KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung

07

QUALITÄTSBERICHT 2007

SPEZIALISTEN ANTWORTEN

AB SEITE 4 INTERVIEWS MIT PD DR. RUPERT PFANDZELTER: AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG / DR. THOMAS NEUMANN: ULTRASCHALL / DR. WERNER KLEOPHAS: DIALYSE / PROF. DR. JOACHIM SZECSENYI: PAY-FOR-PERFOMANCE
AB SEITE 49 DR. KARIN RYBAK: HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

QUALITÄTSSICHERUNG: STICHPROBEN

AB SEITE 40 ERGEBNISSE DER PRÜFUNGEN

INITIATIVEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

AB SEITE 76 VON BADEN-WÜRTTEMBERG BIS WESTFALEN-LIPPE

GRUSSWORT

DIE SICHERUNG UND PERMANENTE WEITERENTWICKLUNG DER QUALITÄT IST EINE ZENTRALE AUFGABE DES SYSTEMS, FÜR DAS WIR STEHEN.

Qualität ist ein weiter Begriff. Ob ein Kleiderstoff eine gute Qualität hat, kann man fühlen, bei Obst und Gemüse schmeckt man es. Weniger leicht erkennbar – zumindest auf den ersten Blick – ist die Qualität in einer Arztpraxis. Doch vor allem dort kommt es entscheidend auf sie an. Denn Qualität garantiert Sicherheit für den Patienten und eine Behandlung auf dem aktuellen Stand der Medizin. Wir, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen, sorgen für die Sicherung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität. Außerdem wollen wir die qualitativ hochwertige Arbeit, die die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen leisten, sichtbar machen. Denn Transparenz hilft dem Patienten und auch dem Arzt und Psychotherapeuten. Das ist eine Aufgabe, die das Engagement aller Beteiligten erfordert. So nehmen die Ärzte beispielsweise an Qualitätszirkeln teil, die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Qualität in den vertragsärztlichen Praxen anhand der jeweils gültigen Vereinbarungen und Richtlinien. Die KBV wiederum entwickelt und verhandelt über Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Doch auch die Meinung der Patienten hat in der Qualitätssicherung eine hohe Bedeutung. Denn auf die Frage, was Qualität bedeutet, antwortet nicht jeder gleich. Um herauszufinden, was den Patienten wichtig ist, gab die KBV im Jahr 2008 eine Versichertenbefragung in Auftrag (www.kbv.de/themen/12763.html). Diese zeigte, dass die Versicherten großes Vertrauen in die Kompetenz ihres Arztes und dessen Fachwissen haben. 93 Prozent der Arztbesucher schätzen dieses als „gut“ bis „sehr gut“ ein. Ein erfreuliches Ergebnis, das nicht zuletzt unserer bewährten vertragsärztlichen Qualitätssicherung zuzuschreiben ist.

Auch eine Telefonbefragung von Ärzten und Psychotherapeuten hat gezeigt, wie wichtig die Qualitätssicherung ist. Bemerkenswert war dabei, dass diejenigen Arztgruppen die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV auf diesem Gebiet am positivsten bewerten, die besonders davon betroffen sind. Grund genug für uns, in unserem fünften Qualitätsbericht auch erstmals die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen nach den Qualitätssicherungs-Richtlinien zu § 136 Absatz 2 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) zu veröffentlichen. Die Richtlinien für die Bereiche Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie sind bundesweit verbindlich. Einzelne Kassenärztliche Vereinigungen haben darüber hinaus zusätzliche Richtlinien regional vereinbart. Im Jahr 2007 wurden allein auf Grundlage dieser Richtlinien 5.700 Ärzte geprüft. Das sind alles Ärzte, die in ihre Praxen investiert haben. Denn Qualität gibt es nicht umsonst. Deshalb erwarten wir von der Politik geeignete Rahmenbedingungen für existenzfähige Praxen. Die Aufgabe der KBV ist es, hierüber mit der Politik im Dialog zu bleiben. Nur so kann die Qualität in Praxen gesichert werden. Auch wenn Patienten sie nicht fühlen oder sehen können, so können sie die Qualität doch erfahren – durch unser Engagement und durch das Engagement der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Denn die Sicherung und permanente Weiterentwicklung der Qualität ist eine zentrale Aufgabe des Systems, für das wir stehen.

Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstands der KBV

Dr. Carl-Heinz Müller
Vorstand der KBV

INHALT

1 THEMEN DER QUALITÄTSENTWICKLUNG SEITE 4 – 19
INTERVIEWS 6
PD Dr. Rupert Pfandzelter: Ambulante Qualitätssicherung 6
Dr. Thomas Neumann: Ultraschall 8
Dr. Werner Kleophas: Dialyse 10
Prof. Dr. Joachim Szecsenyi: Pay-for-Performance 12
DAS VERTRAGSÄRZTLICHE REFERENDUM 14

2 QUALITÄTSMANAGEMENT UND VERSORGUNGSKONZEPTE SEITE 20 – 35
QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG 22
QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® 22
Patientenbefragung 23
Zertifizierungen 24
QUALITÄTSZIRKEL 25
Fortbildung 25
Handbuch Qualitätszirkel 25
Nationales Tutorentreffen 26
Bilanz der Qualitätszirkelarbeit 2007 26
DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME 27
Implementierung der DMP 27
Rückmeldesystem der KBV 28
DMP Diabetes mellitus Typ 2 29
DMP Diabetes mellitus Typ 1 29
DMP Koronare Herzerkrankung 30
DMP Brustkrebs 30
DMP Asthma bronchiale/chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) 31
AQUIK – AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN 32
Prozess zur Identifikation valider Indikatoren 32
Gegenüberstellung bereits angewandter Indikatoren zu Indikatoren des AQUIK-Registers 32
Übersicht der im Rahmen der DMP ausgewerteten klinischen Qualitätsindikatoren 34

2 QUALITÄTSSICHERUNG SEITE 36 – 75
AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG 38
Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V 40
BUNDESWEIT GELTENDE REGELUNGEN 44
Akupunktur 44
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren 44
Ambulante Operationen 45
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 45
Arthroskopie 46
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 46
Blutreinigungsverfahren/Dialyse 47
► Umsetzung der neuen Qualitätssicherungs-Richtlinie 47
Herzschrittmacher-Kontrolle 48
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 49
► EXKURS: Veränderungen durch die neue Vereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle 49
Interventionelle Radiologie 51
Invasive Kardiologie 51
Koloskopie 52
► Ergebnisse der Hygieneprüfungen 2003–2007, Widerrufe von Genehmigungen 53
Laboratoriumsuntersuchungen 54
► Ergebnisse der Kolloquien zur Eingangsprüfung 54
Langzeit-EKG-Untersuchungen 55
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 55
Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie) 56
► Magnetresonanz-Tomographie der Mamma 56
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 57

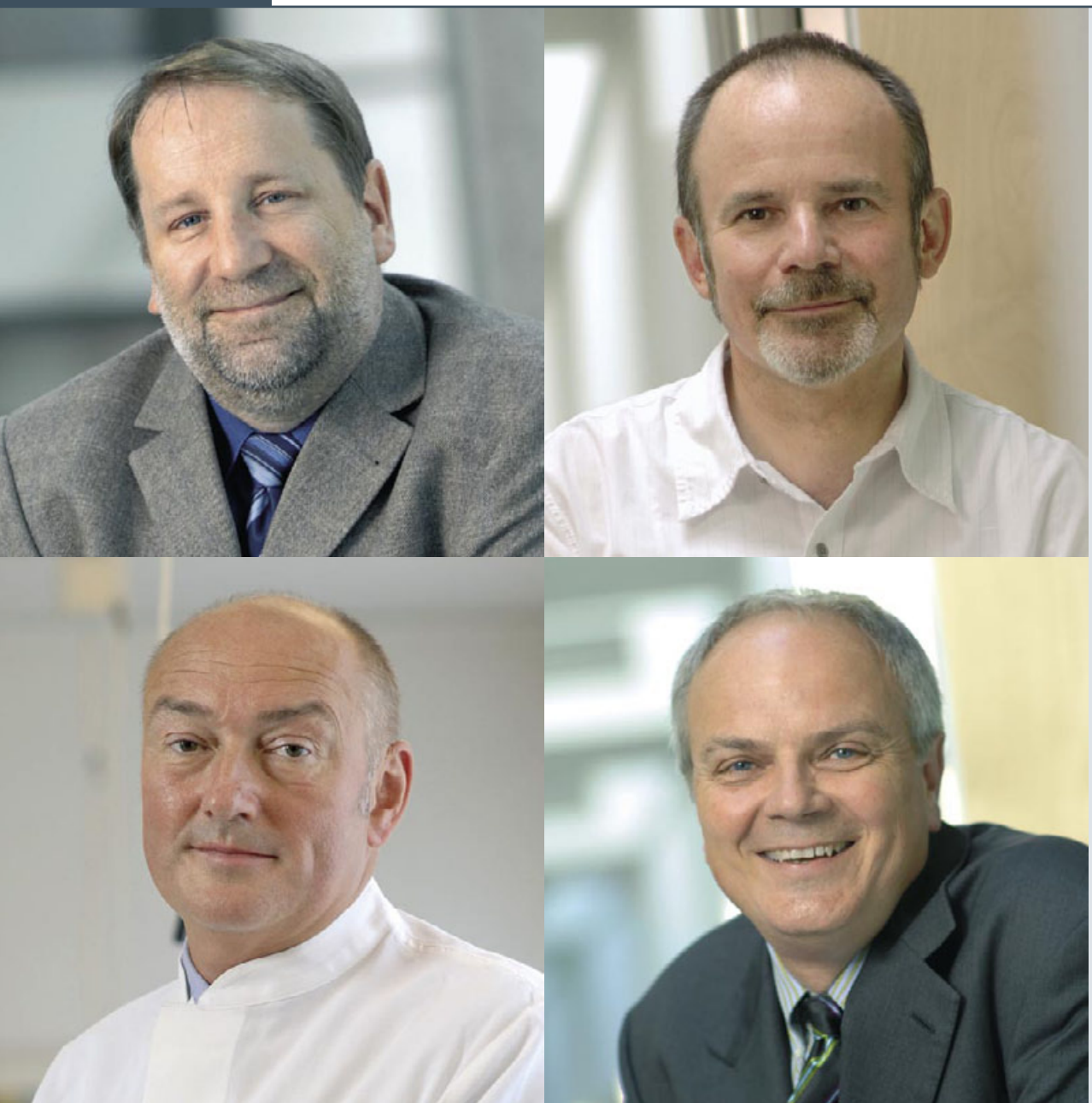
Magnetresonanz-Angiographie 57
Mammographie (kurativ) 58
► Vergleich der Ergebnisse zur Selbstüberprüfung 2006/2007 58
Onkologie 60
Otoakustische Emissionen 60
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund 61
► Dokumentationsprüfungen 61
Phototherapeutische Keratektomie 62
Positronen-Emissions-Tomographie 63
Psychotherapie 64
► Gutachterstatistiken im Zeitverlauf 2005–2007 64
Schlafbezogene Atmungsstörungen 65
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 65
Schmerztherapie 66
Sozialpsychiatrie 66
Soziotherapie 67
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen 67
Strahlendiagnostik/-therapie 68
► Allgemeine Röntgendiagnostik, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin 68
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 69
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger 70
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte 70
Ultraschalldiagnostik 71
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 71
► EXKURS: Neufassung der Ultraschall-Vereinbarung 72
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri 75
Genehmigungen auf Grundlage des EBM 75

4 INITIATIVEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN SEITE 76 – 95
Baden-Württemberg 78
Bayern 79
Berlin 80
Brandenburg 81
Bremen 82
Hamburg 83
Hessen 84
Mecklenburg-Vorpommern 85
Niedersachsen 86
Nordrhein 87
Rheinland-Pfalz 88
Saarland 89
Sachsen 90
Sachsen-Anhalt 91
Schleswig-Holstein 92
Thüringen 93
Westfalen-Lippe 94
Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen 95

5 SERVICE SEITE 96 – 104
FORMALE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG 98
ARZTSTRUKTUR 102
QUELLEN 103
ABKÜRZUNGEN 103
INDEX 104

1

THEMEN DER QUALITÄTSENTWICKLUNG



INTERVIEWS AB SEITE 6
VERTRAGSÄRZTLICHES REFERENDUM AB SEITE 14

QUALITÄTSENTWICKLUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG – ZU DIESEM BREIT GEFÄCHERTEN AUFGABENSPEKTRUM DER KBV UND DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN WERDEN IHNEN IN DEN FOLGENDEN INTERVIEWS VERSCHIEDENE POSITIONEN UND ASPEKTE VORGESTELLT. AUS DER PERSPEKTIVE DER VERWALTUNG KOMMT EIN DEZERNENT DER KBV ZU WORT, AUS DER VERSORGUNG ZWEI NIEDERGELASSENE VERTRAGSÄRZTE UND AUS DER WISSENSCHAFT EIN UNIVERSITÄTSPROFESSOR.

WIE DIE NIEDERGELASSENEN ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN DIE QUALITÄTSSICHERUNGSARBEIT IHRER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN BEURTEILEN, DAS ZEIGEN DIE ERGEBNISSE DES VERTRAGSÄRZTLICHEN REFERENDUMS, EINER BUNDESWEITEN TELEFONISCHEN BEFRAGUNG UNTER DEN MITGLIEDERN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN.

AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG
PD DR. RUPERT PFANDZELTER

LEITER DES DEZERNATS 2 – AMBULANTE QUALITÄTSFÖRDERUNG UND -DARSTELLUNG

Herr Dr. Pfandzelter, in Ihrem Leben vor der KBV waren Sie Hochschuldozent an der Humboldt-Universität Berlin und haben Vorlesungen zur Relativitätstheorie gehalten. Ist in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch alles relativ?

In gewissem Sinne schon. Augenzwinkernd könnte man sagen, das Raum-Zeit-Kontinuum macht auch vor der GKV nicht halt. Beispiele gibt es genug, etwa die Gesetzgebungen der vergangenen Jahre und die dadurch wechselnden Rahmenbedingungen für die Ärzteschaft.

Seit diesem Sommer sind Sie als Dezernent für die ambulante Qualitätsförderung zuständig. Ist das ein Routinejob?

Aus persönlicher Sicht keinesfalls. Aus Sicht des Systems aus Kassenärztlichen Vereinigungen und KBV schon eher. Schon seit Jahren hat die KBV zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen – von der Öffentlichkeit viel zu wenig wahrgenommen – ein Qualitätssicherungsnetz entwickelt, das seinesgleichen sucht. Die Vereinbarungen und Richtlinien zur Qualitätsförderung betreffen die unterschiedlichsten Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung. Das sind Themen wie die photodynamische Therapie am Augenhintergrund, die bundesweit nur 360 Ärzte betrifft, bis hin zur Ultraschalldiagnostik, für die 70.000 Ärzte eine Genehmigung besitzen. In den Kassenärztlichen Vereinigungen arbeiten über 400 vollzeitbeschäftigte Mitarbeiter in der Qualitätssicherung. Über 1.000 besonders erfahrene Ärzte unterstützen sie sachverständig als Mitglieder der Qualitätssicherungskommissionen.

Nun könnte man denken, dass in Ihrem Dezernat nur technisch fassbare Methoden bearbeitet werden. Medizin wirkt aber auch durch die persönliche Zuwendung des Arztes. Kann man diese auch qualitätssichern?

Nein, natürlich nicht. Das persönliche Engagement und die Zuwendung des Arztes sind durch nichts zu ersetzen. Aber wir können die Strukturen beschreiben, die für den Patienten eine verlässliche Versorgung sicherstellen. Nehmen wir als Beispiel die Schmerztherapie. Selbstverständlich kann und wird ein Arzt Schmerzen behandeln. Wenn diese aber chronisch werden, bedarf es einer intensivierten Betreuung. Alle Ärzte, die eine Genehmigung nach der Schmerztherapievereinbarung besitzen, haben ihre spezielle Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen. Darauf können Patienten vertrauen.

Auch Qualität ist relativ, denn jeder interpretiert den Begriff anders. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Vertragspartner, mit denen sie die Vereinbarungen und Richtlinien verhandeln und auch tragen müssen. Gibt es da unterschiedliche Ausgangslagen?

In der Tat sind alle Vereinbarungen und Richtlinien Kompromisse der unterschiedlichen Verhandlungspositionen. Selbstverständlich fließen Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin ein. Oft gibt es aber einen Ermessensspielraum, in dem man sich fragen muss, ob zusätzliche Qualitätssicherungsvorgaben einen Effekt für die Versorgung haben. Vor allem müssen wir auf den bürokratischen Aufwand der Regelungen achten. Es ist nicht sinnvoll, eine weitere Dokumentation oder Prüfung zu fordern, wenn der Aufwand für die Ärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf die zu erwartende Qualitätsverbesserung unklar ist. Wir müssen die Auswirkungen von Vereinbarungen und Richtlinien ständig hinterfragen. Bei einem hohen Zielerreichungsgrad, bei dem nur noch wenig Spielraum für weitere Verbesserungen bleibt, kann es durchaus sinnvoll sein, eine Qualitätssicherungsmaßnahme auszusetzen oder wieder abzuschaffen.

Die Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien des ambulanten Bereichs regeln in erster Linie Fragen der Strukturqualität. Ist nicht die Qualität der Behandlungsergebnisse viel interessanter?

Strukturqualität ist mess- und überprüfbar. Sie schafft einheitliche Voraussetzungen und Sicherheit. Der Patient kann sich darauf verlassen, dass sein niedergelassener Arzt über die nötige Erfahrung verfügt, sich regelmäßig fortbildet und Geräte einsetzt, die die vorgeschriebene Leistungsfähigkeit haben. Darüber hinaus adressieren wir zunehmend Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität. Ein Beispiel sind die Prüfungen der Hygienequalität, die bei koloskopierenden Ärzten halbjährlich durchgeführt werden. Diese Maßnahme wurde 2002 eingeführt und hat über die Jahre zu einem deutlich geringeren Anteil an Beanstandungen geführt. Oder – um ein weiteres Beispiel zu nennen – das Mammographie-Screening. Hier werden regelmäßig aussagekräftige Kennzahlen abgefragt, wie etwa der Anteil der in einer Praxis entdeckten Karzinome. Oder denken Sie an die Stichprobenprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen: Allein 2007 wurden bei 5.700 zufällig ausgewählten Ärzten die Behandlungsdokumentationen überprüft.

Kolloquien, Dokumentationsprüfungen, Praxisbegehungen – die Liste der Qualitätssicherungsmaßnahmen, die in den Arbeitsalltag der Ärzte eingreifen, ist lang. Welche Meinung haben denn die Ärzte hierzu?

Genau das wollten wir auch in Erfahrung bringen und haben als KBV ein Referendum in Auftrag gegeben. Das überraschende Ergebnis: Je mehr ein Fachgebiet von Qualitätssicherungsmaßnahmen betroffen ist, umso positiver werden diese beurteilt. Qualitätssicherung assoziieren viele – bei oberflächlicher Betrachtung – mit Gängelung und zusätzlicher Bürokratie. Das ist nachvollziehbar, denn die meisten Ärzte liefern bereits hervorragende Qualität. Doch es geht darum, dieses Niveau vor dem Hintergrund neuer Entwicklungen und Herausforderungen auch künftig zu sichern.

ULTRASCHALL
DR. THOMAS NEUMANN
FACHARZT FÜR RADIOLOGIE

„WAS IN DER ULTRASCHALL-VEREINBARUNG IN ZUKUNFT GEFORDERT WIRD, IST IM HINBLICK AUF DEN BÜROKRATISCHEN AUFWAND MINIMAL IM VERHÄLTNIS ZU ANDEREN ANFORDERUNGEN, ETWA DENEN DER DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME.“

Herr Dr. Neumann, Sie arbeiten als niedergelassener Radiologe in einer Gemeinschaftspraxis in Leipzig. Was verbindet Sie mit dem Thema Qualitätssicherung?

Eine ganze Menge. Die Radiologie hat schon sehr früh mit Qualitätssicherung zu tun gehabt, vor allem in Sachen Strahlenschutz. Wir waren, glaube ich, als Radiologen die ersten, bei denen jährlich die Qualität der Röntgenuntersuchungen überprüft wurde. Weitere Qualitätsanforderungen gibt es auf dem Gebiet der Kernspintomographie, aber auch für einzelne Röntgenleistungen gibt es Qualitätssicherungsmaßnahmen, etwa für Kontrastmitteluntersuchungen.

Wie ist die Qualität der Ultraschalluntersuchungen in Deutschland?

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind recht vielfältig. Derzeit können Sie als Arzt nur dann Ultraschalluntersuchungen erbringen, wenn Sie ein für die jeweiligen Ultraschalluntersuchungen geeignetes Gerät besitzen und Erfahrungen in der Ultraschalldiagnostik durch Tätigkeitszeiten, Untersuchungszahlen und gegebenenfalls durch den Besuch von Ultraschallkursen nachgewiesen haben. Das alles prüft die Kassenärztliche Vereinigung. Weiterhin gibt es Kurse und Hospitationen bei ausgebildeten und erprobten Hospitationsleitern. Diese Fortbildungen werden auch gefördert. Trotzdem ist es so, dass die Qualität der Ultraschalluntersuchung auch von der Übung des Arztes abhängig ist. Wer viele Ultraschalluntersuchungen macht, wie zum Beispiel ein spezialisierter Gynäkologe, hat ein großes Erfahrungsspektrum. Andere Fachdisziplinen nutzen den Ultraschall vielleicht nur zwei bis drei Mal in der Woche und haben dadurch weniger Übung. Hinzu kommt, dass auch die Geräte eine unterschiedliche Qualität haben und die Bildqualität mit zunehmendem Alter der Geräte schlechter werden kann. Einige Kassenärztliche Vereinigungen führen deshalb mittlerweile Stichprobenprüfungen bei den Ärzten durch, in denen vor allem die Bildqualität beurteilt wird.

Ist die Ultraschalluntersuchung ein Verfahren, das nur von Spezialisten angeboten werden sollte oder als Standardmethode für alle Ärzte geeignet?

Im Bereich des Ultraschalls gibt es verschiedene Verfahren. Manche bedürfen wirklich einer Spezialisierung, weil sie kompliziert sind. Dazu gehören Spezialuntersuchungen im Bereich der Herzdiagnostik oder auch der Angiologie. Es gibt aber auch eine Reihe von Routineuntersuchungen, die in jeder allgemeinmedizinischen Praxis durchführbar sind, insbesondere im gastroenterologischen Bereich, in der Hals- oder in der Lymphknotendiagnostik. Das Spektrum ist auch in diesen Bereichen sehr weit gefächert.

Zurzeit wird die Qualitätssicherungs-Vereinbarung zum Ultraschall wieder überarbeitet. Ein Grund ist der technische Fortschritt auf diesem Gebiet. Welche Entwicklung hat da stattgefunden?

Die Entwicklung hat auf verschiedenen Ebenen stattgefunden. Einmal auf dem Gebiet der Leistungsfähigkeit der Geräteelektronik. Durch Computersysteme ist inzwischen eine wesentlich bessere Bildbearbeitung möglich. Außerdem haben die Schallköpfe mehr Kristalle und dadurch eine bessere Auflösung bekommen. Die Anzahl der Graustufen oder die Tiefe der Bilddarstellung sind wesentlich größer geworden. Vor Jahren war das Ultraschallbild eigentlich nur ein reines Schwarz-Weiß-Bild. Jetzt ist eine Vielzahl von Graustufen möglich. Dadurch verbessert sich die Diagnostik in vielen Bereichen deutlich.

Wenn die Geräte immer komplexer werden, müssten doch auch die entsprechenden Anforderungen an den Arzt, damit umzugehen, angepasst werden?

In der heutigen Facharztweiterbildung passiert das. Aber eine Reihe von Kollegen wurde schon vor Jahren ausgebildet. Damals waren die Voraussetzungen noch andere. Trotzdem ist ja das Prinzip der Ultraschalluntersuchung gleich geblieben, die älteren Kollegen müssen sich deshalb lediglich das gerätespezifische Wissen über die neuen Technologien aneignen. In der Neuauflage der Ultraschall-Vereinbarung sind sogenannte Konstanzprüfungen vorgesehen, bei denen der Arzt in regelmäßigen Abständen Ultraschallbilder der Kassenärztlichen Vereinigung vorlegen muss, die von qualifizierten Kollegen beurteilt werden. Hier können schleichende Verschlechterungen der Bildqualität genauso erkannt werden, wie etwaige Fehlbedienungen der Ultraschallgeräte. Durch entsprechende Beratungen der Ärzte soll hier Abhilfe geleistet werden.

Einerseits klagen Ärzte über zu viel Bürokratie und auch die KBV will diese abbauen. Mit der neuen Vereinbarung erhöhen sich jedoch die Dokumentationspflichten der Ärzte und auch die Prüfpflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ist das nicht ein Widerspruch?

Wünschenswert ist ein weiterer Bürokratieabbau auf jeden Fall. Es gibt leider die Tendenz, alles in immer mehr Richtlinien zu pressen, nicht nur in Deutschland. Auf der anderen Seite finde ich, dass wir als Ärzte verpflichtet sind, Fortbildungen zu absolvieren und uns Qualitätsprüfungen zu stellen und damit Qualität zu sichern. Was in Zukunft gefordert wird, ist im Hinblick auf den bürokratischen Aufwand minimal im Verhältnis zu anderen Anforderungen, etwa bei den Disease-Management-Programmen. Der Gewinn ist in jedem Fall höher als die zusätzliche Belastung.

DIALYSE
DR. WERNER KLEOPHAS

FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN, VORSTANDSVORSITZENDER DES VERBANDS DEUTSCHER NIERENZENTREN

Herr Dr. Kleophas, bundesweit erhalten über 60.000 Patienten eine regelmäßige Dialyse. Wie lässt sich erklären, dass die Zahl niereninsuffizienter Patienten in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen ist?

Das liegt zum einen an der Altersentwicklung in Deutschland mit immer mehr älteren Menschen. Niereninsuffizienz kommt oft im höheren Lebensalter vor. Der zweite Grund ist das häufige Auftreten von Diabetes. Als Spätkomplikation dieser Erkrankung kommt es oft zu einem Nierenversagen. Alle weiteren Grunderkrankungen, die früher ebenfalls bedeutsam waren – wie die Nierenrindenentzündung oder interstitielle Nierenerkrankungen – sind hingegen rückläufig in Deutschland. Das gilt jedoch nicht für vaskuläre Nierenerkrankungen, also diejenigen, die mit Gefäßkrankheiten zu tun haben. Hier spielen vor allem Gefäßverkalkungen eine große Rolle. Auch das ist ein Problem des Alters.

Schon seit den 90er-Jahren regelt eine Qualitätssicherungs-Vereinbarung für Blutreinigungsverfahren die fachlichen, organisatorischen und apparativen Anforderungen. Seit 2006 gibt es die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse. War diese neue Richtlinie nötig?

Mit der früheren Qualitätssicherungs-Vereinbarung ließen sich vor allem die Struktur- und in Teilen auch die Prozessqualität definieren. Dazu gehören die apparativen Mindestanforderungen, aber auch die Qualifikation der behandelnden Person und die Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Die neue Qualitätssicherungs-Richtlinie ermöglicht zusätzlich eine Überprüfung der Ergebnisqualität. Sie ist quasi das i-Tüpfelchen. Damit haben wir nun ein geschlossenes System der Qualitätssicherung bei Dialysebehandlungen. Deutschland ist nach meinem Kenntnisstand das einzige Land, das dieses Ziel mit solcher Konsequenz umgesetzt hat.

Die Richtlinie sieht vor, dass alle Dialyseeinrichtungen in Deutschland ihre Daten an eine zentrale Stelle liefern. Diese wertet die Informationen aus und gibt den Ärzten Rückmeldung zu den erreichten Ergebnissen. Wie funktioniert das genau?

Das ist ein sehr aufwendiges Verfahren. Zu jeder Dialysebehandlung und zu jedem Patienten müssen jeweils zum Quartalsende bestimmte Daten zusammen mit der normalen Abrechnung an die Kassenärztlichen Vereinigungen geliefert werden. Diese überprüft zunächst, ob die Anzahl der Datensätze komplett ist. Durch die Verknüpfung der Qualitätsprüfung mit der Abrechnung ist sichergestellt, dass jeder Arzt Daten liefert und somit alle Behandlungen erfasst werden. Des Weiteren kümmern sich die Kassenärztlichen Vereinigungen um die korrekte Verarbeitung der Daten. Sie organisieren den gesamten Ablauf und stellen sicher, dass die Daten dorthin gelangen, wo sie hingelangen sollen und entsprechend ausgewertet werden können.

Wie werden die Kassenärztlichen Vereinigungen tätig, wenn in ihrer Region auffällige Ergebnisse festgestellt wurden?

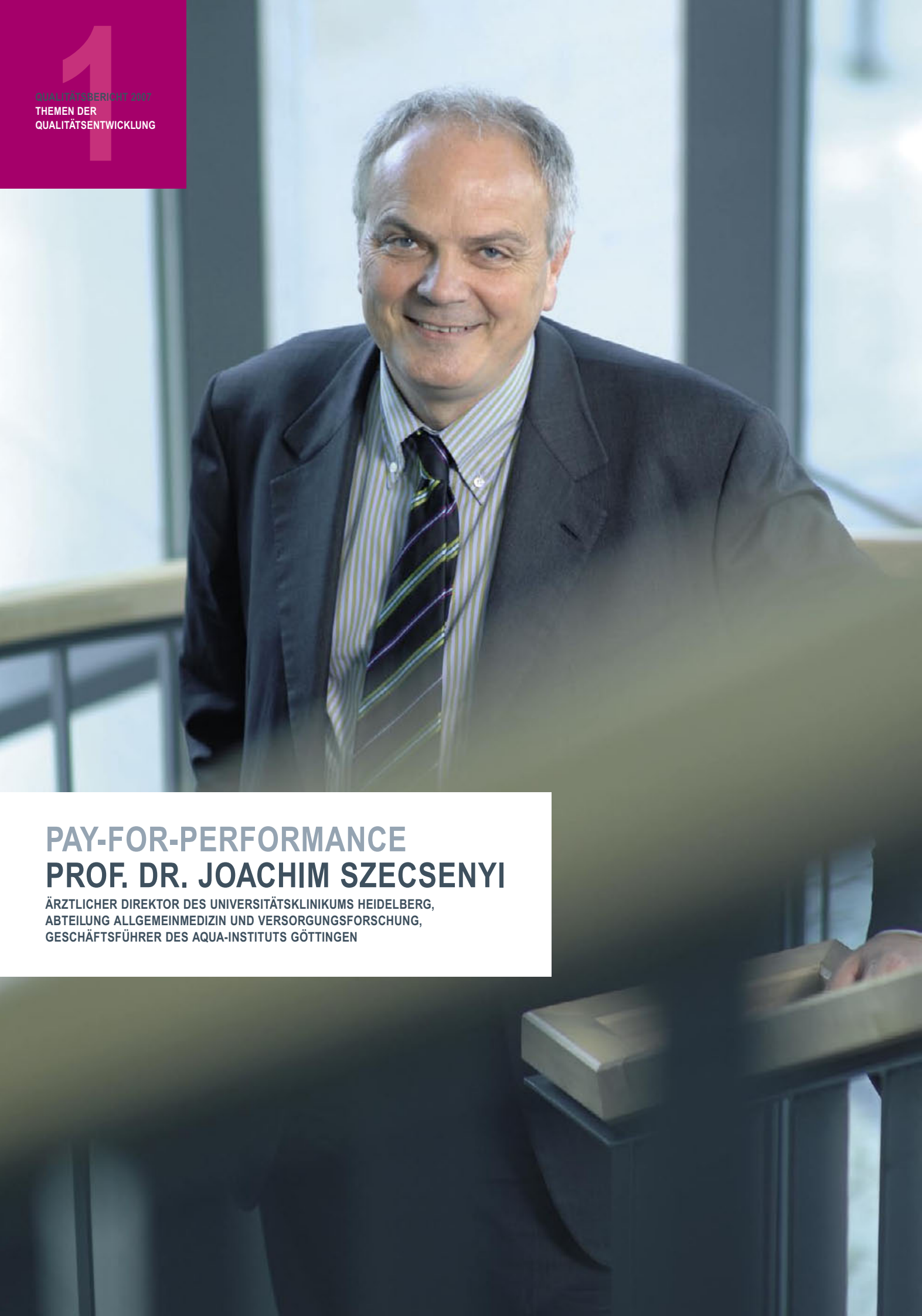
Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Dialysekommissionen, in denen Experten die auffälligen Ergebnisse diskutieren. Sollten mehr als zwei Parameter über zwei Quartale hinweg auffällig sein, dann muss der behandelnde Arzt vor der Dialysekommission dazu Stellung nehmen. Dort wird die Frage geklärt, ob tatsächlich ein Qualitätsproblem in der Praxis vorliegt, ob es sich um zufällige Auffälligkeiten handelt oder ob sie besonderen medizinischen Umständen geschuldet sind. Gegebenenfalls bietet die Kassenärztliche Vereinigung den betroffenen Ärzten eine Beratung an. Wenn die nicht hilft, gibt es letztendlich auch die Möglichkeit, Sanktionen einzuleiten bis hin zum Entzug der Behandlungserlaubnis. Die Auffälligkeitsprüfung und die Stichprobenprüfung geben auch Aufschluss darüber, welches Qualitätsniveau insgesamt in einer Region vorhanden ist.

Bedeutet das Rückmeldeverfahren einen höheren Dokumentationsaufwand für die Ärzte?

Absolut. Der Aufwand ist beträchtlich. Dieses Projekt hat meines Wissens nach in der Nephrologie Pilotcharakter. Die Kollegen leisten gewissermaßen Pionierarbeit, weil sie nicht auf bestehende Systeme zurückgreifen können. Aber selbst wenn sich eine gewisse Routine entwickelt hat, ist der Aufwand in jedem Quartal nicht zu unterschätzen. Dennoch ist den Kollegen mittlerweile bewusst, dass es sich um eine sinnvolle Tätigkeit handelt.

