



DIE KassenÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es 17 regionale Kassenärztliche Vereinigungen. In jedem Bundesland existiert eine Vereinigung, nur in Nordrhein-Westfalen sind es zwei. Jeder ambulant für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) tätige Haus- und Facharzt sowie Psychotherapeut ist pflichtgemäß ordentliches Mitglied in der für seinen Arztsitz zuständigen regionalen Kassenärztlichen Vereinigung. Mit ihren heute etwa 140.000 Mitgliedern sorgen die Kassenärztlichen Vereinigungen für die flächendeckende ambulante Behandlung der gesetzlich krankenversicherten Patienten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die die Interessen der Mediziner auf Bundesebene vertritt. So arbeitet sie zum Beispiel auch im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern, an der Weiterentwicklung des Leistungskataloges der GKV mit. Die KBV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

DIE AUFGABEN

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV stellen bundesweit die vertragsärztliche Versorgung für alle gesetzlich versicherten Patienten in Deutschland sicher. Sie berücksichtigen dabei den

allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und gewährleisten den Versicherten eine zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung. Gemäß § 77 des Fünften Sozialgesetzbuches wahren die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV die Rechte und wirtschaftlichen Interessen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen und der Politik. Die KBV vertritt die Belange ihrer Mitglieder bei Gesetzgebungsverfahren, sie führt das Bundesarztregister, informiert die Öffentlichkeit über ihre gesundheitspolitischen Positionen und schließt Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen ab.

DIE ZIELE

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung engagiert sich für den Erhalt des solidarischen Gesundheitssystems in Deutschland. Das heißt, auch zukünftig soll die hohe Qualität der ambulanten Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung für alle Versicherten erhalten bleiben und weiterentwickelt werden. Der Zugang soll flächendeckend, frei wählbar, ungehindert und ohne unangemessene Wartezeiten möglich sein. Dabei den ambulanten Leistungsumfang auf Basis der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse kontinuierlich für alle gesetzlich krankenversicherten Patienten zu erhalten, auszubauen und zu verbessern – das ist das Bekenntnis der KBV.

SERVICE

Den kompletten Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung können Sie im Internet als pdf-Datei unter dieser Adresse herunterladen: www.kbv.de.

Wünschen Sie weitere Informationen, wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Ansprechpartner in der KBV:

Pressesprecher:
Dr. Roland Stahl
Telefon: (030) 40 05-22 02
E-Mail: rstahl@kbv.de

Pressereferentin:
Tanja Riepelmeier
Telefon: (030) 40 05-22 40
E-Mail: triepelmeier@kbv.de

Pressereferent:
Roland Ilzhöfer
Telefon: (030) 40 05-22 30
E-Mail: rilzhoefer@kbv.de

IMPRESSUM

Herausgeber:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Dr. Roland Stahl (v.i.S.d.P.)

Redaktion:
Katja Runge, Berlin

Gestaltung:
www.malzwei.de

Fotos:
Matthias Krüger

Druck:
Druckerei Lochmann Berlin

© Kassenärztliche Bundesvereinigung
Oktober 2005



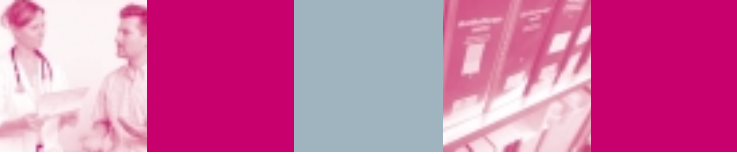
www.kbv.de

QUALITÄTSBERICHT 2004



GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND

ETWA 72 MILLIONEN GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN KÖNNEN IN DEUTSCHLAND RUND UM DIE UHR EINEN HAUS- UND FACHARZT ODER PSYCHOTHERAPEUTEN IHRER WAHL AUFSUCHEN, EGAL OB AUF RÜGEN ODER IN GARMISCH-PARTENKIRCHEN. ALLE PATIENTEN HABEN EIN ANRECHT AUF EINE BESTMÖGLICHE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG UND MEDIKAMENTÖSE VERSORGUNG. DASS DIES SO IST UND AUCH IN ZUKUNFT SO BLEIBT, DAFÜR SORGEN DIE KassenÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN.



