

# Qualität – Instrument oder Kern professioneller Werterhaltung im Gesundheitswesen?

GÜNTHER JONITZ

Dr. med. Günther Jonitz ist Präsident der Ärztekammer Berlin und u.a. Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer

Der Begriff der Qualität bezog sich in der Medizin vor allem auf ärztliche Ethik, Erwartung der Patienten und auf die intrinsische Motivation der Ärzteschaft, bestmögliche Versorgung zu leisten. Hauptfokus ist die Qualifikation der Ärzte und deren Verhalten. Daneben hat die deutsche Ärzteschaft seit den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts zahlreiche Institutionen und Projekte zur systematischen Qualitätsförderung ins Leben gerufen, die International ihres gleichen suchen. Qualitätsmanagement und Patientensicherheit als systematische Umsetzung ärztlicher Werte sind als Querschnittsthemen für einen stetig wachsenden Teil der Ärzteschaft integraler Bestandteil ihres Handelns. Eine vom Kern her auf Menge und Kosten abzielende Gesundheitspolitik mit qualitätsfeindlichen Aspekten erschwert allerdings die erfolgreiche Umsetzung einer „Qualitätskultur“.

## Der Arzt

Die wichtigste Person im Leben eines kranken Menschen ist der Arzt. Wenn der Patient zum Arzt kommt, hat er die Krankheit so, wie er sie hat. Er verfügt über ein vorgeformtes biopsychosoziales Umfeld, das zum Krankwerden, aber auch zur Genesung beiträgt. Die einzige Variable, die sich der Patient zu seiner Genesung aussuchen kann, ist die Wahl des Arztes, dem er vertraut.

Die primäre Motivation von Ärzten ist es, kranken Menschen zu helfen, Krankheiten zu lindern, zu beseitigen oder gar nicht erst entstehen zu lassen. Diese Motivation zeigt sich in den grundlegenden ethischen Geboten des „salus aegroti suprema lex“ = „das Wohl des Anvertrauten ist oberstes Gebot“ und

des „primum nil nocere“ = „zu allererst keinen Schaden anrichten“. Diese intrinsische Motivation auf ethischer Grundlage ist die wesentliche Antriebsquelle für den Arztberuf und Grundlage seiner Arbeit und beruflichen Weiterentwicklung. Qualitätsmanagement und „Patientensicherheit“ sind die Systematisierung ärztlicher Ethik.

„A G’sunder hat viele Wünsch, a Kranker bloß oin“. Dieses schwäbische Sprichwort zeigt den dringenden und naheliegenden Wunsch des Kranken, eine bestmögliche Behandlung und humane Betreuung zu erfahren. Diese Behandlung wird in der Regel nicht von einem System oder einer Organisation, sondern von dem individuell betreuenden Arzt erwartet. Deshalb bezieht sich der Großteil der „klassisch“-medizinischen quali-

*„Behandle drum den Doktor gut, damit er Euch desgleichen tut“*

(Eugen Roth, 1895 – 1976)

tätssichernden Maßnahmen, aber auch gesetzlicher Vorgaben auf die Qualifikation und auf die Anforderungen an das Verhalten von Ärzten und erst sekundär auf systemische Voraussetzungen guten ärztlichen Handelns. Die Übernahme von persönlicher Verantwortung für die Behandlung kranker Menschen durch den Arzt ist ein Alleinstellungsmerkmal unseres Berufsstandes. Bei allen Fehlern und Missständen in der Patientenversorgung wird primär der behandelnde Arzt adressiert und in der Regel erst sekundär die dahinter stehende – zum Teil in überwiegendem Maße verantwortliche – Organisation zur Verantwortung gezogen.

Damit fokussiert die Frage nach einer qualitativ hochwertigen Versorgung primär auf die Frage nach der Qualifikation und dem Verhalten des Arztes.

Die besondere Anforderung an den Arztberuf zeigt sich u. a. in einem mindestens sechsjährigen Studium für die Ausbildung zum Arzt, einer nachfolgenden mindestens fünf- bis sechsjährigen Qualifikation zum Facharzt und oft einer Zusatzweiterbildung von weiteren zwei Jahren. *„Die Weiterbildungsbezeichnung ist der Nachweis für erworbene Kompetenz. Sie dient der Qualitätssicherung der Patientenversorgung und der Bürgerorientierung.“* [1]

## Der in Deutschland weitergebildete Facharzt ist ein internationaler "Exportschlager" geworden.

Die fachliche Qualität von Ärzten, die entsprechend der Weiterbildungsordnung in Deutschland ausgebildet sind, zeigt sich u. a. darin, dass der in Deutschland weitergebildete Facharzt ein internationaler „Exportschlager“ geworden ist. Deutsche Fachärzte sind im Ausland sehr gefragt und kommen dort in großer Zahl zum Einsatz.

Da die wissenschaftlich basierte Medizin kontinuierlich besser wird („medizinischer Fortschritt“), ist lebenslanges Lernen Kernbestandteil ärztlicher Tätigkeit. So definiert die (Muster-)Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer in § 1 folgendes: *„Die Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte dient dem Erhalt und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz*

*zur Gewährleistung einer hochwertigen Patientenversorgung und Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung“* [2]. Regelmäßiger Fortbildung kommt daher eine große qualitätssichernde Bedeutung in der Medizin zu.