Was haben die Patienten davon?

Die Patienten können sicher sein, dass jedes Zentrum, in dem sie sich behandeln lassen, einen gewissen gleichen Standard aufweist. Das ist sehr wichtig. Zweitens können sie davon ausgehen, dass die behandelnden Nephrologen ihrerseits Schlüsse ziehen werden aus den Ergebnissen, die sie von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten. Wir wissen, dass alleine schon dieses Benchmarking dafür sorgt, dass eine Qualitätsverbesserung erreicht werden kann. Jedes Zentrum kann anhand seiner Ergebnisse sehen, wo es gut ist und wo unter Umständen Verbesserungsbedarf besteht. Davon profitiert auch der Patient.



PAY-FOR-PERFORMANCE
PROF. DR. JOACHIM SZECSENYI

ÄRZTLICHER DIREKTOR DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS HEIDELBERG,
ABTEILUNG ALLGEMEINMEDIZIN UND VERSORGUNGSFORSCHUNG,
GESCHÄFTSFÜHRER DES AQUA-INSTITUTS GÖTTINGEN

Herr Prof. Szecsenyi, Sie beschäftigen sich wissenschaftlich mit angewandter Qualitätsförderung und Versorgungsforschung im Gesundheitswesen. Dort kursiert seit einiger Zeit der Begriff Pay-for-Performance (P4P). Was verbirgt sich dahinter?

Bei P4P geht es um die Frage, wie sich Anreize in der vertragsärztlichen Versorgung so setzen lassen, dass die Behandlung den größtmöglichen Nutzen für den Patienten bringt, etwa durch eine möglichst leitliniengerechte Therapie. Das setzt zwei Dinge voraus: Ich weiß, welches die richtige Richtung ist und bringe meine Adressaten, also in dem Fall die Ärzte, dann dazu, sich in diese Richtung zu bewegen.

Wird da nicht zusätzliches Geld ausgegeben für etwas, das eigentlich selbstverständlich sein sollte?

Diese Frage wird immer wieder gestellt. Tatsächlich ist es jedoch so, dass es eine große Variation in der Behandlung gibt. Das ist zum Teil wichtig und richtig, manchmal aber auch unnötig. Wenn ich Anreize gebe, damit bestimmte Ziele erreicht werden beziehungsweise deren Umsetzung auf eine bestimmte Art und Weise erfolgt, dann ist das zusätzliche Geld gut angelegt. Eine gute oder optimierte Qualität der Leistungserbringung erfordert einen größeren Aufwand, und insofern ist es gerechtfertigt, diesen zusätzlichen Aufwand auch zu honorieren.

Kritiker befürchten, dass Ärzte Strategien entwickeln, um vorgegebene Werte zu erreichen – ohne sich mit deren Sinnhaftigkeit auseinanderzusetzen …

Es wird immer einige wenige geben, die versuchen, das System für sich auszunutzen. Das gibt es auch in anderen Bereichen. Die Frage ist: Können wir gemeinsam eine Kultur entwickeln, die hilft, dieses Risiko zu minimieren, eine eigene Qualitätskultur gewissermaßen. Die zweite Frage ist die, ob es uns gelingt, zu überprüfen, ob jemand betrügt.

P4P ist ein Konzept, das aus dem Ausland kommt. Wie kam es zu dieser Idee?

Soweit ich weiß, stammen die ersten Ideen dazu aus Praxisnetzen und Managed-Care-Organisationen in den USA. Die eigentliche Idee von P4P kommt aber gar nicht aus der Medizin. Ursprünglich ging es um die Frage: Wie motiviere ich Mitarbeiter in Unternehmen? Die Vorläufer von P4P waren einfache Bonussysteme. Dieser Ansatz wurde weiterentwickelt und konkretisiert. Dazu gehörten Antworten auf Fragen wie: Wofür gewähre ich eigentlich einen Bonus? Gebe ich den ganz allgemein für die gesamte Versorgung oder versuche ich das auf bestimmte Leistungen, auf Behandlungen für Patienten mit einem bestimmten Problem, herunterzubrechen? So hat sich das entwickelt, vom Allgemeinen zum Speziellen.

Welche Erfahrungen haben andere Länder mit P4P gemacht?

Im britischen Gesundheitssystem, das ja im ambulanten Bereich wesentlich auf dem Primärarztsystem beruht, gibt es seit 2004 ein umfassendes P4P-Programm. Es bestimmt heute ganz wesentliche Anteile der hausärztlichen Vergütung. Allerdings hat es den Staat auch viel Geld gekostet, weil man ursprünglich davon ausging, dass die Hausärzte nur 70 oder 75 Prozent der maximal möglichen Qualitätspunkte erreichen. Schon die erste Bilanz nach der Einführung wies jedoch über 83 Prozent auf. Dieses Niveau ist später weiter gestiegen. Es hat dazu geführt, dass deutlich mehr Honorare in das Vergütungssystem geflossen sind.

Das klingt ja eigentlich positiv. Die Ärzte haben die Erwartungen übererfüllt.

Das klingt positiv und das ist es auch. Die deutliche Erhöhung der Honorare hat zu einer breiteren Akzeptanz geführt. Mittlerweile gibt es natürlich auch Kritik und Diskussionen um P4P. Diese betreffen etwa die Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Natürlich muss der Arzt auch weiterhin genug Raum für Leistungen haben, die gerade nicht zusätzlich bezahlt werden. Eine andere Befürchtung war, dass in Bereichen, die nicht P4P unterliegen, die Qualität schlechter wird. Das hat sich bisher aber nicht bestätigt.

Die KBV sucht im Rahmen ihres Projekts AQUIK nach Indikatoren für die ambulante Versorgung. Ihre Methode sind wissenschaftliche Recherche und Expertenbefragung, etwa von Fachgesellschaften. Ist das der richtige Weg?

Ich finde es absolut begrüßenswert, dass dieses Projekt nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards angelegt ist. Das heißt, es geht nicht nur um Indikatorenrecherche, sondern auch um Indikatorenbewertung und -abstimmung. Das hat den großen Vorteil, dass die Glaubwürdigkeit der Indikatoren steigt. Außerdem kann man davon ausgehen, dass man sich auf Indikatoren einigt, die wirklich zur Verbesserung der Versorgung beitragen können und dem Patienten nutzen. Völlig offen ist allerdings noch die Frage, wie man verfährt, wenn mehrere Ärzte aus verschiedenen Fachgruppen an der Versorgung eines Patienten beteiligt sind. Wem schreibt man dann welchen Anteil an der Erfüllung des Indikators zu? Auch international gibt es dafür noch keine überzeugenden Lösungen.

Worauf müsste man bei der Einführung von P4P im ambulanten Bereich in Deutschland achten, um die Ärzte dabei mitzunehmen?

Ich denke, man muss darauf achten, dass Ärzte darin für sich auch Vorteile sehen. Die Indikatoren können ihnen eine Art Koordinatensystem bieten, das ihnen zeigt, wo sie im Vergleich mit anderen bei der Versorgung ihrer Patienten stehen und wie sie ihre Position gegebenenfalls verbessern können. Der Vergleich mit Kollegen dient der eigenen Motivation und bietet Anreize, dazuzulernen. Des Weiteren sieht der Arzt, dass sich der Einsatz für die Verbesserung der Versorgung lohnt und dass diejenigen, die etwas dazu beitragen, auch belohnt werden.

DAS VERTRAGSÄRZTLICHE REFERENDUM

BEFRAGUNG VON 20.032 ÄRZTEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN
37.294 TELEFONKONTAKTE – 54 PROZENT RESPONSE

MITTLERE INTERVIEWDAUER 10 MINUTEN

METHODIK:

- TELEFONINTERVIEWS VOM 26. SEPTEMBER BIS 5. DEZEMBER 2006
- ÜBLICHE SCHULNOTEN ODER KATEGORIEN GENAU / EINIGERMASSEN, KAUM / GAR NICHT
- GESCHICHTETE ZUFALLSSTICHPROBE NACH KV-BEREICH, ARZTGRUPPE
- ERGEBNISSE GEWICHTET NACH GESCHLECHT, ALTER, KV, ARZTGRUPPE

QUALITÄTSSICHERUNGSRELEVANTE FRAGEN:

- KENNTNIS VERSCHIEDENER AUFGABEN DER KV: QUALITÄTSSICHERUNG
- ZUFRIEDENHEIT MIT DER AUFGABENERFÜLLUNG DER KV: QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DIE KV
- ZUSTIMMUNG ZU AUSSAGEN ZUR TÄTIGKEIT DER KV: QUALITÄTSMASSNAHMEN WIE PRAXISBEGEHUNGEN NOTWENDIG?

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV nehmen in der Sicherung der ambulanten Versorgungsqualität eine zentrale Stellung ein. Zugleich sind sie die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf Landes- und Bundesebene. Um die Arbeit der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen enger an die Bedürfnisse ihrer Mitglieder anzupassen, befragte das Markt- und Sozialforschungsinstitut infas Ende 2006 im Auftrag der KBV telefonisch über 20.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Die Ergebnisse dieses Vertragsärztlichen Referendums gaben erstmalig Aufschluss über die Sichtweise der Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf die Tätigkeit ihrer Vertretungen.

Ein zentrales Aufgabengebiet der vertragsärztlichen Versorgung ist der Bereich der Versorgungsqualität. Aus diesem Grund wurden gezielt qualitätssicherungsrelevante Fragen gestellt, um zu erfahren, inwieweit Qualitätssicherung und -management als Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen von deren Mitgliedern wahrgenommen wird. Zur Interpretation der Befragungsergebnisse wurden auch individuelle Aussagen hinzugezogen, um die gebeten wurde, wenn der Interviewte die Qualitätssicherungsarbeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt als schlecht einstufte.

DIE ERGEBNISSE

KENNTNIS VERSCHIEDENER AUFGABEN DER KV: QUALITÄTSSICHERUNG

78,2 % GENAU / EINIGERMASSEN

21,8 % KAUM / GAR NICHT

78,2 Prozent aller Befragten gaben an, die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der Qualitätssicherung genau oder einigermaßen zu kennen. 21,8 Prozent haben kaum oder gar keine Kenntnisse darüber. Es fällt auf, dass jüngere Mitglieder weniger über die Qualitätssicherungsarbeit ihrer Kassenärztlichen Vereinigung wissen als ältere. Geringe Unterschiede hinsichtlich des Kenntnisgrads bestehen geschlechtsspezifisch zugunsten der männlichen Ärzte/Psychotherapeuten und im Tätigkeitsgebiet zugunsten der Fachärzte und Psychotherapeuten. Eine Differenzierung nach Praxistyp ergab keine Unterschiede im Ergebnis.

Es zeigt sich eine nicht unerhebliche Streuung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, angeführt von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, deren Mitglieder zu 87,2 Prozent gute Kenntnisse angaben, bis hin zur Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, deren Mitglieder das nur in 71,6 Prozent der Fälle taten. Es fällt auf, dass die Befragten aus flächenmäßig eher kleineren Bundesländern über bessere Kenntnisse hinsichtlich der Qualitätssicherungsaufgaben ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.

Eine Differenzierung nach den Facharztgruppen zeigte unterdurchschnittliche Kenntnisse bei den Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (68,9 Prozent) und den Labormedizinern (71,3 Prozent), die jedoch mit jeweils etwa 100 befragten Ärzten eine relativ kleine Facharztgruppen repräsentieren. Schlechtere Ergebnisse als der Durchschnitt finden sich aber auch bei den großen Facharztgruppen der Allgemeinmediziner (75,2 Prozent, 5.600 Befragte), der Praktischen Ärzte (74,3 Prozent, 1.350 Befragte) und der Gynäkologen (75,5 Prozent, 1.400 Befragte). Überdurchschnittlich gute Kenntnisse haben die Radiologen und Urologen mit 89,9 Prozent beziehungsweise 86,0 Prozent.

NACH KV-BEREICH IN PROZENT

	genau / einigermaßen	kaum / gar nicht
KV Berlin	87,2	12,8
KV Rheinland-Pfalz	84,2	15,8
KV Hamburg	83,9	16,1
KV Saarland	83,8	16,2
KV Schleswig-Holstein	82,9	17,1
KV Thüringen	82,7	17,3
KV Bremen	80,8	19,2
KV Westfalen-Lippe	78,9	21,1
KV Mecklenburg-Vorpommern	78,8	21,2
KV Brandenburg	78,4	21,6
KV Sachsen	78,2	21,8
KV Bayerns	77,8	22,2
KV Nordrhein	77,6	22,4
KV Sachsen-Anhalt	77,3	22,7
KV Hessen	75,0	25,0
KV Baden-Württemberg	74,7	25,3
KV Niedersachsen	71,6	28,4
gesamt	78,2	21,8

genau / einigermaßen kaum / gar nicht

ZUFRIEDENHEIT MIT DER AUFGABENERFÜLLUNG DER KV: QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DIE KV

73,7 % GENAU / EINIGERMASSEN

26,3 % KAUM / GAR NICHT

73,7 Prozent der Befragten, die eine Beurteilung abgegeben haben, bewerten die Aufgabenerfüllung der Qualitätssicherung durch die Kassenärztliche Vereinigung im Durchschnitt mindestens mit „befriedigend“. In der nach Arzt und Praxischarakteristika stratifizierten Analyse ist festzustellen, dass keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Praxisorganisationstyp und Tätigkeitsgebiet vorliegen. Einen tendenziellen Zusammenhang gibt es zwischen der Zufriedenheit mit der Umsetzung und der Altersgruppe der Ärzte: Mit zunehmendem Alter der Ärzte steigt die Zufriedenheit an (von 70,9 Prozent in der Altersgruppe der unter 45-Jährigen auf 76,5 Prozent bei den über 55-Jährigen).

Besonders bemerkenswert ist jedoch der Zusammenhang zwischen Kenntnisgrad von Qualitätssicherungsaktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Zufriedenheit mit der Aufgabenerfüllung. Ärzte, die sich mit den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung genau oder einigermaßen auskennen, äußern sich mit 80,9 Prozent überdurchschnittlich zufrieden (Durchschnittsnote 2,8), während von denjenigen Ärzten, die kaum oder gar keine Kenntnis haben, nur 46,1 Prozent zufrieden sind (Durchschnittsnote 3,7).

Aufgeschlüsselt nach Regionen schwankt die Zufriedenheit zwischen Hessen (67,3 Prozent, Durchschnittsnote 3,2) und Thüringen (88,3 Prozent, Durchschnittsnote 2,6) erheblich.

Die Differenzierung nach Fachgruppen ergibt ebenfalls ein heterogenes Bild. Die Zufriedenheitsrate reicht von 66,2 Prozent (Durchschnittsnote 3,1) bei den Urologen bis zu 82,6 Prozent bei den Pathologen (Durchschnittsnote 2,8). Bemerkenswert ist die überdurchschnittliche Zufriedenheit bei den Radiologen (81,1 Prozent) mit der höchsten Durchschnittsnote von 2,7 angesichts der hohen Anzahl von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die insbesondere diese Facharztgruppe betreffen.

	GENAU / EINIGERMASSEN		KAUM / GAR NICHT	
Praxistyp				
► Einzelpraxis	8.526	73,6	3.055	26,4
► Gemeinschaftspraxis	4.792	73,7	1.714	26,3
► andere Praxisform	726	75,6	234	24,4
Geschlecht				
► weiblich	5.229	74,4	1.799	25,6
► männlich	8.823	73,4	3.205	26,6
Altersgruppe				
► unter 45 Jahren	3.219	70,9	1.324	29,1
► 45 – unter 55 Jahren	5.725	73,2	2.101	26,8
► 55 Jahre und älter	5.032	76,5	1.546	23,5
Tätigkeitsgebiet				
► Hausarzt	7.030	73,3	2.560	26,7
► Facharzt	5.090	73,4	1.842	26,6
► Psychotherapeut	1.932	76,2	603	23,8
► Arzt	12.527	73,4	4.536	26,6
► nichtärztlicher Psychotherapeut	1.525	76,5	469	23,5
Bekanntheitsgrad Qualitätssicherung				
► genau / einigermaßen	12.226	80,9	2.881	19,1
► kaum / gar nicht	1.791	46,1	2.095	53,9
gesamt	14.052	73,7	5.005	26,3

N = Anzahl Ärzte und Psychotherapeuten

ZUSTIMMUNG ZU AUSSAGEN ZUR TÄTIGKEIT DER KV: QUALITÄTSMASSNAHMEN WIE PRAXISBEGEHUNGEN NOTWENDIG?

44,2 % ZUSTIMMEND

55,8 % ABLEHNEND

Diese Frage wurde gestellt, um zu erfahren, inwieweit Praxisbegehungen als wirksames Mittel der Qualitätssicherung im Interesse aller Vertragsärzte akzeptiert sind. Es zeigte sich eine deutliche Ablehnung von 55,8 Prozent, wobei hier ein umgekehrtes Verhältnis zu dem bislang beobachteten Alterszusammenhang besteht: jüngere Kollegen würden dieses Instrument insgesamt seltener ablehnen als ältere (51,7 Prozent gegenüber 57,8 Prozent). Dieser Unterschied könnte auf der Tatsache beruhen, dass es unter den älteren Kollegen mehr Hausärzte gibt. Auffallend sind hier die zu konstatierenden Zusammenhänge zwischen Praxistyp sowie Tätigkeitsgebiet und der beurteilten Notwendigkeit dieses Qualitätssicherungsinstruments: Ärzte aus Einzelpraxen stehen dem deutlich kritischer gegenüber als Ärzte aus Gemeinschaftspraxen (69,8 Prozent gegenüber 49,1 Prozent Ablehnung). Die Differenzierung nach Facharztgruppen ergibt ein breit gefächertes Meinungsbild. Besonders niedrig liegt die Ablehnerquote bei den Laborärzten (20,2 Prozent), den Pathologen (24,0 Prozent), Anästhesisten (30,7 Prozent) und Radiologen (31,9 Prozent). Besonders ablehnend äußern sich Psychotherapeuten und Ärzte, deren Arbeit stärker von der Arzt-Patienten-Kommunikation und -Interaktion geprägt ist.

Ärzte, die sich mit den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen genau oder einigermaßen auskennen, äußern sich zu 53,7 Prozent weniger kritisch gegenüber Praxisbegehungen als jene Ärzte, die kaum oder gar keine Kenntnis darüber haben (63,1 Prozent).

Bezogen auf die regionalen Bereiche liegt die Ablehnungsquote zwischen 63,0 Prozent in Baden-Württemberg und 42,7 Prozent in Hamburg. Die Ärzte der flächenmäßig kleineren Bundesländer stehen Praxisbegehungen weniger kritisch gegenüber, obwohl insbesondere in den Stadtstaaten der Anteil der Psychotherapeuten vergleichsweise hoch ist, welche Praxisbegehungen besonders kritisch gegenüberstehen.

NACH FACHBEREICHEN IN PROZENT

	zustimmend	ablehnend
Laborärzte	79,8	20,2
Pathologen	76,0	24,0
Anästhesisten	69,3	30,7
Radiologen / Diagnostische Radiologen	68,1	31,9
Chirurgen	66,3	33,7
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	65,4	34,6
übrige Ärzte	60,6	39,4
Urologen	55,6	44,4
Kinder- und Jugendpsychiater	54,7	45,3
HNO-Ärzte	50,9	49,1
Kinderärzte	50,1	49,9
Dermatologen	49,1	50,9
Internisten	48,8	51,2
Orthopäden	48,5	51,5
Augenärzte	46,9	53,1
Gynäkologen	46,8	53,2
Psychotherapeuten, ärztlich	42,1	57,9
Nervenärzte	41,1	58,9
Praktische Ärzte	38,0	62,0
Allgemeinmediziner	35,7	64,3
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	35,2	64,8
Psychotherapeut, psychologisch	33,4	66,6
gesamt	44,2	55,8

zustimmend ablehnend

AUSWERTUNG DER INDIVIDUALANGABEN

Gab der Interviewpartner insgesamt eine schlechte Bewertung ab, baten die Sozialforscher um ergänzende Anmerkungen. Von diesen über 8.000 Individualrückmeldungen betrafen etwa 400 das Thema Versorgungsqualität, wobei aufgrund der Methodik hier überwiegend negative Aussagen gemacht wurden:

- Qualitätssicherung sei zu weitgehend („die Kassenärztliche Vereinigung soll ihre Mitglieder vertreten und nicht treten“). Allerdings vertrat ein Sechstel der Befragten die Meinung, dass das Niveau der Qualitätssicherung unangemessen und zu niedrig sei. Angemerkt wird auch, dass die Inhalte der Qualitätssicherung an den einzelnen medizinischen Fragestellungen vorbeigingen.

- Zahlreiche Hinweise betrafen das Beratungsangebot, die Freundlichkeit, die Verständlichkeit der Regelungen und die Rückmeldegeschwindigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen. Alle diese Bereiche wurden als defizitär angesehen und sollten aus Sicht der Meldenden verbessert werden.

- Verschiedentlich wurde geäußert, dass die Auftragsvergabe der Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere im Bereich Qualitätsmanagement nicht transparent erfolge und das Thema Qualitätssicherung undurchsichtig sei.

Allgemeine Aussagen waren:

- Quantität sei im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wichtiger als Qualität („Kassenärztliche Vereinigung als Anwalt des Mittelmaßes“). Das Thema Qualität werde insgesamt gering geschätzt. Es würde keine Differenzierung zwischen verschiedenen Qualitätsstufen vorgenommen und ein Widerspruch zwischen Qualität und Vergütung bestehen. Wenige Äußerungen gehen auf die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen für das Thema Versorgungsqualität ein. Demnach sei dies ein Thema der Ärztekammer beziehungsweise das Thema Qualitätsmanagement nicht Aufgabengebiet der Kassenärztlichen Vereinigungen.

- Mehrfach wurden die Notdienstversorgung, die aus Sicht der Befragten nicht qualitätsgesichert ist, und die Ultraschallgenehmigungen angesprochen, deren Anforderungen nicht mehr dem heutigen Sachstand entsprächen.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der quantitativen Auswertung fällt auf, dass das Kenntnisniveau der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Rolle und Funktion der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung deutlich verbesserungsfähig ist. Etwa 20 Prozent der Mitglieder kennen nicht oder kaum die Funktionen und Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich Qualitätssicherung. Unterdurchschnittliche Kenntnisse haben vor allem die Facharztgruppen, die selten oder gar nicht mit Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Kontakt kommen. Hier sind insbesondere die Allgemeinmediziner und die Praktischen Ärzte zu nennen. Umgekehrt unterliegen Radiologen vielen Qualitätssicherungsmaßnahmen, so dass deren Kenntnisrate hoch ist (89,9 Prozent).

Die Gründe für die höhere Zufriedenheit der älteren Vertragsärzte und -psychotherapeuten mit der Aufgabenwahrnehmung im Bereich der Qualitätssicherung lassen sich nicht aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ermitteln. Anzunehmen ist, dass mit zunehmender Niederlassungsdauer Rolle und Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt bekannter sind. Dies zeigt sich in anderen Dimensionen der Befragung und letztlich auch im Bereich Qualitätssicherung. Bedeutsam ist allerdings, dass Ärzte, die gute Kenntnisse über die Aufgaben der Qualitätssicherung im System der Kassenärztlichen Vereinigungen haben, mit dieser wesentlich zufriedener sind (80,9 Prozent) als die Ärzte, die keine Informationen darüber haben (46,1 Prozent). Möglicherweise wird von diesen Ärzten Qualitätssicherung aus Unkenntnis als eine diffuse Bedrohung empfunden. Als weiteres Indiz hierfür lassen sich wiederum die Radiologen anführen, die durch eine Vielzahl von Regelungen zur Qualitätssicherung stark beansprucht sind und dennoch mit der Aufgabenwahrnehmung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Qualitätssicherung vergleichsweise hochzufrieden sind (81,1 Prozent). In einer verstärkten Information über Qualitätssicherungsmaßnahmen könnte ein erstes Handlungsfeld für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV liegen.

Über alle Gruppen hinweg besteht eine hohe Ablehnungsquote (55,8 Prozent) für die Praxisbegehung, die offenbar als ein erheblicher Eingriff in die Unabhängigkeit der Vertragsärzte empfunden wird. Bemerkenswert ist, dass Fachärzte einerseits sowie Hausärzte und Psychotherapeuten andererseits dies unterschiedlich beurteilen. Praxisbegehungen sollten daher differenziert eingesetzt und der individuelle Praxisbetrieb besonders berücksichtigt werden.

Als Fazit der qualitativen Angaben in den Interviews lässt sich festhalten, dass die Kommunikation der Richtlinien und Vereinbarungen verbesserungsfähig ist. Hierzu müsste auch die Entwicklung weiterer Serviceangebote und Informationsmaterialien, vor allem zur Erläuterung der Ziele der einzelnen Qualitätssicherungsmaßnahmen, gehören.

DIE ERGEBNISSE DES REFERENDUMS ZEIGEN, DASS FOLGENDE FAKTOREN VON BEDEUTUNG SIND:

KENNTNIS VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN HÄNGT AB VON:

ALTER, BERÜHRUNG MIT QUALITÄTSSICHERUNG (FACHARZTGRUPPE)

ZUFRIEDENHEIT IST KORRELIERT MIT:

KENNTNISGRAD ÜBER QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN

AKZEPTANZ VON PRAXISBEGEHUNGEN HÄNGT AB VON:

PRAXISTYP, ARZT- / FACHARZTGRUPPE, BERUFSSTAND (TIEFE DER ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG)

INTERPRETATION:

JE PROFUNDER DIE KENNTNISSE ZUR QUALITÄTSSICHERUNG DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG, DESTO BESSER WIRD DIE QUALITÄTSSICHERUNG BEWERTET.

ÄRZTE, DIE QUALITÄTSSICHERUNG NICHT ODER WENIGER KENNEN, EMPFINDEN QUALITÄTSSICHERUNG ALS DIFFUSE BEDROHUNG.

VERBESSERUNG DER KOMMUNIKATION ÜBER QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN DES SYSTEMS DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN ERSCHEINEN NOTWENDIG.

2

QUALITÄTSMANAGEMENT UND VERSORGUNGSKONZEPTE

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG AB SEITE 22
QUALITÄTSZIRKEL AB SEITE 25
DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME AB SEITE 27
AQUIK – AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN AB SEITE 32

NEBEN DEN VIELFÄLTIGEN VERFAHREN UND MASSNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG, DIE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG ANGEWANDT WERDEN, GEWINNT DER EINSATZ VON QUALITÄTSINDIKATOREN ZUNEHMEND AN BEDEUTUNG. MITTELS DIESER SOLL QUALITÄT INSBESONDERE DER VERSORGUNGSPROZESSE UND -ERGEBNISSE MESSBAR UND DAMIT DARSTELLBAR UND VERGLEICHBAR GEMACHT WERDEN.

Eine möglichst eindeutige Abbildung der Versorgungsqualität hat vor dem Hintergrund der künftig stärker in den Blickpunkt rückenden sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einen hohen Stellenwert. Zukünftig sollen medizinische Leistungen wenn möglich gemäß einheitlicher Qualitätsvorgaben erbracht und vergleichbar gemacht werden. Mit diesen Maßnahmen soll vor allem die für das deutsche Gesundheitswesen charakteristische Schnittstellenproblematik zwischen ambulantem und stationärem Sektor verbessert werden. Dieses Vorhaben stellt einerseits eine große Herausforderung an die beteiligten Akteure dar, bietet andererseits jedoch enorme Chancen sowohl für die Kooperation unterschiedlicher Bereiche des Gesundheitswesens als auch für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten über die Sektorengrenzen hinweg.

Um das System der Kassenärztlichen Vereinigungen hierbei als Gestalter der Versorgungslandschaft und Impulsgeber im Umgang mit Versorgungsproblemen stärker zu etablieren, hat der Vorstand der KBV im Februar 2007 beschlossen, die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Identifikation und Festlegung regionaler Qualitätsziele konzeptionell zu unterstützen und dazu eine gemeinsame Arbeitsgruppe ins Leben gerufen.

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Seit Anfang 2004 ist Qualitätsmanagement für Praxen vom Gesetzgeber durch das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ vorgeschrieben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in einer Richtlinie zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement Einzelheiten festgelegt. Demnach soll die Einführung eines Qualitätsmanagements in der Arztpraxis in folgenden Schritten erfolgen:

- Bis Ende des Jahres 2007 sollen sich alle Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung über Qualitätsmanagement informiert haben und Maßnahmen, die der Planung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems dienen, ergriffen haben.
- Darauf folgt eine 2-jährige praktische Umsetzungsphase (bis Ende 2009).
- Ab 2010 sollen sich die Praxen jährlich selbst überprüfen und ihre Fortschritte dokumentieren.

Anschließend wird das interne Qualitätsmanagementsystem kontinuierlich weiterentwickelt. Dabei wird kein spezielles Qualitätsmanagementsystem vorgeschrieben. Die Praxen können sich unter den branchenneutralen Systemen (ISO, EFQM) oder unter den branchenspezifischen Systemen (QEP®, EPA, KPQM2006, KTQ® und viele andere mehr) das für sie passende heraussuchen.

QUALITÄTSMANAGEMENT MIT QEP®

Um die Orientierung in der Vielzahl der Angebote zu erleichtern, hat die KBV gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen speziell für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten ein branchenspezifisches modulares Qualitätsmanagementsystem entwickelt, das seit Februar 2006 zum Einsatz kommt. Das Konzept mit dem Namen „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®“ beinhaltet mehrere aufeinander abgestimmte Bausteine zum Aufbau eines praxisorientierten Managementsystems. Hierzu gehören ein sogenannter Qualitätszielkatalog, das QEP®-Einführungsseminar, das QEP®-Manual, ein Umsetzungskonzept für Qualitätszirkel sowie optional ein Zertifizierungsverfahren. QEP® eignet sich für jede Praxisform: von der Einzelpraxis ohne Mitarbeiter über Medizinische Versorgungszentren bis hin zu standortübergreifenden Praxen im Rahmen der integrierten Versorgung.

Praxen, die alle auf sie zutreffenden Indikatoren der Qualitätsziele umsetzen, können anschließend eine QEP®-Zertifizierung erlangen. Dazu wird im Rahmen einer Praxisvisitation vor Ort überprüft, ob die im Qualitätszielkatalog dargelegten Anforderungen erfüllt sind. Dadurch, dass das System von Praxen für Praxen entwickelt wurde, ist es besonders anwenderfreundlich. Die Einführung in der Praxis erfordert keine großen Vorkenntnisse. Umfragen außerhalb des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen haben ergeben, dass im Jahr 2007 QEP® gegenüber der ISO im Vergleich zum Vorjahr stark aufgeholt hat und inzwischen fast gleichauf liegt. In psychotherapeutischen Praxen ist es dank der beteiligten Berufsverbände das mit weitem Abstand führende Qualitätsmanagementsystem.

PATIENTENSICHERHEIT MIT QEP®

Patientensicherheit ist eines der zentralen Themen im Qualitätsmanagement. QEP® führt die Ärzte und Psychotherapeuten anhand konkreter Vorgaben und Indikatoren praxisnah in die Materie ein. QEP® fasst Selbstverständliches in Worte, indem es konkrete Anforderungen formuliert, denen sich jede Praxis stellen muss. Dies umfasst alle Bereiche der Arbeit in einer Praxis

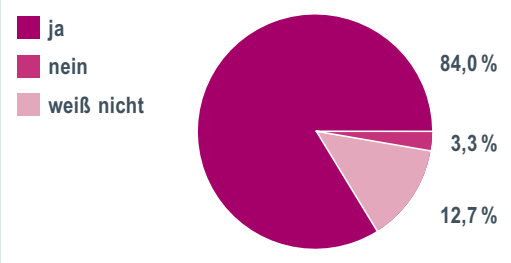
- von Verordnungen, zum Beispiel: „Rezeptierungsfehler werden erfasst, analysiert und gegebenenfalls werden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet“, oder auch „Medikamente werden vor der Zubereitung und Verabreichung mit der dazugehörigen Verordnung abgeglichen“,
- über Eingriffe, zum Beispiel: „Für wichtige praxisinterne therapeutische Maßnahmen liegen schriftliche interne Regelungen vor und werden angewendet“, oder auch „Während der Durchführung der Maßnahmen werden die Patienten betreut und überwacht“,
- bis hin zum Risikomanagement, zum Beispiel: „Unerwünschte Ereignisse, Fehler oder Beinahe-Fehler werden angesprochen, erfasst und analysiert“, oder auch „aus aufgetretenen unerwünschten Ereignissen, Beinahe-Fehlern oder Fehlern werden Konsequenzen gezogen“.

Praxen können systematisch und strukturiert die Palette der Qualitätsindikatoren abarbeiten, immer mit einem pragmatischen Blick auf die realen Gegebenheiten vor Ort. Mehr als ein Drittel aller Indikatoren im QEP®-Qualitätszielkatalog beziehen sich direkt auf die Patientensicherheit.

QEP®-SCHULUNGEN FÜR PRAXEN

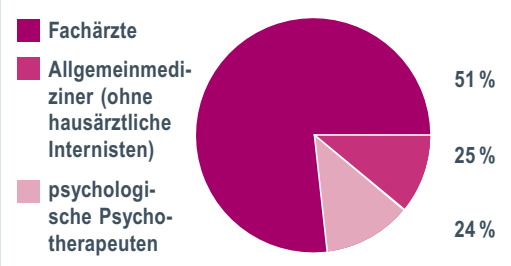
Nahezu alle Kassenärztlichen Vereinigungen boten im Jahr 2007 QEP®-Einführungsseminare an. Die verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen gaben bis Ende 2007 in insgesamt knapp 800 Seminaren mehr als 17.000 Teilnehmern eine Einführung in das Arbeiten mit QEP®. Eine Evaluation unter den Teilnehmern ergab, dass 84,0 Prozent von ihnen das Seminar weiterempfehlen würden (siehe Grafik). Das entspricht einer erneuten Verbesserung der Ergebnisse gegenüber 2006. Damals gaben 80,7 Prozent der Teilnehmer an, das Seminar weiterempfehlen zu wollen.

