



Referat beim Symposium der Stiftung Praxissiegel am 6.7.2007, Berlin

Fokus Primärversorgung

Qualitätsmanagement als Baustein einer patientengerechten Versorgung – Anforderungen aus hausärztlicher Sicht

Sehr geehrte Frau Mohn, sehr geehrte Frau Ministerin, lieber Herr Fiedler,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir erleben ja gerade politisch besonders spannende Zeiten im Gesundheitswesen. Insbesondere die ärztliche Selbstverwaltung macht ja gerade wieder von sich reden, einer Bewertung möchte ich mich an dieser Stelle aber enthalten. Und obwohl mein Metier üblicherweise ja mehr die politische Auseinandersetzung ist, bedanke ich mich für die Gelegenheit und nutze sie gerne, Ihnen heute einige Gedanken aus der Sicht eines einfachen Hausarztes zum Qualitätsmanagement in Hausarztpraxen vorstellen zu dürfen.

Das Thema, das mir die Veranstalter dieses Kongresses gestellt haben, freut mich, da es doch impliziert, dass die Primärversorgung in Zukunft stark im Fokus der gesundheitlichen Versorgung stehen wird und an Bedeutung weiter gewinnen wird. Diese Entwicklung ist nicht aufzuhalten. Diese Interpretation des Referattitels wird gestützt durch die Erkenntnis, dass die demografische Entwicklung die Primärversorgung insgesamt und die hausärztliche Praxis im Besonderen in Zukunft noch stärker als bisher in den Mittelpunkt des Versorgungsgeschehens rücken wird. Bitte betrachten Sie diese einleitenden Worte nicht als Zeichen hausärztlicher Selbstüberschätzung, sondern als Beschreibung dessen, was auf die Hausärzte und die hausärztliche Versorgung in den nächsten Jahren zukommen wird.

Lassen Sie mich dabei aber auch gleich zu Beginn ein Problem ansprechen, das uns Sorge bereitet: Der Rückgang des hausärztlichen Nachwuchses in den niedergelassenen Praxen. Wir weisen schon lange darauf hin, dass ernsthafte und energische Schritte unternommen werden müssen, um den Hausarztberuf attraktiver zu machen. Wenn wir deshalb über Quali-

tät und Qualitätsmanagement sprechen, was zweifellos wichtig ist, so muss doch eine Prämisse über allem stehen: es darf kein Selbstzweck sein, es darf kein unnötiger bürokratischer Aufwand dabei betrieben werden müssen. Der unmittelbare Nutzen für die Patientenversorgung, für den Arzt und sein Praxispersonal muss erkennbar sein. Das ist die Leitlinie für die praktische Umsetzung von Qualitätsmanagement. Ansonsten ist die Akzeptanz in den Praxen eher beschränkt, sich mit diesem Thema nicht nur gezwungenermaßen zu beschäftigen.

Und deshalb möchte ich auch auf folgendes den Blick richten: Nicht alle Qualitäten eines guten Hausarztes, eines Grundversorgers, sind messbar und erfassbar. Hausärztliche Grundqualitäten wie der rasche Zugang zum Arzt bei allen Problemen, die ganzheitliche Sicht, die Fähigkeit, multimorbide Erkrankte zu versorgen, die Einbettung ärztlichen Handelns in die Sozialsphäre, die Kenntnis des Umfeldes der Patienten, die Fähigkeit zur Lebensbegleitung, um nur einige zu nennen, sind schwer messbare Parameter, nichts desto trotz machen sie die Qualität hausärztlichen Handelns ganz entscheidend mit aus. Dies muss uns immer bewusst sein, wenn wir von Qualitätsmanagement bei Hausärzten sprechen und sollte nicht in Frage gestellt werden. Es wird immer einen Bereich geben, der Hausärzte und ihre Praxen erfolgreich macht, der nicht mit Qualitätsmanagement-Kriterien erfasst und definiert werden kann. Das ist auch gut so.