So fanden beispielsweise im Jahr 2012 im Bundesgebiet 337.413 anerkannte Fortbildungsveranstaltungen auf der Grundlage der (Muster-)Fortbildungsordnung statt [3]. Rund 96.000 Ärztinnen und Ärzte mussten bis zum 30. Juni 2014 bereits zum zweiten Mal nachweisen, dass sie innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte erworben haben. Diese Pflicht wurde von 97,5 % der niedergelassenen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten erfüllt [4].

Die Grundlage für die fachliche Qualität des einzelnen Arztes/der einzelnen Ärztin ist somit durch deren intrinsische Motivation, die ethischen Grundlagen des Arztberufes und die Regelungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung und die Berufsordnung grundsätzlich geregelt.

### Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist die entscheidende Ebene im Gesundheitswesen. Hier werden die Grundlagen für eine bestmögliche Behandlung getroffen, aber auch ca. 80 Prozent aller im Gesundheitssystem stehenden Kosten ausgelöst. Die wichtigste Person im Gesundheitssystem ist somit ebenfalls der Arzt.

Idealtypisch frei von Interessen Dritter (Politik, Krankenkassen, Industrie, ...) ist das Arzt-Patienten-Verhältnis die Basis einer hochwertigen Behandlung und humanen Betreuung kranker Menschen. Die Zahl der fehlsteuernden Anreize und organisatorische Mängel machen dies zunehmend schwer (s. u.).

Auch auf Grund der Erwartungshaltung der Kranken ist der Großteil der Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der Patientenversorgung auf die individuelle Qualifikation und auf das Verhalten von Ärzten fokussiert und zum Teil gesetzlich vorgeschrieben (s. o.).

Da sich alles im Gesundheitssystem der Frage stellen muss, „Was hat der Patient davon?“, ist der Patient die wichtigste Person im Gesundheitswesen generell.

### „Klassische“, medizinische Instrumente der Qualitätssicherung

Zu den klassischen Instrumenten der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung gehören der fachliche Dialog unter Ärzten. Dies betrifft beispielsweise das Konsil durch Vertreter anderer Fachgebiete bei der Behandlung einzelner Patienten, aber auch Konferenzen wie Tumorkonferenzen oder Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. In diesen werden üblicherweise besonders lehrreiche Behandlungsverläufe oder unvorhergesehene Zwischenfälle bis hin zu Todesfällen fachgebietsübergreifend analysiert und Lehren daraus gezogen. Richtig durchgeführt erfreuen sich diese Konferenzen einer sehr hohen Beliebtheit.

Im Krankenhaus ist die übliche Methode der Evaluation ärztlicher Arbeit die Oberarzt- und Chefarzt-Visite. Erfahrene und ranghöhere Ärzte bewerten die Arbeit der jüngeren, weniger erfahreneren Kollegen und steuern so nicht nur die Behandlung von Patienten, sondern qualifizieren jüngere Kollegen weiter.

Die kollegialen Rücksprachen und die geregelte Kommunikation zwischen Ärzten und im gesamten Behandlungsteam ist eine wesentliche Grundlage dafür, fehlerhafte Prozesse und individuelle Fehler zu vermeiden und aus dem gemeinsamen Erfahrungsschatz zu lernen.

Die Ressourcen, die für solche strukturierten Gespräche, Teambesprechungen, Visiten und Konferenzen vorgesehen sind, sind im deutschen Gesundheitssystem kärglich. Personalentwicklungskosten sind im DRG-System nicht vorgesehen, eine qualitative Weiterentwicklung dieser teamorientierten Verfahren ist somit offen. Die Verankerung der systematischen Qualifikation im Arbeitsalltag der Gesundheitsberufe scheint so dem Markt und dem Zufall überlassen.

### Neue Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung

In Zeiten einer immer komplexer werdenden Medizin unter limitierten ökonomischen Rahmenbedingungen und einer zunehmenden politischen Regulierung sind neue Verfahren der Qualitätsförderung geboten. 1975 wurde die initiale Studie zur Qualitätssicherung in der Perinatalmedizin durchgeführt und

anschließend flächendeckend in Deutschland auf alle ärztlich geleiteten geburtshilflichen Einrichtungen ausgedehnt. Systematisch wurden zu allen ärztlich geleiteten Geburten Daten erhoben, in Fachkonferenzen analysiert und daraus notwendige Maßnahmen abgeleitet. So wurden beispielsweise zahlreiche kleine geburtshilfliche Einrichtungen mit geringer Geburtenzahl mit anderen Einrichtungen zusammengelegt und damit ein höheres Qualitätsniveau erreicht. Diese Strukturmaßnahmen wurden über die Krankenhausplanungen der Länder wohlwollend begleitet und gegebenenfalls kompensiert. Diese Maßnahme wurde von Gynäkologen und Geburtshelfern durchgeführt und von den Krankenkassen finanziert. Sie ist ein Paradebeispiel dafür, dass gemeinsame Ziele verfolgt und im Konsens qualitätsorientierte Strukturentscheidungen getroffen und umgesetzt werden können. Profitiert haben davon alle Beteiligten, allen voran die betroffenen Mütter und Kinder.