WÜRDEN SIE DAS QEP®-EINFÜHRUNGSSEMINAR WEITEREMPFEHLEN?



Seit Juli 2007 wird auch die Fachgruppenzugehörigkeit in den QEP®-Einführungsseminaren erfasst. Ungefähr die Hälfte aller Seminarteilnehmer sind Fachärzte (einschließlich der hausärztlich tätigen Internisten), jeweils ein Viertel sind Allgemeinmediziner oder psychologische Psychotherapeuten. Der große Anteil an Psychotherapeuten und Fachärzten ist der Tatsache geschuldet, dass es Kooperationsverträge mit insgesamt 25 Berufsverbänden zum Thema QEP® gibt. Die Berufsverbände passen QEP® an die spezifische Versorgungssituation ihrer Fachgebiete an, so dass die Akzeptanz unter den betreffenden Fachgruppen weiter steigt.

TEILNAHME DER FACHGRUPPEN AN QEP®-EINFÜHRUNGSSEMINAREN



Erhebung seit Juli 2007 / Auswertung von 10.424 Evaluationsbögen mit Fachgruppenangabe / Stand 25. Juni 2008

Begleitend zum QEP®-Einführungsseminar bieten viele Berufsverbände CD-ROMs mit fachspezifischen QEP®-Musterdokumenten an oder stellen Letztere auf ihren Internetseiten zur Verfügung. Über Internet-Foren geben die Verbände ihren Mitgliedern zudem die Möglichkeit, direkt in einen Erfahrungsaustausch zu treten.

Zunehmend gehen die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen dazu über, Vertiefungsseminare zu einzelnen Unterthemen des Qualitätsmanagements anzubieten, so zum Beispiel Seminare zu Termin-, Risiko- und Beschwerdemanagement oder zu den Themen Hygiene sowie Arbeits- oder Datenschutz. Hierbei pflegen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander einen regen Austausch, und der Begriff „Unternehmensverbund“ wird gelebte Praxis.

PATIENTENBEFRAGUNGEN IM QUALITÄTSMANAGEMENT

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung fordert die regelmäßige Durchführung von Patientenbefragungen. Die KBV hat diese Forderung daher nicht nur in das QEP®-Programm integriert, sondern stellt Praxen darüber hinaus auch eine kostenfreie Möglichkeit für die Durchführung solcher Befragungen zur Verfügung. Per E-Mail kann ein Fragebogen der Medizinischen Hochschule Hannover inklusive Auswertungsinstrument angefordert werden.

Hierbei handelt es sich um eine komplexe Excel-Datei, die folgendes enthält:

- einen Fragebogen mit einem Einführungstext für Patienten
- einen Einführungstext für die Praxis
- eine programmierte Excel-Mappe mit der Option, jeden Bogen einzeln einzugeben
- eine grafische Auswertung, die sich nach Eingabe automatisch generiert.

Die Nutzung dieses kostenfreien Programms erfordert allerdings gute Excel-Kenntnisse. Der Zeitaufwand für die Eingabe der einzelnen Bögen muss vom Praxispersonal berücksichtigt werden. Bisher haben fast 300 Praxen dieses Angebot wahrgenommen. Auf Wunsch kann die ausgefüllte Excel-Liste zur vergleichenden Analyse (Benchmarking) an die Medizinische Hochschule Hannover gesandt werden.

QEP®-MULTIPLIKATOREN

Seit 2007 bietet die KBV sogenannte Multiplikatorenseminare an. Zielgruppe sind niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Praxismitarbeiter, Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigungen und all jene Interessierte, die Praxen bei der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nach QEP® begleiten wollen. Inhalte des Multiplikatorenseminars sind:

- Übersicht über die QEP®-Systematik
- Arbeiten mit dem QEP®-Manual und Dokumentenmanagement in QEP®
- Umsetzung gesetzlicher Anforderungen mit QEP®
- Tipps zur Bearbeitung wichtiger QEP®-Kernziele (Qualitätsziele, Projektpläne zur Einführung von QEP®, Behandlungspfade, betriebswirtschaftliche Instrumente)
- Aufbau von unterstützenden Seminaren
- Begleitung bis zur QEP®-Zertifizierung

2007 wurden etwa 100 Multiplikatoren geschult, wobei mehr als ein Viertel der Teilnehmer Mitarbeiter von Kassenärztlichen Vereinigungen waren. Viele Praxen wünschen eine externe Begleitung bis hin zur Zertifizierung. Dabei sind die Kassenärztlichen Vereinigungen auf regionaler Ebene der primäre Ansprechpartner.

QEP®-ZERTIFIZIERUNGEN

Das Zertifizierungsverfahren ist Bestandteil des QEP®-Verfahrens. Es ermöglicht den Praxen und ambulanten Einrichtungen die Verifizierung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems bezüglich der Anforderungen des QEP®-Qualitätszielkatalogs. Bisher haben sich 104 Praxen (Stand 11. August 2008) zertifizieren lassen. Die Motivationen, die eigene Praxis zertifizieren zu lassen, sind unterschiedlich. Die häufigsten Gründe sind:

- der Abschluss der Implementierungsphase und die Umsetzungsbestätigung der Anforderungen durch einen externen Begutachter (Visitor)
- eine Stärkung des Teamzusammenhaltes durch die gemeinsame Aufgabe
- der Erhalt einer externen Begutachtung mit Verbesserungsvorschlägen
- der Erhalt einer Zertifizierungsurkunde zur Dokumentation für Patienten, Vertragspartner und andere.

WÜRDEN SIE ANDEREN PRAXEN EINE ZERTIFIZIERUNG EMPFEHLEN?	
ja	96 Teilnehmer
nein	3 Teilnehmer
weiß nicht	3 Teilnehmer
keine Angaben	2 Teilnehmer

Datenbasis: Evaluationsbögen zum QEP®-Zertifizierungsverfahren

Ein wesentliches Kriterium zur Messung der Zufriedenheit von Praxen mit dem QEP®-Zertifizierungsverfahren ist die Beurteilung der Leistung der Zertifizierungsstellen und Visitoren. Die fachliche und soziale Kompetenz des Visitors ist ein entscheidendes Merkmal für die Akzeptanz des Verfahrens beim Praxisteam. 99,0 Prozent aller zertifizierten Praxen beurteilen die fachliche Kompetenz der QEP®-Visitoren als sehr gut oder gut. 92,3 Prozent aller zertifizierten Praxen würden anderen Praxen eine Zertifizierung empfehlen.

BEURTEILUNG DER FACHLICHEN UND SOZIALEN KOMPETENZ DES VISITORS	
sehr gut	95 Teilnehmer
gut	8 Teilnehmer
indifferent / befriedigend	1 Teilnehmer
schlecht	0
sehr schlecht	0
keine Angaben	0

Datenbasis: Evaluationsbögen zum QEP®-Zertifizierungsverfahren

Das Zertifizierungsverfahren wird weiterhin fortlaufend aktualisiert und verbessert, Grundlage hierfür sind die Ergebnisse der Evaluationsbögen aus den Praxen und die Erfahrungen der Zertifizierungsstellen und Visitoren.

Qualität und Entwicklung in Praxen®

Informationen zu QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® unter www.kbv.de/qm

QUALITÄTSZIRKEL

FORTBILDUNG ALS GARANT EINER HOHEN VERSORGUNGSQUALITÄT

Sowohl Berufs- als auch Sozialrecht verpflichten Ärzte und Psychotherapeuten zu einer kontinuierlichen Fortbildung. Der Erhalt und die Entwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse garantiert eine hohe Versorgungsqualität. Gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung müssen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten alle fünf Jahre den Nachweis erbringen, dass sie ihrer Fortbildungspflicht in dem gesetzlich vorgeschriebenen Umfang von mindestens 250 Fortbildungspunkten nachgekommen sind. In der Wahl ihrer Fortbildung sind Ärzte und Psychotherapeuten nahezu frei. Voraussetzung ist jedoch, dass das Fortbildungsangebot von der Landesärzte- oder Landespsychotherapeutenkammer zertifiziert ist.

In den vergangenen zehn Jahren haben sich Qualitätszirkel als anerkannte Fortbildungsform etabliert. Hier hinterfragen Ärzte und Psychotherapeuten kritisch das eigene Handeln und entwickeln die Qualität ihrer Behandlungstätigkeit stetig weiter. Die von speziell geschulten Moderatoren geleiteten Zirkel haben als Instrument der Qualitätssicherung und -verbesserung in der vertragsärztlichen Versorgung einen festen Platz gefunden. Sie dokumentieren, dass berufliche Fortbildung zum Selbstverständnis der Vertragsärzte und -psychotherapeuten gehört. Mit den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinien) wurde 1994 die Grundlage für eine bundesweit (weitgehend) einheitliche Vorgehensweise bei der Einrichtung und Weiterentwicklung von Qualitätszirkeln gelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen diese Arbeit auf der Basis regionaler Richtlinien. Generelle Voraussetzung für die Anerkennung und Förderung von Qualitätszirkeln ist, dass ein fester Kreis von fünf bis 20 Teilnehmern regelmäßig – das heißt mindestens viermal jährlich – unter der Leitung eines ausgebildeten Moderators zusammenkommt und dass eine Dokumentation erfolgt.

Die Stärke der Qualitätszirkel liegt im interkollegialen Erfahrungsaustausch und hohen Praxisbezug. Die Teilnehmer erarbeiten zu selbst gewählten Themen Handlungsstrategien für den Praxisalltag. In der Regel stützen sie sich dabei auf eine gesicherte Datenbasis, zum Beispiel auf die Feedbackberichte der Disease-Management-Programme (siehe Seite 27) oder auf Daten aus den Arzneimittelinformationssystemen. Perspektivisch könnten in Zukunft auch Indikatoren aus dem KBV-Projekt „AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ eine Grundlage bilden.

Qualitätszirkel decken ein breites Themenspektrum ab. Dazu gehören fachbezogene Themen aus unterschiedlichen Gebieten, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, psychotherapeutische Fragestellungen, zahlreiche krankheitsbezogene Problemstellungen sowie Qualitätsmanagement- und IT-Themen.

- ambulantes Operieren
- Asthma bronchiale
- Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störung
- Brustkrebs
- Chirotherapie
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Demenz
- evidenzbasierte Medizin
- Hausarztverträge
- Health Technology Assessment
- Hypertonie
- koronare Herzerkrankung
- Mammographie
- Osteoporose
- Patientensicherheit
- Praxisorganisation
- Reisemedizin / Impfungen
- Schmerztherapie
- Schnittstellen ambulante / stationäre Versorgung
- Umweltmedizin
- Zytologie

HANDBUCH QUALITÄTSZIRKEL

Das Konzept der KBV zur Qualitätszirkelarbeit ist im „Handbuch Qualitätszirkel“ dargelegt. Die Idee ist einfach: Erfahrene Moderatoren von Qualitätszirkeln aus dem hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich werden von der KBV oder den Kassenärztlichen Vereinigungen (insbesondere in Nordrhein und Westfalen-Lippe) zu sogenannten Tutoren ausgebildet. Nach dem Train-the-Trainer-Prinzip bilden die Tutoren

Moderatoren weiter und begleiten sie methodisch-didaktisch und fachlich, zum Beispiel durch Supervision. Die Tutoren schulen vor Ort zu neuen Qualitätszirkelinstrumenten, Methodenkompetenz und aufbereiteten Qualitätszirkelthemen. Dazu dienen unter anderem die jährlich in den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführten Moderatorentreffen. Die Tutoren unterstützen darüber hinaus die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Weiterentwicklung der Qualitätszirkelarbeit.

Bis Ende 2007 bildete allein die KBV in vier Ausbildungsstaffeln 68 Tutoren aus. Weitere acht Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten haben im Oktober 2007 hier ihre Ausbildung in einer fünften Staffel begonnen. Die Tutorenausbildung umfasst neben einer Grundausbildung und einer Anleitung für die Qualifizierung von Moderatoren auch die sogenannten Dramaturgien zur thematischen Arbeit im Qualitätszirkel, die die KBV gemeinsam mit Tutoren und Experten wissenschaftlicher Institutionen entwickelt hat. Dazu gehören die Dramaturgien:

- Arbeit mit Rückmeldesystemen
- Methoden und Techniken der evidenzbasierten Medizin
- Erstellung evidenzbasierter Verfahrensanweisungen
- Patientenfallkonferenz
- Patientensicherheit
- Pharmakotherapie
- QEP® im Qualitätszirkel.

NATIONALES TUTORENTREFFEN

Ein wichtiges Instrument für die dauerhafte Etablierung der Qualitätszirkel ist der regelmäßige bundesweite Erfahrungsaustausch der Tutoren und verantwortlichen Mitarbeiter von Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander. Bereits zum dritten Mal fand daher am 2. und 3. November 2007 ein nationales Treffen der Qualitätszirkeltutoren statt. Insgesamt 56 Teilnehmer aus zwölf Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV diskutierten Beispiele, Innovationen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Qualitätszirkelarbeit. In drei Arbeitsgruppen wurden den Tutoren die Dramaturgien „QEP® im Qualitätszirkel“, „Pharmakotherapie“ und „Patientensicherheit“ vermittelt. Damit sind sie befähigt, Moderatoren in diesem Dramaturgien zu schulen. Die Teilnehmer begrüßten diese Form des Erfahrungsaustauschs und plädierten nicht nur für eine Fortsetzung, sondern auch für die Entwicklung weiterer Dramaturgien.

BILANZ DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT 2007

- Deutschlandweit existieren mehr als 8.000 anerkannte und geförderte Qualitätszirkel.
- Etwa 59.000 Ärzte und Psychotherapeuten haben an den Zirkeln teilgenommen (ohne externe Teilnehmer). Das sind etwa 40 Prozent aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten.
- Etwa 7.900 qualifizierte Moderatoren waren registriert, 300 wurden neu ausgebildet.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen boten für Moderatoren 29 Fortbildungskurse an, darunter zu den Themen Patientenfallkonferenzen, evidenzbasierte Medizin, QEP® im Qualitätszirkel, Pharmakotherapie, Fehlermanagement/Patientensicherheit, Methodenkompetenz sowie zu ausgewählten Krankheitsbildern.
- Insgesamt waren 153 Tutoren aktiv.
- Zwei Kassenärztliche Vereinigungen setzten den sogenannten eQZ (elektronischer Qualitätszirkel) ein. Der eQZ ist eine Software zur Verwaltung von Qualitätszirkeln. Weitere Kassenärztliche Vereinigungen planen die Einführung.

QUALITÄTSZIRKEL UND NEUE VERSORGUNGSANGEBOTE

Mit hohem Engagement widmen sich die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Verstetigung und Weiterentwicklung der Qualitätszirkelarbeit. Aber auch Politik und gesetzliche Krankenkassen bedienen sich zunehmend dieses ursprünglich rein innerärztlichen Instruments der Qualitätsförderung und Fortbildung. Die Mitarbeit in Qualitätszirkeln wurde bereits als Teilnahmevoraussetzung in Verträgen zu Disease-Management-Programmen und zuletzt auch mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ als Qualitätskriterium der hausarztzentrierten Versorgung im SGB V festgeschrieben. Hinzu kommen regionale Vereinbarungen, aber auch Verträge, in denen die Teilnahme an einer strukturierten Fortbildung vorgeschrieben ist. Die Implementierung der Qualitätszirkel in die Vertragsgestaltung bestätigt, dass es sich hier um ein Erfolgsmodell handelt. Nicht zuletzt definieren alle sieben bis Ende 2007 entwickelten Vertragskonzepte der KBV-Vertragswerkstatt die Teilnahme an einem Qualitätszirkel als notwendige oder optionale Teilnahmebedingung.

Weitere Informationen im Internet unter http://www.kbv.de/themen/qualitaetszirkel.html

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Disease-Management-Programme (DMP), auch als Chroniker- oder strukturierte Behandlungsprogramme bezeichnet, wurden 2002 mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ eingeführt. Ziel war, die Versorgung chronisch Kranker und gegebenenfalls multimorbider Patienten zu verbessern und den besonderen Erfordernissen bei der Langzeitbetreuung dieser Patienten gerecht zu werden. Vor allem sollen die Programme einer kontinuierlichen Förderung des Selbstmanagements der Betroffenen als auch einer besseren Vernetzung der in die Behandlung eingebundenen unterschiedlichen Versorgungsebenen dienen.

Die grundsätzlichen Anforderungen an die Programme sind vom Gesetzgeber definiert:

- Behandlung nach dem aktuellen, evidenzbasierten Stand der medizinischen Wissenschaft
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Einschreibung der Ärzte und Patienten
- Schulung der Ärzte und Patienten
- Dokumentation der Befunde, der therapeutischen Maßnahmen und der Behandlungsergebnisse
- Evaluation der Kosten und der Wirksamkeit.

Seit der Einführung der DMP sind sechs Programme umgesetzt worden:

- Juli 2002 – Diabetes mellitus Typ 2
- Juli 2002 – Brustkrebs
- Mai 2003 – koronare Herzerkrankung
- März 2004 – Diabetes mellitus Typ 1
- Januar 2005 – Asthma bronchiale
- Januar 2005 – chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Inzwischen sind DMP ein integraler Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Dies gilt insbesondere für das DMP Diabetes mellitus Typ 2, in dem gegenwärtig etwa die Hälfte der von dieser Erkrankung Betroffenen versorgt wird. Insgesamt wurden seit Beginn der Programme fast 5 Millionen Patienten mit einer gültigen Erstdokumentation in eines oder mehrere der DMP eingeschrieben.

Ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom September 2007 sah vor, die aufwendige Dokumentation der DMP über eine Reduktion der zu dokumentierenden Einschreibekriterien zu vereinfachen. Außerdem soll künftig durch eine indikationsübergreifende Dokumentation eine Doppelung bei der Einschreibung multimorbider Patienten in mehrere Programme vermieden werden. Den Beschluss setzte der Gesetzgeber im Frühjahr 2008 mit der 17. Risikostrukturausgleichsverordnung um.

Gleichzeitig ist damit die im „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ geforderte elektronische Dokumentation – kurz eDMP – seit 1. Juli 2008 für alle DMP außer Brustkrebs obligatorisch. Die Einführungsphase gestaltete sich aufgrund der teilweise verspäteten Programmbereitstellung der Softwareanbieter schwierig, obwohl die KBV die notwendigen Rahmenvorgaben fristgerecht bekannt gegeben hatte.

Wesentlicher Zweck der DMP-Dokumentation ist neben der rechtssicheren Einschreibung von Patienten die Evaluation der Behandlungsdaten. Um den Datensatz so schlank wie möglich zu halten, sollen grundsätzlich nur solche Parameter dokumentiert werden, die für diese Zwecke benötigt und einer Auswertung zugeführt werden. Damit ist die Dokumentation nicht das Spiegelbild der im Rahmen der Versorgung notwendigen Maßnahmen, sondern bildet nur Teilaspekte ab. Die Anforderungen an die medizinischen Standards der Versorgung sind in der jeweiligen Anlage der Risikostrukturausgleichsverordnung festgelegt.

Ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und -weiterentwicklung innerhalb der DMP ist die Rückmeldung der kumulierten Behandlungsdaten an den Arzt. Hierzu wurde von der KBV ein Rückmeldesystem entwickelt und den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gebildeten gemeinsamen Einrichtungen zur Qualitätssicherung und Entwicklung der DMP, erstellen mit diesem System Feedbackberichte für die Vertragsärzte und Qualitätsberichte, die an das Bundesversicherungsamt weitergeleitet werden.

An die Vertragsärzte wurden allein im Jahre 2007 für alle Indikationen insgesamt 95.740 Feedbackberichte versandt. Damit bekommen die Ärzte eine Rückmeldung über ihre Behandlungstätigkeit, gemessen an den vereinbarten Qualitätszielen und im Vergleich zu den Daten ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. 2007 kam zu diesem Zweck für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 erstmals ein Kurzbericht zum Einsatz. Er enthält wie gewohnt alle relevanten Daten, jedoch prägnanter und übersichtlicher. Aufgrund der positiven Resonanz wird die KBV ab 2009 auch alle anderen Feedbackberichte auf dieses kompakte Format umstellen.

RÜCKMELDESYSTEM DER KBV GESAMTZAHL DER 2007 VERSANDTEN FEEDBACKBERICHTE

	Indikation						
	DM2	DM1	BK	KHK	Asthma [2]	COPD [2]	Asthma / COPD [2]
KV Baden-Württemberg	4.463	62	[1]	3.395	[1]	[1]	–
KV Bayerns	10.806	670	1.650	10.112	–	–	9.181
KV Berlin	2.449	[1]	[4]	2.262	425	440	–
KV Brandenburg	1.974	77	[1]	1.606	–	–	232
KV Bremen	570	25	83	462	379	352	–
KV Hamburg	586	[4]	139	328	[1]	[1]	–
KV Hessen [3]	–	–	–	–	–	–	–
KV Mecklenburg-Vorpommern	1.522	77	319	1.417	[1]	[1]	–
KV Niedersachsen	3.020	[1]	[1]	–	[1]	[1]	–
KV Nordrhein [3]	–	–	–	–	–	–	–
KV Rheinland-Pfalz	3.800	200	650	3.400	[1]	[1]	–
KV Saarland	764	[4]	168	553	[1]	[1]	–
KV Sachsen [3]	–	–	–	–	–	–	–
KV Sachsen-Anhalt	2.241	113	124	1.037	–	–	231
KV Schleswig-Holstein	1.904	64	495	1.432	694	613	–
KV Thüringen	1.664	32	52	490	–	–	[1]
KV Westfalen-Lippe	6.749	487	1.220	5.835	–	–	1.645
Summe	42.512	1.807	4.900	32.329	1.498	1.405	11.289
Gesamtsumme	95.740						

[1] Berichte ab 2008
[2] Für DMP Asthma und COPD können Einzelverträge oder kombinierte Verträge geschlossen werden.
[3] eigenes Rückmeldesystem
[4] kein Vertrag mit KV

DM2 = Diabetes mellitus Typ2
DM1 = Diabetes mellitus Typ1
BK = Brustkrebs
COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung
KHK = koronare Herzerkrankung

Inzwischen vorliegende Auswertungen der dem Bundesversicherungsamt übermittelten Qualitätsberichte zeigen eine positive Entwicklung bei der Erreichung der Qualitätsziele. So ist beispielsweise der Anteil der Typ-2-Diabetiker, die an einer qualifizierten Schulung teilgenommen haben, durch die Einführung des DMP erheblich gestiegen. Eine Übersicht aller derzeit in DMP-Verträgen ausgewerteten klinischen Qualitätsindikatoren ist im nächsten Kapitel zum AQUIK-Projekt der KBV (AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) auf Seite 34 aufgeführt.

Die KBV setzt sich im Gemeinsamen Bundesausschuss intensiv für die stetige medizinische und inhaltliche Weiterentwicklung der DMP ein. So wurde zum Beispiel Mitte 2008 mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses das Modul „chronische Herzinsuffizienz“ in das DMP koronare Herzerkrankung integriert. Auch sind die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie das DMP koronare Herzerkrankung inhaltlich aktualisiert worden.

Maßgeblich für die Umsetzung und Ausgestaltung der DMP sind die gesetzlichen Vorgaben und die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung. So wird der am 1. Januar 2009 in Kraft tretende morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich die finanziellen Rahmenbedingungen für die DMP verändern. Von den sich daraus ergebenden Konsequenzen wird es abhängen, ob sich die bisherige positive Entwicklung fortsetzen lässt – das heißt, ob sich diese Versorgungsform als ein für alle Beteiligten attraktives Angebot etabliert und zu einem dauerhaften Kernbestandteil der Versorgung von Chronikern wird.

VERTRAGSUMFANG DER DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
KV Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.200	4)	214.000
KV Bayerns	KV – alle Kassen	7.700	6.400	453.000
KV Berlin	KV – alle Kassen	1.800	1.300	125.000
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	1.200	1.200	137.000
KV Bremen	KV – alle Kassen	400	380	38.000
KV Hamburg	KV – alle Kassen	870	680	60.000
KV Hessen	kein Vertrag mit KV			
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.000	650	95.000
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.200	3.250	312.000
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	4.600	3.900	462.000
KV Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.400	1.900	124.000
KV Saarland	KV – alle Kassen	6.000	590	21.000
KV Sachsen	KV – alle Kassen	2.400	2.400	225.000
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.500	1.300	184.000
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.600	1.100	82.000
KV Thüringen	KV – alle Kassen	1.300	1.100	105.000
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.500	3.150	419.000

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
KV Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	160	4)	4.400
KV Bayerns	KV – alle Kassen	1.850	900	12.000
KV Berlin	Übergangsvereinbarung	60	50	1.400
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	60	60	4.600
KV Bremen	KV – alle Kassen	20	20	1.500
KV Hamburg	5)			
KV Hessen	KV – alle Kassen	160	140	3.200
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	50	50	2.500
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	180	130	4.900
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	720	250	18.800
KV Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	120	108	5.300
KV Saarland	5)			
KV Sachsen	KV – alle Kassen	120	120	7.600
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	140	120	5.300
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	50	40	5.700
KV Thüringen	KV – alle Kassen	50	50	2.600
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	650	230	16.500

1) abrechnende Ärzte IV. Quartal 2007
2) nach Erstdokumentation seit Programmbeginn
3) Daten von 2007 liegen nicht vor.
4) aus abrechnungstechnischen Gründen nicht zu ermitteln
5) kein Vertrag
Stand: 31. Dezember 2007

DMP KORONARE HERZERKRANKUNG

	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
KV Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	4.700	2.800	50.000
KV Bayerns	KV – alle Kassen	7.900	6.000	161.000
KV Berlin	KV – alle Kassen	1.700	1.200	60.000
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	1.250	1.150	74.000
KV Bremen	KV – alle Kassen	400	350	8.000
KV Hamburg	KV – alle Kassen	750	550	17.700
KV Hessen	KV – alle Kassen	3.200	2.300	115.000
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	960	890	50.000
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.000	2.900	77.000
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	4.700	3.500	112.000
KV Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.150	1.700	40.000
KV Saarland	KV – alle Kassen	620	3)	25.500
KV Sachsen	KV – alle Kassen	1.950	1.950	81.000
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.300	1.150	66.000
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.450	1.000	37.500
KV Thüringen	KV – alle Kassen	1.150	1.000	46.000
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.450	2.950	184.000

DMP BRUSTKREBS

	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
KV Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	1.400	450	6.000
KV Bayerns	KV – alle Kassen	2.350	900	15.000
KV Berlin	5)			
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	170	140	2.950
KV Bremen	KV – alle Kassen	80	70	2.100
KV Hamburg	KV – alle Kassen	200	120	1.200
KV Hessen	5)			
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	170	150	3.700
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	630	450	12.000
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	950	830	23.000
KV Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	320	260	5.600
KV Saarland	KV – alle Kassen	100	3)	1.800
KV Sachsen	KV – alle Kassen	240	240	2.300
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	150	110	1.250
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	530	270	5.350
KV Thüringen	KV – alle Kassen	140	140	2.000
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	800	460	22.000

1) abrechnende Ärzte IV. Quartal 2007
2) nach Erstdokumentation seit Programmbeginn
3) Daten von 2007 liegen nicht vor.
4) aus abrechnungstechnischen Gründen nicht zu ermitteln
5) bisher kein Vertrag
Stand: 31. Dezember 2007

DMP ASTHMA BRONCHIALE
DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)

	Vertragspartner	Erkrankung	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
KV Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	Asthma	3.000	4)	530
		COPD	6.200	4)	300
KV Bayerns	KV – alle Kassen	Asthma/COPD	7.100	Asthma 4.400	Asthma 55.000
				COPD 3.950	COPD 38.000
KV Berlin	KV – alle Kassen	Asthma	1.052	510	22.500
		COPD	950	500	19.800
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	Asthma	530	400	18.000
		COPD	600	440	19.300
KV Bremen	KV – alle Kassen	Asthma	330	270	7.900
		COPD	280	240	5.700
KV Hamburg	KV – alle Kassen	Asthma	540	270	4.200
		COPD	470	230	2.400
KV Hessen	KV – alle Kassen	Asthma	2.500	1.400	15.300
		COPD	2.300	1.350	12.200
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	Asthma	530	370	10.700
		COPD	500	350	8.700
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	Asthma	3.400	2.030	11.300
		COPD	3.050	1.850	8.700
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	Asthma	3.500	2.100	31.100
		COPD	3.400	2.100	35.300
KV Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen	Asthma	1.550	720	3.500
		COPD	1.420	790	4.300
KV Saarland	KV – alle Kassen	Asthma	500	3)	3.000
		COPD	450	3)	3.500
KV Sachsen	5)				
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	Asthma/COPD	920	590	Asthma 10.500
					COPD 9.850
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	Asthma	1.340	780	13.500
		COPD	1.200	740	9.900
KV Thüringen	KV – alle Kassen	Asthma/COPD	Asthma 670	Asthma 600	Asthma 9.500
			COPD 590	COPD 640	COPD 6.500
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	Asthma/COPD	3.130	1.700	58.700

1) abrechnende Ärzte IV. Quartal 2007
2) nach Erstdokumentation seit Programmbeginn
3) Daten von 2007 liegen nicht vor.
4) aus abrechnungstechnischen Gründen nicht zu ermitteln
5) ab Juli 2008
Stand: 31. Dezember 2007

AQUIK – AMBULANTE QUALITÄTS-INDIKATOREN UND KENNZAHLEN

Die Etablierung eines validen und transparenten Satzes von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung ist das erklärte Ziel des Projektes „AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“. In das bisherige Portfolio der ambulanten Qualitätsinstrumente mit dem Fokus auf Struktur- und Prozessqualität soll die Messung von sogenannten Versorgungsoutcomes (Ergebnisqualität) aufgenommen werden. Die Implementierung von Qualitätsindikatoren ermöglicht Vergleichbarkeit und Transparenz der Versorgung, Qualität wird greifbar gemacht. Mit einem Set valider Qualitätsindikatoren kann dabei der erreichte Grad der Versorgungsqualität abgebildet werden. Gleichzeitig eröffnet das die Möglichkeit, die Qualität ärztlicher Leistungen mit der Vergütung zu koppeln.

Als Voraussetzung dafür müssen Indikatoren entwickelt werden, die selbst höchsten Qualitätsanforderungen genügen. Das heißt, sie müssen evidenzgestützt, valide, reliabel, praktikabel, sensitiv und beeinflussbar sein. Das gilt in besonderem Maße für die Kopplung der Vergütung an die gemessene Qualität. Viele Fragen sind hierzu noch offen, einige davon beantwortet uns Herr Prof. Joachim Szecsenyi in seinem Interview auf Seite 12.

Am Anfang der Projektarbeit stand die systematische Recherche national und international verfügbarer Qualitätsindikatoren beziehungsweise Indikatorensets. Im Ergebnis konnte zwar eine große Anzahl von Qualitätsindikatoren mit Relevanz für die vertragsärztliche Versorgung identifiziert werden, allerdings existiert ein hoher Grad an Überschneidung ähnlicher, zum Teil wortgleicher Indikatoren. Die meisten Indikatorensets enthalten Indikatoren zu den großen Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz und Depression sowie Indikatoren zu präventiven Leistungen. Die Mehrheit der Indikatoren betrifft den hausärztlich-internistischen Bereich, wohingegen Indikatoren aus spezialisierten fachärztlichen Bereichen – zum Beispiel der invasiven Kardiologie – fehlen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die Fokussierung der Recherche auf vorwiegend internationale Versorgungsstrukturen, die sich vom deutschen System mit seiner spezialisierten ambulanten Versorgungsebene unterscheiden.

Bei dem Vergleich der international recherchierten Indikatoren mit den Inhalten in Deutschland geltender Qualitätsrichtlinien und Qualitätssicherungsvereinbarungen fiel eine hohe Kongruenz auf.

GEGENÜBERSTELLUNG BEREITS ANGEWANDTER INDIKATOREN ZU INDIKATOREN DES AQUIK-REGISTERS

Richtlinien / Qualitätssicherungsvereinbarung der vertragsärztlichen Versorgung	Qualitätsindikatoren AQUIK-Register
Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse: Mehr als 85 Prozent aller im Quartal mittels Hämodialyse behandelter Patienten haben einen Kt/V-Wert, der größer 1,2 ist.	Anteil der Patienten mit Hämodialyse, deren Kt/V-Wert (Dialyseleistung) im Beobachtungszeitraum größer oder gleich 1,2 war
Krebsfrüherkennungs-Richtlinien: Anspruch auf Brustkrebs-Screening (Mammographie) alle zwei Jahre ab 50 Jahren (50–70 Jahre)	Anteil der Frauen (50–69 Jahre), bei denen alle zwei Jahre eine Mammographie durchgeführt wurde
Mutterschafts-Richtlinien: Blutgruppenserologische Untersuchungen	Anteil der Patientinnen, die eine Blutgruppen- und Rhesustypbestimmung bis zum zweiten pränatalen Untersuchungstermin erhielten
Krebsfrüherkennungs-Richtlinien / Koloskopie-Vereinbarung: Bei mindestens 90 Prozent der Koloskopien konnten die vorgegebenen Strukturen identifiziert werden (Voraussetzung: vollständige Untersuchung bei guter Darmreinigung).	Anteil unvollständig durchgeführter Koloskopien während eines Zeitraums von sechs Monaten
Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie: Für kontrollbedürftige zytologische und histologische Befunde ist ein „Recall-System“ einzurichten.	Die Praxis hat ein Standardverfahren, das sicherstellt, dass unzulängliche und ungewöhnliche Zervix-Abstriche nachuntersucht werden.

Die Inhalte der in der vertragsärztlichen Versorgung gültigen Richtlinien und Qualitätssicherungsvereinbarungen insbesondere zu den Themenbereichen Mutterschaft, Dialyse, Qualitätsmanagement, Krebsfrüherkennung, Gesundheitsuntersuchung, Empfängnisverhütung, Koloskopie und Zytologie bilden sich in vielen international angewandten Indikatoren ab. Aufgrund dieser bereits etablierten Qualitätsanforderungen sind die entsprechenden Qualitätsindikatoren nicht in das erste AQUIK-Indikatorenset aufgenommen worden, bleiben aber wichtiger Bestandteil der für die ambulante Versorgung verfügbaren Qualitätsförderungsmaßnahmen.