Selbstverständlich sind viele Berufsgruppen im Gesundheitswesen und auch besonders viele Facharztkollegen von der demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft ebenfalls betroffen, doch letztlich werden mir die meisten zustimmen, dass die Versorgung älterer Patienten doch sehr stark in den hausärztlichen Praxen – selbstverständlich auch gemeinsam mit anderen Berufsgruppen – stattfindet. Ich kann nicht verhehlen, dass mich diese Aussicht durchaus auch beunruhigt, stellt sich doch die Frage, ob die Hausarztpraxis als wesentlicher Bestandteil der gesamten Primärversorgung für diese Anforderungen gut vorbereitet ist.

Deshalb hat das Thema Qualitätsmanagement in der hausärztlichen Praxis in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Dies ist natürlich auch der Tatsache geschuldet, dass mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zum 1. Januar 2004 ein obligatorisches internes Qualitätsmanagement von den niedergelassenen Ärzten gefordert wird. Diese Initiative des Bundesgesetzgebers kam nicht unvermittelt, sondern wurde vielmehr bereits Jahre vorher durch Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz von 1999 vorbereitet. Ganz offensichtlich hat sich bei Politikern in dieser Zeit die Erkenntnis verfestigt, dass Qualität auch in der medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzte gesichert werden müsse. Was war nun der Anlass für diese offensichtlichen Zweifel, dass ärztliche Versorgungsqualität ungeprüft und unorganisiert bleiben kann?

Von anderen Ländern wissen wir, dass es konkrete Fälle gab, an denen sich die Qualitätsdebatte entzündete und eine Eigendynamik in Richtung staatlich vorgegebene Qualitätsüberprüfung bei Ärzten genommen hat. So ist in Großbritannien insbesondere nach dem Bekanntwerden der Vorfälle um den Arzt Harold Shipman die Debatte um Qualitätssicherung und Re-Zertifizierung der Facharztqualifikation in Gang gekommen, die schließlich – wie in Deutschland – zu gesetzgeberischen Maßnahmen geführt hat. Nun ist es sicherlich jedem klar, dass weder restriktive Vorgaben hinsichtlich der Qualitätssicherung noch obligatorische Re-Zertifizierung einen solchen Fall verhindern können. Dies und die Tatsache, dass meines Wissens vor Einführung des obligatorischen Qualitätsmanagements für niedergelassene Ärzte in Deutschland keine Häufung von Behandlungsfehlern oder sonstige Anzeichen von Qualitätsdefiziten zu beobachten waren, lässt vermuten, dass die gesetzgeberischen Vorgaben nicht nur motiviert waren durch die Sorge der Politiker um die Qualität der Versorgung. Möglicherweise war der Grund eher auch ein diffuses Unbehagen von Verantwortungsträgern in Politik und Verwaltung darüber, dass es in unserem doch sehr durchreglementierten Staat professionelle Beziehungen wie die zwischen Arzt und Patient gibt, die einer unmittelbaren staatlichen Kontrolle entzogen sind.

Nun ist aber eine der wesentlichen Voraussetzungen für das Gelingen einer ärztlichen Behandlung unzweifelhaft ein ungestörtes Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem Arzt. Dieses Vertrauensverhältnis lässt sich weder durch administrative oder gesetzgeberische Vorgaben erzwingen, noch lässt es sich leicht erschüttern, auch wenn eine definierte Qualitätsnorm durch die Praxis vordergründig nicht erfüllt wird. Die Ergebnisse großer Umfragen zeigen, dass die Zufriedenheit der Patienten mit ihren Ärzten in einer Zeit lange bevor das Thema Qualitätsmanagement Bedeutung hatte, ausgesprochen hoch war. Es scheint also auch keine Anzeichen für einen unmittelbaren Zusammenhang zu geben zwischen Qualitätsmanagement und Patientenzufriedenheit. Dies mag aber auch damit zusammenhängen, dass es schon vor der Einführung eines obligatorischen internen Qualitätsmanagements umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen in hausärztlichen Praxen gab. Dazu gehörten neben ärztlicher Fortbildung und der Lektüre von Fachzeitschriften auch kollegialer – oft fallbezogener – Austausch, der auch über Fachgruppengrenzen hinwegging und häufig in Form von Qualitätszirkeln institutionalisiert war und ist. Es ist nun müßig heute darüber zu spekulieren, ob die von der Politik wahrgenommenen Qualitätsdefizite tatsächlich bestanden oder nur vorgeschoben waren, um eine Vereinheitlichung und Überprüfbarkeit von Arztpraxen durchzusetzen. Tatsache ist, dass sich der Gesetzgeber entschieden hat, ein internes Qualitätsmanagement für alle niedergelassenen Ärzte verbindlich zu machen. Dabei wurde die Ausformulierung der Details der gemeinsamen Selbstverwaltung überlassen, die zum 1. Januar 2006 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement für die vertragsärztliche Versorgung verabschiedet hat-