Weitere, aus ärztlichem Selbstverständnis heraus getragene systematische Maßnahmen waren die Qualitätssicherung von Tracer-Diagnosen in der Chirurgie seit 1976 und die Qualitätssicherung in der Herzchirurgie seit 1991.

Die Einführung von medizinischen Registern ist eine wesentliche Grundlage zum „kollektiven Lernen“. Erst dann, wenn Behandlungsergebnisse tatsächlich feststehen, ist es möglich, über die beitragenden Faktoren zum Erfolg der Behandlung Erkenntnisse zu gewinnen und die Versorgung weiter zu verbessern.

Das Berliner Herzinfarktregister, gegründet im Jahr 1998 auf Initiative der Ärztekammer Berlin, der Berliner Kardiologen und der Technischen Universität Berlin, ist inzwischen das größte seiner Art in Europa. Die teilnehmenden Kliniken können belegen, dass die Qualität der Versorgung von Herzinfarktpatienten seit 17 Jahren kontinuierlich besser wird ([www.herzinfarktregister.de](http://www.herzinfarktregister.de)).

Ein Beispiel für ein in jüngerer Zeit eingeführtes Register stellt das Endoprothesenregister dar. Das Register ist ein Gemeinschaftsprojekt von Ärzten, Kliniken, Krankenkassen und Industrie, das die Qualität der Versorgung mit künstlichen Hüft- und Kniegelenken weiter verbessern und die Zahl der unnötigen Wechseloperationen senken wird ([www.eprd.de](http://www.eprd.de)).

Die ÄQSI – Datenbank ärztlicher Qualitätssicherungsinitiativen ([www.aeqsi.de](http://www.aeqsi.de)) der Bundesärztekammer führt mit Stand März 2015 rund 160 Qualitätssicherungsinitiativen auf, die freiwillig, unter ärztlicher Beteiligung, regelmäßig und kontinuierlich stattfinden. Darunter finden sich 38 Maßnahmen von Ärztekammern (s. Kasten), 63 von ärztlichen Fachgesellschaften und 25 von ärztlichen Berufsverbänden [5]:

## Institutionen und Projekte zur Qualitätssicherung

Am 26. März 1993 wurde die **Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG)** in den Räumen der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit zahlreichen Beteiligten aus der Versorgung inklusive der Ärztekammern gegründet. Die GQMG wirkt nach eigenem Selbstver-

### Initiativen der Ärztekammern [5]

- Dekubitusmanagement – Benchmark des QM-Netzwerkes
- Berliner Herzinfarktregister e. V.
- Sturzmanagement – Benchmark des QM-Netzwerkes
- Externer Qualitätsvergleich Mukoviszidose (Benchmarking)
- Muko.Zert – Anerkennungsverfahren von Mukoviszidose-Einrichtungen
- Patientenzufriedenheitsumfrage Mukoviszidose
- Qualitätssicherung Anästhesie
- CIRS Thüringen
- Netzwerk Qualität in der Intensivmedizin – NEQUI
- Zertifizierung von Perinatalzentren in Westfalen-Lippe
- Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie
- Qualitätssicherung in der Intensivmedizin QMITS
- Netzwerk CIRS-Berlin
- Peer Review in der Transfusionsmedizin – Berlin
- German Obstetric Surveillance System (GerOSS)
- CIRS Medical
- Deutsches IVF-Register e. V.
- Benchmarking in der Frühgeborenenversorgung
- Landesweite Nachuntersuchung von Frühgeborenen < 28 Schwangerschaftswochen in Niedersachsen
- Inhouse-Schulungen zur aktiven Qualitätsentwicklung: „Zahlen zum Sprechen bringen“
- KTQ-Zertifizierungsverfahren
- Berliner Schlaganfallregister
- Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung Nordwestdeutschland
- „Peer Visits“ als innerärztlich initiiertes Peer-Review-Verfahren zur Qualitätssicherung im ambulanten anästhesiologischen Bereich
- Mukoviszidose-Register, Software Muko.dok
- Qualitätssicherung Schlaganfall Bayern
- ZuGang: zahnärztliche Versorgung nach gewaltbedingten Verletzungen
- Qualitätssicherung – operative Behandlung des Bronchialkarzinoms in Baden-Württemberg
- Evaluation der „Aufsuchenen Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Hannover“
- Qualitätssicherung Zytologie des Zervixkarzinoms der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- „Gewalt gegen Kinder“ – Arbeitsgruppe der LÄK Thüringen
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
- SPORT PRO GESUNDHEIT – Qualitätssiegel des Deutschen Olympischen Sportbundes
- Dekubituserfassung im Ostalbkreis
- Hörscreening Leipzig (Trackingstelle)
- Gutachterkommission der Ärztekammern
- Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung in Nordrhein
- Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung Rheinland-Pfalz

ständnis aktiv an der Verbesserung der Gesundheitsversorgung aller Menschen mit, die in den Ländern ihrer Mitglieder leben. Die Gesellschaft fördert die wissenschaftlich fundierte Entwicklung, Verbreitung und Evaluation von Methoden und Konzepten des Qualitätsmanagements. Die GQM ist die für alle Fragen des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen fachkundige Fachgesellschaft und führend in Deutschland.

