

4.3.2 Gesundheits- und berufspolitische Vorgaben zum Qualitätsmanagement

Basis sind bundes- und landesrechtliche Regelungen. Die Anforderungen an persönliche Kenntnisse und Fähigkeiten von Angehörigen der Heilberufe werden in Deutschland durch die bundeseinheitlichen Approbationsordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Krankenpflegeberufe, die Heilberufsgesetze der Länder bzw. durch die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern geregelt. Nur wer die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt und dies in staatlichen oder staatlich anerkannten Prüfungen nachweist, darf den betreffenden Beruf ausüben bzw. im Rahmen der jeweiligen fachlichen Spezialisierung tätig werden.

Die Zuständigkeit für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung liegt verankert in den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder bei den Landesärztekammern. Im Rahmen der spezialisierenden Weiterbildung zum Facharzt hat sich jede Ärztin und jeder Arzt auch mit grundlegenden Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der medizinischen Versorgung auseinanderzusetzen. Es entspricht dem ärztlichen Selbstverständnis, durch angemessene Fortbildung die eigene fachliche Kompetenz durch berufsbegleitendes Lernen kontinuierlich zu sichern und zu erweitern. Dies gilt sowohl für fachspezifische als auch interdisziplinäre Kenntnisse.

Strukturierte Fortbildungen sollen das Qualitätsmanagement stärken. Seit Verankerung dieses Grundsatzes sind von der Bundesärztekammer verschiedene Curricula zur strukturierten Fortbildung im Bereich Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement entwickelt worden. Dabei handelt es sich im Einzelnen um folgende Themen: Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement (3. überarbeitete Auflage 2003); Strukturierte medizinische Versorgung (1. Auflage 2003); Psychosomatische Grundversorgung (2. überarbeitete Auflage 2001); Ärztliche Führung (1. Auflage 2006); Evidenzbasierte Medizin (2. Auflage 2005). Seit Einführung des Curriculums "Ärztliches Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung" haben über 2.500 Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Fortbildung bei den Landesärztekammern Kurse absolviert und, wo dies möglich ist, im Rahmen der Weiterbildungsordnung die Zusatzbezeichnung "Ärztliches Qualitätsmanagement" erworben.

Neben der Fortbildungsverpflichtung als zentraler, die Strukturqualität sichernder Maßnahme zählt explizit auch zu den ärztlichen Berufspflichten die Teilnahme des Arztes an speziellen, von der Landesärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit.

Zahlreiche medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften befassen sich - zum Teil seit den 1970er Jahren - mit der Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung. Dabei ist es die Aufgabe der jeweiligen Fachgesellschaften, für ihren Fachbereich zu definieren, mit welchen Ansätzen und Maßnahmen die Qualität der ärztlichen Berufsausübung effektiv gesichert und verbessert werden kann. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Zusammenschluss der über 150 Fachgesellschaften auf Bundesebene, hat frühzeitig Anstöße zur Entwicklung von fachlichen Leitlinien in den jeweiligen medizinischen Spezialgebieten gegeben. Heute werden von der AWMF mehr als 850 Leitlinien zur Anwendung im Rahmen der medizinischen Versorgung angeboten.

Das Sozialgesetzbuch verpflichtet niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen zur Qualitätssicherung. Die Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sind für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung im Fünften Teil des Sozialgesetzbuchs (SGB V) festgelegt. So müssen die Leistungserbringer Sorge tragen, dass ihre Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und fachlich einwandfrei erbracht werden. Zudem sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und stationäre Versorgungseinrichtungen verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und sich an übergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen (§ 135a SGB V).

Gesetzlich vorgeschrieben ist auch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung fördern und die Ergebnisse entsprechender Maßnahmen dokumentieren und jährlich veröffentlichen müssen. Im Einzelfall prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versorgungsqualität durch Stichproben. Seit 2004 obliegt es dem Gemeinsamen Bundesausschuss, in dem die Ärzteschaft, Krankenhäuser und Krankenversicherungen sowie Bürger und Patientenvertreterinnen und -vertreter mit einem Mitberatungs- und Antragsrecht vertreten sind, Kriterien zur Qualitätsbeurteilung der vertragsärztlichen Versorgung zu entwickeln sowie Art und Umfang der Stichprobenprüfungen festzulegen (§ 136 SGB V).

Zudem bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bevor sie in den vertragsärztlichen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden (§ 135 SGB V). Darüber hinaus definiert der Ausschuss die Anforderungen an die Qualitätssicherungsmaßnahmen und das interne Qualitätsmanagement von Versorgungseinrichtungen und legt Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität diagnostischer und therapeutischer Leistungen fest (§ 136a SGB V).