QUALITÄT IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Grundsätzlich bestehen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen die gleichen gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorschriften wie für alle anderen Ärzte auch. Dazu gehören neben kontinuierlichen fachlichen Weiterbildungen die aktuellen Anforderungen des Berufsrechts, der Röntgengerichtsdienstverordnung, des Medizinproduktegesetzes und des Infektionsschutzgesetzes. Darüber hinaus gelten heute bereits für circa ein Drittel aller Leistungen in der ambulanten Versorgung zusätzliche Qualitätsanforderungen. Nur dann, wenn die Ärzte die geforderte Qualität ihrer Leistungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen nachweisen, dürfen sie diese auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen. Dies betrifft ausdrücklich nur Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigungen sind und gesetzlich Krankenversicherter behandeln.

DER UMFANG DER LEISTUNGEN

Der Leistungskatalog umfasst neben der medizinischen Behandlung von akut und chronisch kranken Patienten auch zunehmend präventive Maßnahmen. Für viele Krankheiten gilt: Früherkennung kann Lebensqualität erhalten und Überleben sichern. Zumindest jedoch sollte die Krankheit so früh wie möglich diagnostiziert werden können, um sie wirksam und erfolgreich zu behandeln. Das Leistungsverzeichnis der ambulanten Versorgung für gesetzlich krankenversicherte Menschen in Deutschland kann sich mit anderen Gesundheitssystemen messen lassen; es gehört mit zu den umfangreichsten in der Europäischen Union.

FREIE ARZTWAHL

Egal welcher gesetzlichen Krankenkasse die Patienten angehören, sie können in Deutschland selbst entscheiden, welchen Haus- und Facharzt sowie Psychotherapeuten sie besuchen wollen. Frei und unbegrenzt ist der Zugang zur ambulanten Behandlung zeitnah möglich.

DI E HERAUSFORDERUNGEN

Die hohe Zunahme von Qualitätsanforderungen in der vertragsärztlichen Versorgung führt seit einigen Jahren zu einer stärkeren Spezialisierung der Ärzte auf bestimmte Behandlungsangebote. Im Gegensatz zu früheren Zeiten bieten heute nicht mehr alle Ärzte das komplette Angebot ihres Fachgebietes an. Davon betroffen sind vor allem unwürdige, fachärztliche Methoden. Zwischen beiden Extremen – höchste Anforderungen und nur an wenigen Orten erhältlich sowie gar keine Anforderungen und überall erhältlich – soll ein guter Mittelweg gefunden werden. Die KBV überprüft dafür kontinuierlich das vertragsärztliche Leistungsangebot. Erschwerend kommt allerdings der demographische Wandel in Deutschland bei gleichzeitig wachsendem Ärztemangel in strukturschwachen Regionen hinzu. Nicht zuletzt sorgen die verschärften Ressourcendiskussionen der gesetzlichen Krankenkassen für zusätzliche strittige Punkte. Die ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen für alle gesetzlich Krankenversicherten flächendeckend sicherzustellen – dieser Anspruch der KBV erfährt heute eine ganz neue Bedeutung.

DI E QUALITÄTSOFFENSIVE DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

Die Qualität in der ambulanten Versorgung für die Bürger in Deutschland zu sichern, zu fördern und kontinuierlich zu verbessern, steht bei allen Überlegungen der KBV im Mittelpunkt. Daher hat die Organisation bereits im Jahr 2001 eine bundesweite Qualitätsinitiative mit den inhaltlichen Schwerpunkten Patientensicherheit, Qualitätsmanagement in der Arztpraxis und Qualitätsberichterstattung gestartet. Zu Letzterem gehört der seit 2003 einmal jährlich erstellte Qualitätsbericht der KBV. In ihm wird die qualitätssichernde und -fördernde Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen systematisch dargestellt, und er fasst die Aktivitäten der KBV auf Bundesebene zusammen.

