

## Antrag TOP 2 -- Antrag 2: Sachgerechte Qualitätssicherung

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Antragsteller/in:</b> | Dr. Anke Pielsticker (Nr. 59), Barbara Lubisch (Nr. 55), Michael Ruh (Nr. 60), Bernhard Moors (Nr. 58), Dr. Frank Bergmann (Nr. 31), Dr. Gabriele Friedrich-Meyer (Nr. 34), Gebhard Hentschel (Nr. 56), Ulrike Böker (Nr. 57), Caroline Roos (Nr. 20), Dr. Andreas Bartels (Nr. 37), Dr. Wolfgang Krombholz (Nr. 6), Dr. Tilman Kaethner (Nr. 30), Dr. Bernhard Rochell (Nr. 17), Peter Kurt Josenhans (Nr. 18), Dr. Jens Uwe Wasserberg (Nr. 33), Dr. Richard Häusler (Nr. 11), Dr. Carsten König (Nr. 32), Dr. Pedro Schmelz (Nr. 7), Dr. Holger Grüning (Nr. 45) |
| <b>Status:</b>           | Beratung  |

### Antragstext:

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV beauftragt den Vorstand der KBV, sich bei der Politik,
- 2 insbesondere im Rahmen der Verhandlungen zu den Koalitionsvereinbarungen, für eine
- 3 sachgerechte Gestaltung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung einzusetzen.
- 4 Insbesondere sollen folgende Punkte beachtet werden:
- 5 • Qualitätssicherung muss der tatsächlichen Verbesserung der Versorgung dienen.
- 6 Qualitätssicherungsverfahren sollten grundsätzlich befristet sein.
- 7 • Qualität entsteht vor allem durch intrinsische Motivation und darf nicht alleine
- 8 auf Kontrolle und Sanktionen aufbauen.
- 9 • Qualitätssicherung darf nicht zu ausufernder Bürokratie und unnötigen
- 10 Datensammlungen führen. Ressourcen der Patientenversorgung dürfen nicht unnötig
- 11 gebunden werden. Das Gebot der Datensparsamkeit (§137 a SGB V) und der Zweckbindung
- 12 (DSGVO) ist unbedingt zu achten. In diesem Zusammenhang sind Stichprobenerhebungen
- 13 und sparsame Indikatoren Sets zu fordern.
- 14 • Jede Qualitätssicherung muss sich daran messen lassen, inwieweit die
- 15 Behandlungssicherheit für die Patientinnen und Patienten wie auch für die im
- 16 ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich Tätigen erhöht wird.
- 17 • Nur wissenschaftlich überprüfte QS-Verfahren dürfen zum Einsatz kommen und müssen
- 18 regelmäßig evaluiert und angepasst werden.
- 19 • Ein einrichtungsübergreifendes Benchmarking vertragsärztlicher und
- 20 vertragspsychotherapeutischer Praxen muss abgelehnt werden. Ein solches
- 21 Benchmarking führt zu einer unerwünschten Selektion der Patientinnen und Patienten.
- 22 Die Behandlung schwer und chronisch erkrankter Menschen wird eher erschwert als
- 23 gefördert.
- 24 Jede Indikationsstellung ist patientenspezifisch, Behandlungsverläufe sind
- 25 individuell und werden durch eine quantitative Erfassung und statistische Bewertung
- 26 nicht adäquat wiedergegeben.
- 27 • Qualitätssicherung ist Teil der ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeit und
- 28 muss entsprechend vergütet werden.

## **Begründung**

Die Vertreterversammlung spricht sich entschieden gegen Qualitätssicherungsmaßnahmen aus, die mit hohem bürokratischem Aufwand ärztliche und psychotherapeutische Ressourcen der Patientenversorgung belasten.

Datensparsamkeit und Zweckbindung jeder Datenerhebung sowie wissenschaftliche Überprüfbarkeit und Erprobungsklauseln sind unabdingbare Voraussetzungen jedweder Qualitätssicherung.

Jede Qualitätssicherung bemisst sich an ihrem Nutzen für die Versorgung.