



---

## **TOP V Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im GKV-System zu einer gemeinsamen Qualitätskultur

### **Entschließung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 06) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Im Hinblick auf die notwendige Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Krankenversorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fordert der Deutsche Ärztetag:

1. Einführung besonderer Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen nach SGB V nur dort, wo nachweislicher Handlungsbedarf besteht
2. Abbau der Überregulierung der Qualitätssicherung im SGB V
3. Entwicklung einer gemeinsamen Qualitätskultur
4. Patientenorientierte Auswahl und evidenzbasierte Vorgehensweise bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
5. Nutzung vorhandener Strukturen der Qualitätssicherung auf Landesebene und gleichberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
6. Umsetzung der potentiell jetzt schon möglichen Routinedatennutzung und Beteiligung der Ärztekammern
7. Sorgfältige Beobachtung der Startschwierigkeiten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) und Verlängerung der Konvergenzphase für die Verschmelzung von stationärer und sektorenübergreifender Qualitätssicherung

Zu den Forderungen im Einzelnen:

#### **1. Einführung besonderer Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen nach SGB V nur dort, wo nachweislicher Handlungsbedarf besteht**

Die originäre Zuständigkeit für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung liegt bei den Ärztekammern. Berufsrechtliche Regelungen zur Qualitätssicherung ärztlicher

---

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

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



Berufsausübung gelten übergeordnet für die ärztliche Versorgung aller Patientinnen und Patienten, ungeachtet des jeweiligen Versicherungsstatus im Einzelfall.

Zusätzliche Regelungen zur Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung wurden erstmals vor 20 Jahren in das SGB V eingeführt. Zahlreiche der zwischenzeitlich auf Basis des SGB V beschlossenen Strukturqualitäts-, Mindestmengenvereinbarungen etc. vermitteln eher den Charakter von mehr oder weniger willkürlich festgesetzten Marktzugangsregulierungen für die Leistungserbringer als den von veritablen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Besondere Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen, die über landesrechtliche Regelungen, z. B. zur ärztlichen Berufsausübung, hinausgehen, sollten nur dort eingeführt werden, wo nachweislicher, d. h. evidenzbasierter Handlungsbedarf besteht.

## **2. Abbau der Überregulierung der Qualitätssicherung im SGB V**

Status quo ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V Richtlinien über die Qualitätssicherung beschließen soll. Über diese allgemeine Ermächtigung hinausgehend sind Einzelregelungen zur Qualitätssicherung über das gesamte SGB V verstreut und u. a. in folgenden Paragraphen wiederzufinden:

- § 73b Hausarztzentrierte Versorgung
- § 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 87 Bundesmantelvertrag
- § 87b Vergütung der Ärzte (Regelleistungsvolumina)
- § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus
- § 116b Ambulante Behandlung im Krankenhaus
- § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- § 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung
- § 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
- § 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung
- § 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität
- § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme
- § 139a IQWiG
- § 140a-b Integrierte Versorgung
- § 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

Der Deutsche Ärztetag fordert, diese Regelungsvielfalt wegen der bekannten Missstände zurückzubauen. Im Sinne einer Rahmengesetzgebung sollten sich die Vorschriften zur Qualitätssicherung im SGB V auf die Formulierung übergeordneter Qualitätsziele und der Voraussetzungen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität (Rahmenbedingungen für ein „lernendes System“) konzentrieren:

- Beteiligung aller Leistungserbringer an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen



der Qualitätssicherung

- Kontinuierliche Optimierung der Versorgungsqualität auf Basis eines obligatorischen einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- Qualitätsdarlegung in regelmäßigen Abständen
- Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen mit der gebotenen statistisch-biometrischen Sorgfalt (Risikoadjustierung u. a.), Interpretation der Ergebnisse mit der gebotenen klinischen Expertise
- Transsektorale Weiterentwicklung der Qualitätssicherung unter Einschluss der Leistungen, die in Einzel-/Selektivverträgen erbracht werden
- Qualitätsdarlegung und Evaluation von Qualitätssicherungsmaßnahmen für Versorgungsforschung und -steuerung sowie zur Unterstützung der Patientensouveränität in regelmäßigen Abständen
- Gebot der Datensparsamkeit und Ermöglichung von Routinedatennutzung unter Beachtung des Datenschutzes

