vorteile unter Berücksichtigung der Landesspezifität hinsichtlich der Entscheidungsfreiheit und Nachteile für notwendige, bundesweite, vergleichbare Ergebnisse und Standortbestimmungen wie zum Beispiel Probleme eines bundesdeutschen Krebsregisters zeigen. Dennoch wird kaum einer den dabei zugrunde liegenden föderativen Gedanken missen wollen.

Umso mehr verlangt es von den Ländern, einige Positionen zu beziehen und dem Lande adaptierte Vorstellungen zu entwickeln, ja sogar zu fördern. Dies gilt auch für die Qualitätssicherung in der Medizin. Weder BÄK noch Landesärztekammer lassen Zweifel, dass die QS der Medizin in die Hand der Ärzteschaft gehört. Mehr denn je ist einerseits eine Bündelung des bisher Vorhandenen an vertraglichen Regelungen auf Landesebene gefragt und andererseits eine klare Zielstellung unter Berücksichtigung des Notwendigen und Machbaren. So wie die streng bemessenen finanziellen Ressourcen Effizienz abverlangen, so verlangt auch der Einsatz der kompetenten Instanzen und Experten Effektivität.

Es ist politischer Trugschluss, dass bei der schnellen und enormen wissenschaftlichen Entwicklung der Medizin und Naturwissenschaften Rationierungen auf lange Sicht verhindert werden können. Umso mehr steht die Forderung nach breiter Anwendung eines fundierten, umfassenden Qualitätsmanagements

letztendlich nach dem Modell des Total Quality Management (TQM).

Dies ist der Grund, dass sich Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK), der Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS) und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) mit dem Ausschuss Qualitätssicherung der SLÄK und der dort lokalisierten Projektgeschäftsstelle für QS zu einer gemeinsamen Position für Sachsen entschließen müssen. Dafür ist die vorliegende Publikation als ein Konsenspapier entworfen und zu betrachten, das sich nicht nur an die Ärzteschaft der SLÄK, sondern auch an die Vertragsärzte und damit an die KVS, an die KGS und auch an alle Vertreter der Krankenkassen wendet. Nach Auffassung des neu gewählten Ausschusses für Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie der SLÄK sind es die nachstehenden Zielstellungen, die es mit allen hier aufgeführten Beteiligten gemeinsam zu lösen gilt.

## Zielstellung

*1. Schaffung einer gemeinsamen Vertragsbasis durch Zusammenführung der vorhandenen dreiseitigen Verträge unter Einbeziehung der KVS zur Qualitätssicherung mit der Möglichkeit der perspektivischen Erweiterung und Veränderung. Daraus ableitend Schaffung eines einheitlichen Lenkungsremiums.*

*2. Schrittweise und bedachte Fortführung bisheriger externer Qualitätssicherungsprojekte unter Einbeziehung der Qualitätssicherung von Fallpauschalen und Sonderentgelte und ihrer notwendigen Aktualisierung unter dem Aspekt, dass alleinige Erfassung von Fallpauschalen unzureichend ist. Nach wie vor stellt sich die Forderung, dass in Projekten der externen Qualitätssicherung das Krankheitsbild als Tracerdiagnose erfasst werden sollte und nicht nur der weniger komplizierte Casus.*

*3. Dringende Notwendigkeit einer projektbezogenen Qualitätssicherung konservativer Bereiche der Medizin, insbesondere der Inneren Medizin, aber auch der Neurologie, Allergologie, Dermatologie, Psychiatrie, um nur einige Fachgebiete zu nennen. Dabei Überprüfung der in der BRD vorhandenen Projekte beziehungsweise Register wie zum Beispiel der regionalen Herz- und Hirninfarktregister (zum Beispiel Land Berlin, Nordrhein-Westfalen) auf Übernahme beziehungsweise Nachnutzung.*

*4. Vermehrt Einsatz von Problemanalysen anstelle von Fallanalysen und verstärkte Orientierung auf die QS mittels Problemanalytik zur Klärung gemeinsamer, vordergründiger Probleme mit hohem interdisziplinärem Stellenwert (Ursachenanalysen der Rehospitalisierungen, Spezifizierung von Prognosefaktoren, Rezidivfrequenzen, Einweisungsverhalten, Therapiestrategien).*

*5. Ausbau und Entwicklung neuer Projekte und Methoden sowie Pilotstudien zur QS unter Bevorzugung der Schnitt-*

*stellenproblematik zwischen stationär und ambulant und ständige Hinzuziehung fachkompetenter Vertreter der KVS in die Ausschusstätigkeit. Vermehrt Peer Reviews wie in der Pathologie des Landes Brandenburg und Sachsen und Ausweitung der Peer Reviews auf klinische Fachdisziplinen. Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).*