Neben dem Bereich Prävention gehören chronische Krankheiten zu den häufigsten Themen, zu denen es international Qualitätsindikatoren gibt. Je nach Erkrankung entsprechen diese Indikatoren zu 80 bis 90 Prozent der jetzt schon in Deutschland im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) eingeführten Indikatoren bei:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Diabetes mellitus Typ 1
- Brustkrebs
- koronarer Herzerkrankung
- Asthma bronchiale
- chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)
- Herzinsuffizienz.

Eine Übersicht aller derzeit in DMP-Verträgen auf Arztebene regelmäßig ausgewerteten klinischen Qualitätsindikatoren ist in den folgenden Tabellen aufgelistet. Mit diesen Indikatoren, die Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarungen sind, findet bereits ein erheblicher Anteil der internationalen Qualitätsindikatoren beziehungsweise der darin fokussierten Themen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland Anwendung.

Auf der Grundlage der Rechercheergebnisse wurde ein vorläufiges Indikatorenset für die ambulante medizinische Versorgung erstellt, das sowohl fachgruppenübergreifende als auch fachgruppenspezifische Indikatoren umfasst. Die wichtigsten Auswahlkriterien für die Indikatoren waren ihre Relevanz für den ambulanten Sektor, eine hohe Prävalenz und ein relevantes Verbesserungspotenzial für die medizinische Versorgung. Mit dem Fokus auf den strukturierten Umgang mit chronischen Erkrankungen wurden daher alle großen Volkskrankheiten eingeschlossen. Dazu gehören Erkrankungen aus dem kardiovaskulären Bereich (zum Beispiel Herzinsuffizienz, Hypertonie), dem muskuloskelettalen Bereich (zum Beispiel Rückenschmerz, Rheuma), dem neuropsychiatrischen Bereich (zum Beispiel Depression, Demenz) und die DMP-Indikationen. Einem erwarteten Verbesserungspotenzial der ambulanten Versorgung für Bereiche wie Harninkontinenz oder Arzneimitteltherapiesicherheit soll durch die Sensibilisierung für medizinische Versorgungsprobleme begegnet werden. Zu diesen medizinischen Versorgungsproblemen wird die KBV baldmöglichst ein neues Vertragskonzept „Harninkontinenz“ vorstellen, beziehungsweise sich im Rahmen des Aktionsplanes Arzneimitteltherapiesicherheit des Bundesministeriums für Gesundheit engagieren. Handlungsleitend für die Auswahl weiterer spezieller Indikatoren war das Kriterium Patientenorientierung. Hinzu kommen ausgewählte Indikatoren zur Praxisorganisation und Dokumentation, die eine Quervernetzung zu den Qualitätszielen in „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®“, dem von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelten Qualitätsmanagementsystem, haben.

Im bisherigen Projektablauf wurde eine Bewertung und Adaptation bereits verfügbarer valider Indikatoren für den deutschen Versorgungskontext vorgenommen. Für die Abbildung von Versorgungsabschnitten oder -ketten für weitere relevante Krankheiten ist perspektivisch eine gezielte Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowohl für den haus- als auch für den fachärztlichen Bereich angedacht. Dabei wird die sektorenübergreifende Qualitätsförderung im Fokus stehen.

ÜBERSICHT DER IM RAHMEN DER DMP-VERTRÄGE AUF ARZTEBENE AUSGEWERTETEN KLINISCHEN QUALITÄTSINDIKATOREN

GRUNDLAGE SIND AUF BUNDESEBENE VEREINBARTE MUSTERVORGABEN MIT STAND AUGUST 2008 / IN EINZELNEN VERTRAGSREGIONEN SIND UNTERSCHIEDE MÖGLICH.

DMP ASTHMA BRONCHIALE

- Anteil der im DMP Asthma bronchiale eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP, die wegen Asthma bronchiale innerhalb der letzten sechs Monate notfallmäßig stationär behandelt wurden.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit Dauermedikation, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit einer erstmaligen systemischen Glukokortikoidtherapie über zwei aufeinanderfolgende Dokumentationen, die zum Facharzt überwiesen werden.

DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)

- Anteil der im DMP COPD eingeschriebenen Patienten, die rauchen.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP, die wegen COPD innerhalb der letzten sechs Monate notfallmäßig stationär behandelt wurden.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP, bei denen zwei oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung der letzten sechs Monate auftraten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird.
- Anzahl der eingeschriebenen Patienten, die in aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit einer erstmaligen systemischen Glukokortikoidtherapie über zwei aufeinanderfolgende Dokumentationen, die zum Facharzt überwiesen werden.

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

- Anteil der im DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschriebenen Patienten mit einem HbA1c-Wert von 8,5 Prozent oder höher.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit einem HbA1c-Wert, der gehalten werden soll, da sie den individuell vereinbarten Zielwert erreicht haben.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer am DMP, bei denen in den letzten zwölf Monaten schwere Hypoglykämien dokumentiert wurden.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP, die eine oder mehrere stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen Diabetes innerhalb der letzten sechs Monate der DMP-Teilnahme erhielten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten ab elf Jahren mit bekannter oder neu aufgetretener arterieller Hypertonie, bei denen normotensive Blutdruckwerte bestehen.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten ab elf Jahren mit persistierender pathologischer Albuminurie, bei denen das Serum-Kreatinin bestimmt wurde.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten ab elf Jahren ohne bereits bestehende diabetische Nephropathie, bei denen jährlich Albumin im Urin gemessen wird.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren, bei denen regelmäßig Maßnahmen zur Früherkennung von Folgeerkrankungen durchgeführt werden.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit, koronarer Herzerkrankung oder Schlaganfall, die einen Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit auffälligem Fußstatus (Fußläsion Wagner-Stadium 2–5 und/oder Armstrong-Klasse C oder D), die an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen wurden.

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

- Anteil der im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Patienten mit einem HbA1c-Wert von 8,5 Prozent oder höher.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit einem HbA1c-Wert, der gehalten werden soll, da sie den individuell vereinbarten Zielwert erreicht haben.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP, die zwei oder mehrere dokumentierte notfallmäßige Behandlungen von schweren Hypoglykämien erhielten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP, die eine oder mehrere stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen Diabetes innerhalb der letzten sechs Monate erhielten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit bekannter oder neu aufgetretener arterieller Hypertonie, bei denen normotensive Blutdruckwerte bestehen.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer am DMP, bei denen in den letzten zwölf Monaten das Serum-Kreatinin bestimmt wurde.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit, koronarer Herzerkrankung oder Schlaganfall, die einen Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit Übergewicht und einem oralen Antidiabetikum als Monotherapie, die mit Metformin behandelt werden.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer am DMP, die in den letzten zwölf Monaten vom Augenarzt untersucht wurden.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit auffälligem Fußstatus (Fußläsion Wagner-Stadium 2–5 und/oder Armstrong-Klasse C oder D), die an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen wurden.

DMP KORONARE HERZERKRANKUNG PLUS MODUL HERZINSUFFIZIENZ

- Anteil der im DMP koronare Herzerkrankung plus dem Modul Herzinsuffizienz eingeschriebenen Patienten mit bekannter oder neu aufgetretener arterieller Hypertonie, bei denen normotensive Blutdruckwerte bestehen.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten, die rauchen.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikation, die einen Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikation, die einen Betablocker erhalten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten mit Herzinsuffizienz ohne Kontraindikation, die einen ACE-Hemmer erhalten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikation, die einen HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin) erhalten.
- Anteil der eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikation mit Neu-Auftreten einer typischen oder atypischen Angina-Pectoris-Symptomatik und/oder neu aufgetretener Herzinsuffizienz, die überwiesen wurden.
- Anteil der am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten, die einen ACE-Hemmer erhalten.
- Anteil der am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten, die seit mindestens zwölf Monaten am DMP teilnehmen und bei denen die Serum-Elektrolyte bestimmt wurden.
- Anteil der am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten, die einen Betablocker erhalten.

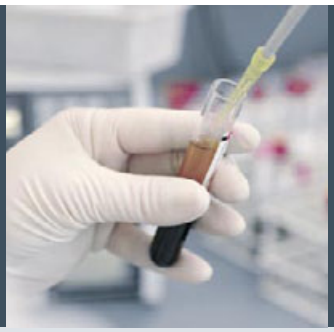
DMP BRUSTKREBS

- Anteil der im DMP Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit Erstdiagnose histologisch gesichertes invasives Mammakarzinom pT1, die brusterhaltend operiert wurden.
- Anteil der eingeschriebenen Patientinnen mit Axilladissektion und invasivem Tumor oder mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und Lymphknotenbefall bei invasivem Tumor, bei denen zehn oder mehr Lymphknoten entfernt wurden.
- Anteil der eingeschriebenen Patientinnen nach brusterhaltender Therapie bei invasivem Tumor, deren Nachbestrahlung regulär abgeschlossen wurde.
- Anteil der eingeschriebenen Patientinnen mit Erstmanifestation eines Primärtumors, bei denen eine Hormonrezeptoranalyse durchgeführt wurde.
- Anteil der eingeschriebenen Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom unter Ausschluss von Low-Risk-Patientinnen nach St. Gallen (älter als 35 Jahre, Rezeptor positiv, höchstens G1, höchstens T1, N0), deren adjuvante endokrine Therapie noch andauert oder regulär abgeschlossen wurde.
- Anteil der eingeschriebenen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem invasivem Tumor, bei denen eine adjuvante Chemotherapie noch andauert oder abgeschlossen wurde.
- Anteil der eingeschriebenen Patientinnen mit Knochenmetastasen, die eine Bisphosphonat-Therapie erhalten.

3

QUALITÄTSSICHERUNG

AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG AB SEITE 38
BUNDESWEIT GELTENDE REGELUNGEN AB SEITE 44



VERFAHREN	ANZAHL ÄRZTE
Magnetresonanz-Tomographie der Mamma	220
photodynamische Therapie am Augenhintergrund	360
Sozialpsychiatrie	500
invasive Kardiologie	600
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	740
Strahlentherapie	770
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	810
Schmerztherapie	910
Mammographie-Screening	1.000
zytologische Untersuchung v. Abstrichen d. Zervix Uteri	1.300
Blutreinigungsverfahren / Dialyse	1.500
Soziotherapie	1.600
Nuklearmedizin	1.600
Magnetresonanz-Tomographie	2.100
Osteodensitometrie	2.100
schlafbezogene Atmungsstörungen	2.300
Herzschrittmacher-Kontrolle	2.500
Mammographie (kurativ)	2.500
Koloskopie	2.700
substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	2.700
Computertomographie	3.000
Arthroskopie	3.100
otoakustische Emissionen	3.100
Onkologie	4.700
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	6.900
Akupunktur	12.000
Labor spezial	14.000
allgemeine Röntgendiagnostik	21.000
Langzeit-EKG-Untersuchung	27.000
ambulante Operationen	32.000
Ultraschalldiagnostik	70.000

RICHTLINIEN UND VEREINBARUNGEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG BETREFFEN KLEINE UND GROSSE ARZT- UND PATIENTENGRUPPEN. DAS BEDEUTET NICHT, DASS DIE REGELUNGS-TIEFE VON DIESEM FAKTOR ABHÄNGIG IST. DIESE RICHTET SICH ALLEIN NACH DER STABILITÄT ODER DER FEHLERANFÄLLIGKEIT DES JEWEILIGEN VERFAHRENS. HIER EIN ÜBERBLICK ZU AUSGEWÄHLTEN BEREICHEN.

AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die direkten Ansprechpartner der Ärzte und Psychotherapeuten für Fragen zu allen Themen der Qualität. Sie sind unter anderem verantwortlich für die Erteilung von Genehmigungen für eine Reihe von Verfahren, die in der vertragsärztlichen Versorgung unter einem Genehmigungsvorbehalt stehen. Das bedeutet, ein Arzt darf bestimmte Leistungen erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen und abrechnen, wenn ihm die entsprechende Genehmigung seiner Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde. Zudem prüft die Kassenärztliche Vereinigung die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen.

Während die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Umsetzung der Vereinbarungen und Richtlinien verantwortlich sind, vertritt die KBV die Vertragsärzteschaft auf Bundesebene in Verhandlungen mit den Vertragspartnern und in Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

Für die praktische Arbeit der KBV bedeutet dies vor allem Augenmaß zu bewahren, denn die Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung sind vielfältig, differenziert und wirkungsvoll. Doch sie sind auch mit einem administrativen Aufwand verbunden – für die Kassenärztlichen Vereinigungen, vor allem aber für den Arzt. Für die KBV muss der Wunsch und Anspruch nach der Überprüfbarkeit einer ärztlichen Leistung in einem angemessenen Verhältnis zu dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand und zu dem erwarteten Effekt einer Prüfung stehen.

Selbstverständlich ist es wünschenswert, die Ergebnisqualität einer medizinischen Leistung überprüfen zu können. Doch hier ergeben sich vielfältige Probleme. Zum Beispiel muss die individuelle Patientensituation berücksichtigt werden, die Krankenvorgeschichte und Lebenssituation, ebenso wie die Bereitschaft des Patienten, ärztlichen Therapieanweisungen zu folgen (Compliance). Die Einflüsse dieser, aber auch weiterer Faktoren sind vielfältig, sie messbar zu machen ist schwierig. Gleichwohl werden den Ärzten in verschiedenen Bereichen die Ergebnisse ihrer Arbeit im Vergleich zu ihrer unmittelbaren Kollegengruppe (in der Regel innerhalb des Gebiets der Kassenärztlichen Vereinigung) durch Feedbackberichte zurückgespiegelt.

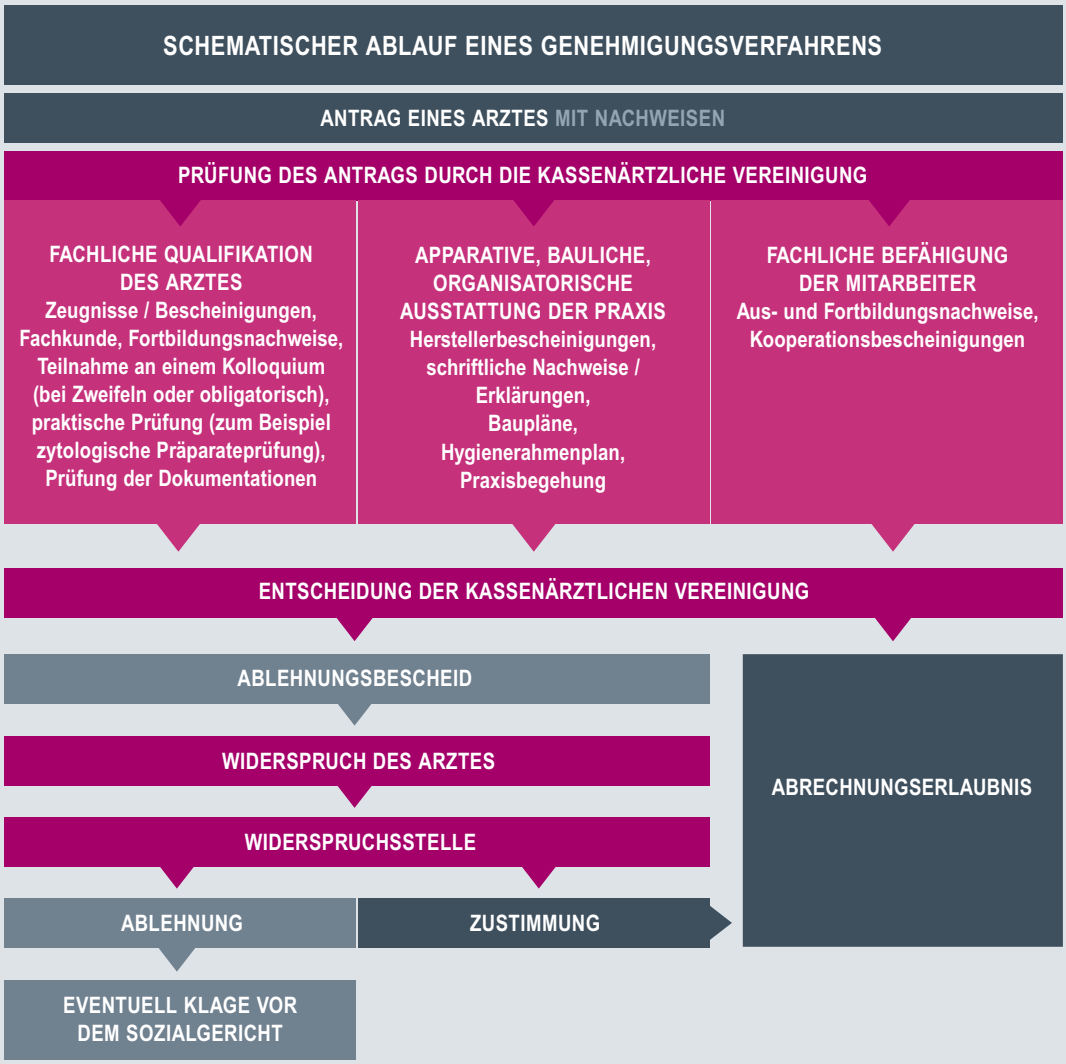
Einfacher scheint es da, die Prozessqualität einer medizinischen Intervention zu beurteilen. Beispiele hierfür sind die Hygieneprüfungen, indikatorengestützte Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Koloskopie (Vollständigkeit einer Koloskopie), jährliche Mindestfrequenzen, obligate Aus- und Fortbildungsnachweise und selbstverständlich auch die Dokumentationsüberprüfungen, in der Regel durch eine Stichprobe.

Besonderes Augenmerk wird in der vertragsärztlichen Versorgung auf Instrumente der Strukturqualität gelegt. Vor der Erteilung einer Genehmigung muss der Arzt nachweisen und belegen, dass er eine ausreichende Qualifikation hat, dass die apparativen und räumlichen Gegebenheiten seiner Praxis angemessen sind und auch ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter über die nötigen Qualifikationen verfügen. Damit wird ein einheitlicher Grundstandard für eine bestimmte Leistung verpflichtend vorgegeben. Das ist besonders wichtig, da von vielen medizinischen Methoden und Verfahren bekannt ist, dass sie unter Forschungsbedingungen im Rahmen von Studien zwar wirksam sind, aber erst durch die qualitätsgesicherte Erbringung der Leistung ein ähnlicher Erfolg unter alltäglichen Versorgungsbedingungen erwartet werden kann. Dies sicherzustellen ist eine der zentralen Aufgaben der KBV.

Instrumente der Qualitätssicherung

- Eingangsprüfung: fachliche Qualifikation des Arztes
- Eingangsprüfung: Praxisausstattung, apparative Ausstattung
- Eingangsprüfung: Qualifikation und Verfügbarkeit des nichtärztlichen Personals und gegebenenfalls weiterer Ärzte oder Kooperationspartner
- Präparateprüfung
- Fallsammlungsprüfung
- Kolloquium
- Praxisbegehung
- Hygieneprüfung
- Dokumentationsprüfung
- Stichprobenprüfungen: Dokumentation
- Stichprobenprüfungen: Indikationen
- Stichprobenprüfungen: Auffälligkeitsprüfungen
- indikatorengestützte Ergebnisse
- Zertifizierungen/Rezertifizierung
- Frequenzregelungen/Mindestmengen
- kontinuierliche Fortbildung/Qualitätszirkel/ Fallkonferenzen
- Feedback-Systeme, Benchmarking

Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt die Umsetzung der bundesweit geltenden und der darüber hinaus regional getroffenen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Zur Unterstützung ihrer Arbeit werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet, in denen im jeweiligen Bereich besonders erfahrene Ärzte ehrenamtlich tätig sind. Diese beurteilen beispielsweise die im Rahmen von Stichprobenprüfungen angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen in einem Peer-Review-Verfahren. Mit diesem System der Qualitätssicherung wurde ein dichtes Qualitätssicherungsnetz entwickelt, das im privatärztlichen oder stationären Bereich seinesgleichen sucht. Fast jeder Vertragsarzt besitzt eine oder mehrere Genehmigungen der Qualitätssicherungsvereinbarungen.



QUALITÄTSPRÜFUNGEN IM EINZELFALL NACH § 136 ABS. 2 SGB V

Die Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben ist ein erprobtes Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität von Leistungen und war bereits in der ersten Fassung des SGB V enthalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes seit dem 1. Januar 1989 verpflichtet, die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen durch Stichproben zu prüfen. Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt, während der (damalige) Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung bei den Stichprobenprüfungen in Richtlinien nach § 92 SGB V entwickeln sollte (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien). Umgesetzt wurde diese Verpflichtung in Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien nach § 136 SGB V zunächst im Jahre 1992 für die Bereiche Radiologische Diagnostik (Röntgendiagnostik und Computertomographie) sowie im Jahre 2000 für den Bereich Kernspintomographie.

BUNDESWEIT GELTENDE RICHTLINIEN	
Seite 57	Kernspintomographie (Magnetresonanz-Tomographie)
Seite 69	allgemeine Röntgendiagnostik / Computertomographie

REGIONALE VEREINBARUNGEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN ZU WEITEREN GENEHMIGUNGSBEREICHEN		
Seite 45	ambulante Operationen	KV Berlin
Seite 46	Arthroskopie	KV Baden-Württemberg, KV Bayerns, KV Berlin, KV Brandenburg, KV Bremen, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Niedersachsen, KV Sachsen-Anhalt, KV Schleswig-Holstein
Seite 49	Herzschrittmacher-Kontrolle	KV Berlin
Seite 55	Langzeit-EKG	KV Berlin, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Sachsen-Anhalt
Seite 69	Nuklearmedizin	KV Hamburg, KV Hessen, KV Rheinland-Pfalz
Seite 65	schlafbezogene Atmungsstörungen	KV Brandenburg
Seite 69	Strahlentherapie	KV Rheinland-Pfalz
Seite 71	Ultraschalldiagnostik	KV Berlin, KV Brandenburg, KV Hamburg, KV Hessen, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Saarland, KV Sachsen, KV Schleswig-Holstein

Durchführungsbestimmungen zu diesen Prüfungen sind in den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V festgelegt. Mit Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 1. Januar 2007 wurde die bisher bewährte Praxis weiterentwickelt und hinsichtlich Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen konkretisiert.

Gemäß der neuen Richtlinie werden in Leistungsbereichen, in denen Stichproben durchgeführt werden, pro Jahr in der Regel mindestens vier Prozent der Ärzte überprüft, die die entsprechende Leistung abgerechnet haben. Die Auswahl erfolgt zufällig und umfasst die Prüfung von zwölf Fällen, deren Auswahl ebenfalls zufällig erfolgt. Ein Abweichen von den geforderten Zahlen ist möglich, eine Unterschreitung jedoch nur in begründeten Ausnahmefällen. In den Prüfungen wird die Qualität der jeweiligen Untersuchung auf der Grundlage der schriftlichen und gegebenenfalls bildlichen Dokumentationen beurteilt. Eine Überprüfung kann auch kriterienbezogen veranlasst werden, zum Beispiel bei begründeten Hinweisen auf eine unzureichende Behandlungsqualität. In den Kassenärztlichen Vereinigungen führen die Qualitätssicherungskommissionen der jeweiligen Leistungsbereiche die Prüfungen durch. Vereinheitlicht wurden mit der neuen Richtlinie auch die Beurteilungskategorien („keine“, „geringe“, „erhebliche“ oder „schwerwiegende“ Beanstandungen). Allerdings ist die Zuordnung von Mängeln zu einer Beurteilungskategorie sowie die Bildung einer Gesamtbeurteilung aus den Beurteilungen der einzelnen Fälle nicht allgemein operationalisiert, was einen Vergleich der Ergebnisse aus verschiedenen Qualitätssicherungskommissionen erschwert. Den Kassenärztlichen Vereinigungen stehen bei eventuell festgestellten Mängeln eine Reihe von Maßnahmen zur Verfügung. Diese reichen vom Beratungsgespräch bis zum Genehmigungswiderruf.

Ein jährlicher Bericht informiert den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Prüfergebnisse aller Kassenärztlichen Vereinigungen. Die neue Richtlinie hält einen Mindeststandard fest, der bereits zuvor in einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich überschritten wurde, wenngleich eine bundesweite Zusammenschau der Prüfungen bisher nicht verfügbar war. Neben den Stichprobenprüfungen nach § 136 SGB V finden auch in anderen Bereichen Dokumentationsprüfungen statt. Einzelheiten hierzu finden Sie auf den folgenden Seiten bei den jeweiligen Methoden.

Im vorliegenden Bericht stellen wir Ihnen die Ergebnisse aus den Stichprobenprüfungen in den entsprechenden Leistungsbereichen vor.

Die Durchführung der Stichprobenprüfungen obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung, die für die einzelnen Leistungsbereiche Qualitätssicherungskommissionen einrichtet. Die Vorgaben für die Besetzung der Kommissionen sind detailliert. Sie müssen mit mindestens drei Ärzten besetzt sein, die in dem jeweiligen Leistungsbereich besonders erfahren sind und Kenntnisse oder Erfahrungen in der Qualitätssicherung besitzen. Mindestens ein Mitglied soll eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in dem jeweiligen Leistungsbereich haben. Sofern in dem Leistungsbereich besondere ärztliche Fertigkeiten erforderlich sind, muss mindestens ein Kommissionsmitglied auch über diese besonderen Erfahrungen verfügen. Bei Bedarf können Sachverständige beratend hinzugezogen werden. Ärztliche Vertreter der Kassen mit beratendem Status und ohne Stimmrecht können benannt, Beobachter des Gemeinsamen Bundesausschusses zugelassen werden.

Nicht für jeden Leistungsbereich ist eine eigene Qualitätssicherungskommission durch die Kassenärztliche Vereinigung zu bilden. Vielmehr kann eine Qualitätssicherungskommission auch für mehrere Leistungsbereiche sowie für die Bereiche mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen zuständig sein. Auch sind diese Kommissionen nicht allein bei den Stichprobenprüfungen aktiv. Der dort vorhandene Sachverstand wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Beispiel auch bei der Durchführung von Kolloquien herangezogen.

Auch die Angaben zu den Qualitätssicherungskommissionen werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss jährlich übermittelt.

	Kommissionen	Mitglieder	Bereich
ALLGEMEINE RÖNTGENDIAGNOSTIK			
KV Baden-Württemberg	5	38 ÄM KV	allg. Rad + CT
KV Bayerns	1	7 ÄV KV / 32 ÄM KV 7 MedPhys KV	allg. Rad.
KV Berlin	1	9 ÄM KV / 32 Ä STV KV	allg. Rad + CT
KV Brandenburg	1	7 ÄM KV	allg. Rad. + CT
KV Bremen 1)	1	7 ÄM KV	alle Gebiete Rad. + MRT
KV Hamburg	1	25 ÄM KV / 3 SV KV	alle Gebiete Rad.
KV Hessen	7	38 ÄM KV	allg. Rad.
KV Mecklenburg-Vorpommern	1	9 ÄM KV	allg. Rad. + CT
KV Niedersachsen 2)	ärztliche Stelle HB N		allg. Rad. + CT
KV Nordrhein 2)	ärztliche Stelle No		allg. Rad. + CT
KV Rheinland-Pfalz 1)	5	25 ÄM KV / 1 Ä SV KV	allg. Rad. + CT
KV Saarland	1	12 ÄM KV	alle Gebiete Rad.
KV Sachsen	1	4 ÄM KV / 3 Ä STV KV 6 Fachberater	allg. Rad.
KV Sachsen-Anhalt	1	10 ÄM KV	alle Gebiete Rad. + MRT
KV Schleswig-Holstein	1	6 ÄM KV / 6 Ä SV KV	allg. Rad. + CT
KV Thüringen 1)	1	12 ÄM KV	allg. Rad.
KV Westfalen-Lippe		6 ÄM KV / 16 Ä SV KV	allg. Rad. + inv. Kardiol.
COMPUTERTOMOGRAPHIE			
KV Baden-Württemberg	5	38 ÄM KV	allg. Rad. + CT
KV Bayerns	1	1 ÄV KV / 5 ÄM KV 7 MedPhys KV	CT
KV Berlin	1	9 ÄM KV / 32 Ä SV KV	allg. Rad. + CT
KV Brandenburg	1	7 ÄM KV	allg. Rad. + CT
KV Bremen 1)	1	7 ÄM KV	alle Gebiete Rad. + MRT
KV Hamburg	1	25 ÄM KV / 3 SV KV	alle Gebiete Radiologie
KV Hessen	1	21 ÄM KV	CT
KV Mecklenburg-Vorpommern	1	9 ÄM KV	allg. Rad. + CT
KV Niedersachsen 2)	ärztliche Stelle HB N		allg. Rad. + CT
KV Nordrhein 2)	ärztliche Stelle No		allg. Rad. + CT
KV Rheinland-Pfalz 1)	5	25 ÄM KV / 1 Ä SV KV	allg. Rad. + CT
KV Saarland	1	12 ÄM KV	alle Gebiete Radiologie
KV Sachsen	1	3 ÄM KV / 2 Ä STV KV	CT
KV Sachsen-Anhalt	1	10 ÄM KV	alle Gebiete Rad. + MRT
KV Schleswig-Holstein	1	6 ÄM KV / 6 Ä SV KV	allg. Rad. + CT
KV Thüringen 1)	1	5 ÄM KV	CT
KV Westfalen-Lippe		6 ÄM KV / 16 Ä SV KV	allg. Rad. + inv. Kardiologie

1) Routineprüfungen durch ärztliche Stellen
2) Routine- und Stichprobenprüfungen durch ärztliche Stellen
3) keine Angaben
ÄV = ärztlicher Vorsitzender
ÄM = ärztliches Mitglied
ÄT KK = ärztlicher Teilnehmer der Krankenkassen
MedPhys = Medizinphysiker
STV = Stellvertreter
SV = Sachverständiger
allg. Rad. = allgemeine Röntgendiagnostik
amb. OP = ambulante Operationen

CT = Computertomographie
Herz. = Herzschrittmacher-Kontrolle
inv. Kardiol. = invasive Kardiologie
MRT = Magnetresonanz-Tomographie/Kernspintomographie
HB = Bremen
HH = Hamburg
MV = Mecklenburg-Vorpommern
N = Niedersachsen
No = Nordrhein
SH = Schleswig-Holstein

	Kommissionen	Mitglieder	Bereich
KERNSPINTOMOGRAPHIE			
KV Baden-Württemberg	1	9 ÄM KV	MRT
KV Bayerns	1	2 ÄV KV / 6 ÄM KV 2 MedPhys KV	MRT
KV Berlin 3)			
KV Brandenburg	1	4 ÄM KV	MRT
KV Bremen	1	7ÄM KV	alle Gebiete Rad. + MRT
KV Hamburg	HH MVSH	3 ÄM KV / 3 SV KV	MRT
KV Hessen	2	18 ÄM KV	MRT
KV Mecklenburg-Vorpommern	HH MV SH	3 ÄM KV / 3 SV KV	MRT
KV Niedersachsen	1	5 ÄM KV / 1 ÄT KK	MRT
KV Nordrhein	1	3 ÄM KV / 3 Ä SV KV	MRT
KV Rheinland-Pfalz	1	4 ÄM KV / 4 Ä SV KV	MRT
KV Saarland	1	5 ÄM KV	MRT
KV Sachsen	1	3 ÄM KV / 2 Ä STV KV 2 Fachberater	MRT
KV Sachsen-Anhalt	1	10 ÄM KV	alle Gebiete Rad. + MRT
KV Schleswig-Holstein	HH MV SH	3 ÄM KV / 3 SV KV	MRT
KV Thüringen	1	3 ÄM KV	MRT
KV Westfalen-Lippe	1	3 ÄM KV / 1 Ä SV KV	MRT
NUKLEARMEDIZIN			
KV Hamburg	1	25 ÄM KV / 3 SV KV	alle Gebiete Radiologie
KV Hessen	2	10 ÄM KV	Nuklearmedizin
KV Rheinland-Pfalz	1	3 ÄM / 3 Ä SV / 3 MedPhys	Nuklearmedizin
STRAHLENTHERAPIE			
KV Rheinland-Pfalz	1	3 ÄM / 3 Ä SV / 4 MedPhys	Strahlentherapie
HERZSCHRITTMACHER			
KV Berlin	1	5 ÄM KV / 5 Ä SV	Herzschrittmacher
LANGZEIT-EKG			
KV Berlin	1	5 ÄM KV / 5 Ä STV	Langzeit-EKG
KV Mecklenburg-Vorpommern	1	4 ÄM	Langzeit-EKG
KV Sachsen-Anhalt	1	3 ÄM	Langzeit-EKG (Herz.)
AMBULANTES OPERIEREN			
KV Berlin	1	12 ÄM KV	amb. OP, inkl. Arthroskopie
ARTHROSKOPIE			
KV Baden-Württemberg	1		Arthroskopie
KV Bayerns	1	1 ÄV KV / 5 ÄM KV	Arthroskopie
KV Berlin	1	12 ÄM KV	amb. OP, inkl. Arthroskopie
KV Brandenburg	1	3 ÄM KV	Arthroskopie
KV Bremen 3)			
KV Mecklenburg-Vorpommern	1	3 ÄM	Arthroskopie
KV Niedersachsen	1	3 ÄM KV / 1 ÄT KK	Arthroskopie
KV Sachsen-Anhalt	1	3 ÄM	Arthroskopie
KV Schleswig-Holstein	1	3 KV-Mitglieder / 10 Vertreter	Arthroskopie (amb. OP)
ULTRASCHALL			
KV Berlin	1	12 ÄM KV / 54 Ä STV	
KV Brandenburg	1	5 ÄM KV / 13 Ä SV	
KV Hamburg 3)			
KV Hessen 3)			
KV Mecklenburg-Vorpommern	1	6 ÄM	
KV Saarland	1	16 ÄM	
KV Sachsen		19 ÄM KV / 3 STV KV 24 Fachberater	
KV Schleswig-Holstein 3)			
SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN			
KV Brandenburg	1	4 ÄM KV	

BUNDESWEIT GELTENDE REGELUNGEN

AKUPUNKTUR

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei wiederholt nicht bestandener Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** jährliche Prüfung von fünf Prozent der Leistungserbringer; zwölf abgerechnete Fälle und 18 abgerechnete Ausnahmefälle hinsichtlich Dokumentation des Therapieplans, sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. an Qualitätszirkeln zum Thema chronische Schmerzen
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch Vertragspartner festgelegt
✓	**BERATUNG** Beratung bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 9.7.2003
Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 9.5.2003

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzten; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Indikationsstellung für jeden Einzelfall zu dokumentieren und zur Prüfung an beratende Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** ergänzende ärztliche Beurteilung
	BERATUNG

AMBULANTE OPERATIONEN

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien, Rechtsgrundlage: § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.10.2006

✔	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu organisatorischen, baulichen, apparate-technischen und hygienischen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
✔	**FREQUENZREGELUNG** für Leistungsbereiche (Koloskopie und invasive Kardiologie) analog Vereinbarungen nach § 135 Abs 2 SGB V; weitere Regelungen möglich
	REZERTIFIZIERUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** durch Landeskommission ambulantes Operieren bei Qualitätsdefiziten nach Datenauswertung
✔ regionale Vereinbarungen	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** Benchmarkbericht über Landeskommission Qualitätssicherung ambulantes Operieren; Evaluation über Bundeskommission Qualitätssicherung ambulantes Operieren
✔	**BERATUNG** gegebenenfalls am Ort der Leistungserbringung durch Landeskommission Qualitätssicherung ambulantes Operieren

✔ regionale Vereinbarungen

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN
auf Grundlage der regionalen Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung. Angaben zu Prüfungen umfassen ambulante Operationen und Arthroskopien.

