

Qualitätssicherung in der Inneren Medizin

Stellungnahme der Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften in der Inneren Medizin

Präambel

Die Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften der Inneren Medizin ist ein gemeinsames Gremium der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ihrer Schwerpunkte. Der Konferenz gehören die Mitglieder des Vorstandes der DGIM sowie die Präsidenten/Vorsitzenden der Schwerpunktgesellschaften oder von diesen benannte Vertreter an. Die Stellungnahmen der Konferenz sind mit den Schwerpunkten abgestimmt.

Die Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften der Inneren Medizin beschreibt in der folgenden Stellungnahme ihre Position zur Notwendigkeit und zur praktischen Durchführung einer Qualitätssicherung in der Inneren Medizin sowie zur Verantwortlichkeit der wissenschaftlichen Fachgesellschaften hierfür.

Strukturqualität und Prozessqualität

Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung beruhen auf Kriterien der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität. Für Entwicklung und Anwendung solcher Qualitätskriterien stehen die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Verantwortung. Eine Evaluation von Ergebnisqualität aufgrund von Letalitätsraten, Morbidität, Lebensdauer, krankheitsbezogene Lebensqualität ist dabei die anspruchsvollste Aufgabenstellung.

Strukturqualität kann durch Qualitätskriterien zur Einrichtung diagnostischer und therapeutischer Einheiten, zur Organisation kritischer Bereiche wie kardiopulmonale Reanimation, Behandlung von Infektionen, Umfang und Zuverlässigkeit der Dokumentation sowie Kriterien des Qualitätsnachweises des ärztlichen Wissensstandes gemessen werden.

Kriterien für die Charakterisierung der Strukturqualität spezieller diagnostischer-therapeutischer Einheiten sind Grö-

ße, apparative Ausstattung, Untersuchungs-Behandlungs-Frequenz, personelle Besetzung, Schweregrad- und Risikoprofil der untersuchten und behandelten Patienten. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind aufgerufen, hierfür exakte Vorgaben zu formulieren. Beispiele hierfür existieren in der Intensivmedizin, für das Herzkatheterlabor, für Dialyseeinheiten, für Endoskopieeinheiten.

Sie müssen von den Fachgesellschaften der Inneren Medizin abgestimmt und womöglich vereinheitlicht werden, und sie müssen für alle stationären und ambulanten Einheiten als verbindlich gelten. Insbesondere müssen Modelle für die Definition von Erkrankungsschwere und Risiko in den einzelnen Fachgesellschaften konsentiert, entwickelt oder weiterentwickelt werden.

Beispiele brauchbarer **Parameter für die Beurteilung der Prozessqualität** sind das Indikationsspektrum, die Komplikationsraten, die speziellen Qualitätsindikatoren. Qualitätsindikatoren wurden beispielsweise für die Intensivmedizin eingehend untersucht. Sie bilden sowohl Struktur- als auch Prozessqualität ab. Auch für andere Fachgebiete sollten verbindliche Qualitätsindikatoren konsentiert oder entwickelt werden.

Verbindliche Kriterien für eine Beurteilung von Struktur- und Prozessqualität müssen unter der Hoheit und Verantwortlichkeit der wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelt oder weiterentwickelt werden. Beurteilungskriterien sollten die Kategorien essentiell und optimal unterscheiden. Kriterien der Struktur- und Prozessqualität müssen für alle diagnostischen und therapeutischen Einheiten in der klinisch stationären sowie der ambulant vertragsärztlichen Versorgung in gleicher Weise gelten.

Ein Audit-Verfahren muss nach Auffassung der Mehrzahl der Fachgesellschaften als Endstufe angestrebt werden. Eine Form der Sanktionierung muss entwickelt werden. Hierfür müssen primär die Fachge-



sellschaften zuständig sein, wobei Kompatibilität mit geltendem Kammerrecht und Versorgungsrecht gewahrt sein muss.

Qualität der ärztlichen Fortbildung

Eine Qualitätskontrolle des ärztlichen Wissensstandes ist nach Überzeugung der Konferenz unabdingbar, auch wenn wir die damit verbundenen Schwierigkeiten nicht verkennen. Ein praktikables Verfahren für die Qualitätssicherung des ärztlichen Wissensstandes nach Staatsexamen und Weiterbildungsprüfung ist die zertifizierte Fortbildung. Die Ärztekammern haben hierfür ein Modell der freiwilligen zertifizierten Fortbildung entwickelt.

Nach der festen Überzeugung der Konferenz muss eine zertifizierte Fortbildung für die Gesamtzeit ärztlicher Tätigkeit und möglichst umfassend für alle in der Inneren Medizin stationär oder ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte verbindlich sein.

Die Konferenz tritt für eine regelmäßige Rezertifizierung auf der Grundlage des Nachweises der Teilnahme an zertifizierter Fortbildung ein. In gleicher Weise müssen Sanktionen bei Nichterfüllung der Fortbildungspflicht möglich sein. Ein Audit-Verfahren zur Qualitätskontrolle des Wissensstandes muss als Endziel angestrebt werden.