*6. Verstärkte Einflussnahme auf die innere QS unter Berücksichtigung der zukünftigen Zertifizierung von Krankenhäusern mit der Bildung einer für die Zertifizierung und Beratung zur inneren QS fachkompetenten Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss für QS. Dabei Akkreditierung der im Freistaat Sachsen zugelassenen Zertifizierungsorganisationen.*

*7. Struktur- und Aufgabenerweiterung der Projektgeschäftsstelle zur QS an der SLÄK mit dem Ziel einer gemeinsamen Geschäftsstelle für QS in der Medizin aller Vertragspartner an der SLÄK.*

*8. Fortführung der Beteiligung des Ausschusses an der Aus- und Fortbildung auf dem Gebiete der Qualitätssicherung unter Federführung der Akademie für ärztliche Fortbildung mit dem Ziel, die Zahl der entsprechend qualifizierten Qualitätsbeauftragten zu erhöhen und Visitoren, Auditoren sowie auch Moderatoren auszubilden. Damit kann zugleich eine Plattform zum gegenseitigen Erfahrungs- und Meinungsaustausch geschaffen werden, die für die Bewertung aktueller sowie Planung und Umsetzung zukünftiger Qualitätsprojekte eine wesentliche Voraussetzung schafft.*

*9. Beratung anderer Fachausschüsse der SLÄK zu Fragen der QS mit dem Versuch der Integration zum Thema QS und dem Ziel einer verstärkten kooperativen Zusammenarbeit („vernetzte“ Aktivitäten).*

*10. Bei berufsgruppenübergreifenden qualitätsrelevanten Themen Öffnung der Ausschusstätigkeit zum gemeinsamen Dialog und Erfahrungsaustausch.*

## **Erläuterungen**

Die gegenwärtigen zwei vertraglichen Regelungen zwischen Krankenkassen (KK), KGS und SLÄK zur externen QS im Allgemeinen und zur externen QS in der Chirurgie, Perinatalogie und Neonatologie sowie zur QS bei Fallpauschalen und Sonderentgelte, deren Umsetzung von zwei verschiedenen Gremien beaufsichtigt und gesteuert wird, sind im Sinne der Effektivität und Effizienzsteigerung einer veränderten Struktur mit erweiterter Zielstellung im Freistaat Sachsen zusammenzufügen, das heißt nur eine umfassende Vertragsbasis und ein Lenkungs-gremium. Dabei ist insbesondere die KVS bei allen wesentlichen Entscheidungen der QS mit einzubeziehen.

Als zukünftige Vertragsbasis wird der ursprüngliche dreiseitige Erstvertrag zur externen QS empfohlen, der aufgrund einer Öffnungsklausel jederzeit erweitert werden kann, zumal er dadurch

weiteren Maßnahmen der externen QS aufgeschlossen ist und diese auch zulässt.

Die bisherigen differenten Finanzierungsmodelle sind zunächst als zweitrangig und nicht vordergründig limitierend für eine derartige Vertragszusammenführung zu betrachten, da ohnehin ein neues Finanzierungskonzept zu erstellen wäre. Letzteres muss in einer Pauschalfinanzierung der Projektgeschäftsstelle münden, die der Projektgeschäftsstelle einerseits Innovationsspielraum lässt und andererseits die Möglichkeit zum erweiterten Leistungsangebot ähnlich einer Dienstleistung in die Hand gibt.

Darüber hinaus gilt es, durch Struktur- und Aufgabenerweiterung den Stellenwert der gemeinsamen Projektgeschäftsstelle an der SLÄK als eine integrierende und dynamische federführende, exekutive Instanz beziehungsweise Geschäftsstelle für die Ausführung von QS zu entwickeln. Mehr und mehr ist in der QS zusätzliche professionelle Qualifikation der dafür Verantwortlichen gefragt.

Dazu muss auch die Projektgeschäftsstelle in Zusammenarbeit mit den Ausschüssen und einzelnen Gremien einen gewissen selbständigen Aktionsradius auf dem Gebiet der QS erhalten, um flexibler auf die Abklärung aktueller Fragestellungen zu reagieren.

Voraussetzung ist eine veränderte Finanzierung mit Abweichung von der Fallbezogenheit und Übergang zur budgetähnlichen Leistungspauschale.

Entscheidend ist eine Zielstellung, die mit der externen QS zur Standortbestimmung gleichzeitig auf das innere Qualitätsmanagement und das Schnittstellenproblem Krankenhaus - ambulanter Bereich Einfluss nimmt.