te. Erfreulicherweise hat sich der G-BA mit konkreten Vorgaben weitgehend zurückgehalten. Es werden Mindestvoraussetzungen für Qualitätsmanagementsysteme definiert, die den Vertragsärzten eine relativ große Wahlmöglichkeit erhalten.

Diese ist insbesondere für den hausärztlichen Bereich wichtig, da sich hausärztliche Praxen durch eine große Heterogenität auszeichnen und nicht jedes QM System für jede Praxis passt. Der Deutsche Hausärzterverband hat seinen Mitgliedern empfohlen, bei der Wahl eines Qualitätsmanagementsystems auf bestimmte Kriterien zu achten. So sollte insbesondere das hausärztliche Arbeitsfeld im Fokus stehen durch die ausdrückliche Berücksichtigung der in Hausarztpraxen üblichen langjährigen Hausarzt-Patientenbindung. Ebenfalls wünschenswert ist es, wenn die Schulung der Qualitätsmanagementsysteme von Hausärzten durchgeführt wird. Kurz gesagt: Qualitätsmanagement kann sinnvoll dabei helfen, die Hausarztpraxen auf die zukünftigen Anforderungen vorzubereiten, wenn die spezifische Versorgungsfunktion der Hausärzte dabei im Mittelpunkt steht. Ein Qualitätsmanagement für die primärärztliche und besonders hausärztliche Versorgung muss dabei insbesondere die Individualität der Patienten berücksichtigen. Die Vielschichtigkeit von Patientenproblemen, oft verbunden mit Multimorbidität, die nur bei Berücksichtigung des gesamten Lebensumfeldes versorgt werden können, verbietet ein schematisches Vorgehen des Hausarztes / der Hausärztin. Ein Qualitätsmanagement kann aber helfen, Defizite bei der Praxisorganisation zu identifizieren und bestenfalls abzustellen. Es kann ebenfalls dazu führen, dass die fachlichen und persönlichen Qualifikationen des gesamten Praxisteam sinnvoll genutzt werden, um ein bestmögliches Behandlungs- und Betreuungsniveau zu gewährleisten. Es sollte schließlich einen kontinuierlichen Selbstbewertungs- und Verbesserungsprozess erleichtern.

Ein sinnvolles Qualitätsmanagement für Hausarztpraxen muss ebenfalls die besondere Koordinationsfunktion von Hausärzten berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund kann ein typisches hausärztliches Qualitätsmanagement im Grunde nicht ausschließlich praxis-intern sein. Zukünftig wird es in der Primärversorgung notwendig sein, dem Hausarzt die Funktion des Patientenmanagers – in bewusster Abgrenzung zu dem mittlerweile etwas verschwundenen Begriff des "Case-Managers" - zuzuordnen. Schon heute koordinieren Hausärzte die für die Patienten notwendigen medizinischen Leistungen anderer Ärzte, von Pflegediensten und komplementären Heilberufen. Ein spezifischer Aspekt hausärztlicher Tätigkeit ist also die Zusammenführung, die Integrierung der Leistungen des Gesundheitssystems, um ein bestmögliches Ergebnis für die Patienten zu sichern. Diese Koordinations- und Integrationsfunktion des Hausarztes wird in der Zukunft an Bedeutung gewinnen. Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der Hausarztpraxis muss also innerhalb der Praxis helfen, Strukturen zu entwickeln, die Hausärzte in die Lage versetzen, Leistungen, die typischerweise außerhalb der Praxis von anderen Leistungserbringern erbracht werden, qualitätsgesichert zusammenzuführen.