Das **Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)** wurde 1995 gegründet. Es ist eine gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Es unterstützt die BÄK und die KBV bei ihren Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. Schwerpunkte sind die Förderung der evidenzbasierten Medizin, die Erarbeitung von Versorgungsleitlinien, von Patienteninformationen und der Betrieb des nationalen Fehlerlernsystems CIRSmEdical.de.

Auf Initiative des ÄZQ wurde im Jahr 2002 das **Guidelines-International-Network (G-I-N)** gegründet. In diesem Netzwerk sind alle relevanten Leitlinienorganisationen weltweit aktiv, um auf höchstwertiger methodischer Grundlage und im Konsens Leitlinien zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen.

Auf Initiative der Bundesärztekammer, des damaligen Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und der Krankenhausträger wurde im Jahr 2001 die **Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ GmbH)** gegründet. In gemeinsamer Verantwortung, später erweitert durch die Pflegeberufe, alle Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, wird bundesweit einmalig ein Zertifizierungsverfahren angeboten, in dem alle Bereiche der Patientenversorgung, vom ambulanten über den stationären, dem Reha- und Pflegebereich, nach einer einheitlichen Methode zertifiziert werden können. Dieses Projekt wurde seit Ende der 90er Jahre vom Bundesgesundheitsministerium gefördert und dann erfolgreich auf eigene Füße gestellt.

Im gleichen Jahr wurde die **BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (heute: Institut für Qualität und Patientensicherheit)** gegründet. Hauptträger waren ebenfalls alle Partner

der Selbstverwaltung inklusive Bundesärztekammer. Hauptaufgabe des BQS-Instituts war die Umsetzung der im Sozialgesetzbuch V vorgesehenen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung im stationären Sektor. Es basiert auf der Qualitätsinitiative der Tracer-Diagnosen in der Chirurgie im Jahre 1976. Die Arbeit des BQS-Instituts war in vieler Hinsicht wegweisend. Die Diskussion in der Gesellschafterversammlung war am Anfang von dem im deutschen Gesundheitswesen bestehenden gegenseitigen Misstrauen der Organisationen geprägt. Nachdem klar war, dass es sich bei der Arbeit des BQS-Instituts tatsächlich um das Erreichen realer Qualitätsziele handelt, war sehr schnell ein Zustand der „gemeinsamen Verantwortung“ gefunden. Alle dort vertretenen Organisationen waren hoch motiviert, die nunmehr per Gesetz auferlegten Ziele durch das Verfahren der extern vergleichenden Qualitätssicherung voranzutreiben. Mit dem Wegfall der Durchführung der gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären Bereich und der Gründung des **Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)** ist die weitere Ausrichtung des BQS-Instituts in Frage gestellt.

Bereits drei Jahre früher, nämlich im Jahre 1998, wurde das **Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)** in Berlin gegründet. Es entstand in Folge des ersten Kongresses zur evidenzbasierten Medizin in Deutschland. Dieser wurde von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Bundesärztekammer und dem mibeg-Institut Medizin erfolgreich durchgeführt. Das DNEbM, in dem über 850 Akteure zu diesem Gebiet aus allen Berufsgruppen zusammenarbeiten, ist das größte seiner Art weltweit. Mit diesem Kongress und der erfolgten Netzwerkgründung wurde das Thema einer tatsächlich auf sauberen methodischen Grundlagen basierten und wissenschaftlich begründeten Medizin im deutschen Sprachraum gebahnt und inzwischen flächendeckend umgesetzt.

Mit der Vergabe des Berliner Gesundheitspreises (s. unten) zum Thema „Patientensicherheit“ im Jahre 2003 war der

Weg für das heikelste und Tabu-beladendste Thema in der Patientenversorgung geebnet. Das Thema wurde von der Ärztekammer Berlin gegen anfängliche Skepsis eingebracht [6]. Die Preisträger des Berliner Gesundheitspreises konnten belegen, dass eine fehlerhafte Behandlung kein schicksalhaftes Ereignis ist, sondern es Maßnahmen zur Vermeidung und systematischen Aufarbeitung von eingetretenen Fehlern und „Beinahe-Schäden“ gibt.

Nach anfänglichem Bemühen eine Stiftungsprofessur einzurichten, einigte man sich im Jahr 2004 auf die Gründung eines Netzwerkes, welches im Jahr 2005 mit dem **Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)** konkret wurde. Grün-

## **Die Sicherheitskultur in Deutschland hat sich seit Mitte der 2000er Jahre um 180 Grad gedreht: Wir befinden uns inzwischen in der Spitzengruppe aller Länder.**

ungsvorsitzender war der Arzt und ausgewiesene Qualitätsexperte, Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, stellvertretender Vorsitzender war der Autor. Im Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. arbeiten über 400 relevante Organisationen und Einzelpersonen aus allen Ebenen der Patientenversorgung, von der Ärztekammer, über Krankenhaus- und Krankenkassenorganisationen bis zur Notgemeinschaft Medizingeschädigter e. V. und Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit einvernehmlich und wertschätzend sowie lösungsorientiert zusammen. Es hat zahlreiche Empfehlungen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen im deutschen Gesundheitswesen erarbeitet. Das APS war das Vorbild für die Gründung ähnlicher Organisationen u. a. in Frankreich, Österreich und Japan.