	Genehmigungen	geprüfte Ärzte Anzahl (%)	Beanstandungen			
			ohne	gering	erheblich	schwerwiegend
KV Berlin	1.354	28 (2,1)	27	1	0	0

ARTHROSKOPIE

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994

✔	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✔✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔✔	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

✔✔ regionale Vereinbarungen

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN
auf Grundlage der regionalen Vereinbarung nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung. Prüfungen der KV Berlin erfolgen im Rahmen der Prüfungen zum ambulanten Operieren.

	Genehmigungen	geprüfte Ärzte Anzahl (%)	Beanstandungen			
			ohne	gering	erheblich	schwerwiegend
KV Baden-Württemberg	436	39 (8,9)	4	7	17	
KV Bayerns	636	35 (5,5)	13*	11*	3*	
KV Brandenburg	48	4 (9,3)	3	1	0	
KV Hamburg	31	26 (83,9)	7	3	15	
KV Mecklenburg-Vorpommern	44	7 (15,9)	2	1	1	
KV Niedersachsen	289	35 (12,1)	1	16	5	
KV Sachsen-Anhalt	39	2 (5,1)	2	0	0	
KV Schleswig-Holstein	107	16 (15,0)	3	2	2	

*) Teilergebnisse

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN/DIALYSE

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 9.5.2003 **Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten,** Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2005 **Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse),** Rechtsgrundlage: § 136 und § 136a SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert 3.10.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
✓	**REZERTIFIZIERUNG** quartalsweise Auswertung der Vollerhebung mit gegebenenfalls Veranlassung einer Stichprobenprüfung (ab 1.1.2009: bei Mängeln Auflagen, gegebenenfalls Genehmigungsentzug)
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und im Rahmen der Überprüfungsverfahren
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Vierteljährliche Stichprobenprüfung bei auffälligen Werten, bei begründetem Verdacht und durch Zufallsauswahl
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** Vollerhebung; elektronische Dokumentation extern durch Datenanalyst: vergleichende Quartalsberichte an Kassenärztliche Vereinigungen und jede Einrichtung; Jahresberichte an den Gemeinsamen Bundesausschuss
✓	**BERATUNG** Beratung bei Auffälligkeiten in der Stichprobenprüfung und auf Wunsch der Einrichtung

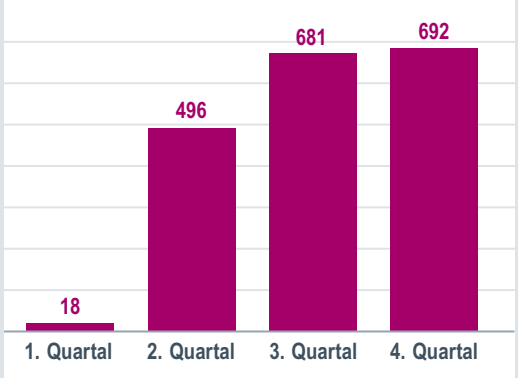
UMSETZUNG DER NEUEN QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE

Zusätzlich zu der bereits gültigen Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren und der Anlage im Bundesmantel-/Ersatzkassenvertrag zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten ist Mitte 2006 die Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung in Kraft getreten. Mit dieser neuen Richtlinie wurden bereits existente Initiativen aufgegriffen und in einer bundesweit gültigen Richtlinie für alle Ärzte in diesem Bereich verpflichtend. Zu deren Umsetzung konnten Anfang 2007 umfangreiche Vorarbeiten abgeschlossen werden. Hierzu gehörte eine europaweite Ausschreibung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für die Vergabe der zentralen Datenanalyse. Den Zuschlag erhielt die Firma MNC GmbH aus Münster. Im April 2007 war MNC vertragsgemäß betriebsbereit. Gleichzeitig konnten die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Infrastruktur zur papierlosen Datenübermittlung von den Dialyseeinrichtungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen zum zentralen Datenanalysten gewährleisten. Die strengen Anforderungen an den Datenschutz wurden dabei genauso berücksichtigt, wie die Anwenderfreundlichkeit für den dokumentierenden Arzt. So konnten bereits erste Behandlungsdaten der Dialyse des ersten Quartals 2007 an den zentralen Datenanalysten übermittelt werden. Bis zur flächendeckenden Installation zertifizierter Software zum Datenaustausch erfolgte die Datenübermittlung der etwa 770 Dialyseeinrichtungen freiwillig. Ab dem dritten Quartal 2007 ist die Teilnahme an der datengestützten Qualitätssicherung verpflichtend für alle Einrichtungen, die Dialysebehandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen. Entsprechend schnell stieg die Anzahl der dokumentierenden Einrichtungen im Laufe des Jahres (siehe Abbildung). Nach anfänglichen Problemen mit Datenformaten und komplexen Datenverschlüsselungen konnten Ende

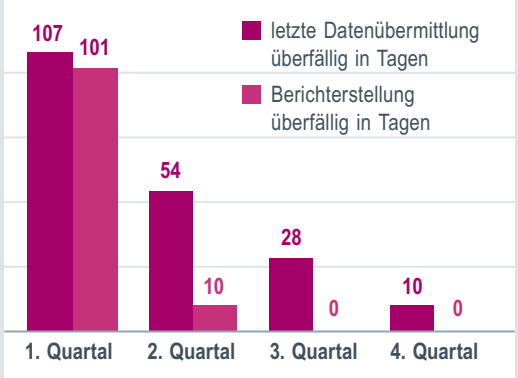
2007 die in der Richtlinie festgelegten Fristen zur Datenübermittlung an den Datenanalysten sowie die Erstellung der Rückmeldeberichte durch den Analysten an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Einrichtungen erreicht werden (siehe Abbildung). So stehen die Rückmeldeberichte bereits am Ende des jeweiligen Folgequartals zur Verfügung. Sie dienen den Kassenärztlichen Vereinigungen als Grundlage für etwaige Stichprobenprüfungen und ermöglichen den einzelnen Dialyseeinrichtungen einen Vergleich ihrer erreichten Qualitätsstandards mit denen anderer Einrichtungen. Das ist eine einzigartige Zeitnähe für eine datengestützte Qualitätssicherung mit Benchmarkberichten. Nur so kann die Dialysepraxis ihre Therapieoptionen gegebenenfalls im Vergleich mit anderen Einrichtungen und unter Berücksichtigung des Einzelfalls optimieren.

Im Frühjahr 2008 ist der erste Jahresbericht des Zentralen Datenanalysten erschienen, der über die Anlaufphase dieser Qualitätssicherungsmaßnahme einschließlich der ersten Ergebnisse berichtet.

DOKUMENTATIONSVERLAUF
EINRICHTUNGEN 2007



ENTWICKLUNG DATENÜBERMITTLUNG
BERICHTERSTELLUNG 2007



HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2006

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis apparativer Ausstattung
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

✓ regionale Vereinbarungen

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN
auf Grundlage der regionalen Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	Genehmigungen	geprüfte Ärzte Anzahl (%)	Beanstandungen			
			ohne	gering	erheblich	schwerwiegend
KV Berlin	78	8 (10,3)		1	0	0

EXKURS: DR. KARIN RYBAK HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

„DIESE VEREINBARUNG LEISTET EINEN ERHEBLICHEN BEITRAG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG AUF DEM GEBIET DER HERZSCHRITTMACHERTHERAPIE."

Dr. Karin Rybak ist niedergelassene Kardiologin in Dessau und unter anderem Mitglied des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft Herzschrittmacher und Arrhythmie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Beauftragte des Bundesverbands Niedergelassener Kardiologen für Schrittmacher- und Defibrillatoren-Fragen und beratendes Mitglied der Kommission Herzschrittmacher/Langzeit-EKG der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt. Sie berichtet über ihre Erfahrungen mit der zum 1. April 2006 in Kraft getretenen Neufassung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle:

In Deutschland leben derzeit eine halbe Million Menschen mit einem permanenten Herzschrittmacher und etwa 50.000 mit einem implantierten Defibrillator (ICD). Die jährliche Neuimplantationsrate liegt bei 90.000 Schrittmachern und 18.000 ICD mit steigender Tendenz. Während es bei Einführung der transvenösen Schrittmacherversorgung vor nunmehr 50 Jahren zunächst nur um das Überleben des Patienten und das Beherrschen der Technik ging, entwickelte sich die Schrittmachertechnologie in den 70er-Jahren immer mehr zu „physiologischen" Systemen, längeren Batterielaufzeiten und sichereren Elektroden.

Ziel der Entwicklungsarbeit in den vergangenen Jahren war, die Systeme noch physiologischer zu gestalten, noch stärker zu automatisieren und noch mehr Diagnostikfunktionen zu integrieren. Das hatte zur Folge, dass die Aggregate technisch aufwendiger wurden, die Nachsorge sich dementsprechend umfangreicher und anspruchsvoller gestaltete und die Anforderungen an das Wissen der Ärzte ständig stieg.

Dieser Entwicklung hat die KBV durch eine Initiative zur Neuregelung der seit 1992 geltenden „Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle auf dem Gebiet der Nachbetreuung von Patienten mit Schrittmacher/Defibrillator“ Rechnung getragen. Korrespondierend zu dieser bisher geltenden Vereinbarung existierte bis zum Jahre 2005 neben den Abrechnungsziffern 621 und 622 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (vollständige Schrittmacher-Kontrolle bei Ein- beziehungsweise Zweikammersystemen) auch die Ziffer 620, die lediglich die Messung des Batteriezustands und der Magnetfrequenz umfasste. Dieser in Ziffer 620 beschriebene Leistungsumfang einer Schrittmacherkontrolle war aber vor dem Hintergrund der sich ständig weiterentwickelnden Systeme so nicht mehr vertretbar. Eine komplette Schrittmacherkontrolle umfasst im Wesentlichen die Messung des Batteriestatus und der Elektrodenimpedanz sowie die Abfrage der programmierten Parameter und der Inhalte der Diagnostikspeicher. Diese Daten werden ausschließlich durch telemetrische Abfrage des Schrittmacher-/ICD-Aggregats mittels eines dem Aggregat entsprechenden Programmiergeräts gewonnen. Alle derzeit auf dem Markt befindlichen Schrittmacheraggregate verfügen über diese Option. Sie ist Voraussetzung für eine optimale patientenadaptierte Programmierung der Geräte. Die Kontrolle der Schrittmachersysteme durch alleinige Magnetauflage ist als obsolet zu betrachten.

In der neugefassten Vereinbarung wurden sowohl fachliche als auch apparative Voraussetzungen für die Leistungserbringung der Gebührenposition 13552 des ab dem 1. April 2005 gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs festgelegt. Im Rahmen der Übergangsbestimmungen erhalten Ärzte, die bisher die Genehmigung zur Abrechnung der kompletten Schrittmacherkontrolle hatten, diese auch weiter, wenn sie nachweisen können, dass sie über ein entsprechendes Programmiergerät, einen geeigneten EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen und wie bisher über eine entsprechende Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung verfügen. Ärzte, die ausschließlich Überprüfungen des Batteriezustands eines Herzschrittmachers (Leistungen nach der Nummer 620 des bis zum 31. März 2005 geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabs) durchgeführt haben, erhalten nur dann eine Genehmigung, wenn sie die in den neuen Richtlinien geforderte Qualifikation und die entsprechende apparative Ausstattung nachweisen können.

Diese Vereinbarung leistete einen erheblichen Beitrag zur Qualitätssteigerung auf dem Gebiet der Herzschrittmachertherapie. In der Umsetzung bedeutete dies allerdings – zumindest für die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt – einen nicht unerheblichen Aufwand, da die Praxen aller bisher zugelassenen Ärzte auf das Vorhandensein der neuen apparativen Voraussetzungen überprüft wurden.

Nach Analyse der Abrechnungszahlen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt vor und nach Einführung der neuen Vereinbarung ist rückblickend zu vermuten, dass Patienten nur selten ausschließlich hinsichtlich des Batteriezustands ihres Schrittmachers untersucht wurden. Wahrscheinlicher ist, dass die Patienten in der Regel eine Überweisung zur Funktionsanalyse erhielten, denn die Zahl der abgerechneten Gebührenpositionen für diese Leistung ist in etwa gleich geblieben. Interessanterweise hat es seitens der Kollegen, die bisher nur die Genehmigung zur Batteriekontrolle besaßen, sehr wenige Anträge auf Erweiterung der Abrechnungsgenehmigung gegeben. Regional sicher unterschiedlich häufig haben auch einige Kollegen, die bisher eine Genehmigung zur kompletten Funktionsanalyse hatten, ihre Abrechnungsgenehmigung mit Inkrafttreten der neuen Vereinbarung zurückgegeben.

Aus meiner Erfahrung als niedergelassene Kardiologin birgt der Sachverhalt, dass es keine unterschiedlichen Abrechnungsziffern für die Funktionsanalyse von Schrittmachern und Defibrillatoren/CRT-Systemen (biventrikuläre Schrittmacher zur kardialen Resynchronisation) gibt, Probleme in sich. Diese komplexen Systeme sollten nach meiner Ansicht zwingend in der Hand des Kardiologen bleiben, während dies für Schrittmacher im Normalfall nicht notwendig ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben durch die Zusammenfassung in eine Genehmigung/Abrechnungsziffer keine Kontrolle darüber, ob nur Schrittmacher kontrolliert werden oder ob – gegebenenfalls ohne ausreichende Qualifikation für die komplexen Systeme – auch CRT-Aggregate nachgesorgt werden. Dies kann auch in Hinblick auf ermächtigte Krankenhausambulanzen problematisch sein.

Trotz dieser Einschränkung ist sicher, dass die neuen Qualitätssicherungsmaßnahmen einen enorm wichtigen Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen ambulanten Betreuung von Patienten mit implantierbaren Devices darstellen. Entscheidend ist nun die konsequente Umsetzung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen für Durchführung und Nachbetreuung; organisatorische Vorgaben für Durchführung und Nachbetreuung
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
✓	**FREQUENZREGELUNG** innerhalb zwölf Monaten 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen; bei Genehmigung zu therapeutischen Eingriffen davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Kassenärztliche Vereinigung kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

INVASIVE KARDIOLOGIE

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1999

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
✓	**FREQUENZREGELUNG** innerhalb zwölf Monaten 150 Linksherzkatheterisierungen, bei Genehmigung zu therapeutischen Katheterisierungen davon mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Kassenärztliche Vereinigung kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

KOLOSKOPIE

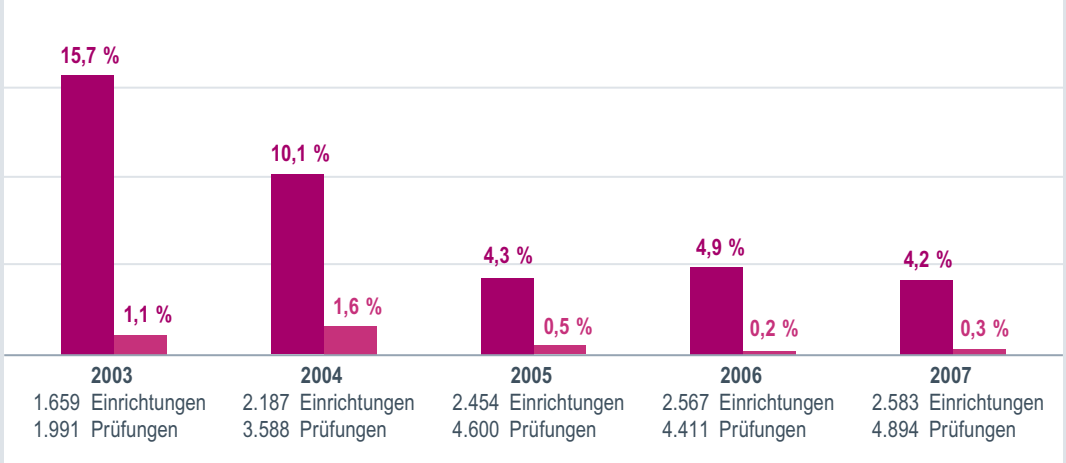
Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.10.2006

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
✓	**FREQUENZREGELUNG** innerhalb zwölf Monaten 200 totale Koloskopien, zehn Polypektomien, jeweils ohne Mängel; gilt nicht für Kinderärzte und -chirurgen
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** Hygieneprüfung durch anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Begehung durch die Kommission gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** von allen Ärzten Dokumentationen von 20 abgerechneten totalen Koloskopien und, außer bei Kinderärzten und Kinderchirurgen, zu fünf Polypektomien
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Ergebnisse der Hygieneprüfung sowie arztbezogene Auswertung der durchgeführten Polypektomien; Bericht an Vertragspartner
✓	**BERATUNG** Beratung bei Mängeln in der Hygieneprüfung, gegebenenfalls am Ort der Leistungserbringung

Eine Besonderheit der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie ist die halbjährlich durchzuführende Hygieneprüfung. Die Prüfungen führen Hygieneinstitute durch, die ihre Expertise gegenüber den beauftragenden Kassenärztlichen Vereinigungen nachgewiesen haben. Stellen sie bei den Prüfungen Mängel fest, hat die Einrichung drei Monate Zeit diese abzustellen. Danach erfolgt eine erneute Prüfung. Falls hier wiederum Mängel auftreten, muss sich die Praxis nach weiteren drei Wochen noch einmal prüfen lassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben – je nach Prüfergebnis – die Möglichkeit, einen Widerruf der Genehmigung auszusprechen.

Hygieneprüfungen in dieser Form werden mittlerweile seit dem Jahr 2002 durchgeführt. An den Ergebnissen sieht man deutlich, dass diese Prüfungen mehr und mehr zu verbesserten Routineprozeduren in den Praxen geführt haben. Lag die Beanstandungsquote in der ersten Prüfrunde noch bei über 15 Prozent, hat sie sich nun seit drei Jahren konstant in einem Bereich um die 4,5 Prozent eingespielt, und nur in Außnahmefällen ist eine dritte Prüfung notwendig. Untersuchungen darüber, ob diese Beanstandungsquoten im Vergleich zu stationären Einrichtungen oder gar im internationalen Vergleich hoch oder niedrig sind, liegen nicht vor, so dass mit den Ergebnissen aus der vertragsärztlichen Versorgung wahrscheinlich erstmalig Daten aus der Routineversorgung präsentiert werden.

PROZENTUALE ANTEILE AN WIEDERHOLUNGEN DER HYGIENEPRÜFUNGEN

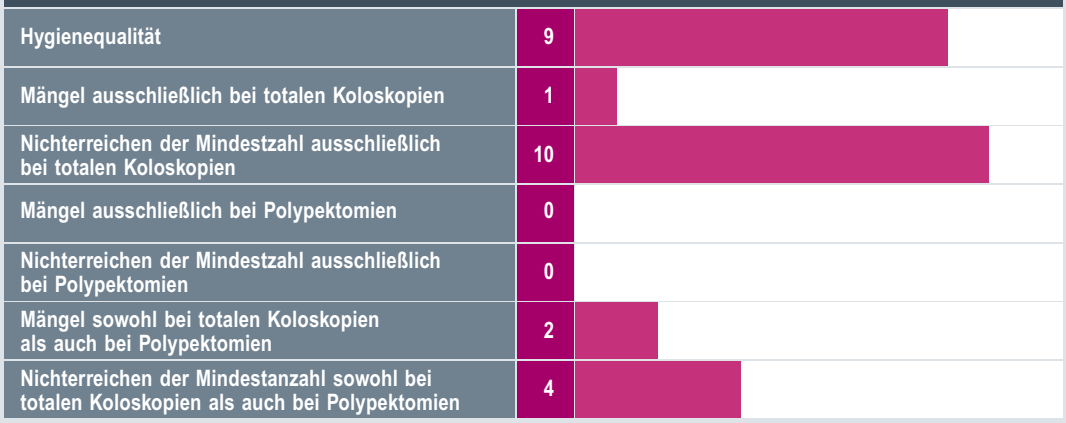


Angaben zu 2003 aus 14, 2004 aus 15, 2005 und 2006 aus 16, 2007 aus 17 KVen

Wiederholungen nach drei Monaten Wiederholungen nach sechs Wochen

Der Widerruf einer Abrechnungsgenehmigung für die Koloskopie ist aus verschiedenen Gründen möglich. Bestehen trotz erneuter Prüfungen weitere Mängel in der Hygiene oder hat der Arzt auch in einem zweiten Jahr nicht die in der Vereinbarung vorgesehene Frequenz erreicht oder gibt es schwerwiegende Mängel bei der Durchführung, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen berechtigt und verpflichtet, einen Widerruf auszusprechen. Betrachtet man die Summe der Ärzte (2.718) und Praxen (2.583) ist dies immer eine Ausnahme. Im Jahr 2007 wurden 26 Widerrufe ausgesprochen.

KOLOSKOPIE 2007 26 WIDERRUFE DER GENEHMIGUNGEN, ANGABEN ZU 17 KVEN

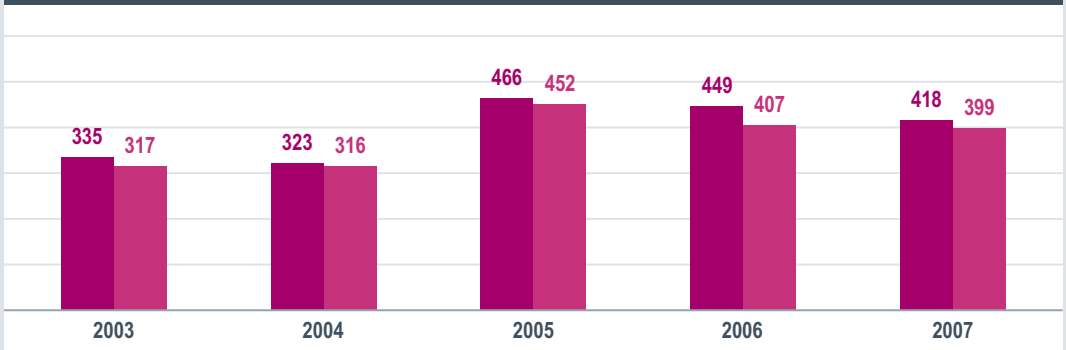


LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN

Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie, Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 9.5.1994

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Befreiung von obligatem Kolloquium möglich
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

KOLLOQUIEN ZUR EINGANGSPRÜFUNG BEISPIEL: LABOR SPEZIAL, GÜLTIG SEIT 9.5.1994



Angaben zu 2003 ohne Bayern und Rheinland-Pfalz, zu 2004 ohne Baden-Württemberg, zu 2006 ohne Sachsen

Anzahl Kolloquien bestandene Kolloquien | Stand 9.7.2008

Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Kapitel 32.3 beziehungsweise 1.7 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs rechnen bundesweit etwa 14.000 Ärzte ab. Alle Ärzte, die diese Genehmigung erhalten möchten, müssen vor der zuständigen Kommission ihrer Kassenärztlichen Vereinigung ein Kolloquium bestehen. Ausgenommen hiervon sind lediglich die Laborärzte, weitere Ausnahmen gelten für Mikrobiologen und Transfusionsmediziner bei bestimmten Untersuchungen (dies betrifft bundesweit etwa 800 Laborärzte, 170 Mikrobiologen und 75 Transfusionsmediziner, die als niedergelassene Ärzte arbeiten beziehungsweise ermächtigt sind). Alle anderen Ärzte haben in diesem Bereich, auch aufgrund ihrer Weiterbildungsordnungen, unterschiedlichste Vorkenntnisse. Der Effekt dieser Kolloquien ist vor allem in einer individuellen gezielten Fortbildung der Ärzte zu sehen. Die Bestehensquote liegt bei über 90 Prozent.

LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1992

✔	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✔✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔✔	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

✔✔ regionale Vereinbarungen

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN
auf Grundlage der regionalen Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	Genehmigungen	geprüfte Ärzte Anzahl (%)	Beanstandungen			
			ohne	gering	erheblich	schwerwiegend
KV Berlin	807	25 (3,1)	12 *	5*	2*	5*
KV Mecklenburg-Vorpommern	164	13 (4,9)	4	5	3	1
KV Sachsen-Anhalt	422	18 (4,3)	11	2	0	5

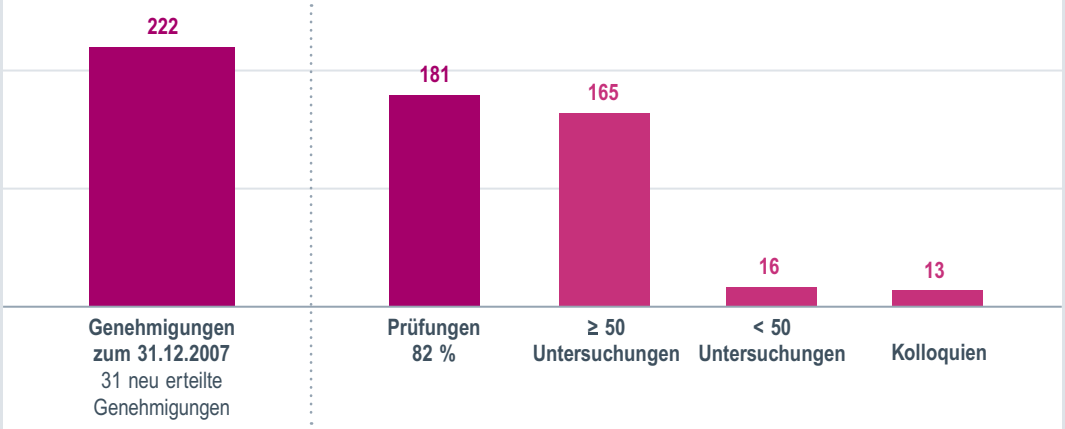
*) Teilergebnisse

MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE (KERNSPINTOMOGRAPHIE)

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2001 **Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie),** Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung; bei der Magnetresonanz-Tomographie der Mamma: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; Kolloquium bei Unterschreiten der Mindestfallzahl
✓	**FREQUENZREGELUNG** Magnetresonanz-Tomographie der Mamma: innerhalb zwölf Monaten 50 Fälle
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung, Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss; Magnetresonanz-Tomographie der Mamma, praxisintern: histologische Verifikation von positiven Befunden
	BERATUNG

MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE DER MAMMA



ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN
nach der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie.

	Genehmigungen	geprüfte Ärzte Anzahl (%)	Beanstandungen			
			ohne	gering	erheblich	schwerwiegend
KV Baden-Württemberg	194	32 (16,5)	13	12	7	0
KV Bayerns	394	73 (18,5)	23	44	6	0
KV Berlin	111	0				
KV Brandenburg	30	0				
KV Bremen	32	25 (78,1)	20	3	1	1
KV Hamburg, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Schleswig-Holstein *)	156	13 (8,3)	11	2	0	0
KV Hessen	143	4 (2,8)	4	0	0	0
KV Niedersachsen	168	23 (13,7)	10	8	3	2
KV Nordrhein	290	45 (15,5)	45	0	0	0
KV Rheinland-Pfalz	114	37 (32,5)	21	16	0	0
KV Saarland	30	2 (6,7)	2	0	0	0
KV Sachsen	77	5 (6,5)	5	0	0	0
KV Sachsen-Anhalt	45	2 (4,4)	2	0	0	0
KV Thüringen	62	2 (3,2)	2	0	0	0
KV Westfalen-Lippe	214	28 (13,1)	25	3	0	0

*) gemeinsame Kommission

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007 **Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie),** Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

- ✓ **AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN**
  Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- EINGANGSPRÜFUNG
- ✓ **KOLLOQUIUM**
  bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung und bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- FREQUENZREGELUNG
- REZERTIFIZIERUNG
- ✓ **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**
  gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- ✓ **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**
  20 Prozent der Ärzte; Dokumentation zu zwölf abgerechneten Patienten und allen (maximal 30) Angiographien der Venen, insbesondere zur Indikationsstellung
- FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
- ✓ **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE**
  jährliche statistische Auswertung der Dokumentationsprüfung mit Rückmeldung an die Vertragspartner
- ✓ **BERATUNG**
  gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

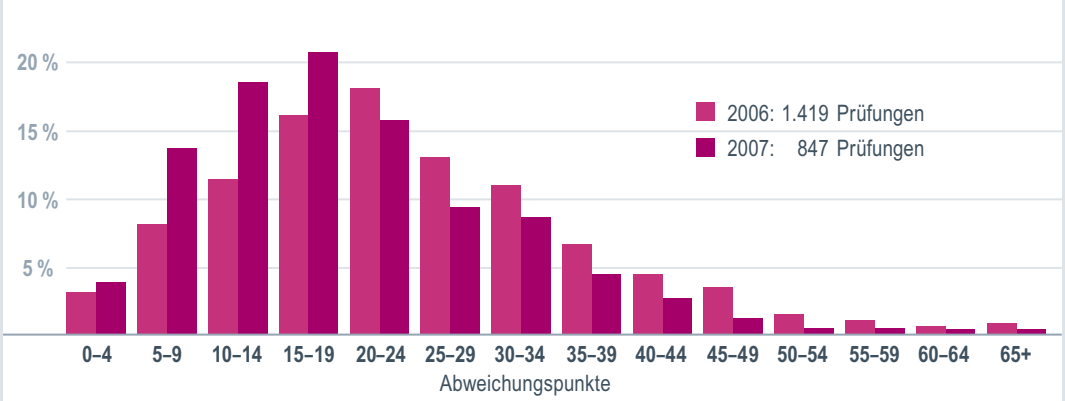
MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.1.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; Eingangsprüfung
✓	**EINGANGSPRÜFUNG** Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle)
✓	**KOLLOQUIUM** bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
✓	**REZERTIFIZIERUNG** alle zwei Jahre Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung von allen Ärzten Dokumentation zu zehn abgerechneten Fällen, danach alle 24 Monate
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** Nach zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung und anschließend nicht erfolgreichem Kolloquium sind Fortbildungsmaßnahmen erforderlich, um an einem zweiten Kolloquium teilnehmen zu können.
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** Benchmarkbericht an den Arzt nach Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; jährliche statistische Auswertung der Eingangs-, Aufrechterhaltungs- und Dokumentationsprüfung mit Rückmeldung an die Vertragspartner
✓	**BERATUNG** gegebenenfalls bei erfolgloser Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung beziehungsweise bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

Zur Diagnostik von Brusterkrankungen – zum Beispiel des Mammakarzinoms – stehen in der vertragsärztlichen Versorgung eine Reihe von Verfahren zur Verfügung. Die Mammographie ist eines der wichtigsten. Dabei werden höchste Anforderungen an die Erfahrung des befundenden Arztes und die Qualität der Erstellung der Mammographie gestellt, um die typischerweise kontrastarmen Läsionen und kleinen Strukturen (Mikrokalk), die auf eine Erkrankung hinweisen, erkennen zu können. Bereits 2002

KONTROLLIERTE SELBSTÜBERPRÜFUNG / VERÄNDERUNG DER SENSITIVITÄTSMÄNGEL
VERTEILUNG DER PRÜFERGEBNISSE



SCHEMA DER ABWEICHUNGSPUNKTE

Bewertung des Sachverständigen	Bewertung des Arztes (Prüfling)				
	Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4	Kategorie 5
Kategorie 1	0	1	3	5	6
Kategorie 2	1	0	2	4	5
Kategorie 3	3	2	0	2	3
Kategorie 4	6	5	3	0	1
Kategorie 5	7	6	4	1	0

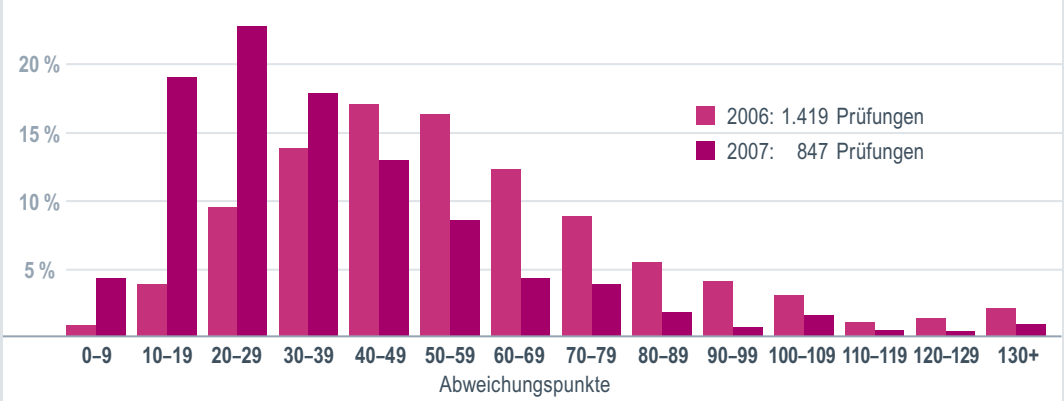
wurden deshalb zusätzlich zur geltenden Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie weitere spezifische Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Mammographie im Rahmen der kurativen Versorgung vereinbart, die zwischenzeitlich aktualisiert und in eine separate Vereinbarung überführt wurden.