Eine wesentliche Ausweitung externer QS auf der Basis stationärer Fallanalytik ist perspektivisch zu hinterfragen, da bisher ausschließlich operative Fachdisziplinen davon betroffen sind und die konservative Medizin zahlreicher Fachdisziplinen mit ihrem wesentlichen Einfluss auf die Hausarzt-tätigkeit bisher benachteiligt worden ist. Diese Lücke gilt es zu schließen.

Zwar kann auf ein gewisses Maß externer Fallanalytik hinsichtlich der notwendigen Standortbestimmung auch zukünftig nicht verzichtet werden, doch ist es dringend erforderlich, dass

1. die konservativen medizinischen Bereiche wie beispielsweise Innere Medizin und Neurologie sowie
2. die ambulante Medizin

verstärkt in die QS mit einzubeziehen sind und dieses ganz besonders auf der Basis von ausgewählten Themen der Problemanalytik, so dass letztendlich die QS im Bereich der Schnittstelle mittels Problemanalytik zu favorisieren ist.

Zielstellungen sollten sein, die Therapiestrategien verstärkt zwischen stationärem und ambulantem Bereich abzustimmen, die Rezidivfrequenzen zu reduzieren und ebenso die Rehospitalisierungen. All dies muss jedoch messbar und evaluierbar sein, um letztendlich ablesbare Ergebnisse zu erhalten.

Bisherige QS, besonders die interne, reicht zukünftig nicht aus,

so dass parallel zur Krankenhauszertifizierung die Elemente des TQM sowohl gelehrt als auch umgesetzt werden müssten. Krankenhauszertifizierung der Kooperation für Transparenz und Qualitätssicherung am Krankenhaus (KTQ) beziehungsweise nach dem amerikanischen Modell von Joint Commission oder European Foundation for Quality Management (EFQM) - nicht aber nach DIN-ISO 9000 oder nach TÜV - schließen ein totales QM nicht aus, sondern unterstützen sich gegenseitig.

Um hier beratend tätig zu sein, empfiehlt es sich, **an der SLÄK eine Arbeitsgruppe des Ausschusses QS für Zertifizierung zu bilden**, um den Einfluss der Ärzteschaft dabei nicht nur zu erhalten, sondern weiter auszubauen. Keine Zertifizierung ohne entscheidende Einbeziehung der Ärzteschaft des Landes. Organisationen beziehungsweise Einrichtungen staatlicher oder privater Struktur, die im Freistaat Krankenhäuser zertifizieren wollen, müssen vorher sich mit der SLÄK und der KGS wie auch den Kassen abstimmen und von der Aufsichtsbehörde offiziell zugelassen sein.

Aus dem positionierten Konsensmodell leitet sich die Suche nach Zusatzfinanzierungen ab, die zum einen durch Leistungserweiterungen, zum anderen auch durch Stiftungen und Sponsoren sowie auch durch neue Aufgabenstellungen umgesetzt werden sollten. So ist es durchaus denkbar, dass die Projektgeschäftsstelle beziehungsweise zukünftige Geschäftsstelle für QS an der SLÄK Leistungen für Auftraggeber übernimmt, die nicht nur direkt aus der Ärzteschaft kommen (Pharmaindustrie, Versicherungen und andere).

Dies alles wird nur funktionieren, wenn auch vermehrt leitende Ärzte, Schwestern und Verwaltungsleiter über Qualifikationen auf dem Gebiete des QM in der Medizin verfügen, das heißt auch zukünftig eine Intensivierung der Fortbildung auf diesem Gebiet. Dies gilt auch gegenüber den Kostenträgern und dem medizinischen Dienst, der verstärkt direkt einzubeziehen ist. In der Qualitätssicherung darf keiner außen vorgelassen werden.

Bei all der Diskussion um die Methoden und Projekte der QS darf auf keinen Fall vergessen werden, dass **die Autopsie nach wie vor einen zentralen Stellenwert in der QS darstellt**. Hier sind die Gesetzgeber aber auch die Kassen gefragt, neue Wege zu gehen und Weichen zu stellen. **Die Autopsie als entscheidendes Element in der Reihe der QS gehört in die Budgetierung der Krankenhäuser**. Die Verwendung von Totenscheindiagnosen für gesundheitspolitische Statistiken und Konsequenzen ist unverantwortlich, da die hohe Fehlerquote eine irreal Situation widerspiegelt. Nicht zuletzt bleibt es mehr denn je Aufgabe des Ausschusses QS, Qualitätseinbrüche zu verhindern, besonders unter dem Aspekt von Standards, Leitlinien, Richtlinien und Rationalisierungen und darüber hinaus beratend wie auch integrierend zu wirken.

für den Ausschuss „Qualitätssicherung“  
Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen  
Görlitz