Mit der Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit im Jahr 2005, dem beispielhaften Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und einem einstimmigen Beschluss des Deutschen Ärztetages zum proaktiven, konstruktiven und kooperativen Umgang mit diesem Thema im gleichen Jahr, hat sich die **Sicherheitskultur in Deutschland**

um 180 Grad gedreht. Deutschland befindet sich inzwischen international in der Spitzengruppe aller Länder, was den Umgang, die Projekte und das Engagement zahlreicher, vor allem ärztlicher Organisationen und Gesellschaften betrifft.

Seit 2006 besteht das **Netzwerk CIRS-medical.de** als gemeinsames Projekt von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Mit dem Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland wurde zudem ein auf den stationären Bereich fokussiertes Netzwerk in Trägerschaft des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie dem Deutschem Pflegerat gegründet und flächendeckend für Deutschland erfolgreich betrieben.

Darüber hinaus werden vom ÄZQ internationale Projekte, wie das WHO-Projekt „Aktion on Patient Safety“: High 5s“ und das Projekt „European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PasQ)“ betreut und umgesetzt.

Das Programm für **Nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm)** wurde im Jahr 2002 unter Schirmherrschaft der Bundesärztekammer gegründet. Seit 2003 werden durch einen Kooperationsvertrag zwischen Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) nationale Versorgungsleitlinien erarbeitet. Daneben erstellt das Institut für Wissensmanagement der AWMF auf systematischer methodischer Grundlage Leitlinien und unterstützt ihre Mitgliedsgesellschaften. Im April 2015 sind über die Homepage der AWMF 135 Leitlinien nach dem derzeit bestmöglichen Qualitätsstandards S3 abrufbar [7].

## Gesundheitspreise

Mit dem 1994 gegründeten **Berliner Gesundheitspreis**, einer gemeinschaftlichen Aktion von Ärztekammer Berlin, AOK Bundesverband und – damals AOK Berlin (jetzt AOK Nordost) – wurde erstmalig in Deutschland überregional ein Preis für innovative Lösungen für relevante Probleme in allen Bereichen der Patientenversorgung ausgeschrieben. Durch diesen Gesundheitspreis wurde nicht nur die Reform des Medizininstu-

diums angestoßen, sondern auch das Thema Gesundheitsziele ([www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)) initiiert, die hausärztliche Versorgung neu ausgerichtet und – als größter Erfolg – das Thema Patientensicherheit enttabuisiert (s.o.). Zu weiteren führenden Gesundheitspreisen zählen u. a. der Golden Helix Award unter Federführung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. und anderer Partner, und – im ambulanten Bereich – der **Bayerische Gesundheitspreis** seit 2010. Zahlreiche weitere Gesundheitspreise sind inzwischen etabliert.

## Maßnahmen im ambulanten Sektor

Zu den zahlreichen Maßnahmen im ambulanten Sektor sei im Wesentlichen auf den **Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** verwiesen ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)). Hervorzuheben sind bundesweit rund 9.000 Qualitätszirkel, an denen ca. 35.000 niedergelassene Ärzte, aber auch psychologische Psychotherapeuten teilnehmen [4]. Diese werden von ca. 7.500 speziell qualifizierten ärztlichen Moderatoren geleitet. Ca. 3.500 besonders sachverständige Ärzte engagieren sich in Qualitätssicherungskommissionen und prüfen gemeinsam mit Fachkräften der Kassenärztlichen Vereinigung die Arbeit der Ärzte. Ca. 40.000 Genehmigungen zur Erbringung bestimmter Leistungen werden pro Jahr ausgesprochen [8].

Nach dem von der KBV umfassend erarbeiteten Zertifizierungsverfahren QEP sind inzwischen (Stand April 2015) 251 Einzelpraxen, 327 Gemeinschaftspraxen/ Praxisgemeinschaften, 20 MVZ und 41 andere ambulante Versorgungseinrichtungen zertifiziert [9].

## Qualifizierungsmaßnahmen

Weltweit einmalig ist die große Palette an speziellen Qualifizierungsmaßnahmen für Ärzte, aber auch für Angehörige anderer Gesundheitsberufe, die einen unmittelbaren Bezug zur Qualitätsentwicklung haben:

Seit 1999 gibt die Bundesärztekammer ein regelmäßig aktualisiertes **Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement** heraus.

Seit 2003 ist die erfolgreiche Absolvierung des Kurses „Ärztliches Qualitätsmanagement“ (200-Stunden-Colloquium) die Grundlage für den Erwerb der Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“. Im Jahr 2013 waren bei den Ärztekammern 2.422 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ registriert [10].