Zentrale Elemente der Mammographie-Vereinbarung sind die in den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführten Fallsammlungsprüfungen (als Eingangsprüfung zur Erlangung der Genehmigung sowie als zweijährlich zu absolvierende Selbstüberprüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung) und eine regelmäßige stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation.

Ende 2005 wurden die ersten Selbstüberprüfungen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung nach den aktualisierten Vorgaben der Mammographie-Vereinbarung durchgeführt. Die Zusammenführung und Auswertung der Ergebnisse obliegt der KBV. Mittlerweile liegen der KBV die Daten von zwei Prüfintervallen vor: Im Jahr 2006 haben 1.419 Ärzte an der Maßnahme teilgenommen, im Jahr 2007 waren es 847. Bei der Selbstüberprüfung steht der Fortbildungscharakter im Vordergrund, denn die hierzu eingesetzte Fallsammlung umfasst auch Fälle, die in der Routinepraxis selten auftreten und deren Einschätzung entsprechend anspruchsvoll ist. Dementsprechend wird dem absoluten Bestehenskriterium (mindestens 90 Prozent Sensitivität und Spezifität) ein relatives Kriterium beigeordnet. Dabei wird das Ergebnis des einzelnen Arztes im Vergleich zu den Ergebnissen aller bundesweit teilnehmenden Ärzte bewertet. Diejenigen Ärzte, deren Ergebnisse zu den fünf Prozent mit den meisten Fehleinschätzungen verglichen mit den Einschätzungen eines Expertengremiums gehören, müssen die Selbstüberprüfung in verkürztem Abstand wiederholen.

Trotz des insgesamt gleichbleibend hohen Schwierigkeitsgrades der Prüfung zeigten die Ergebnisse des zweiten Prüfungsjahres eine deutliche Verbesserung: Während im Jahr 2006 im Mittel 86 Prozent der in der Fallsammlung enthaltenen Karzinome erkannt wurden (richtig-positive Befunde), waren dies im Jahr 2007 bereits 91 Prozent. Gleichzeitig konnte der Anteil an falsch-positiven Befunden (Verdacht auf ein Karzinom bei tatsächlich gesunden Frauen) nahezu halbiert werden von 6,6 Prozent auf 3,7 Prozent.

KONTROLLIERTE SELBSTÜBERPRÜFUNG / VERÄNDERUNG DER SPEZIFITÄTSMÄNGEL
VERTEILUNG DER PRÜFERGEBNISSE



ONKOLOGIE

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung, Rechtsgrundlage: Anlage 7 EKV, Gültigkeit: seit 1.7.1995

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; Nachweis organisatorischer Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** regionale Vereinbarungen zur Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe) nach § 75 Abs. 7 SGB V
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** Regelmäßige patientenorientierte Fallbesprechungen (in der jeweils zu bildenden onkologischen Kooperationsgemeinschaft); mindestens sechsmal jährlich Qualitätszirkel; wenn zytostatische Chemotherapie erbracht wird: für das Personal jährlich mindestens zwei onkologische Fortbildungen
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

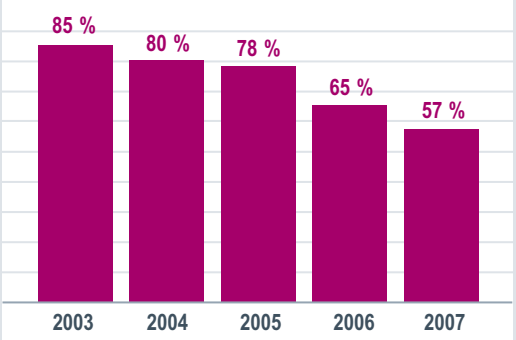
Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001, zuletzt geändert: 15.11.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Prüfung richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: je Arzt zehn Erstdokumentationen jährlich; nach Erfüllen der Anforderungen bei Prüfungen in zwei aufeinanderfolgenden Jahren; zweijähriges Prüfintervall
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an die Vertragspartner
✓	**BERATUNG** gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Wirkung zum 8. November 2007 die für die photodynamische Therapie zugelassenen Indikationen erneut an die aktuelle arzneimittelrechtliche Regelung angepasst, die Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V wurde entsprechend geändert.

Ein zentrales Element dieser Qualitätssicherungsvereinbarung ist die Dokumentationsprüfung. Sie sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen von jedem Arzt jährlich zehn Dokumentationen prüfen. Sind die an den Arzt gestellten Anforderungen in zwei aufeinanderfolgenden Jahren erfüllt, wird das Prüfintervall auf zwei Jahre verlängert. Diese Regelung ist im Jahr 2006 in Kraft getreten. Bei rückblickender Sichtung des Prüfumfanges für die Kassenärztlichen Vereinigungen wird das reduzierte Prüfaufkommen deutlich. Lag die Prüfquote, bezogen auf den 1. Januar eines jeden Jahres, für 2003 – 2005 noch bei 80 Prozent, konnte sie 2007 auf 57 Prozent gesenkt werden.

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN



1. Dokumentationsprüfungen nach § 7 Abs. 5 beziehungsweise ab 1.10.2006 gegebenenfalls zweijährlich nach § 6 Abs. 5

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Prüfung richtet sich auch auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: alle zwei Jahre, zehn Prozent der Ärzte, zehn Prozent der Fälle, je Arzt höchstens zehn Fälle
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an die Vertragspartner
✓	**BERATUNG** gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

POSITRONEN-EMISSIONS-TOMOGRAPHIE

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** regelmäßige Fortbildungen zur Positronen-Emissions-Tomographie und ergänzenden bildgebenden Verfahren zu onkologischen Fragestellungen, insbesondere auch durch Teilnahme an interdisziplinären Fallkonferenzen oder Qualitätszirkeln
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss im Januar 2007, die Positronen-Emissions-Tomographie bei den Indikationen

- Bestimmung des Tumorstadiums von primären nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen (NSCLC), einschließlich der Detektion von Lungenfernmetastasen
- Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen und
- Charakterisierung von Lungenrundherden

in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ als anerkannte Untersuchungsmethode aufzunehmen. Der Beschluss umfasst auch Empfehlungen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, die Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beinhalten. Diese Empfehlungen tragen dem Umstand Rechnung, dass der patientenrelevante Nutzen der Positronen-Emissions-Tomographie in erheblicher Weise von der Qualifikation der Ärzte sowie der Einbettung in ein komplettes und entsprechend den therapeutischen Konsequenzen ausgerichtetes Behandlungskonzept abhängt.

Die Umsetzung dieser Qualitätssicherungsvorgaben soll auf zwei Wegen erfolgen. Die Anforderungen an die besondere Strukturqualität werden im Rahmen einer Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V festgelegt. Die Inhalte sind bereits zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge konsentiert. Sie umfassen Regelungen zur fachlichen Qualifikation wie die ärztlichen Fachgebiete sowie den Nachweis über Erfahrungen in der Durchführung der Positronen-Emissions-Tomographie und Befundung, einschließlich der Einordnung dieser Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren. Darüber hinaus ist eine Fortbildungsverpflichtung vorgesehen, deren Umsetzung einem jährlichen Nachweis unterliegt. Ferner sind apparative Anforderungen festgeschrieben, die sich unter anderem auf die räumliche Auflösung des Bildsystems und die Möglichkeit der Bildfusion mit anderen bildgebenden Verfahren beziehen. Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Positronen-Emissions-Tomographie wird gleichzeitig mit der Einführung der entsprechenden Abrechnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab in Kraft treten.

Die Empfehlungen zur Prozess- und Ergebnisqualität sollen nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses in einer Qualitätssicherungs-Richtlinie gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu Kriterien zur indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität der Positronen-Emissions-Tomographie umgesetzt werden. Hierzu finden derzeit Beratungen zu den Themenkomplexen Indikationsstellung, Einbeziehung eines interdisziplinären Teams und Dokumentation der Befunde statt.

PSYCHOTHERAPIE

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2008

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** obligates Gutachterverfahren für Langzeittherapien, für Kurzzeittherapien Befreiung möglich
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Gutachterverfahren; Bericht an Gutachter und Vertragspartner
	BERATUNG

Nicht nur die technisch fassbaren Methoden unterliegen Qualitätssicherungsmaßnahmen, sondern auch Gebiete, in denen man dies primär vielleicht nicht vermuten würde. Für den Bereich der Richtlinienverfahren in der Psychotherapie ist ein Gutachterverfahren obligat, in dem alle Langzeittherapien von mehr als 25 Behandlungsstunden einem Begutachtungsverfahren, gegebenenfalls auch als Zweitmeinungsverfahren bei Obergutachten, unterliegen. Dies gilt im Prinzip auch für Kurzzeittherapien unter 25 Stunden, hier ist jedoch eine Befreiung des Therapeuten von dieser Verpflichtung möglich. Bundesweit sind für dieses Verfahren derzeit 158 Gutachter für jeweils fünf Jahre bestellt. Der Benennung zum Gutachter geht ein Auswahlverfahren unter Berücksichtigung eines paritätischen Verhältnisses von Alter, Geschlecht, regionaler Verteilung und gegebenenfalls bestehender zusätzlicher Qualifikationen voraus. Dieses Auswahlverfahren wird im Jahre 2009 erneut durchgeführt werden.

GUTACHTERSTATISTIKEN IM ZEITVERLAUF 2005–2007

Verfahren		Anzahl (Ober-)Gutachter	Anzahl (Ober-)Gutachten	Nichtbefürwortung in Prozent	Änderung in Prozent
tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	2005	89 Gutachter	142.128 Gutachten	3,9	10,0
		15 Obergutachter	1.756 Obergutachten	22,0	26,6
	2006	88 Gutachter	150.350 Gutachten	3,7	11,2
		15 Obergutachter	1.982 Obergutachten	22,0	23,2
	2007	86 Gutachter	153.251 Gutachten	3,8	10,4
		15 Obergutachter	2.064 Obergutachten	25,4	23,8
Verhaltenstherapie	2005	77 Gutachter	117.530 Gutachten	3,3	7,7
		9 Obergutachter	656 Obergutachten	14,8	37,5
	2006	76 Gutachter	118.793 Gutachten	3,0	7,3
		9 Obergutachter	710 Obergutachten	16,8	32,7
	2007	72 Gutachter	128.125 Gutachten	3,3	6,8
		9 Obergutachter	767 Obergutachten	19,4	41,1

SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005

✔	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; bei Genehmigungen zur Polysomnographie zusätzliche Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen und der Nachweis organisatorischer Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

✓ regionale Vereinbarungen

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN
auf Grundlage der regionalen Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	Genehmigungen	geprüfte Ärzte Anzahl (%)	Beanstandungen			
			ohne	gering	erheblich	schwerwiegend
KV Brandenburg	56	8 (14,3)	4	4	0	0

SCHMERZTHERAPIE

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes, Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; Nachweis organisatorischer Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung und gegebenenfalls bei Patienten, die länger als zwei Jahre in Dauerbehandlung sind
✓	**FREQUENZREGELUNG** bei schmerztherapeutischen Einrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkranke Patienten pro Quartal
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Dokumentationsprüfung auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** pro Jahr acht (schmerztherapeutische Einrichtung zwölf) interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung in schmerztherapeutischen Einrichtungen; tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu sammeln und jährlich auszuwerten; Zusammenstellung an Vertragspartner auf Anforderung
	BERATUNG

SOZIALPSYCHIATRIE

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 § 85 Abs. 2 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 EKV, Gültigkeit: seit 1.7.1994

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis organisatorischer Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

SOZIOTHERAPIE

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 137a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

STRAHLENDIAGNOSTIK/-THERAPIE

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.1.2007 **Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (Röntgendiagnostik und Computertomographie),** Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert: 13.3.1997

Die Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) umfasst dezidierte Regelungen für die Bereiche

- allgemeine Röntgendiagnostik
- Computertomographie
- Osteodensitometrie
- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin

die hier zusammenfassend dargestellt werden.

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Anforderungen
✓	**EINGANGSPRÜFUNG** obligates Kolloquium (Osteodensitometrie)
✓	**KOLLOQUIUM** obligates Kolloquium bei Osteodensitometrie als Genehmigungsvoraussetzung; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung (Röntgendiagnostik und Computertomographie obligat; regionale Regelungen zur Strahlentherapie und Nuklearmedizin); bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung zur Röntgendiagnostik und Computertomographie (Strahlendiagnostik und Nuklearmedizin aufgrund regionaler Vereinbarungen); Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss (zu Strahlendiagnostik und Nuklearmedizin aufgrund regionaler Vereinbarungen)
	BERATUNG

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN
zur allgemeinen Röntgendiagnostik und Computertomographie nach den Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik; für die Strahlentherapie und die Nuklearmedizin auf Grundlage regionaler Vereinbarungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	Genehmigungen	geprüfte Ärzte Anzahl (%)	Beanstandungen			
			ohne	gering	erheblich	schwerwiegend
allgemeine Röntgendiagnostik und/oder Computertomographie						
KV Baden-Württemberg	2.265	262 (11,6)	64	180	13	5
KV Bayerns	3.624	424 (11,7)	162	249	13	0
KV Berlin	688	36 (5,2)	21	11	1	3
KV Brandenburg	435	17 (3,9)	10	7	0	0
KV Bremen	182	8 (4,4)	8	0	0	0
KV Hamburg	444	97 (21,8)	22	42	16	17
KV Hessen	1.479	66 (4,5)	31	20	14	1
KV Mecklenburg-Vorpommern	395	19 (4,8)	0	13	5	1
KV Niedersachsen	2.153	70 (3,3)	37	21	12	0
KV Nordrhein	3.389	1.694 (50,0)	1.655	28	10	1
KV Rheinland-Pfalz	1.007	0				
KV Saarland	402	19 (4,7)	18	1	0	0
KV Sachsen	781	0				
KV Sachsen-Anhalt	571	12 (2,1)	8	4	0	0
KV Schleswig-Holstein	616	280 (45,5)	113	110	34	23
KV Thüringen	538	4 (0,7)	0	2	2	0
KV Westfalen-Lippe	2.214	616 (27,8)	133	466	15	2
Strahlentherapie						
KV Rheinland-Pfalz	36	3 (8,3)	0	3	0	0
Nuklearmedizin						
KV Hamburg	51	7 (13,7)	0	6	1	0
KV Hessen	104	7 (6,7)	5	2	0	0
KV Rheinland-Pfalz	78	30 (38,5)	0	29	1	0

SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 1.1.2003

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Anzeige inklusive Dokumentation aller Fälle zu Beginn der Behandlung an Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen; pro Quartal Prüfung von mindestens zwei Prozent der abgerechneten Fälle; alle Fälle nach fünf Jahren Behandlung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** Ergebnis der Überprüfungen als schriftlicher Bericht an den Arzt; alle zwei Jahre Bericht der Qualitätssicherungskommission über gesamten Zuständigkeitsbereich an Kassenärztliche Vereinigung und (Landes-)Verbände der Krankenkassen
✓	**BERATUNG** jederzeit auf Wunsch des Arztes und bei Mängeln nach Dokumentationsprüfung

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

Anlage IV der Vereinbarungen von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2005

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** optional bei technischen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (Beratung am Ort der Leistungserbringung) und gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** KV prüft alle 24 Monate mindestens zwölf Fälle (48 Bilddokumentationen, zwölf schriftliche Dokumentationen); bei Mängeln engere Prüfintervalle
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch Kassenärztliche Vereinigung; Zusammenstellung an Vertragspartner auf Anforderung
✓	**BERATUNG** eingehende Beratung bei Dokumentationsmängeln, kann in Form eines Kolloquiums erfolgen

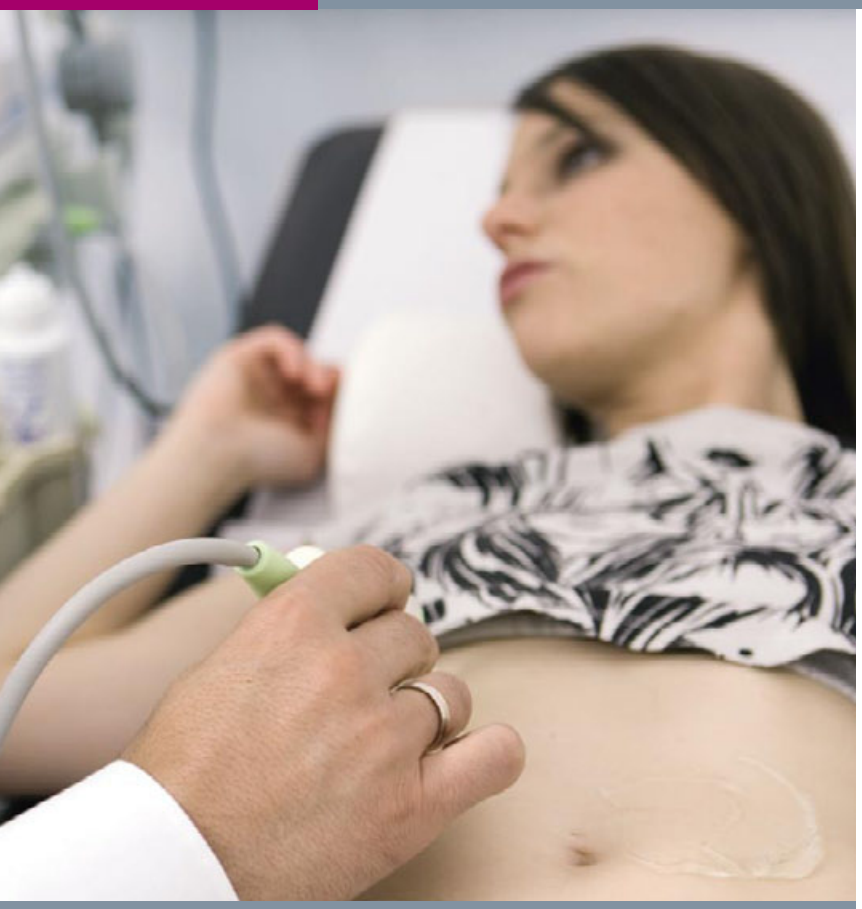
ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Vereinbarungen von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung (regionale Regelungen); bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfungen zum Teil aufgrund regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen, jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN
auf Grundlage der regionalen Vereinbarung nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	Genehmigungen	geprüfte Ärzte Anzahl (%)	Beanstandungen			
			ohne	gering	erheblich	schwerwiegend
KV Berlin	2.775	146 (5,3)	47	62	17	20
KV Brandenburg	1.189	31 (2,6)	9	20	2	0
KV Hamburg	1.483	289 (19,5)	93	68	83	45
KV Hessen	5.469	621 (11,4)	193	160	218	50
KV Mecklenburg-Vorpommern	1.061	39 (3,7)	1	22	7	9
KV Saarland	1.194	60 (5,0)	40	16	4	0
KV Sachsen	2.834	60 (2,1)	35	23	0	2
KV Schleswig-Holstein	2.474	226 (9,1)	96	90	39	1



EXKURS: NEUFASSUNG DER ULTRASCHALL-VEREINBARUNG

Die Sonographie ist deutschlandweit das am häufigsten eingesetzte bildgebende Verfahren und gängiger Bestandteil der erweiterten klinischen Untersuchung. Sie ist problemlos verfügbar, basiert auf dem Einsatz nichtionisierender Schallwellen und unterliegt im Gegensatz zu anderen Schnittbildverfahren keinen patientenbezogenen Kontraindikationen. Zudem erlaubt die kontinuierliche Bildgebung in Echtzeit die Beantwortung morphologischer und funktioneller Fragestellungen. Bei den in der Diagnostik verwendeten Schallintensitäten sind Nebenwirkungen bislang nicht beobachtet worden und im Allgemeinen auch nicht zu erwarten. Im Jahr 2006 wurden 57,9 Millionen Sonographien von über 68.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Haus- und Fachärzten ambulant durchgeführt. Das sind deutlich mehr als Röntgenuntersuchungen (40,8 Millionen), Computer- (4,4 Millionen) oder Kernspintomographien (5,3 Millionen).

Ergebnisse bisheriger Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie neuere wissenschaftliche Studien geben nunmehr Hinweise auf Verbesserungspotenziale bei der Durchführung sonographischer Untersuchungen. In einer Untersuchung in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2003 wurden die gängigen bildgebenden Verfahren (Röntgendiagnostik, Sonographie, Computer- und Kernspintomographie) hinsichtlich ihrer untersuchungstechnischen und diagnostischen Qualität gutachterlich überprüft und bewertet. Dabei stellten die Gutachter vor allem in der Sonographie Mängel bei der technischen Durchführung, der Dokumentation und der Kommunikation zwischen überweisenden und sonographierenden Ärzten fest. Die Gutachter bewerteten die Plausibilität und Angemessenheit hinsichtlich der Indikationsstellung zwar recht unterschiedlich, stellten aber übereinstimmend Mängel der Untersuchungstechnik fest: So fällt zum Beispiel die Bildqualität der Sonographie (Artefakte, Abgrenzbarkeit anatomischer Strukturen) gegenüber den röntgenstrahlen- oder magnetresonanzbasierten Verfahren deutlich ab. Auch die ärztliche Dokumentation von Ultraschalluntersuchungen war teilweise nicht ausreichend: Bei nahezu jeder zweiten sonographischen Bilddokumentation fehlte zum Beispiel die Lage der Schichtebene, bei nahezu jeder fünften Untersuchung war die Sendefrequenz – relevant für eine Abschätzung von Ortsauflösung und Untersuchungstiefe – nicht zu ermitteln.

Hinweise auf Qualitätsdefizite liefern auch Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V. Die KBV konnte Daten aus acht Kassenärztlichen Vereinigungen auswerten, die auf der Basis regionaler Bestimmungen diese Prüfungen durchgeführt hatten. Im Jahr 2007 wurden 1.500 Ärzte geprüft (etwa acht Prozent der insgesamt in den geprüften Regionen sonographierenden Ärzte). Dabei stellten die Kassenärztlichen Vereinigungen in 34 Prozent der Fälle erhebliche oder schwerwiegende Mängel fest. Zum Vergleich: Die entsprechenden Anteile bei Stichprobenprüfungen zur Röntgendiagnostik/Computertomographie und Kernspintomographie betragen (bezogen auf das Bundesgebiet) lediglich sechs beziehungsweise sieben Prozent. Häufige Kritikpunkte waren ungünstige Geräteeinstellungen, zum Beispiel eine schlecht gewählte Tiefenverstärkung, die dazu führen kann, dass Befunde im Nah- oder Fernbereich übersehen werden. Ebenfalls häufig beanstandeten die Kassenärztlichen Vereinigungen unvollständige Dokumentationen, bei denen die Zuordnung zum Patienten oder die Seitenbezeichnung (bei paarigen Organen) fehlten.Wenngleich eine solchermaßen lückenhafte Dokumentation nicht automatisch die Befundung und Therapieentscheidung des untersuchenden Arztes negativ beeinflussen dürfte, kann hierdurch aber die Kommunikation mit weiterbehandelnden Ärzten oder eine später erforderliche Zuordnung von schriftlicher und bildlicher Dokumentation beeinträchtigt werden. Diese Befürchtung gilt noch mehr bei gänzlich absenten Angaben zu Befund, (Verdachts-)Diagnose oder weiterem diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen.

Die Leistungsfähigkeit eines Ultraschallgeräts und die Wahrscheinlichkeit technischer Mängel korrelieren mit dem Alter eines Geräts. Zum Beispiel ist bekannt, dass die in Schallköpfen eingesetzten Piezoelemente Depolarisationseffekten unterliegen, die zu einer schleichenden und für den Arzt nicht unmittelbar erkennbaren Verschlechterung des Kontrastauflösungsvermögens führen. Aktuelle Vollerhebungen einiger Kassenärztlicher Vereinigungen zeigen, dass 46 ± 8 Prozent der derzeit eingesetzten Ultraschallgeräte zehn Jahre und älter sind, 24 ± 6 Prozent sogar über 15 Jahre.

Die geltende Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V stammt aus dem Jahr 1993 und definiert einheitliche Mindestanforderungen an die fachliche Befähigung und apparative Ausstattung. Die Anforderungen sind im Wesentlichen bis heute unverändert. Der medizinisch-technische Fortschritt und die festgestellten Qualitätsdefizite machen nun aber eine zeitgemäße Revision dieser Vereinbarung notwendig. Zum 1. April 2009 soll deshalb eine komplette Neufassung der Ultraschall-Vereinbarung die bisherigen Vorgaben ersetzen. Für jeden Anwendungsbereich, definiert durch zu untersuchendes Organ beziehungsweise Körperregion, technischem Verfahren (zum Beispiel B-Modus) und Altersgruppe der Patienten (zum Beispiel Kinder), werden spezielle Anforderungen an die fachliche Qualifikation und Erfahrung des Arztes sowie an die apparative Ausstattung formuliert. Erstmals vorgesehen sind insbesondere eine Abnahmeprüfung bei Inbetriebnahme eines Ultraschallgeräts sowie regelmäßige Konstanzprüfungen. Dazu fordert die Kassenärztliche Vereinigung von jedem sonographierenden Arzt in vierjährigem Abstand aktuelle Bilddokumentationen an, die der Qualitätssicherungskommission zur Begutachtung vorgelegt werden. Die Anforderungen an die technische Bildqualität gelten als erfüllt, wenn vorgegebene charakteristische Bildmerkmale des betreffenden Organs beziehungsweise der Körperregion erkennbar und differenzierbar sind. Über festgestellte Mängel wird der Arzt informiert, gegebenenfalls beraten und aufgefordert, diese zu beheben.

Die Erfüllung der apparativen Anforderungen ist bis spätestens vier Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung nachzuweisen. Dabei wird den Kassenärztlichen Vereinigungen empfohlen, den Nachweis zunächst für die Ultraschallsysteme der ältesten Baujahre anzufordern. Die Partner der Bundesmantelverträge verpflichten sich, das Verhältnis von Nutzen zu Aufwand der Qualitätssicherungsmaßnahmen, insbesondere der Abnahme- und Konstanzprüfungen, anfangs jährlich, danach zweijährlich zu überprüfen, um zu entscheiden, ob die jeweiligen Regelungen weiterhin bestehen, überarbeitet oder gestrichen werden sollen. Insbesondere ist zu entscheiden, ob die Abnahme- und Konstanzprüfungen mit einem Prüfkörper durchgeführt werden sollen, sobald ein validierter Prüfkörper verfügbar ist.

Ebenfalls neu sind Basisanforderungen an die ärztliche Dokumentation. Aus dieser müssen zukünftig neben technisch relevanten Parametern wie Sendefrequenz oder Messwerten die Patienten- und Untersucheridentität, die Fragestellung beziehungsweise

Indikation der Untersuchung, Angaben zu einer gegebenenfalls eingeschränkten Beurteilbarkeit, bei pathologischen Befunden eine organspezifische Befundbeschreibung, die (Verdachts-)Diagnose, sowie abgeleitete diagnostische oder therapeutische Konsequenzen hervorgehen. Die Bilddokumentation soll bei pathologischen Befunden nach Möglichkeit in zwei Schnittebenen erfolgen, bei Normalbefunden genügt die Darstellung einer geeigneten Schnittebene. Die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation wird stichprobenartig durch die Kassenärztliche Vereinigung überprüft, sofern diese nicht bereits Stichprobenprüfungen zur Qualitätsbeurteilung in der Sonographie auf der Basis regionaler Bestimmungen nach § 136 Abs. 2 SGB V vorsieht.

Beibehalten wurden die alternativen Möglichkeiten zum Erwerb der fachlichen Befähigung:

1. nach der Weiterbildungsordnung,
2. im Rahmen einer ständigen Tätigkeit oder
3. durch Ultraschallkurse.

Die dabei vorgegebenen Mindestzahlen an selbständig durchzuführenden Ultraschalluntersuchungen wurden aktualisiert. Des Weiteren kann die Kassenärztliche Vereinigung zukünftig computergestützte Fortbildungen anerkennen und einen Teil der Ultraschallkurse ersetzen. Selbstverständlich behalten Ärzte ihre Genehmigung, wenn sie zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vereinbarung über eine Genehmigung nach der alten Vereinbarung verfügen.

Im neuen Vereinbarungstext wird der Paragraphenteil ergänzt durch fünf Anlagen:

- Anlage I
  – Anforderungen an die fachliche Befähigung
- Anlage II
  – Ultraschallkurssystem
- Anlage III
  – apparative Mindestanforderungen
- Anlage IV
  – Erläuterungen medizin-technische Begriffe
- Anlage V
  – Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte.

Die Anlage V wurde aus der bisherigen Ultraschall-Vereinbarung inhaltlich unverändert übernommen und soll zu einem späteren Zeitpunkt aktualisiert werden, wenn die Ergebnisse der bisher durchgeführten Überprüfungen vorliegen und evaluiert wurden. Bei der Gliederung der Anlagen wurden bewusst Redundanzen in Kauf genommen, damit der Arzt, der eine Genehmigung für einen Anwendungsbereich beantragen möchte, jeweils nur eine Tabelle beziehungsweise einen Tabellenteil zu beachten hat und nicht den Gesamttext lesen muss. Anlage IV richtet sich an den Hersteller von Ultraschallsystemen, wenn der Nachweis der Erfüllung der apparativen Ausstattung durch eine Gewährleistung geführt wird.

ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Vereinbarungen von Qualifikationsmaßnahmen zu zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.7.1992, zuletzt geändert: 1.10.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Anforderungen; organisatorische Vorgaben
✓	**EINGANGSPRÜFUNG** Präparateprüfung (20 zytologische Präparate)
✓	**KOLLOQUIUM** bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei Auffälligkeiten in der Jahresstatistik; wenn Stellungnahme des Arztes nicht ausreichte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung, gegebenenfalls Praxisbegehung zusätzlich zum Kolloquium
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** ab 1.1.2008 prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen alle 24 Monate zwölf Präparate mit Dokumentationen; jährliche Statistik der Zytologen an Kassenärztliche Vereinigung
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** zytologieverantwortlicher Arzt: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls als Qualitätszirkel; Präparatebefunder: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls zur Hälfte als interne Fortbildung
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Statistik der Zytologen mit Korrelation zu histologischen Befunden an Kassenärztliche Vereinigung; Benchmarkberichte der Kassenärztlichen Vereinigung an die Zytologen; jährliche statistische Auswertung an die Vertragspartner
✓	**BERATUNG** eingehende Beratung bei Dokumentationsmängeln

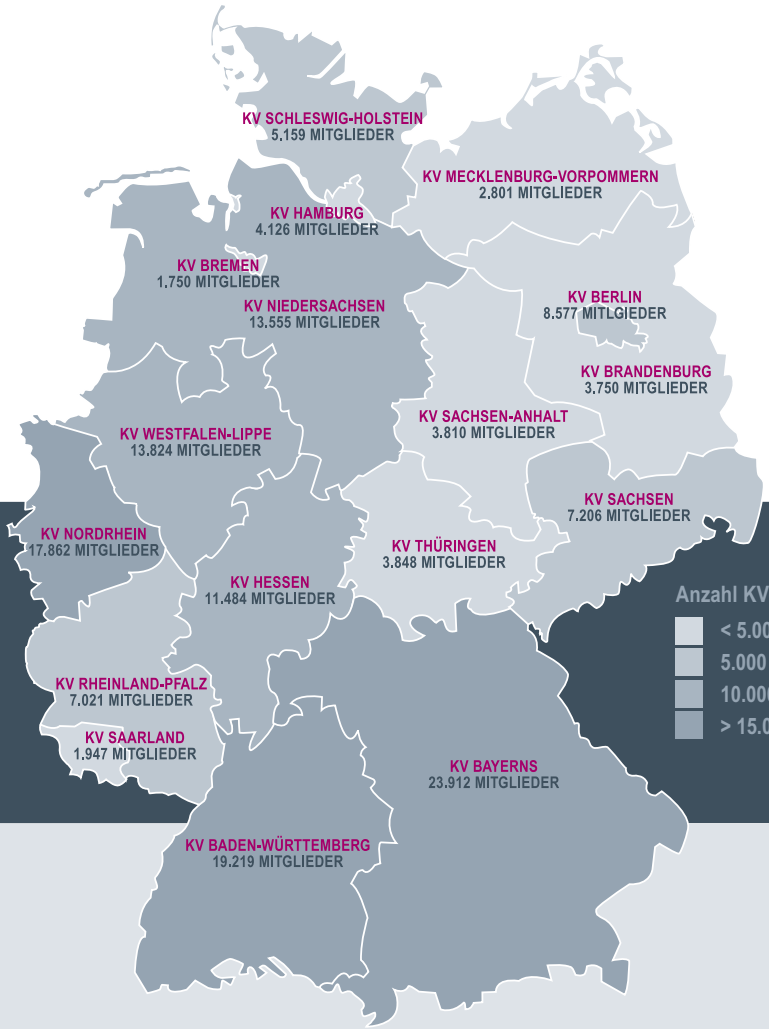
GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

Mit Inkrafttreten des EBM 2000plus zum 1. April 2005 wurden weitere Leistungen unter Qualifikationsvorbehalt gestellt. Die fachlich-inhaltlichen Anforderungen werden entweder im EBM selbst oder durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung festgelegt. Im Einzelnen sind dies:

- **Chirotherapie**
- **diabetischer Fuß**
- **Funktionsstörung der Hand**
- **orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung**
- **Krebsfrüherkennung bei der Frau**
- **Empfängnisregelung**
- **neurophysiologische Übungsbehandlung**
- **physikalische Therapie**
- **schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin:**
  Endokrinologie und Diabetologie, Hämatologie, Pneumologie, Rheumatologie, Neuropädiatrie, Nephrologie, Kardiologie.