Rehabilitationsträger sowie zugelassene Pflegeeinrichtungen sind nach dem Sozialgesetzbuch Teil V (Gesetzliche Krankenversicherung), Teil IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) beziehungsweise Teil XI (Soziale Pflegeversicherung) ebenfalls zur Qualitätssicherung verpflichtet. Bei stationärer Pflege erstreckt sie sich nicht nur auf die allgemeinen Pflegeleistungen, sondern auch auf Unterkunft und Verpflegung. Die Pflegeeinrichtungen müssen zudem Stichprobenprüfungen durch Sachverständige ermöglichen. (Zur Qualitätssicherung in Rehabilitation und Pflege siehe auch Kapitel 4.3.3.)

Ärztinnen und Ärzte müssen Fortbildungen nachweisen. Durch das im Jahr 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) sind alle im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung tätigen Ärztinnen und Ärzte zur regelmäßigen Fortbildung verpflichtet und müssen diese auch nachweisen. Für den ambulanten Sektor wurden entsprechende Richtlinien bereits veröffentlicht. Sie schreiben insgesamt 250 Fortbildungseinheiten innerhalb von fünf Jahren vor. Die Anforderungen für Krankenhausärztinnen und -ärzte werden noch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erstellt.

Auf europäischer wie auf Bundesländerebene wird mehr Qualitätssicherung gefordert. Bei der 5. Konferenz der Gesundheitsminister der im Europarat vertretenen Länder 1996 in Warschau wurde unter dem Titel " Social Challenge to Health: Equity and Patients' Rights in the Context of Health Reforms " für eine Reihe von Maßnahmen plädiert, welche die Qualität im Gesundheitswesen steigern sollen. Unter anderem forderten die Gesundheitsminister: die Festsetzung von Qualitätsstandards, regelmäßige Qualitätsbeurteilungen durch Dritte (Health Audits) und Einführung eines effektiven Beschwerdemanagements; die Beschränkung der Versorgung auf effektive und effiziente Maßnahmen im Sinne einer auf wissenschaftlichen Nachweisen basierenden Medizin; eine neue Übereinkunft (New Deal) zwischen Patienten, Anbietern und Kostenträgern sowie eine explizite Festlegung der Patientenrechte mit dem Ziel, die Selbstbestimmung und Kompetenz der Patienten zu fördern (Empowerment); die demokratische Beteiligung von Patienten an der Gestaltung, Steuerung und Bewertung der Gesundheitsversorgung; die Einbeziehung der Patientenperspektive in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachberufe.

Verschiedene Beschlüsse auf der Ebene der deutschen Bundesländer wiesen in dieselbe Richtung. So wurden bei den Gesundheitsministerkonferenzen von 1996, 1997 und 1999 eine Vereinheitlichung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, einheitliche wissenschaftlich fundierte Leitlinien und Standards, eine systematische Evaluation und Versorgungsforschung, eine Gewährleistung grundlegender Patientenrechte und eine nationale Qualitätsstrategie gefordert.

In ihrer 1999 beschlossenen einheitlichen Strategie zum Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen legte die Gesundheitsministerkonferenz elf Ziele fest: die konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen; die Nutzung ärztlicher Leitlinien und Pflegestandards für die Qualitätsentwicklung; die sektorenübergreifende Gestaltung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements; die Stärkung des Qualitätsmanagements in den Einrichtungen des Gesundheitswesens; die Verbesserung der Datenlage zur Qualitätsbewertung; die Dokumentation der Qualität in Qualitätsberichten; die Weiterentwicklung der qualitätsorientierten Steuerung; die Schaffung weiterer Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung; die verstärkte Unterstützung und Moderation der Qualitätsentwicklung; die intensivere Koordination bei der Umsetzung der Qualitätsziele auf Bundes- und Länderebene; die Stärkung der Professionalität auf dem Gebiet von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Viele dieser Ziele sind inzwischen in Bundesgesetze eingegangen oder von den Vertragspartnern des Gesundheitswesens übernommen worden.

Der Deutsche Ärztetag, die jährliche Hauptversammlung der Bundesärztekammer, fasst Grundsatzbeschlüsse zu gesundheitspolitischen Fragen und somit auch zur Qualitätssicherung. Auf Grundlage dieser Beschlüsse wurden verschiedene Leitsätze formuliert. Danach muss die Qualitätssicherung als eine seit jeher der ärztlichen Berufsausübung immanente Aufgabe alle Bereiche der ärztlichen Versorgung umfassen. Sie soll ausschließlich einer verbesserten Patientenversorgung dienen und darf kein Selbstzweck sein. Sie setzt zuverlässige Daten, problemadäquate Methoden und eine enge Kooperation aller Beteiligten voraus. Und sie ist nicht Forschung, sondern muss als innovativer, fortdauernder und interdisziplinärer Prozess verstanden werden.