„Führung“ ist der Schlüsselfaktor für das gute Funktionieren einer Organisation und für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Leitende Ärzte haben eine Schlüsselfunktion in diesem System. Eine besondere Qualifizierung erscheint deshalb nicht nur angesagt, sondern freut sich auch großer Beliebtheit. Das **Curriculum Ärztliche Führung** wurde 2007 erstmalig herausgegeben. Im Zeitraum 2007 bis 2012 nahmen 800 Ärzte an dem Curriculum teil [10].

Das **Curriculum Evidenzbasierte Medizin** wurde im Auftrag von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung im Jahr 2002 gemeinsam mit

**Weltweit einmalig ist die große Palette an speziellen Qualifizierungsmaßnahmen für Ärzte, aber auch für andere Gesundheitsberufe.**

dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin und dem Deutschen Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin herausgegeben und ist Grundlage für zahlreiche Kurse in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Das **Curriculum Strukturierte Medizinische Versorgung** wurde 2003 gemeinsam von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung herausgegeben und unter Leitung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin entwickelt.

Das **Fortbildungskonzept Patientensicherheit** wurde vom ÄZQ im Auftrag der Trägerorganisationen entwickelt und vorgelegt.

Zur erfolgreichen Umsetzung der Hämotherapierichtlinien existiert seit 2005 das **Curriculum zum Qualitätsbeauftragten Hämotherapie**.

Um das klassische Instrument des kollegialen Dialogs auf eine systematische und zielgerichtete Basis zu stel-

len, wurde das **Curriculum Peer Review** 2011 herausgegeben. Auf dieser Basis haben bislang über 800 Ärzte diese Schulungen durchlaufen. Das Qualifizierungsverfahren von Krankenhäusern, die **Initiative für Qualitätsmedizin (IQM)**, basiert maßgeblich auf der Dokumentation von Routinedaten und der Auswertung und Umsetzung von Maßnahmen durch ein Peer Review. Die aktuelle Fassung gibt es als Leitfaden seit 2014.

## Hemmnisse

### Psychologische Faktoren

Die intrinsische Motivation der Ärzte und die hohe Erwartungshaltung der Patienten sind zum einen der wesentliche Motor für die Patientenversorgung, auch unter schwierigen Bedingungen. Zum anderen sind sie jedoch geeignet, die Wahrnehmung in Bezug auf die Sinnhaftigkeit ärztlichen Tuns zu verstellen. Eine „amour fou“ mit benevolenter Betriebsblindheit kann die Folge eines undifferenzierten Arzt-Patienten-Verhältnisses sein:

*„Zuerst das brennende Verlangen des Kranken, dass ihm Hilfe zu Teil werde, und der Trieb des Arztes, ihm zu helfen. Dieses Bestreben beruht auf einem allgemeinen menschlichen Instinkt. Auch in der Medizin ist der Trieb zu helfen noch zu prompt und ungehemmt. [...] Man hat immer noch zu sehr den Trieb „etwas“ gegen die Krankheit zu tun, statt der Überlegung „wie“ kann ich helfen.“ [11]*

Der amerikanische Soziologe Eliot Freidson beschrieb die „clinical mentality“:

*„Alles in allem denke ich, dass der Kliniker eine andere Sichtweise auf seine Arbeit hat als der Theoretiker oder Wissenschaftler.*

*Erstens, das Ziel des Klinikers ist nicht Wissen, sondern Aktion. Eine erfolgreiche Aktion ist immer erwünscht, aber eine Aktion mit wenig Aussicht auf Erfolg ist besser als keine.*

*Zweitens wird der Kliniker an das glauben, was er tut – nämlich, dass er mehr Nutzen als Schaden anrichtet. Er ist ein „Placebo-Reaktor“, der zutiefst von der Richtigkeit seiner Handlungen überzeugt ist.*

*Drittens ist der Kliniker primär Pragmatiker. Er verlässt sich auf au-*

*genscheinliche Ergebnisse mehr als auf Theorien.*

*Viertens verlässt sich der Kliniker eher mehr auf seine eigenen, unmittelbaren und persönlichen Erfahrungen.*

*Schließlich agiert der Kliniker ständig auf dem Boden von Unsicherheit und Unbestimmtheit.*

*Damit ist er mit der psychologischen Grundlage ausgestattet, die sein pragmatisch orientiertes Handeln rechtfertigt.“ [12]*

Die „Psychologie des Gesundheitswesens“ (Gerd Gigerenzer) muss weiter erforscht werden.