DER QUALITÄTSBERICHT DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

Mit dem Qualitätsbericht 2004 werden zum zweiten Mal die aktuellen und zukünftig geplanten Qualitätsmaßnahmen in der ambulanten Versorgung für die gesetzlich versicherten Bürger veröffentlicht. Für alle Interessierten ist der Qualitätsbericht auf den Internetseiten der KBV einsehbar. Die Patienten können sich überzeugen: Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die ambulanten Leistungen sicher und das auf einem qualitativ hochwertigen Niveau.

Im Folgenden werden die bereits initiierten qualitätssichernden Maßnahmen der KBV kurz beschrieben.

REGELUNGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Gesetzliche Grundlagen

Im Fünften Sozialgesetzbuch sind die Grundlagen für die Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt. Es heißt, dass die ärztlichen Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden müssen. Weiterhin haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Pflicht, Qualitätsmaßnahmen zu fördern. Sie sind außerdem verpflichtet, die Ziele und Ergebnisse der Qualitätssicherung schriftlich zu dokumentieren und sie einmal jährlich zu veröffentlichen.

Die Zuständigkeiten

In der Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung existieren verschiedene Zuständigkeiten. So bestehen neben den staatlichen Gesetzen, den Leitlinien der zuständigen Ärztekammer, den Richtlinien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen auch die Richtlinien der KBV und der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Vertragsarzt muss in seiner Arbeit alle genannten Vorgaben und Richtlinien beachten.

Transparenz und Wiederholung

Die ambulante Versorgung für alle gesetzlich krankenversicherten Patienten in Deutschland sicherzustellen und sie zeitnah und flächendeckend umzusetzen – das sind die Aufgaben der Qualitäts-

sicherung. Zentral ist dabei die Frage, ob die ergriffenen Maßnahmen und gewählten Instrumente die ambulante Behandlung der Patienten tatsächlich verbessern. Die Qualitätssicherung ärztlicher Behandlungs- und Diagnosemethoden setzt an verschiedenen Punkten an, unter anderem bei der Qualifikation der behandelnden Ärzte. Hierfür werden detaillierte Regelungen angeordnet, die verbürgen, dass nur entsprechend qualifizierte Ärzte die Behandlung anbieten. Nur wer in einem besonderen Genehmigungsverfahren seine fachliche Qualifikation nachweist, darf die korrespondierende Leistung erbringen und abrechnen. Zusätzlich sind neben dem Nachweis der fachlichen Qualifikation für genehmigungspflichtige Behandlungen weitere Voraussetzungen zu erfüllen: apparativ-technische, personelle, hygienische, räumliche und praxisorganisatorische. Diese besonderen Maßnahmen sind nur gültig im Bereich der ambulanten Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten. Unabhängig von der gewählten Krankenkasse und dem Ort wird damit ein gleichmäßig hohes Niveau der medizinischen Behandlung gewährleistet.

Bundesweite Versorgungsstruktur

Erstmals erscheinen in dem Qualitätsbericht 2004 der KBV konkrete Zahlen über die bundesweite Versorgungsstruktur von genehmigungspflichtigen Leistungen. Hierzu gehören:

- ▶ Ambulantes Operieren
- ▶ Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- ▶ Arthroskopie
- ▶ Blutreinigungsverfahren
- ▶ Chirotherapie
- ▶ Herzschrittmacher-Kontrolle
- ▶ Invasive Kardiologie
- ▶ Kernspintomographie
- ▶ Koloskopie
- ▶ Laboratoriumsuntersuchungen
- ▶ Langzeit-EKG-Untersuchungen
- ▶ Onkologie-Vorbereitung
- ▶ Onkologische Emissionen
- ▶ Photodynamische Therapie
- ▶ Psychotherapie
- ▶ Schlafapnoe (Diagnostik und Therapie)
- ▶ Schmerztherapie
- ▶ Sozialpsychiatrie
- ▶ Soziotherapie