4

INITIATIVEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN



INITIATIVEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN AB SEITE 78

KV-ANSCHRIFTEN SEITE 95

ZUSÄTZLICH ZU DEN BUNDESWEIT GELTENDEN VEREINBARUNGEN UND RICHTLINIEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG HABEN DIE EINZELNEN KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN (KVEN) EINE VIELZAHL VON REGIONALEN VEREINBARUNGEN GETROFFEN UND VERSCHIEDENE INITIATIVEN GANZ UNTERSCHIEDLICHER GEWICHTUNG INS LEBEN GERUFEN. ZU NENNEN IST HIER DIE EINRICHTUNG VON KOMPETENZZENTREN ZU THEMEN WIE SCHLAFAPNOE ODER PATIENTENSICHERHEIT. HINZU KOMMEN PROJEKTE WIE DIE ENTWICKLUNG EINES ONLINE-TRAININGS ZUR BEFUNDUNG VON MAMMOGRAPHIEN, DIE KONZEPTION UND UMSETZUNG EINER KOORDINIERTEN PALLIATIV-MEDIZINISCHEN VERSORGUNG, DIE NEUSTRUKTURIERUNG DES ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENSTES, DIE AUSBILDUNG VON MEDIZINISCHEN DATEN-SCHUTZBEAUFTRAGTEN, DIE DURCHFÜHRUNG VON SACH-KUNDEKURSEN ZUR AUFBEREITUNG VON STERILGUT, STICHPROBENPRÜFUNGEN IN DER ARTHROSKOPIE ODER EDV-GESTÜTZTE QUALITÄTSZIRKELARBEIT.

DAS ENGAGEMENT IST VIELFÄLTIG. IM FOLGENDEN STELLEN DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN SELBST AUSGEWÄHLTE PROJEKTE VOR.

Alles Gute.
KVBW

BADEN-WÜRTTEMBERG
PATIENTENSICHERHEIT IM VORDERGRUND

Der Hygiene und dem sachgerechten Einsatz von Medizinprodukten kommt in der Patientenversorgung eine ständig wachsende Bedeutung zu. In den Fokus rücken hierbei vor allem Aspekte der Patientensicherheit. Besonders mit Zunahme invasiver und mikroinvasiver Methoden gewinnt die ordnungsgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten für die Prävention von nosokomialen Infektionen an Gewicht.

Die Einhaltung der entsprechenden Vorschriften wird durch Regierungspräsidien, Gesundheitsämter und Eichämter überwacht. Die zuständigen Kontrollbehörden sind befugt, nicht nur die Organisation der Aufbereitung von Medizinprodukten zu überprüfen, sondern darüber hinaus bei nicht hinnehmbaren Mängeln und Missständen die Schließung einer Praxis zu verfügen.

Vor diesem Hintergrund hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg in den vergangenen beiden Jahren die Arztpraxen bei der Umsetzung der Anforderungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten unterstützt. Als einzige Kassenärztliche Vereinigung im Bundesgebiet bot sie 2007 den Praxen die Möglichkeit, die geforderte Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis im Rahmen eines fünftägigen Sachkundekurses zu erwerben. Diese Sachkundekurse wurden in Kooperation mit akkreditierten Bildungseinrichtungen der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) angeboten. Die Kurse entsprechen inhaltlich dem Curriculum der DGSV. Nach einer erfolgreich bestandenen Kenntnisprüfung erhalten die Teilnehmer ein Zertifikat.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat im Jahr 2007 zwölf Sachkundekurse für ambulant operierende/endoskopierende Arztpraxen/Praxiskliniken durchgeführt. Insgesamt wurden 331 Mitarbeiter aus 278 Arztpraxen erfolgreich fortgebildet.

INHALTE DES SACHKUNDEKURSES ZUR AUFBEREITUNG VON STERILGUT

- rechtliche Rahmenbedingungen
- Grundlagen der Mikrobiologie und Hygiene
- Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit
- Grundlagen der Desinfektion
- Instrumentenkunde und -pflege
- Dekontamination von Medizinprodukten
- Aufbereitung von Medizinprodukten
- Verpackung und Lagerung
- Grundlagen der Sterilisation
- Validierung
- Qualitätsmanagement
- Kenntnisprüfung

Entscheidet sich der Praxisbetreiber für die Aufbereitung von Sterilgut in der eigenen Praxis, so trägt er hierfür die Verantwortung. Führt er die Aufgabe nicht selbst durch, muss er einen fachlich Verantwortlichen (fortgebildet und zertifiziert nach dem Curriculum der DGSV) schriftlich benennen.

Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben kann Praxisbetreiber vor erhebliche Probleme stellen, da insbesondere für die Validierung und gegebenenfalls für die Neuanschaffung oder Umrüstung der Sterilisatoren hohe Kosten anfallen. Um hier die Entscheidung zur Aufbereitung von Medizinprodukten zu unterstützen, hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2007 ein EDV-gestütztes Planungstool zur Ermittlung der Kosten des Aufbereitungsprozesses entwickelt. Diese Kostenermittlung kann zum Vergleich von Angeboten externer Dienstleister und auch als Entscheidungshilfe bei der Umstellung auf Einmalprodukte dienen. Zudem wurde in Baden-Württemberg eine Befragung von 105 Krankenhäusern und Tageskliniken mit einer zentralen Sterilgutversorgungsabteilung durchgeführt, um Vertragsärzte auf regionale externe Anbieter für die Aufbereitung von Medizinprodukten verweisen zu können.

BAYERN
NACH DEM BAUKASTENPRINZIP NEUE QUALITÄTSPROGRAMME UMSETZEN

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat am 1. Juli 2008 zusammen mit dem Landesverband Bayern der Betriebskrankenkassen eine bundesweit einmalige Qualitätsinitiative für die fachärztliche Versorgung gestartet. Sie beginnt mit zwei Programmen: der Qualitätssicherung bei ausgewählten ambulanten Operationen und der elektronisch dokumentierten Sonographie im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge. In den nächsten Monaten folgen nach dem Baukastenprinzip weitere Qualitätsprogramme in 15 unterschiedlichen Fachrichtungen. Die Qualitätsoffensive spricht potenziell rund 40 Prozent der Fachärzte in Bayern an. Die Teilnahme ist freiwillig. Honoriert wird nach Qualität. So erhalten Ärzte, die den hohen Standard ihrer Versorgung nachweisen, einen Honorarzuschlag, während Praxen, die unter den definierten Qualitätsrichtlinien bleiben, Honorareinbußen hinnehmen müssen. Mit der Qualitätsinitiative geht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns – nicht zuletzt dank modernster Qualitätssicherungsmethoden – weit über die medizinischen und technischen Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses hinaus. Das Feedback ist entsprechend positiv: Nicht nur fachärztliche Berufsverbände haben Interesse an weiteren Programmen angemeldet. Auch die Verhandlungen mit anderen Krankenkassen sehen vielversprechend aus.

Innovationskraft hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns auch beim Thema „Qualitätssicherung in der Mammographiebefundung“ bewiesen. Bayerische Gynäkologen und Radiologen sind die Ersten, die an drei digitalen Befundungsstationen ihre Qualifikation in der Mammographie-Diagnostik nachweisen können. Grundlage für die Fortbildung und Prüfung ist, wie im gesamten Bundesgebiet, eine Falldatenbank von qualitativ hochwertigen Mammographien, die von renommierten Experten beurteilt und ausgewählt wurden. Im Juli 2007 wurde die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zudem mit der Bildung des Kompetenzzentrums „Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie“ betraut.

Das Engagement der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bei der Qualitätssicherung spiegelt sich auch im hausärztlichen Bereich wider. Die auf Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns geförderten geriatrischen Praxisverbünde sind seit Juli 2008 eine anerkannte Versorgungsform für die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen. In einem Praxisverbund betreuen geriatrisch erfahrene Hausärzte die Heimpatienten gemeinschaftlich. Die gegenseitige Vertretung ermöglicht eine kontinuierliche medizinische Versorgung – auch zu Zeiten, zu denen dem eigenen Hausarzt ein Besuch im Heim nicht möglich ist. Dennoch bleibt dieser seinen Patienten als Ansprechpartner erhalten. Ein regelmäßiger hausärztlicher Visitdienst und Rufbereitschaften außerhalb der Sprechstundenzeiten sowie die Einbindung von Fachärzten ergänzen die ärztliche Präsenz im Heim. Die Koordination aller beteiligten Leistungserbringer stellt eine hohe Qualität der fachübergreifenden Versorgung für die Heimbewohner sicher. Auf diese Weise können Einweisungen ins Krankenhaus deutlich reduziert und damit verbundene Folgekosten gesenkt werden.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

BERLIN
SONDERVERTRÄGE ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die AOK Berlin haben 2005 eine Rheuma-Vereinbarung geschlossen, um die ambulante Versorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen zu verbessern. Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte müssen spezialisierte Rheumatologen oder Internisten mit einer Zusatzausbildung sein. Ab dem zweiten Jahr ihrer Teilnahme an dem Vertrag müssen von ihnen mindestens 75 rheumatisch erkrankte Patienten im Quartal betreut werden, ihre Qualifikation müssen sie durch regelmäßige weitere rheumatologische Fortbildungen belegen. Der Vertrag fördert insbesondere die frühzeitige Erstuntersuchung und Therapie, eine verbesserte Basisversorgung durch Haus- und Fachärzte sowie die Überweisung zur bedarfsgerechten fachärztlichen Versorgung an Rheuma-Spezialisten, den Schwerpunkt-Rheumatologen. Ziel ist, die Zusammenarbeit zwischen Grund- und Fachversorgungsebene zu erleichtern, die Behandlungswege kurz zu halten und die Aussichten für eine erfolgreiche Behandlung deutlich zu verbessern.

Erste Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin mit den Krankenkassenverbänden des Landes zur Förderung einer qualitativen Präfinalversorgung von krebs- und AIDS-kranken Patienten im häuslichen Bereich existieren bereits seit 1992. Die Vereinbarungen haben zum Ziel, die Betreuung der Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung beziehungsweise AIDS-Erkrankung durch entsprechend qualifizierte Ärzte zu fördern. Um an diesen Vereinbarungen teilnehmen und die häusliche medizinische Versorgung von onkologischen Patienten und AIDS-Patienten in der Endphase der Erkrankung übernehmen zu können, muss der Arzt bei der Kassenärztlichen Vereinigung einen Antrag stellen. Anträge zur Teilnahme an dieser Vereinbarung können nur niedergelassene Vertragsärzte mit einer Abrechnungsgenehmigung gemäß der jeweiligen AIDS-Vereinbarung beziehungsweise Onkologie-Vereinbarung stellen. Teilnehmende Ärzte müssen jährlich an mindestens sechs von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin oder der Ärztekammer anerkannten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Die entsprechenden Nachweise sind jährlich bis zum 31. März bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Darüber hinaus müssen die Ärzte Dokumentationen ihrer Home-Care-Besuche in anonymisierter Form zur Auswertung bei der Quartalsabrechnung einreichen.

Zum 1. Januar 2006 ist der mit dem Arbeiter-Ersatzkassenverband geschlossene Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Kraft getreten. Hausärzte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen möchten, haben bestimmte Qualifikationen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nachzuweisen: So müssen sie innerhalb von drei Monaten die Teilnahme an einer strukturierten hausärztlichen Fortbildung im Rahmen von Qualitätszirkeln und/oder an einer anerkannten Fortbildungsveranstaltung sowie die Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems beziehungsweise die Teilnahme an einem entsprechenden Seminar zur Einführung eines solchen Systems nachweisen. Darüber hinaus verpflichtet sich der teilnehmende Arzt, die Patienten nach evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien zu behandeln. Die Praxis muss über ein entsprechendes EDV-System verfügen und eine apparative Mindestausstattung (EKG, Akutlabor sowie Lungenfunktionstest, gegebenenfalls in Kooperation) vorhalten.

Um eine qualifizierte ambulante Versorgung für Frauen mit Gestationsdiabetes sicherzustellen und um die strukturierte Betreuung von Gestationsdiabetikerinnen zu fördern, haben die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Landesverbände der Krankenkassen beschlossen, die mit Beginn des Vertrages zum strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V für die Indikation Diabetes mellitus Typ 1 getroffenen Regelungen der Überleitungsvereinbarung vom 11. September 2003 mit Wirkung zum 1. Dezember 2007 für die Betreuung dieser Patientinnen fortzuführen. Um an dieser Vereinbarung teilnehmen zu können, muss der Vertragsarzt die Anerkennung als Diabetologe der Deutschen Diabetes Gesellschaft, die Subspezialisierung Diabetologie oder die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie besitzen. Darüber hinaus müssen teilnehmende Ärzte an anerkannten Diabetes-Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.

BRANDENBURG
AUSBAU DER PALLIATIVEN UND PRÄVENTIVEN VERSORGUNG

Bereits mit Wirkung vom 1. Juli 1996 wurde mit dem Landesverband der Innungskrankenkassen (IKK) Brandenburg und Berlin eine Vereinbarung getroffen, die regelt, dass der besondere Aufwand beim Hausbesuch eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung beziehungsweise einer AIDS-Erkrankung zusätzlich honoriert wird. Die Abrechnung der Zuschläge bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Voraussetzung zum Erwerb der Genehmigung sind eingehende Erfahrungen und Kenntnisse des Vertragsarztes bei der Behandlung sterbender Patienten, was in geeigneter Weise zu belegen ist. Der berechtigte Vertragsarzt verpflichtet sich zur engen und dauerhaften Zusammenarbeit mit einem onkologischen Schwerpunkt beziehungsweise AIDS-Zentrum.

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg hat mit der AOK Brandenburg, der IKK Brandenburg-Berlin, dem Landesverband-Ost der Betriebskrankenkassen, der Bundesknappschaft, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband und der Landeskrankenkasse Mittel- und Ostdeutschland ein Screening-Programm für Schwangerschaftsdiabetes vereinbart. Werdende Mütter, die bei diesen Krankenkassen versichert sind, können dieses als Kassenleistung unentgeltlich in Anspruch nehmen. Die Vertragspartner streben mit dieser Vereinbarung die Vermeidung von Spätkomplikationen bei Mutter und Kind an.

Mit den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1 wurde ein kassenartenübergreifender Strukturvertrag Diabetes abgeschlossen, der die bisherigen Diabetes-Vereinbarungen beziehungsweise Strukturverträge ersetzt. Der Strukturvertrag regelt die Betreuung der Diabetiker und der nicht an einem DMP teilnehmenden Patienten (Gestationsdiabetikerinnen und Patienten mit sekundärem Diabetes) in den sogenannten Diabetes-Schwerpunktpraxen. Er ergänzt im Sinne einer Paketlösung die DMP-Verträge.

Mit Wirkung vom 1. Januar 2006 konnte mit den Arbeiter-Ersatzkassen sowie zum 1. August desselben Jahres mit dem Verband der Angestellten-Krankenkassen ein Vertrag über die Durchführung eines Hautkrebs-Screening-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgeschlossen werden. Ziel ist die Erkennung des Hautkrebses in einem frühen Stadium sowie die Beratung und Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen. Anspruch auf die Leistung haben Versicherte vorgenannter Krankenkassen ab dem 18. Lebensjahr. Teilnahmeberechtigt an diesen Verträgen sind die vertragsärztlich tätigen Dermatologen.

Erstmals für das Jahr 2007 wurde eine Bilanz des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg veröffentlicht, welche die hohe Qualität der Organisation zeigt. Von Januar bis Dezember 2007 wurden über 250.000 Anrufe sowohl für den allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst als auch für fachgebietsbezogene Bereitschaftsdienste verzeichnet. In 99 Prozent der Anrufe wurde ein diensthabender Arzt erreicht. Alle Anrufe des Jahres 2007, die über die Bereitschaftsdienstrufnummern erfolgten, ergaben zusammengerechnet ein Dauertelefonat von 319 Tagen. Der Erfolg des Bereitschaftsdienstes basiert auf drei entscheidenden Punkten: Der Zuverlässigkeit der Ärzte bei der Dienstdurchführung. Dem besonderen Engagement der Dienstplanbeauftragten bei der Erstellung und Umsetzung der Dienstpläne sowie der dabei von den Ärzten gezeigte Flexibilität und als dritte Komponente die Leistungsfähigkeit des Bereitschaftsdienstmanagements.

BREMEN
ZUSATZVEREINBARUNGEN FÖRDERN DIE QUALITÄT

Die Vereinbarungen zur Förderung ambulanter Operationen – im Jahr 2006 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und allen gesetzlichen Krankenkassen geschlossen – enthalten spezifische Strukturvoraussetzungen. Die abgestufte finanzielle Förderung erfolgt nur insoweit, als die Einrichtung, in der die Operationen durchgeführt werden, die jeweilige Stufe der vereinbarten Strukturvoraussetzungen erfüllt. Deren Einhaltung überprüfen unabhängige Sachverständige. Für einzelne Leistungen gelten darüber hinaus weitere qualitätssichernde Maßnahmen. Im Jahr 2007 wurden die Vereinbarungen überarbeitet und erweitert. Die Vertragspartner wollen damit Rahmenbedingungen schaffen, die eine weitere Verlagerung von bisher stationär erbrachten Operationen in den ambulanten Sektor ermöglichen.

Eine Zusatzvereinbarung für asthmakranke Kinder mit speziellen Qualifikationsvoraussetzungen der teilnehmenden Praxen wurde mit allen gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des DMP-Vertrags Asthma bronchiale mit Wirkung zum 1. Januar 2007 geschlossen. Ziel der Vereinbarung ist es, durch gezielte Maßnahmen das Selbstmanagement von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen und damit Früh- und Spätkomplikationen zielgerichtet zu vermindern oder zumindest zu verzögern. Jede teilnehmende Praxis muss über besonders geschultes Praxispersonal verfügen und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen nachweisen.

Bereits vor Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2007 hat die Kassenärztliche Vereinigung Bremen mit den Ersatzkassen, der AOK Bremen/Bremerhaven sowie dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen/Bremen Vereinbarungen zum qualitätsgesicherten Hautkrebs-Screening geschlossen. Die Vertragspartner verfolgen mit den Vereinbarungen das Ziel, Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen, sowie eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen. Ein inhaltlicher Schwerpunkt ist neben der hautärztlichen Untersuchung die Beratung der Versicherten hinsichtlich ihres persönlichen Hautkrebsrisikos und über geeignete Schutzmaßnahmen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen überarbeitet und aktualisiert fortlaufend ihre regionalen spezifischen Vereinbarungen zur Qualitätssicherung.

HAMBURG
BEWÄHRTES FÜR DIE ZUKUNFT GESTALTEN

Seit dem 28. Dezember 1994 dürfen Vertragsärzte in Hamburg die ambulante Behandlung rheumakranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung durchführen, sofern sie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation haben. Die Vereinbarungen regeln, dass nur Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie eine Genehmigung erhalten können, in deren Vertragsarztpraxis der Anteil der Rheumatiker mindestens 50 Prozent beträgt. Darüber hinaus ist die regelmäßige Teilnahme an rheumatologisch ausgerichteten Fortbildungsveranstaltungen beziehungsweise Qualitätszirkeln mindestens viermal jährlich nachzuweisen.

Auch die ambulante Behandlung von HIV-Patienten dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg die benötigte persönliche Qualifikation nachweisen. Der Vertragsarzt muss eine ausreichende praktische Erfahrung in der Behandlung von AIDS-kranken Patienten besitzen. Dazu gehört die regelmäßige Teilnahme – mindestens sechsmal jährlich – an den Sitzungen des AIDS-Arbeitskreises der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg oder eines ähnlichen Fortbildungsangebotes beziehungsweise Qualitätszirkels. Entsprechende Verträge wurden am 28. Dezember 1994 mit den Ersatzkassen und am 1. Januar 1995 mit den Primärkassen abgeschlossen.

Am 1. April 1996 trat die Vereinbarung zur Umweltmedizin in Kraft. Sie wurde zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und dem Landesverband Nord der Betriebskrankenkassen geschlossen. Diese Vereinbarung regelt, welche Eingangsvoraussetzungen ein Arzt erfüllen muss und verlangt zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung den Nachweis über eine mindestens viermalige Teilnahme pro Jahr an umweltmedizinischen Fortbildungsangeboten beziehungsweise Qualitätszirkeln.

Auch das Qualitätsmanagement steht im Blickpunkt der Kassenärztlichen Vereinigung. Am 30. Juli 2008 war es soweit – die bundesweit 100. QEP®-Zertifizierung fand in Hamburg statt. Für die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg war es die bisher fünfte Zertifizierung. Auch wenn derzeit noch nicht verpflichtend, soll jede Praxis bis 2010 ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement aufgebaut haben. Die Kassenärztliche Vereinigung unterstützt ihre Mitglieder hierbei mit verschiedenen Angeboten und bietet seit Ende 2005 Einführungsseminare an. Bis heute besuchten insgesamt 1.670 Personen aus 939 Praxen die kostengünstigen und professionell geleiteten Veranstaltungen. Zusätzlich sind zwei Mitarbeiterinnen der Kassenärztlichen Vereinigung zum Thema Qualitätsmanagement beratend tätig – telefonisch, persönlich oder auf Wunsch auch vor Ort in den Praxisräumen. Auf diese Weise können für verschiedene Probleme Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, so dass der Start in ein Qualitätsmanagement erleichtert oder ein ins Stocken geratener Prozess wieder in Gang gebracht werden kann. (QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen ist das von KBV und kassenärztlichen Vereinigungen entwickelte Qualitätsmanagementsystem für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten.)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

HESSEN
PHARMAKOTHERAPIE UND NEUE MEDIEN

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) flankiert ihre Bemühungen um eine rationelle und rationale Pharmakotherapie mit einer eigenen Publikation: „KVH aktuell Pharmakotherapie“ steht seit mehr als zehn Jahren für eine unabhängige und pharmakritische Auseinandersetzung mit Studien, aktuellen Verschreibungstendenzen und gibt praktische Tipps für die hausärztliche Praxis. Überhaupt steht besonders der Alltagsbezug im Mittelpunkt, jeder Artikel endet deshalb mit der Rubrik „Was bedeutet das für meine Praxis?“, die sich konkret mit den praktischen Problemen der Anwendung in der Praxis auseinandersetzt. Das ist der Maßstab, an dem sich die Relevanz der Empfehlungen für die vertragsärztliche Behandlung messen lassen muss. Ergänzt wird jede Ausgabe durch eine aktuelle Leitlinie in Langfassung sowie eine weitere Leitlinie in der sogenannten Tischversion, also in Kurzform. Die Leitlinien werden von der mehrfach für ihre Arbeit ausgezeichneten Leitliniengruppe Hessen herausgegeben, die umfangreich von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unterstützt wird. Zusätzliche wissenschaftliche Begleitung und Unterstützung erhält die Leitliniengruppe von der Universität zu Köln.

Die pharmaunabhängige Beratung findet so gute Resonanz, dass mittlerweile zehn weitere Kassenärztliche Vereinigungen die Publikation komplett übernehmen beziehungsweise mit eigenem Layout an ihre Mitglieder weitergeben. Die vier Jahresausgaben erreichen somit eine jeweilige Auflage von rund 40.000 Exemplaren.

Neben „KVH aktuell Pharmakotherapie“ setzt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vor allem auf eine intensive Qualitätszirkelarbeit. In keiner anderen Kassenärztlichen Vereinigung gibt es so viele Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie wie in Hessen. Darüber hinaus versucht die Kassenärztliche Vereinigung Hessen auch neue Wege zu gehen. So hat sie beispielsweise das Hörbuch Pharmamarketing veröffentlicht, das auf ungewöhnliche Weise über Vermarktungstricks der Industrie informiert. Auch dieses Medium stieß bei den hessischen Mitgliedern und anderen Kassenärztlichen Vereinigungen auf großes Interesse. Das Hörbuch wurde mittlerweile ebenfalls von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen und wird von ihnen für ihre Mitglieder produziert.

KVH • aktuell
Informationsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Pharmakotherapie
Rationale und rationelle Pharmakotherapie in der Praxis
Jrg. 13, Nr. 3 – September 2008

Hartnäckige chronische Wunden
Welcher Verband hilft am besten?
Neben den guten alten Binden und Kompressen gibt es längst moderne Wundauflagen, die eine bessere Heilung bei den oft undankbaren chronischen Wunden versprechen. Allerdings haben diese Mittel und Verbände auch ihren Preis. Lohnt sich ihr Einsatz auch wirklich? Die Antwort: Sie können durchaus wirtschaftlich sein und unterm Strich sogar Kosten sparen – aber nur, wenn man nicht alle Wunden über einen Kamm schert, sondern die modernen Verbandmittel auch wirklich nach differenzialtherapeutischen Erwägungen einsetzt und nicht gerade das teuerste Verbandmittel einer Gruppe verwendet. Seite 4

Der akute Hexenschuss
Bewegung und Paracetamol sind die beste Therapie
Bei der akuten Lumbago werden hierzulande mehr NSAR verschrieben und nur selten Paracetamol. Zu Unrecht: Wie eine randomisierte Studie in 40 Praxen zeigt, kann man die nebenwirkungsträchtigen NSAR ohne Weiteres weglassen und dem Patienten statt dessen Paracetamol und Bewegung ans Herz legen. Damit ist er mindestens genauso gut bedient wie mit alleinigen oder zusätzlichen NSAR. Seite 8

Rhinosinusitis
Antibiotika selten besser als Placebo Seite 14

Wie arriba dem Hausarzt die Risikoberatung erleichtert Seite 16

Praxisnahe hausärztliche Leitlinie
Schwere Schmerzen effizient behandeln
Vor allem bei der palliativen Behandlung muss der Hausarzt oft genug schwere Schmerzen bekämpfen. So manchem Kollegen bereitet der Umgang mit den starken Schmerzmitteln aber Kopfzerbrechen und insbesondere bei Durchbruchschmerzen schreckt so mancher davor zurück, die notwendigen Geschütze aufzufahren. Andererseits darf man sich den Griff zu Opiaten auch nicht allzu leicht machen. Hier hilft die hausärztliche Leitlinie Schmerz: Mit ihr ist die Auswahl der richtigen Schmerzmittels samt der geeigneten Galenik, die Steuerung der Schmerztherapie und das Handling der Nebenwirkungen kein Problem. Seite 31

MECKLENBURG-VORPOMMERN GEMEINSAME LÖSUNGEN FÜR DIE ZUKUNFT

Der absehbare Ärztemangel und die damit verbundenen Sicherstellungsprobleme waren ein Motiv für die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, verschiedene Projekte zur Lösung von Strukturproblemen aufzulegen.

Gemeindeschwester AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention): Die klare Definition der AGnES-Schwester im Rahmen der hausärztlichen Versorgung im Erprobungsmodell Mecklenburg-Vorpommern und ihre Praxisimplementierung im Rahmen der Regelversorgung haben einen wesentlichen Beitrag für die gesetzliche Beauftragung des Bewertungsausschusses zur Erarbeitung einer Vergütungsregelung für ärztlich angeordnete Leistungen in der Häuslichkeit des Patienten geleistet. Der Hausarzt beauftragt die AGnES-Schwester mit Aufgaben der arztunterstützenden Behandlung, Beratung, Prophylaxe, koordinierenden Tätigkeiten vor und nach Krankenhausaufenthalten sowie begrenzten diagnostischen Leistungen. Damit wird eine versorgungsstrukturell wünschenswerte Entlastung des Hausarztes in künftigen AGnES-Regionen angestrebt.

Pflegeheim Plus: Eine Rahmenvereinbarung zwischen der AOK und der Kassenärztlichen Vereinigung soll die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen mittels sogenannter Hausärzte-Teams regeln. Die Gespräche zu untervertraglichen Vereinbarungen vor Ort mit interessierten Ärztenetzen und -verbünden haben begonnen. Ziel ist die verbesserte Strukturierung, Koordination und Qualität bei der Behandlung der Pflegeheimpatienten, die optimale Medikation sowie die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen und Doppeluntersuchungen. Dies soll unter anderem durch die konzertierte Versorgung mittels fest vereinbarter Regelvisiten im Heim, Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team und Gewährleistung einer speziellen Rufbereitschaft erreicht werden.

Der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern liegen Konzepte für eine koordinierte palliativmedizinische Versorgung unter Einbindung der örtlichen Palliativstationen sowie der stationären Hospize beziehungsweise der ambulanten Hospizdienste vor. Die Konzepte orientieren sich an den Regelungen des neuen § 132d SGB V und an der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen „Richtlinie zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“. Die geforderten Strukturvoraussetzungen hinsichtlich der Versorgungsebene II „Qualifizierte Palliativ-Ärzte“ (Zusatzweiterbildung Palliativ-Medizin der Landesärztekammer) werden vorgehalten. In Bezug auf die haus- und fachärztliche koordinierende Ebene I besteht der Zugang über eine 40-stündige Kursweiterbildung Palliativ-Medizin (Curriculum der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin). Im Mittelpunkt stehen die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, die Koordination unterschiedlicher Leistungserbringer und Versorgungsebenen sowie die Betreuung der Patienten und Angehörigen einerseits sowie die Teilnahme an multidisziplinären Fallkonferenzen, die Einstellung und Beratung zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle, Medikamentenapplikation, Ernährung und Flüssigkeitsgabe sowie Wundbehandlung andererseits. Derzeit (Herbst 2008) laufen Vertragsgespräche zur Umsetzung eines Pilotprojektes.

KVN
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

NIEDERSACHSEN
KONTROLLE IST BESSER: STICHPROBENPRÜFUNG ARTHROSKOPIE

Die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Arthroskopie sind im Gegensatz zu den Stichprobenprüfungen radiologische Diagnostik und Kernspintomographie nicht durch eine bundesweit gültige Richtlinie definiert, sondern durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen satzungsrechtlich festgelegt. Je Arzt überprüft die Arthroskopie-Kommission mindestens sechs von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen stichprobenartig ausgewählte Behandlungsfälle. Beurteilungskriterien sind die medizinische Fragestellung und Indikation, die Durchführung der Operation sowie die Dokumentation. Die Überprüfung erfolgt anhand der schriftlichen Aufzeichnungen sowie der Bilddokumentation (CD-Medical, Videoband).

Die Rechtsfolgen können bei festgestellten Mängeln bis zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung führen. Im Jahr 2007 wurden in Niedersachsen insgesamt 45 Vertragsärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen, davon zehn Ärzte aufgrund festgestellter Mängel im Rahmen der Stichprobenprüfung 2006. Folgendes Bild zeigte sich:

Beanstandet wurden insbesondere Mängel bei der Dokumentation. Diese war oftmals nicht vollständig und damit nicht nachvollziehbar. So muss zum Beispiel das eingereichte Bildmaterial eine eindeutige Beurteilung des präoperativen Befunds, des Operationsverlaufs und des Operationsergebnisses ermöglichen, was nicht immer der Fall war. Auch die Indikationsstellung war manchmal anhand der eingereichten Unterlagen (Operationsbericht und Bilddokumentation) nicht nachvollziehbar.

Hinweis: Stichprobenprüfungen zur Arthroskopie werden auch in den Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Bayerns, Berlin (hier im Rahmen der Prüfungen zum ambulanten Operieren), Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein durchgeführt. Näheres zu den Ergebnissen finden Sie auf Seite 46.

ERGEBNIS DER ÜBERPRÜFUNG	MÖGLICHE RECHTSFOLGE	ANZAHL
keine Beanstandungen	Bestätigung, gegebenenfalls ergänzende Hinweise	4
geringe Beanstandungen	Empfehlung zur Mängelbeseitigung, gegebenenfalls Beratungsgespräch	19
erhebliche Beanstandungen	Empfehlung/Verpflichtung zur Mängelbeseitigung, gegebenenfalls Beratungsgespräch; Honorarberichtigung; Fortsetzung des Prüfverfahrens (erneute Überprüfung nach sechs Monaten), im Wiederholungsfall Kolloquium und gegebenenfalls Entzug der Genehmigung; Praxisbegehung	8
schwerwiegende Beanstandungen	Verpflichtung zur Mängelbeseitigung, gegebenenfalls Beratungsgespräch; Honorarberichtigung; Kolloquium und gegebenenfalls Entzug der Genehmigung; Praxisbegehung; sofortiger Widerruf der Genehmigung bei erheblicher Gefährdung von Leben oder Gesundheit	14

NORDRHEIN DIENSTLEISTER IN SACHEN QUALITÄT

Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Rheinischen Fachhochschule in Köln wurden 459 nordrheinische Praxen zum Thema Qualitätsmanagement befragt. An der Umfrage haben 183 Hausärzte, 228 Fachärzte und 48 Psychotherapeuten teilgenommen. Von den befragten Praxen befinden sich über drei Viertel im Zeitplan der Qualitätsmanagement-Richtlinie. Etwas mehr als die Hälfte der Praxen hat bereits mit der Einführung eines Qualitätsmanagements begonnen. Gut ein Viertel hat die Einführung bereits abgeschlossen. Knapp 15 Prozent haben sich noch nicht damit beschäftigt.

Zertifizierte Praxis
qu.no
Qualitätsmanagement
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Die meisten Ärzte und Psychotherapeuten haben sich für qu.no, das Qualitätsmanagementsystem ihrer Kassenärztlichen Vereinigung, entschieden. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bietet schon seit 2005 ein eigenes Qualitätsmanagementsystem an, das die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllt; qu.no ist aufgrund seines geringeren Umfangs schnell und damit kostengünstig in der Einführung.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ist für ihre Mitglieder die wichtigste Informationsquelle zur Qualitätsmanagement-Implementierung. Von den 447 Studienteilnehmern, die zu dieser Frage eine Aussage machten, informierten sich 54 Prozent unter anderem bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Auch beim Bekanntheitsgrad der Qualitätsmanagementsysteme steht qu.no mit 63 Prozent an erster Stelle. Das nordrheinische System ermöglicht jeder Praxis, in kürzester Zeit den Nachweis qualitätsmanagementgesteuerten Handelns zu erbringen. Zudem handelt es sich bei qu.no um ein modulares und ausbaufähiges Qualitätsmanagementsystem; die Praxis kann sich auf Wunsch zertifizieren lassen.