### Fehlsteuernde finanzielle Anreize

Mit der Zunahme von ökonomischem Druck auf das Gesundheitssystem und der Fremdbestimmung der Gesundheitsberufe durch gesetzliche Maßnahmen war die Einschränkung der Patientenversorgung frühzeitig erkennbar. *„Die Qualität der Patientenversorgung stirbt zentimeterweise“* wurde mit Einführung von Fallpauschalen und Budgets frühzeitig vorhergesagt. [13]

Spätestens mit der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems in deutschen Krankenhäusern war dies offenkundig. So stellte die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin – und später der Deutsche Ärztetag – im Jahr 2001 fest:

*„Durch ein DRG-System entsteht ein Versorgungsrisiko für die Patienten. Ein solches prospektives Vergütungssystem verlagert das wirtschaftliche Risiko auf den Leistungserbringer. Damit hängen der wirtschaftliche Erfolg respektive das wirtschaftliche Überleben von dem Umfang ab, indem Leistungen oder Kosten reduziert werden. Dies führt zu Risikoselektion, implizierter Rationierung und Qualitätsverlusten durch Unter- und Fehlversorgung („quicker and sicker“). Der einzelne Patient ist diesem Mechanismus hilflos ausgesetzt... Im Ergebnis führt das vorgesehene Verfahren zu einem erschwerten Zugang zum Patienten, zur notwendigen Behandlung. Stattdessen führt es zu Anreizen für wohldotierte, aber fraglich indizierte Maßnahmen und damit zu schlechterer Medizin bei insgesamt höheren Kosten.“ [14]*

Wer durch besonderes Engagement die Zahl behandlungsassoziiierter Komplikationen senkt, senkt den „case-mix-

index“ seiner Abteilung und damit sein Budget. Gute Medizin wird im bestehenden Vergütungssystem bestraft.

Im konkreten Alltag zeigt sich dies beispielsweise durch Mängel in der Hygiene, durch unzureichenden Personalbestand, z. B. auf Intensivstationen, wie das gerade im Vergleich mit Ländern wie den Niederlanden zu sehen ist.

Zitat eines ärztlichen Direktors einer großen deutschen Universitätsklinik im Jahr 2012:

*„Wenn wir auf Intensivstationen die Zahl der Intensivschwwestern von 5 auf 4 reduzieren, erhöht sich die Zahl der Infektionen um 23%.“*

Gleichwohl insistiert der Gesetzgeber auf die Richtigkeit der Einführung von DRGs. So ist im Koalitionsvertrag der Großen Koalition aus CDU und SPD von 2013 explizit formuliert, dass *„die Einführung der DRG als ‚leistungsorientiertes Vergütungsverfahren‘ richtig“* war. [15]

Das zur Behebung von Hygienemängeln beschlossene „Hygienegesetz“ sieht zwar die Einrichtung neuer qualifizierter ärztlicher Berufsgruppen vor, hat sich der Mühe einer Ursachenanalyse jedoch nicht unterzogen.

Der 103. Deutsche Ärztetag hat im 2000 erstmalig und mit Nachdruck eine „qualitätsorientierte Wettbewerbsordnung“ im Leitantrag gefordert und gegen die „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens protestiert:

*„Der Wettbewerb ist qualitätsorientiert zu gestalten: Wenn Wettbewerb zukünftig zum Maßstab der Verteilung im Gesundheitswesen werden soll, brauchen wir eine soziale und qualitätsorientierte Wettbewerbsordnung.“ [16]* Inzwischen ist „Qualität“ als politisches Ziel als solches angekommen, jedoch ohne das politische Handeln tatsächlich konkret zu durchdringen.

### Politischer Missbrauch des Qualitätsbegriffs

Um die große Zahl gerade von kleineren Krankenhäusern in Deutschland zu reduzieren und aufgrund der eingeschränkten Handlungsfähigkeit der Planungsbehörden sollen durch die „Messung von Qualität“ „schlechte“ Krankenhäuser identifiziert und vom Markt genommen werden. Einem solchen politischen Ziel der „Dezimierung bestehender Strukturen“ liegt ein fundamentales Miss-

verständnis von Qualitätsmanagement zugrunde.

Qualität kann nicht „erkontrolliert“ werden. Es ist auch keine Mess-, sondern eine Führungsmethode. *„TQM ist eine Führungsmethode, die auf der Mitwirkung aller Mitglieder einer Organisation basiert. Die Führung wird so ausgerichtet, dass alle Mitarbeiter tatsächlich die Möglichkeit haben, mitzuwirken. Qualität wird letztlich durch die Menschen des Unternehmens erzeugt. Nur wenn das Umfeld stimmt, können sie ihre volle physische und psychische Energie in den Dienst des Kunden stellen.“* (Hummel/Malorny) [17] Davon sind wir in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen weit entfernt.

Selbst wenn Qualität in der Patientenversorgung annäherungsweise ermessen werden könnte, bleibt der Umstand, dass *„autoritäres Verhalten, verbunden mit negativen Anreizen, immer dazu verleiten wird, aufgetretene Probleme nicht auszuweisen.“* (Prof. Dr. Eichhorn) [18]

Gegen diesen Missbrauch von Qualität hat sich u. a. der Deutsche Ärztetag 2014 gewandt. *„Vom Wiegen wird die Sau nicht fett“* (Westfälisches Sprichwort), zeigt in Kürze den intellektuellen Irrtum des Gesetzgebers auf.

Entgegen der auf Landesebene per Gesetz vorgeschriebenen Rolle der Ärztekammern, eine hohe Qualifikation der Ärzteschaft zu gewährleisten und ärztliche Interessen zu vertreten, ist die verfasste Ärzteschaft auf der Ebene der politischen Mitbestimmung marginalisiert. Im Gemeinsamen Bundesausschuss hat die Bundesärztekammer weder Antrags- noch Stimmrecht.