- ▶ Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- ▶ Strahlendiagnostik/-therapie
- ▶ Allgemeine Radiographie
- ▶ Mammographie
- ▶ Computertomographie
- ▶ Osteodensitometrie
- ▶ Strahlentherapie
- ▶ Nuklearmedizin
- ▶ Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- ▶ Ultraschalldiagnostik
- ▶ Zytologie

An drei Beispielen wird die flächendeckende Bereitstellung dieser Leistungen in Relation zur Bevölkerungszahl aufgezeigt. Gezählt wird dabei die Anzahl der Ärzte mit den ausgewählten Genehmigungen pro 100.000 Einwohner.

| ULTRASCHALLDIAGNOSTIK |
|---|
| Nach Angaben aus insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen* lautet das Ergebnis: Im Mittelwert sichern 88 Ärzte pro 100.000 Einwohner die Ultraschalldiagnostik für Patienten ab. Im Minimum stellen weniger als 50, im Maximum mehr als 100 Ärzte die Leistung bundesweit in einer einheitlichen Qualität zur Verfügung. |
| AMBULANTES OPERIEREN |
| Im Mittelwert halten 39 Ärzte pro 100.000 Einwohner ambulante Operationen für die Patienten bereit. In vier Kassenärztlichen Vereinigungen bieten 20-30 Ärzte, in zwei mehr als 50 die Behandlung pro 100.000 Einwohner an. Die Angaben beziehen sich auf 20 Kassenärztliche Vereinigungen*. |
| MAMMOGRAPHIE |
| Der Mittelwert bezieht sich auf Angaben aus 21 Kassenärztlichen Vereinigungen* und beträgt 3,2 Ärzte pro 100.000 Einwohner. Minimal versorgen weniger als 2,5 Ärzte, maximal mehr als 3,5 Ärzte die in Relation gesetzte Bevölkerungszahl. |
| <small>(*Die Zahlen beziehen sich auf den Stand vom 31.12.2004 mit 23 Kassenärztlichen Vereinigungen. Seit 01.01.2005 existieren 17 Kassenärztliche Vereinigungen)</small> |

Der vollständige Qualitätsbericht der KBV zeigt: Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung liegt in den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit auf einem ähnlich hohen Niveau.

Damit garantiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach wie vor allen gesetzlich versicherten Bürgern unabhängig vom Einkommen, von der Krankenkasse und vom Ort eine gleichwertige, hochwertige ambulante Versorgung. Auch in Zukunft werden die Kassenärztlichen Vereinigungen dafür Sorge tragen, dass dieses Grundprinzip des solidarischen Gesundheitssystems in Deutschland weiter bestehen bleibt.

QUALITÄTSMANAGEMENT: QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN

Alle niedergelassenen Fach- und Hausärzte sowie Psychotherapeuten sind gesetzlich zum Qualitätsmanagement in ihren Praxen verpflichtet. Hierfür hat die KBV ein eigenes Qualitätsmanagement-System QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen – entwickelt. Abgestimmt auf die besonderen Bedürfnisse der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bietet die KBV damit einem praxisnahen und messbaren Service für ein eigenes Qualitätsmanagement an.