### **3. Entwicklung einer gemeinsamen Qualitätskultur**

Analog zur derzeitigen Regelungsvielfalt im SGB V sind auf der Umsetzungsebene die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung vielfältig und detaillistisch, beispielhaft sei auf die überaus umfassenden Strukturqualitätsanforderungen zu einzelnen §-116b-Leistungen oder zur Versorgung Früh- und Neugeborener hingewiesen. Da die Qualitätssicherung von den verschiedenen Bänken des G-BA als Marktaufteilungs- bzw. Marktberreinigungsinstrument entdeckt wurde, sind die diesbezüglichen Beratungen im Regelfall langwierig und konfliktiv, hierzu sei beispielhaft auf die jahrelange Entwicklung der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung hingewiesen.

Trotz der zahlreichen Richtlinien ist das GKV-System von einer patientenorientierten, wahrhaft qualitätsgekoppelten Versorgungssteuerung noch weit entfernt. Ohne Mobilisation der unverzichtbaren Eigenmotivation der verschiedenen Beteiligten und Erhaltung von regionalen Gestaltungsspielräumen wird dieses Ziel nicht zu erreichen sein. Für die Zukunft sollte der G-BA seine Rolle als Katalysator und Moderator einer gemeinsamen Qualitätskultur verstehen. Die Übernahme gemeinsamer Verantwortung für die Versorgung, eine patientenzentrierte Sichtweise und eine Steuerung über Ziele anstatt über Kontrollvorschriften und Strukturen müssen dabei im Fokus stehen.

### **4. Patientenorientierte Auswahl und evidenzbasierte Vorgehensweise bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen**

Seit Gründung des G-BA im Jahr 2004 erfolgt die Auswahl der Beratungsthemen im Unterausschuss Qualitätssicherung mehr oder weniger auf Zuruf. Zwar ist in der Verfahrensordnung des G-BA eine Priorisierung der in die Qualitätssicherung einzubeziehenden Krankheiten oder Leistungen vorgesehen, ein entsprechendes Konzept



ist aber bislang nicht verabschiedet worden.

Qualitätsindikatoren zur Beurteilung von Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen mit Bezug auf patientenrelevante Zielgrößen für den medizinischen Nutzen von Diagnose- und Behandlungsverfahren definiert und spezifiziert werden. Für Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen ähnliche Kriterien wie für medizinische Diagnose- und Behandlungsverfahren gelten – auch sie müssen zweckmäßig, ausreichend und notwendig sowie wirtschaftlich sein –, wobei den besonderen Belangen der Risikoabwehr sowohl im Hinblick auf die Evidenzanforderungen als auch im Hinblick auf die zu akzeptierende statistische Unsicherheit Rechnung getragen werden muss.

### **5. Nutzung vorhandener Strukturen der Qualitätssicherung auf Landesebene und gleichberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Trotz der Vorgabe des Gesetzgebers, insbesondere für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung möglichst auf bereits vorhandene Strukturen zurückzugreifen, ist dies in der hierfür maßgeblichen Richtlinie Nr. 13 des G-BA nur unvollständig erfolgt. Ungeachtet der Tatsache, dass die Landesärztekammern in fast allen Bundesländern in die Strukturen der externen vergleichenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser jahrelang erfolgreich integriert waren, ist deren Rolle in den künftigen Landesarbeitsgemeinschaften der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung unnötig marginalisiert worden.

Um zukünftig eine bessere Nutzung mit den auf Landesebene geschaffenen Strukturen und Maßnahmen für die Qualitätssicherung und grundsätzlich eine bessere Harmonisierung zwischen Bundes- und Landesebene herbeizuführen, fordert der Deutsche Ärztetag eine gleichberechtigte, d.h. stimmberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA. Dies würde gleichzeitig endlich eine adäquatere Einbeziehung der Expertise und Standpunkte der Krankenhausärzte ermöglichen.

In den zu gründenden Landesarbeitsgemeinschaften für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung bzw. in deren Lenkungsgremien sollte die laut Richtlinie vorgesehene Option eines unparteiischen Vorsitzenden dahingehend genutzt werden, hierfür einen Vertreter der jeweiligen Landesärztekammer einzusetzen.