Schon heute ist ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt des Hausarztes bei vielen – gerade älteren – Patienten die Versorgung im häuslichen Umfeld. Der Wunsch der Patienten, auch bei eingeschränkter Mobilität möglichst lange im häuslichen Umfeld zu verbleiben, stellt die Hausärzte vor die Herausforderung, die medizinische Versorgung bei ungünstigen Voraussetzungen und in nicht immer geeigneten Räumlichkeiten durchzuführen. Dies ist heute hausärztlicher Alltag; demonstriert aber meines Erachtens gut, wie sehr ein hausärztliches Qualitätsmanagement auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten wirken muss. Internes Qualitätsmanagement wird sich in Zukunft auch auf eine häusliche Betreuung erstrecken müssen, die noch keine ärztliche Intervention beinhaltet. Qualitätsmanagement in der Hausarztpraxis wird also auch zunehmend Hausbesuchstätigkeit der Mitglieder des Praxisteam einbeziehen müssen.

Ich komme damit zum Schluss:

Die von den Veranstaltern nahe gelegte These, dass internes Qualitätsmanagement ein Baustein für eine patientengerechte Versorgung sein kann, ist voll zu unterstützen. Eine patientengerechte Versorgung in der hausärztlichen Praxis wird auch in Zukunft nur auf der Grundlage eines funktionierenden Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient gewährleistet sein. Ein hausärztliches internes Qualitätsmanagement, das diesen Kern ärztlicher Tätigkeit in den Mittelpunkt stellt und Instrumente anbietet, Praxisabläufe und das Zusammenspiel der Praxisteammitglieder zu optimieren, trägt zur Qualitätssicherung in der primärärztlichen Versorgung zweifellos bei.

Patientengerechte Versorgung wird zunehmend aber auch in Zukunft die Zusammenarbeit mit anderen Berufen des Gesundheitswesens erfordern und die Versorgung im häuslichen Umfeld des Patienten. Ein internes Qualitätsmanagement darf also nicht nur innerhalb der Praxisräumlichkeiten wirken, sondern muss insbesondere die Kommunikation mit und Koordination der beteiligten Gesundheitsberufe sicherstellen. In diesem Zusammenhang ist es sicher sinnvoll, auf die Untersuchung von Prof. Dr. Hansis hinzuweisen, in der nachgewiesen wird, dass die Hauptursache für Behandlungsfehler im Krankenhaus mangelnde Koordination und Information ist. Internes Qualitätsmanagement in der Hausarztpraxis muss schließlich – um patientengerecht zu wirken – auch die Wohnung von nicht-mobilen Patienten als Behandlungsort in den Fokus nehmen, genauso wie den sinnvollen Einsatz von besonders qualifizierten Mitgliedern des Praxisteam bei einem Hausbesuch ohne ärztliche Anwesenheit.

Ich gehe davon aus, dass interne Qualitätsmanagementsysteme, die den Hausärzten helfen, die Praxisstruktur und das Praxisspektrum auf das schwieriger werdende Arbeitsumfeld auszurichten, aber auch um die eigene Arbeitszufriedenheit zu erhöhen, eine große Akzeptanz finden werden. Dann ist es letztlich auch von untergeordneter Bedeutung, aus welchen Gründen die Politik die Verpflichtung der niedergelassenen Ärzte zum internen Qualitätsma-

nagement gesetzlich eingeführt hat. Veranstaltungen wie diese helfen, in der ärztlichen Öffentlichkeit das Bewusstsein dafür zu verbreitern, dass die Versorgung unserer Patienten in den Praxen durch sinnvolle Qualitätsmanagementmaßnahmen – auch sinnvoll umgesetzt – für Ärzte und besonders Hausärzte hilfreiche Wirkungen entfalten können.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Rainer Kötzle, Bundesvorsitzender Deutscher Hausärzteverband