Das Qualitätsmanagement-System QEP ist modular aufgebaut. Das Fundament von QEP ist der Qualitätsziel-Katalog, der mögliche Verbesserungsfelder in den teilnehmenden Praxen zu identifizieren hilft. In einem Manual erhalten die Ärzte, Psychotherapeuten und deren Mitarbeiter unterstützendes Material, um die geplanten Verbesserungen umzusetzen. Zu den Themen im Qualitätsziel-Katalog gehören unter anderem regelmäßige Fortbildungen, die Ausstattung, die Terminvergabe oder der hygienische Standard der Praxis. Weiterhin wird beurteilt, ob die Patienten ausführlich über ihre Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. In einem nächsten Schritt ist eine Zertifizierung durch einen neutralen Gutachter möglich.

QUALITÄTSZIRKEL

Die bisher erfolgreichste qualitätssichernde Maßnahme ist die Arbeit der Qualitätszirkel. Von den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert, unterstützt und gefördert treffen sich Ärzte und Psychotherapeuten regelmäßig freiwillig zum modernisierten Erfahrungsaustausch. Weitergehend beeinflusst von der aktuellen Gesundheitspolitik und der Industrie geben die fachübergreifend besetzten Diskussionsgruppen viel Raum für eine

kollegiale Wissensvermittlung. Die Qualitätszirkel der vergangenen Jahre zeigten, wie sehr der ärztliche Bundesvereinigung seit 2005 das anonyme Fehlermeldesystem CIRSMedical an. Alle Vertragsärzte können anonym ihre (Beinahe-)Fehler elektronisch melden und auf eventuelle Fehlervermeidungen hinweisen. Mit CIRSMedical hat die KBV ein fachübergreifendes Intranetportal für die Meldung von (Beinahe-)Fehlern geschaffen. Der Grundgedanke ist, dass man nicht nur aus eigenen Fehlern lernen kann, sondern auch von denen der Kollegen. Wichtig ist: Es geht um die Sache, nicht um Schuldzuweisungen. Die eingehenden Meldungen werden auf einem Schweizer Server hinterlegt. Nach ihrem Eingang überprüfen Fachleute sie auf ihre Seriosität. Nur wenn die Berichte detailliert genug sind, werden sie in einem offenen Forum zur Diskussion gestellt. Die Chancen, dass Ärzte dieses neue (Beinahe-)Fehlermeldesystem reichlich nutzen, beurteilt die KBV positiv. Wenn sich systematische Fehlerquellen ergeben sollten, wird die KBV Verbesserungen veranlassen.

FORTBILDUNGSPFLICHT DER ÄRZTE

Alle Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegen den fachlichen Anforderungen ihrer jeweiligen Berufskammern. Regelmäßige Fortbildungen der Mediziner bilden die Basis für eine qualitativ hochwertige Berufsausübung. Gefordert wird, dass in unterschiedlichen Kategorien an Fortbildungen teilgenommen wird. Hierzu gehören sowohl Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne, als auch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln sowie interaktive Fortbildungen und Workshops. Von jedem Arzt und Psychotherapeuten wird erwartet, dass er jährlich 50 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten absolviert. Hochgerechnet auf die 140.000 Kassenärzte und Psychotherapeuten summiert sich das jedes Jahr auf 5.250.000 Stunden. Eine Zahl, die in Zeiten ständiger Wissenserneuerung und Wissensvermehrung helfen soll, die aktuellen Kenntnisse in der täglichen Behandlung und Therapie anzuwenden. Bei versäumten oder unzureichenden Fortbildungen droht den Medizinern Honorarkürzung und im schlimmsten Fall der Entzug der Zulassung.

CIRS – CRITICAL INCIDENT REPORTING SYSTEM

Die Patientenversorgung verändert sich mit dem medizinischen Fortschritt. Und so wie neue Diagnosen und Therapien einen zusätzlichen Nutzen für die Patienten versprechen, beinhalten die komplexeren Abläufe in den Praxen auch potentielle Fehlerquellen. Fehler können bei Versagen der Sicherungsmaßnahmen auftreten. Häufiger geschieht es allerdings, dass ein Fehler gerade noch einmal verhindert werden kann und keine Schäden für den Patienten entstehen. Damit sich