### **6. Umsetzung der potentiell jetzt schon möglichen Routinedatennutzung und Beteiligung der Landesärztekammern**

Sogenannte Routinedaten, in der Regel Abrechnungsdaten, können nicht als alleinige Grundlage der Qualitätssicherung dienen. Sie stellen jedoch einen umfänglichen zusätzlichen Datenpool dar, der trotz der bereits geschaffenen datenschutzrechtlichen Voraussetzungen in § 299 und § 303a-f SGB V nicht genutzt wird. Um endlich Bewegung in die Routinedatennutzung zu bringen, sollte die Rolle der



Vertrauensstellen/Datenaufbereitungsstellen unabhängigen Dritten, die gleichzeitig fachkompetent sind, übergeben werden, zum Beispiel den Landesärztekammern. Die Landesärztekammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Gemeinwohlbindung die gesetzlich vorgesehene Vertretung aller Ärztinnen und Ärzte in allen Sektoren und sind weder an der Leistungserbringung noch an den Geldflüssen beteiligt. Unabhängige Stellen bei den Landesärztekammern könnten das komplette Datenhandling für beide Sektoren, die Funktion der Auswertungsstelle für dezentrale Verfahren und die Rückmeldungen an alle Leistungserbringer übernehmen.

### **7. Sorgfältige Beobachtung der Startschwierigkeiten der sektorübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) und Verlängerung der Konvergenzphase für die Verschmelzung von stationärer und sektorenübergreifender Qualitätssicherung**

Nachdem die Richtlinie Nr. 13 zur sQS nun endlich im März 2010 vom Plenum des G-BA trotz formaler Mängel zumindest inhaltlich konsentiert werden konnte, zeigt nunmehr das Methodenpapier des vom G-BA beauftragten AQUA-Instituts erhebliche Schwächen:

Allgemeine Kritikpunkte:

- Fehlendes klares zeitliches Konzept zu gegenwärtigen Möglichkeiten der Qualitätssicherung und zu zukünftigen Perspektiven
- Z. T. unwissenschaftliche Vorgehensweise durch Behauptungen ohne Herleitung bzw. Festlegungen ohne Begründungen
- Inkonsistente und widersprüchliche Verwendung von Fachbegriffen
- Ungleichgewicht im Konzept zwischen ausführlicher Propädeutik einerseits und zu kurz gehaltenen Texten zu wichtigen Kernfragen andererseits

Spezielle Kritikpunkte:

- Kein erkennbares Gesamtkonzept zum Kernauftrag der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- Fehlendes Konzept zur Auswahl und zum Einsatz unterschiedlicher Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität
- Nicht angemessene Vereinfachungen bei der Kriterienauswahl im zentralen Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung, insbesondere bezüglich der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung (Public Disclosure)
- Alleinige Fixierung auf die Sekundärnutzung vorhandener Indikatoren bei fehlendem Konzept für die Neuentwicklung von Indikatoren
- Unklares Konzept zur Identifikation von Datenquellen, z. B. Routinedaten, in der Indikatorenentwicklung und zur Berücksichtigung bestehender Dokumentationsstandards (z. B. DMP)
- Fehlendes Konzept zur zentralen Frage der Stichproben- vs. Vollerhebung
- Fehlendes Konzept zu den Auslösebedingungen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren bzw. zur Überprüfung der Vollständigkeit



- 
- Nichttransparente Kriterien bei der Einbindung und Vergütung von Fachexperten in Expertenpanels bzw. Fachgruppen
  - Fehlende Transparenz zu Art und Umfang der Einbindung von Kooperationspartnern bzw. Unterauftragnehmern

Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb das Bundesministerium für Gesundheit zu einer sorgfältigen Beobachtung der persistierenden Startschwierigkeiten der sQS auf. Um wenigstens die Kontinuität der stationären Qualitätssicherung aufrechtzuerhalten, sollte die Konvergenzphase für die Verschmelzung von stationärer und sektorenübergreifender Qualitätssicherung über 2010 hinaus um wenigstens ein weiteres Jahr verlängert werden.