## Fazit

Aufgrund der besonderen Rolle des Arztes in der Behandlung und Betreuung kranker Menschen und der hohen Erwartungshaltung der Patienten, hat die deutsche Ärzteschaft neben den klassischen Verfahren der Aus-, Fort- und Weiterbildung zahlreiche Institutionen, Projekte und Qualifizierungsmaßnahmen entwickelt und ins Leben gerufen. Diese sind international beispielhaft. Die Akzeptanz dieser, auf freiwilliger Basis angebotenen Maßnahmen ist außerordentlich hoch. Sie werden im klinischen und praktischen Alltag als hilfreich empfunden, kontinuierlich weiter entwickelt und ergänzt. Die Aneignung dieser Kompetenz in Querschnittsthemen gehört neben der fachgebietsorientierten Qualifikation und Qualitätsentwicklung inzwischen

zum Standard in der deutschen Ärzteschaft.

Ärzte werden mit ihren Problemen, die durch den medizinischen Fortschritt und die daraus resultierende zunehmende Komplexität der Medizin einerseits und durch politische und ökonomische Mängel im System andererseits entstehen, alleine gelassen oder ausgegrenzt. Die Umsetzung zahlreicher ärztlich initiiert Maßnahmen und Projekte zur Qualitätsförderung werden dadurch konterkariert. Die „hidden agenda“ des Gesetzgebers und der Krankenkassen, über sogenannte „Qualitätstransparenz“ Krankenhäuser schließen zu wollen und Mängel in der Krankenhausplanung auszubügeln, macht eine erfolgreiche Entwicklung einer „Qualitätskultur“ im deutschen Gesundheitswesen schwer. Die Grundlagen für diese sind seitens der deutschen Ärzteschaft vorhanden.

## Disclaimer:

Begriffe, wie „Arzt“, „Partner“, „Moderator“, „Kollegen“, „Preisträger“ und „Patient“ gelten für beide Geschlechter.

Im Andenken an Franz Stobrawa, 1940 – 2015, langjähriger Leiter des Dezernats 3 der Bundesärztekammer und u. a. Mitbegründer der GQM

## Literatur

[1] (Muster-)Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte, 2003 in der Fassung vom 28.06.2013, [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO\\_V6.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf), abgerufen am 01.04.2015

[2] Paragraph 1 der (Muster-) Fortbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte, in der Fassung vom 29.05.2013, [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/\\_Muster-\\_Fortbildungsordnung\\_29052013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/_Muster-_Fortbildungsordnung_29052013.pdf), abgerufen am 01.04.2015

[3] Vortrag von Dr. med. Max Kaplan auf dem 116. DÄT vom 28.4.-31.5.2013, [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/116TO\\_P03MWBOFolienKaplan.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/116TO_P03MWBOFolienKaplan.pdf), abgerufen am 01.04.2015

[4] KBV Qualitätsbericht 2014, [http://www.kbv.de/media/sp/KBV\\_Qualitaetsbericht\\_2014.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2014.pdf), abgerufen am 01.04.2015

[5] Datenbank ärztlicher Qualitätssicherungsinitiativen, [www.aeqsi.de](http://www.aeqsi.de), abgerufen am 01.04.2015

[6] Persönliche Mitteilung Dr. Hans-Jürgen Ahrens, ehemaliger Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes am 17. Juni 2008

[7] Homepage der AWMF, <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>, abgerufen am 01.04.2015

[8] Beschlussprotokoll vom Deutschen Ärztetag vom 27.-30.05.2014 in Düsseldorf, [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de), abgerufen am 01.04.2015

[9] Kassenärztliche Bundesvereinigung, [http://www.kbv.de/media/sp/Karte\\_QEP\\_Praxen\\_in\\_Deutschland.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Karte_QEP_Praxen_in_Deutschland.pdf), abgerufen am 01.04.2015

[10] Ärztestatistik der BÄK, 2013, [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de), abgerufen am 01.04.2015

[11] Bleuler, E. Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung, 1919

[12] Freidson, E. The Profession of Medicine, Chicago 1988

[13] Marburger Bund Zeitung Nr. 17 vom 03.12.1993

[14] Resolution der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin vom 22.03.2001 [http://www.aerztekammer-berlin.de/Jonitz-Gesundheitspolitik/Arztberuf/DV-Beschluss\\_DRGs\\_21\\_3\\_01.pdf](http://www.aerztekammer-berlin.de/Jonitz-Gesundheitspolitik/Arztberuf/DV-Beschluss_DRGs_21_3_01.pdf), abgerufen am 01.04.2015

[15] Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, 2013, <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>, abgerufen am 01.04.2015

[16] 103. Deutsche Ärztetag vom 9.-12. Mai 2000 in Köln, Beschlussprotokoll, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.2784.2786.2787>, abgerufen am 01.04.2015

[17] Hummel, T, Malorny, C, Total Quality Management, 1997, Carl Hanser Verlag München

[18] Prof. Dr. Eichhorn, DKI, Mitteilungen des BDC, 8/1992