Die verbindliche Fortbildungspflicht darf nicht unter staatliche Kontrolle gelangen. Entwicklungen der zertifizierten Fortbildung, Qualitätskontrolle und Sanktionierung dürfen nicht in die Hände der Gesundheitspolitiker oder der staatlichen Instanzen gegeben werden. Die Verantwortung hierfür muss vielmehr in der Hand der wis-

senschaftlichen Fachgesellschaften liegen. Diese arbeiten eng mit den Ärztekammern zusammen. Nur dadurch wird es möglich sein, alle Ärztinnen und Ärzte eines Fachgebietes zu erreichen.

Die Vorgaben für Definition, Beurteilung und Kontrolle von Zertifizierungskriterien sind genuine Aufgabe der wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Sie sollten hierfür Initiativen entwickeln oder ausbauen. Sie haben die Kompetenz und müssen letztlich für die Qualität der zertifizierten Fortbildung verantwortlich zeichnen.

Einzelne wissenschaftliche Schwerpunktgesellschaften haben zu diesem Zwecke eigene Fortbildungsakademien entwickelt, andere befinden sich auf dem Weg dorthin.

Nach der bisherigen Erfahrung scheinen Fortbildungsakademien der Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern der richtige Weg zu sein.

Qualitätskontrolle der Weiterbildung

Einen besonderen Aspekt der Qualität ärztlichen Wissens stellt die Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung der Weiterbildung dar. Wir begrüßen die Initiative des Deutschen Ärztetages, der im Abschnitt A (Paragraphenteil) der Novelle der (Muster)-Weiterbildungsordnung in § 8 einen ersten Ansatz für eine Qualitätskontrolle der Durchführung der Weiterbildung formuliert hat: "(1) Der in Weiterbildung befindliche Arzt hat die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte zu dokumentieren. (2) Der zur Weiterbildung befugte Arzt führt mit seinem in Weiterbildung befindlichen Kollegen nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnittes, mindestens jedoch einmal jährlich, ein Gespräch, in welchem

der Stand der Weiterbildung von beiden beurteilt wird. Bestehende Defizite werden aufgezeigt. Der Inhalt dieses Gespräches ist zu dokumentieren und dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beizufügen".

Wir sind darüber hinaus der Überzeugung, dass die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Verantwortung stehen, an der Sicherung der Strukturqualität der Weiterbildungsstätten und der Prozessqualität der Weiterbildung mitzuwirken. Für das von den Ärztekammern durchgeführte Verfahren der Zulassung als Weiterbildungsstätte und der Befugnis zur Weiterbildung sollten die wissenschaftlichen Fachgesellschaften qualitätsorientierte Rahmenbedingungen festlegen. Die Überprüfung der Qualität der Weiterbildner und der Weiterbildungsstätten durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften muss das Ziel sein.

Ein Audit-Verfahren zur Qualität der Weiterbildungsstätte ebenso wie der Weiterbildungsbefugten mit Möglichkeiten der Sanktionierung stellt auch hier das Endziel dar. Die Konferenz hält es für angebracht, auch für die Zulassung als Weiterbildungsstätte und die Befugnis zur Weiterbildung eine regelmäßige Rezertifizierung verpflichtend einzuführen, wobei die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Weiterbildung und die erzielten Weiterbildungsergebnisse validiert werden. Auch das wird letztlich nur über die Möglichkeit eines Audit erfolgreich sein.

Als ersten Beitrag zur Verbesserung der Qualität des Weiterbildungswissens empfiehlt die Konferenz die Einführung oder den Ausbau von Intensiv-Kursen zu den Inhalten der Weiterbildung durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Solche Kurse existieren bereits für einzelne Schwerpunkte sowie für die allgemeine Innere Medizin. Eine Abschlusskontrolle des Wissensstandes am Ende der Kurse sollte vorgeschrieben sein.

Schlussbemerkung

Die Konferenz appelliert, ihre Forderungen nach Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle insbesondere in der ärztlichen Fortbildung und Weiterbildung nicht als "Verschulung" oder "Bevormundung" misszuverstehen oder zu diskreditieren. Die For-

derungen folgen aus unserer akademischen Verantwortung gegenüber der Wissenschaft und unserer ärztlichen Verantwortung gegenüber den Patienten.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Angiologie
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Gesellschaft für Nephrologie
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

Anmerkung

Was bringt das Gesundheitsreformgesetz? Deutsches Ärzteblatt Jg. 100, Heft 39, 26. September 2003, S. B 2068:

"Zu den wesentlichen Neuerungen zählt die Verpflichtung der Vertragsärzte zur fachlichen Fortbildung (SGB V-E § 95d):

- Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausbildung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.
- Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und frei von wirtschaftlichen Interessen sein.
- Der Fortbildungsnachweis kann durch Fortbildungszertifikate der Ärztekammern erbracht werden.
- Alle fünf Jahre muss der Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) den Nachweis erbringen, dass er seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, erfolgt zunächst eine Honorarkürzung; fehlt der Nachweis auch noch zwei Jahre nach Ablauf der Fünfjahresfrist, soll die KV gegenüber dem Zulassungsausschuss unverzüglich einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen.
- Die Pflicht zur fachlichen Fortbildung gilt auch für angestellte Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums oder eines Vertragsarztes."