Im Rahmen der Arbeit in den Qualitätszirkeln setzt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein weiter auf Multiplikatorentätigkeit. Im Jahr 2007 und in der ersten Hälfte des Jahres 2008 wurden die Themen evidenzbasierte Medizin, Health-Technology-Assessment, Fehlermanagement und Pharmakotherapie vertieft. Für den Herbst 2008 sind dazu mehrere Veranstaltungen mit den Moderatoren der Qualitätszirkel geplant. Hierbei soll die Vernetzung von evidenzbasierter Medizin und neuem Einheitlichen Bewertungsmaßstab auf der Ebene der Prozess-Steuerung im Qualitätsmanagement in Vorträgen und Kleingruppenarbeit vermittelt werden. Außerdem sollen die Veranstaltungsteilnehmer trainieren, Publikationen aus dem Bereich Health-Technology-Assessment zu lesen und zu bewerten. Die Hausarzttutoren greifen das Thema Patientensicherheit im Bereich Arzneimitteltherapiesicherheit und Fehlermanagement auf. Geplant ist, in Kleingruppen unter anderem Fälle zum Thema Entlassungsmedikation aus dem Krankenhaus zu bearbeiten.

Derzeit leiten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein circa 1.460 Moderatoren einen Qualitätszirkel. 780 Moderatoren davon sind fachärztlich, 240 hausärztlich tätige Ärzte. Die zweitgrößte Moderatorengruppe bilden die Psychotherapeuten mit 440 Moderatoren.

KV RLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

RHEINLAND-PFALZ QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

In Rheinland-Pfalz werden 2.400 opiatabhängige Menschen von rund 100 Ärzten mit Substitutionsmitteln zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt. Was viel klingt, ist nicht ausreichend. Denn die Zahl der aktiv substituierenden Ärzte hat in Rheinland-Pfalz seit 2005 abgenommen.

Die Substitutionsbehandlung mit Methadon hat positive Effekte: Der Gesundheitsstatus verbessert sich, Drogenkonsum und Kriminalität sinken, die Erwerbsbeteiligung steigt. Aufgrund des Flächenlandes ist die Verfügbarkeit einer Substitutionsbehandlung in Rheinland-Pfalz regional sehr unterschiedlich. So gibt es stärker besiedelte Regionen wie die Vorderpfalz, den Raum Mainz oder Koblenz. Schwächere Regionen sind Bad Kreuznach, Trier und der Rhein-Hunsrück-Kreis. Leider werden die bestehenden Möglichkeiten, über Konsiliarverfahren die Substitution vor Ort durchzuführen, noch nicht ausreichend genutzt. Ein Konsiliararzt kann die Substitution an einen niedergelassenen Kollegen delegieren. Für den beauftragten Arzt ist keine spezielle Weiterbildung, sondern eine Zusammenarbeit mit dem Konsiliararzt notwendig. Er kann bis zu drei Opiatabhängige substituieren. Oberstes Ziel einer substitutionsgestützten Behandlung ist die Suchtmittelfreiheit. Ist dieses Ziel nicht unmittelbar oder zeitnah zu erreichen, ist eine Substitution zulässig. Zu der Behandlung im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzepts, gehören auch – soweit erforderlich – begleitende psychosoziale Betreuungsmaßnahmen. Da der Erfolg von Substitutionsbehandlungen wesentlich von der Durchführung abhängt, hat die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz Qualitätsrichtlinien entwickelt, die dem Arzt Behandlungsstandards vorgeben. Geprüft wird die Einhaltung der Richtlinien von den Qualitätssicherungskommissionen Nord und Süd der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Zusätzlich sind in den Regionalzentren Qualitätszirkel organisiert, die eine ständige Fortbildung und Auseinandersetzung mit den neuesten Standards der Substitution ermöglichen. Leider reichen die in Rheinland-Pfalz gegebenen Möglichkeiten der psychosozialen Begleitmaßnahmen über die vom Ministerium organisierten Beratungsstellen derzeit nicht aus.

Ein spezielles Tätigkeitsfeld für die Substitution sind Justizvollzugsanstalten, da rund ein Drittel der Inhaftierten Drogen konsumieren. Um auch hier die Qualität der ärztlich betreuten Substitution zu sichern, hat die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz mit dem Justizministerium Rheinland-Pfalz 2007 einen Vertrag geschlossen. Dieser in Deutschland bisher einmalige Vertrag regelt, dass auch die Behandlung in den Justizvollzugsanstalten nach den Qualitätsrichtlinien erfolgen soll und entsprechend geprüft wird.

GEMELDETE SUBSTITUTIONSPATIENTEN IN DEUTSCHLAND

Stichtag	Anzahl (ca.)
Juli 2002, Beginn der Meldepflicht	46.000
Juli 2003	52.700
Juli 2004	57.700
Juli 2005	61.000
Juli 2006	64.500
Mai 2007	69.000

GEMELDETE SUBSTITUTIONSPATIENTEN STICHTAG 1.10.2006

Bundesland	Anzahl
Baden-Württemberg	9.120
Bayern	7.276
Berlin	4.094
Brandenburg	33
Bremen	1.562
Hamburg	4.139
Hessen	6.236
Mecklenburg-Vorpommern	196
Niedersachsen	6.120
Nordrhein-Westfalen	19.700
Rheinland-Pfalz	1.854
Saarland	710
Sachsen	726
Sachsen-Anhalt	478
Schleswig-Holstein	3.017
Thüringen	339

Quelle: Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Mai 2007

SAARLAND
ENGAGEMENT IN DER FORT- UND AUSBILDUNG

SEMINARVERANSTALTUNG „HYGIENE IN DER ARZTPRAXIS“

Hygiene in Krankenhaus und Praxis sind eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Und doch können sich durch Nachlässigkeiten immer wieder Erreger einschleichen, die mitunter zu lebensbedrohlichen Infektionen führen. Der Gesetzgeber trägt dieser Entwicklung durch das Infektionsschutzgesetz Rechnung. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der notwendigen Hygienemaßnahmen sind jedoch in erster Linie geschulte Ärzte und deren Praxisangestellte.

Welche Anforderungen in diesem Zusammenhang konkret an Organisation, Planung, Räumlichkeiten und Arbeitsabläufe einer Praxis gestellt werden, vermittelte die Kassenärztliche Vereinigung Saarland in ihrem Seminar „Hygiene in der Arztpraxis“. Von Ende November 2007 bis Ende Juli 2008 nahmen an der jeweils knapp dreistündigen Veranstaltung mehr als 100 Ärzte und Praxisangestellte teil. Das Seminar vermittelte Allgemeines zu den Rahmenbedingungen (Rechtsvorschriften, Empfehlungen, Informationen über das Robert Koch-Institut, Infektionsschutzgesetz, Zuständigkeiten und so weiter), verbunden mit praxisnahen Hinweisen, Ratschlägen und Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen, die sowohl dem Schutz der Patienten als auch dem Schutz des Personals und des Arztes dienen. Eine sogenannte virtuelle Praxisbegehung, in der die jeweiligen Räumlichkeiten von der Anmeldung bis zum Arztzimmer unter dem Gesichtspunkt der Hygiene beschritten wurden, rundete die Schulung ab.

ERSTMALS MEDIZINISCHE DATENSCHUTZBEAUFTRAGTE AUSGEBILDET

In der Arztpraxis ist die Angabe bestimmter personenbezogener Daten zur Behandlung unumgänglich. Dabei ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und damit auch der vertrauliche Umgang mit allen Informationen, die im Laufe einer Behandlung relevant sind, die Grundvoraussetzung für den Erfolg der Behandlung. Dies scheint selbstverständlich, gibt es doch das Gebot der ärztlichen Schweigepflicht als älteste Datenschutzregelung überhaupt.

Trotzdem können sich im Praxisalltag Situationen ergeben, die die Vertraulichkeit im Umgang mit patientenbezogenen Informationen gefährden können. Hier ist vor allem das Praxisteam gefordert. Die Einhaltung des Datenschutzes darf aber gleichzeitig nicht zur Beeinträchtigung der medizinischen Versorgung führen. Spezielles Know-how ist erforderlich, wenn der reibungslose Praxisablauf und die berechtigten Belange des Datenschutzes unter einen Hut gebracht werden sollen.

Im Jahr 2007 hat die Kassenärztliche Vereinigung Saarland in Zusammenarbeit mit einem externen Unternehmen für ihre Mitglieder zahlreiche Datenschutzseminare durchgeführt. Im Rahmen dieser Seminare konnten sich die Teilnehmer einen ersten Überblick über das Bundesdatenschutzgesetz und dessen vielfältige Anforderungen verschaffen.

Zur Vertiefung der Thematik – und aufgrund der hohen Nachfrage – hat die Kassenärztliche Vereinigung Saarland einen Intensiv-Lehrgang zum Erwerb des Fachkundenachweises konzipiert. Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland hat damit bundesweit eine Pilotfunktion übernommen, erstmals hat eine Kassenärztliche Vereinigung zwölf medizinische Datenschutzbeauftragte ausgebildet. Im Oktober 2008 hat ein weiterer Lehrgang begonnen.

SACHSEN POTENZIALE AUSSCHÖPFEN

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hat sich im Berichtsjahr 2007 zum einen intensiv mit grundlegenden strukturellen Fragen befasst und im Ergebnis ein Unternehmensleitbild beschlossen, das nachhaltig die Förderung der Qualitätssicherung unterstreicht. Im Sinne des Unternehmensleitbildes wird die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Qualitätssicherungskonzepte aktiv unterstützen, die nachweislich zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung beitragen können. Bestandteile dieses Ansatzes sind die Förderung des Qualitätsmanagements in den Arztpraxen mit einem speziellen Konzept der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (Qualitätsmanagement in sächsischen Arztpraxen) und die Fortbildung ihrer Mitglieder.

Zum anderen starteten im Jahr 2007 eine Reihe von Projekten. Zu nennen ist hier an erster Stelle das Mammographie-Screening in den Regionen Chemnitz und Dresden. Aber auch mit der im dritten Quartal 2007 begonnenen vollständigen Erfassung der medizinischen Daten bei Dialysebehandlungen wird die hier bereits seit Jahren bestehende hohe Qualität nicht nur dokumentiert, sondern auch dazu beigetragen, dass diese in Zukunft erhalten bleibt. Nach kurzer Anlaufzeit beteiligen sich mittlerweile alle Dialysepraxen und -einrichtungen in Sachsen an dieser Qualitätssicherungsmaßnahme.

Bereits seit Jahren existiert im Bereich der gynäkologischen Zytologie eine Qualitätssicherung auf Basis einer statistischen Auswertung. Die nunmehr durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses auch bundesweit vorgegebenen Maßnahmen bestätigen den in Sachsen bisher beschrittenen Weg. Das gilt auch für den Leistungsbereich Akupunktur. Hier haben die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses die bis dahin bestehende regionale Vereinbarung abgelöst.

Darüber hinaus wurden die Diabetes-Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Primär- und Ersatzkassen unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung weiterentwickelt. Gleiches gilt für die Impfvereinbarungen.

Im Präventionsbereich konnte mit der Betriebskrankenkassen-Vertragsgemeinschaft Ost ein Vertrag zur Durchführung eines Hautkrebs-Screenings vereinbart werden, der inhaltlich über den Rahmen des zum 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschuss hinausgeht.

ZERVIXKARZINOME IN SACHSEN IM JAHR 2006 IN ABHÄNGIGKEIT VON DER TEILNAHME DER BETROFFENEN PATIENTINNEN AN DER JÄHRLICHEN UNTERSUCHUNG

	regelmäßig	unregelmäßig	keine	Summe
Chemnitz	20	17	33	77
Dresden	21	16	40	70
Leipzig	8	10	14	32
gesamt	49	43	87	179

SACHSEN-ANHALT
INFORMATIONSMANAGEMENT FÜR QUALITÄTSZIRKEL

Zur Unterstützung der Arbeit hausärztlich orientierter Qualitätszirkel haben die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, die AOK Sachsen-Anhalt und die IKK gesund plus im Rahmen des in Sachsen-Anhalt laufenden Hausarztprogramms das Projekt „Strukturiertes Informationsmanagement für ärztliche Qualitätszirkel“ ins Leben gerufen. Zu definierten Themen werden Materialien für die Diskussion in den Qualitätszirkeln bereitgestellt, die neben der Auswertung von Leistungsdaten auch Hinweise auf die aktuelle Studienlage und geltende Leitlinien geben. Darüber hinaus enthalten sie die wichtigsten Fragestellungen und mögliche Problemlösungen und dienen dem Moderator des Qualitätszirkels als methodische Hilfestellung. Das Projekt wurde zunächst auf eine Laufzeit von zwei Jahren festgeschrieben, Start war der 1. Januar 2008.

Hintergrund der Initiative war der Wunsch mehrerer Moderatoren, Unterstützung bei der inhaltlichen Gestaltung von Qualitätszirkeln zu bekommen. Ein erstes Thema waren die „aufbereiteten medizinischen und Verordnungsdaten für die Verwendung im Qualitätszirkel“. Die hier zur Verfügung gestellten Materialien genügen sämtlichen qualitativen Ansprüchen an Aktualität, Wissenschaftlichkeit, Form, Gestaltung und methodischer Didaktik. Dazu gehören ein Handbuch für den Moderator, Unterlagen für die Teilnehmer sowie allgemeine Informationsmaterialien und Broschüren.

Neben der inhaltlichen und gestalterischen Aufbereitung der Themen ist die Betreuung der Moderatoren eine wesentliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Moderatoren werden in vierteljährlichen Veranstaltungen geschult. Die letzten Qualitätszirkelsitzungen werden hinsichtlich Präsentation, Teilnahme, Diskussion, Abgleich Soll-Ist-Daten und neuer Teilnehmer ausgewertet. Es wird die Gelegenheit zu einem Erfahrungsaustausch gegeben und die Diskussion hinsichtlich weiterer möglicher Themen angeregt. Eine Hotline steht für Anregungen, Fragen und Kritik zur Verfügung.

Mittlerweile wurden im Rahmen des Projekts auch zwei Module zum Thema Patienteninformation erarbeitet und interessierte Moderatoren durch das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Magdeburg von den Professoren Thomas Lichte und Markus Herrmann geschult. Beide Module finden in der Qualitätszirkelarbeit Anwendung.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Organisationsstruktur, die der Arbeit der Qualitätszirkel zugrunde liegt:

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Für die Menschen im Land.

SCHLESWIG-HOLSTEIN
NEUSTRUKTURIERUNG DES ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENSTES

In den Jahren 2005 und 2006 wurde bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein intensiv über eine Neustrukturierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes diskutiert. Der in einigen Regionen bestehende Ärztemangel, der sich den Prognosen nach in den kommenden Jahren noch dramatisch verschärfen wird, führte dort zu einer sehr hohen Belastung von Ärztinnen und Ärzten durch den Bereitschaftsdienst. Faires, rasches und nachhaltiges Handeln war notwendig – eine gerechte Struktur musste gefunden werden.

In Zusammenhang mit aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen fand dieses Thema auch in der Öffentlichkeit große Aufmerksamkeit. Patienten wie Kommunalpolitikern ist klar, dass ärztliche Versorgung keine Enklave in der Gesellschaft darstellt, die vom Strukturwandel nicht betroffen ist. Die Bemühungen, den Bereitschaftsdienst umzustrukturieren und diese besondere Form der Versorgung auch zukünftig sicherzustellen, trafen daher auf Verständnis und Zustimmung.

Im Jahr 2006 gab es in Schleswig-Holstein noch 145 Notdienstringe unterschiedlicher Größe, die zum Teil nicht mehr in der Lage waren, den Bereitschaftsdienst aufrechtzuerhalten.

Die Ziele der Neustrukturierung waren daher:

- Konzentration der Notdiensteinrichtungen
- einheitliche landesweite Notdienstzeiten
- Einrichtung von festen Anlaufstellen (Anlaufpraxen) an Krankenhäusern
- Verzahnung der Anlaufpraxen mit einem fahrenden Dienst, der die Patienten versorgt, die aus medizinischen Gründen nicht zur Anlaufpraxis kommen können
- Einführung einer zentralen einheitlichen Rufnummer (01805 - 11 92 92).

Seit dem 1. Januar 2007 existiert nun der neue Bereitschaftsdienst. In den 40 entstandenen Anlaufpraxen sind insgesamt 1.500 Ärzte und etwa 400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig. Zehn Leitstellen koordinieren die Arbeit des fahrenden Dienstes. Während der festen Öffnungszeiten (standortabhängig) sind die Anlaufpraxen mit Vertragsärzten besetzt. Außerhalb dieser Zeiten – zum Beispiel nachts, wenn die Praxen nur wenig in Anspruch genommen werden – übernehmen Krankenhausärzte die Rufbereitschaft.

Diese integrative Struktur ermöglicht eine Verdichtung der Patientenströme zu bestimmten Uhrzeiten und gleichzeitig eine Entlastung der Klinikärzte, die nur bei weiteren Anforderungen tätig werden. Auch für Patienten ist dieses Modell sehr attraktiv: Zum einen ist im Notfall klar, wohin sie sich wenden können, zum anderen gibt die Anbindung an das Krankenhaus mit seiner personellen und technischen Ausstattung zusätzliche Sicherheit.

In der neuen Struktur ist eine optimale Abstimmung aller Beteiligten die Voraussetzung für einen gut funktionierenden Bereitschaftsdienst und damit für eine bestmögliche Versorgung der Patienten. Auch der Praxisalltag muss den Besonderheiten dieses Modells angepasst werden. Die Einführung eines Qualitätsmanagements liegt somit auf der Hand. In diesem neuen Wirkungsfeld ist die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein im Moment tätig und stellt ihre gesammelten Erfahrungen anderen Kassenärztlichen Vereinigungen gerne zur Verfügung.

THÜRINGEN
GUTE ERFAHRUNGEN MIT QUALITÄTSZIRKELN

Qualität bietet Sicherheit. Es gilt den hohen Standard in der medizinischen Versorgung zu halten und möglichst noch zu steigern. Eine der Grundvoraussetzungen dafür ist die Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung. Dass diese in Thüringen vorhanden ist, zeigt die hohe Zahl von 134 aktiven Qualitätszirkeln.

Der Gesetzgeber hat in § 95d SGB V des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes die Ärzte zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung verpflichtet und die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Kontrolle der Nachweise beauftragt. Damit hat auch die Arbeit der Qualitätszirkel an Bedeutung gewonnen. Diese finden innerhalb der Ärzteschaft immer mehr Interesse: Die Qualitätszirkel haben sich als praxisnahe und kollegiale Fortbildung der bereits im Praxisalltag zusammenarbeitenden Kollegen erwiesen und führen zu einem regen Erfahrungsaustausch. Im Idealfall werden Handlungsleitlinien erarbeitet, neu bewertet und ergänzt. Den Protokollen ist zu entnehmen, dass neben neuen Behandlungsmethoden auch gezielt Patientenangelegenheiten besprochen werden, die dem einzelnen Arzt eine andere Sichtweise erlauben, da im dynamischen Gruppenprozess Anregungen und Ideen gemeinsam entwickelt werden.

Die Qualitätszirkel werden von Tutoren – das sind bei der KBV ausgebildete, lehrbefähigte Ärzte – begleitet. Sie vermitteln den Leitern der Qualitätszirkel im Rahmen einer Moderatorenausbildung theoretisches und vor allem praktisches Rüstzeug. Gemeinsam mit den Tutoren hat die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen Grundsätze der Arbeit der Qualitätszirkel erarbeitet, die seit 2006 in Thüringen gelten. Auf Empfehlung der Tutoren werden diese Grundsätze regelmäßig überprüft, um gegebenenfalls die gesammelten Erfahrungen einfließen zu lassen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass Strukturprogramme und Einzelverträge mit den Krankenkassen unter anderem Qualifikationsnachweise fordern, die über die Teilnahme an Qualitätszirkeln abgedeckt werden können.

In Thüringen ist es Standard, dass nur ein durch die Kassenärztliche Vereinigung ausgebildeter Moderator einen Qualitätszirkel leiten darf. Das heißt, jeder von der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen anerkannte und geförderte Qualitätszirkel wird von einem ausgebildeten Moderator geleitet. Die Tutoren bieten den Moderatoren zusätzlich einmal im Jahr eine Supervision an. Jeder Moderator muss innerhalb von drei Jahren an einer solchen Supervision teilgenommen haben.

Das schwierige Thema der Beteiligung von Pharmafirmen wurde ebenfalls diskutiert. Hier hat der Vorstand klar definiert, dass die Zirkelarbeit frei von jedweder Beeinflussung bei ihrer Aufgabenwahrnehmung zu sein hat und keine Produktwerbung erfolgen darf. Dies hat der Moderator des Qualitätszirkels mit seiner Unterschrift zu bestätigen.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen werden nur die Qualitätszirkel anerkannt, die sich regelmäßig mindestens viermal pro Jahr treffen. Qualitätszirkel, die die Anforderungen der Grundsätze nicht erfüllen, werden aus dem Verzeichnis gestrichen. Auch dies soll den hohen Qualitätsstandard der Qualitätszirkelarbeit der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen verdeutlichen und erhalten.

AKTIVE QUALITÄTSZIRKEL	134
▸ hausärztliche	16
▸ fachärztliche	48
▸ psychotherapeutische	29
▸ fachübergreifende	13
▸ indikationsbezogene	28
MODERATOREN	51
TUTOREN	4

KVWL
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

WESTFALEN-LIPPE ZERTIFIZIERTES ONLINE-TRAINING

Ein neues deutschlandweit einmaliges Übungsprogramm zur Überprüfung der eigenen diagnostischen Sicherheit bei der Befundung von Mammographien hat die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gemeinsam mit Radiologen und Gynäkologen entwickelt. Das Online-Training kann kostenfrei von jedem Arzt oder Interessenten im Internet unter http://www.kvwl.de/arzt/kv_dienste/fortbildung/mammo/ gestartet werden. Das Übungsprogramm kann auch zur Vorbereitung auf die seit 2002 verpflichtenden Prüfungen der Mammographie-Vereinbarung genutzt werden.

Das Entwicklungsteam hat das neue Programm besonders benutzerfreundlich angelegt. Der Arzt bekommt mit geringem Zeitaufwand und wenigen Mausklicks digital aufbereitete Röntgenaufnahmen von gesicherten Befunden geboten, an denen die diagnostische Treffsicherheit schnell und unkompliziert geübt werden kann. Je Übungsmodul kann der Arzt insgesamt 40 Aufnahmen ansehen und mittels komfortabler Bildsteuerung Ausschnitte zur näheren Betrachtung vergrößern. Der Arzt bekommt vier verschiedene Befundkategorien (unauffällig, benigne, suspekt, hochgradig malignitätsverdächtig) angeboten, die er zuordnen muss. Direkt im Anschluss an die Befundung erfolgt die Auswertung. Bei einer Fehleinschätzung der Aufnahme wird der Nutzer sofort auf seinen Fehler hingewiesen und die korrekte Befundung genannt. Die unmittelbare Rückmeldung erhöht den angestrebten Lerneffekt.

Ein zusätzlicher Pluspunkt ist die Zertifizierung des Übungsprogramms durch die Ärztekammer: Werden alle zehn pro Paket im Programm enthaltenen Fälle komplett durchgearbeitet, können die Teilnehmer je nach Qualität ihrer Befundungen bis zu zwei Fortbildungspunkte je Übungseinheit geltend machen – auch das ganz einfach per Mausklick und nach Nennung der persönlichen Einheitlichen Fortbildungsnummer. Für die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe ist die neue Online-Fortbildung nur ein erster Schritt, dem weitere folgen werden. Zurzeit arbeitet die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe an einem Übungsprogramm zur Sonographie der Säuglingshüfte.

Denkbar sind in diesem Zusammenhang auch andere radiologische Themenfelder und darüber hinaus gegebenenfalls auch graphisch-diagnostische Verfahren. Damit das Programm auch international genutzt werden kann, soll es um eine Sprachauswahl (Deutsch/Englisch) erweitert werden.

ANSCHRIFTEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

KV BADEN-WÜRTTEMBERG
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Tel. (07 11) 78 75 - 0
Fax (07 11) 78 75 - 2 74
www.kvbawue.de

KV BAYERNS
Elsenheimerstraße 39
80687 München
Tel. (0 89) 5 70 93 - 0
Fax (0 89) 5 70 93 - 21 05
www.kvb.de

KV BERLIN
Masurenallee 6 A
14057 Berlin
Tel. (0 30) 3 10 03 - 0
Fax (0 30) 3 10 03 - 3 80
www.kvberlin.de

KV BRANDENBURG
Gregor-Mendel-Straße 10 – 11
14469 Potsdam
Tel. (03 31) 28 68 - 0
Fax (03 31) 28 68 - 1 75
www.kvbb.de

KV BREMEN
Schwachhauser Heerstraße 26 – 28
28209 Bremen
Tel. (04 21) 34 04 - 0
Fax (04 21) 34 04 - 1 09
www.kvhb.de

KV HAMBURG
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Tel. (0 40) 2 28 02 - 0
Fax (0 40) 2 28 02 - 4 20
www.kvhh.de

KV HESSEN
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt
Tel. (0 69) 7 95 02 - 0
Fax (0 69) 7 95 02 - 5 00
www.kvhessen.de

KV MECKLENBURG-VORPOMMERN
Neumühler Straße 22
19057 Schwerin
Tel. (03 85) 74 31 - 0
Fax (03 85) 74 31 - 2 22
www.kvmv.de

KV NIEDERSACHSEN
Berliner Allee 22
30175 Hannover
Tel. (05 11) 3 80 - 03
Fax (05 11) 3 80 - 32 36
www.kvn.de

KV NORDRHEIN
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel. (02 11) 59 70 - 0
Fax (02 11) 59 70 - 82 87
www.kvno.de

KV RHEINLAND-PFALZ
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Tel. (0 61 31) 3 26 - 0
Fax (0 61 31) 3 26 - 15 0
www.kv-rlp.de

KV SAARLAND
Faktoreistraße 4
66111 Saarbrücken
Tel. (06 81) 40 03 - 0
Fax (06 81) 40 03 - 3 50
www.kvsaarland.de

KV SACHSEN
Schützenhöhe 12
01099 Dresden
Tel. (03 51) 82 90 - 50
Fax (03 51) 82 90 - 5 63
www.kvs-sachsen.de

KV SACHSEN-ANHALT
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Tel. (03 91) 6 27 - 60 00
Fax (03 91) 6 27 - 89 99
www.kvsa.de

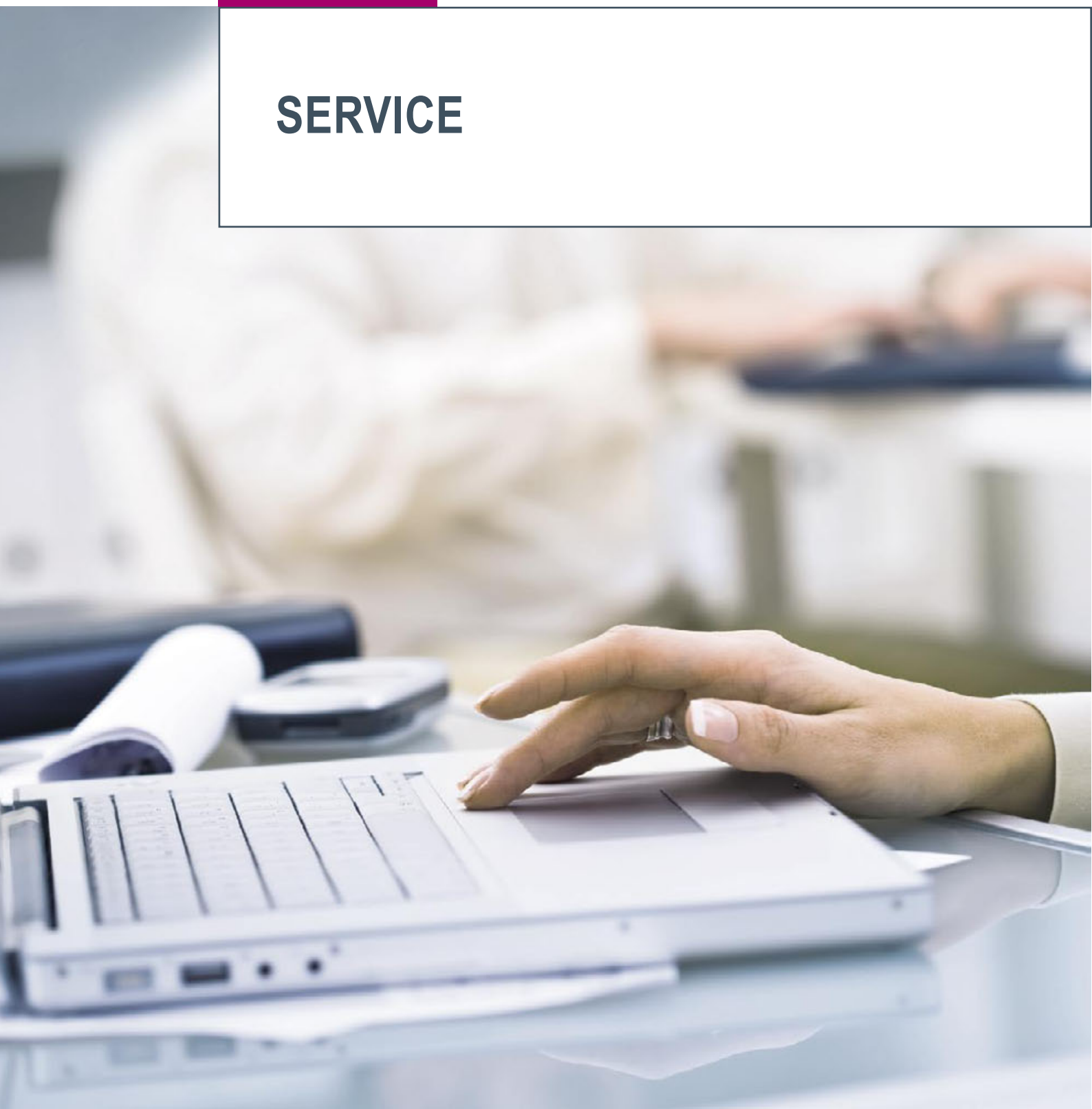
KV SCHLESWIG-HOLSTEIN
Bismarckallee 1 – 6
23795 Bad Segeberg
Tel. (0 45 51) 8 83 - 0
Fax (0 45 51) 8 83 - 2 09
www.kvsh.de

KV THÜRINGEN
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Tel. (0 36 43) 5 59 - 0
Fax (0 36 43) 5 59 - 1 91
www.kv-thueringen.de

KV WESTFALEN-LIPPE
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6
44141 Dortmund
Tel. (02 31) 94 32 - 0
Fax (02 31) 94 32 - 55 55
www.kvwl.de

5

SERVICE



FORMALE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG AB SEITE 98
ARZTSTRUKTUR SEITE 102
QUELLEN, ABKÜRZUNGEN, INDEX AB SEITE 103

DIE QUALITÄTSSICHERUNG IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG IST EINE GESETZLICH VORGESCHRIEBENE AUFGABE, DIE ABER AUCH AUS DER BERUFSORDNUNG HERAUS FÜR JEDEN ARZT VERPFLICHTEND IST. DIE IM BEREICH DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG EXISTIERENDE VIELZAHL VON NORMEN UND RICHTLINIEN IST VON DEN VERTRAGSÄRZTEN ZU BEACHTEN UND VON DEN ABTEILUNGEN QUALITÄTSSICHERUNG DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN UMZUSETZEN.

FORMALE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

BERUFSRECHT	STAATLICHE NORMEN	KV-NORMEN
▸ Weiterbildungsordnung ▸ Leitlinien der Bundesärztekammer ▸ und andere	▸ Röntgenverordnung ▸ Infektionsschutz-Gesetz ▸ Medizinprodukte-Gesetz ▸ Medizinprodukte-Betriebsverordnung ▸ und andere	▸ Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ▸ vertragliche Normen ▸ Richtlinien der KBV ▸ Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen ▸ und andere

VERTRAGSARZT

ZUSTÄNDIGKEITEN UND ORGANISATION

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure. Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen

- dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern (zum Beispiel bei der Eichordnung und Röntgenverordnung)
- der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen).

Der Vertragsarzt muss in seiner Tätigkeit die Richtlinien und Vorgaben aller drei Akteure beachten. Dies bedeutet umgekehrt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht sämtliche den Vertragsarzt betreffende Qualitätsnormen vorgeben beziehungsweise deren Einhaltung überwachen, sondern nur die spezifisch vertraglichen Normen, die die gemeinsame Selbstverwaltung oder die ärztliche Selbstverwaltung vorgeben. Hierfür sind drei Rechtsquellen maßgebend:

- das Vertragsarztrecht (SGB V sowie abgeleitete Normen, zum Beispiel Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)
- staatliche Normen (zum Beispiel Röntgenverordnung, Gerätesicherheitsverordnung, Infektionsschutzgesetz)
- das Berufsrecht (zum Beispiel Berufsordnung, Weiterbildungsordnung).

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss ersetzt nach den Regelungen des § 91ff. des SGB V seit dem 1. Januar 2004 die bisherigen Normsetzungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er ist das entscheidende, wichtigste Gremium für die Ausgestaltung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er besteht seit dem 1. Juli 2008 aus fünf Vertretern der Leistungserbringer (einem der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und jeweils zwei von der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft), fünf Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie zwei unparteiischen Mitgliedern und einem Vorsitzenden. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patienten geschaffen. § 140f Abs. 2 SGB V regelt, dass den Interessenvertretungen der Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird. Zur Wahrnehmung dieser Rechte benennen die Organisationen sachkundige Personen, die die notwendige Kompetenz mitbringen. Diese sollen in den Gremien mit höchstens der Zahl vertreten sein, mit der auch die Krankenkassen in diesen Gremien vertreten sind. Der Gesetzgeber möchte die Patientensouveränität stärkten. Die Versicherten sollen künftig intensiver in diejenigen Entscheidungsprozesse der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Versorgung betreffen, eingebunden werden.

NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Die gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bildet das SGB V. Daneben hat der Vertragsarzt noch weitere Gesetze beziehungsweise Verordnungen zu beachten, die insbesondere Strukturqualitätsfragen regeln. Hier die wichtigsten Paragraphen:

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Dieser Paragraph gibt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung neben Wirtschaftlichkeit und Humanität auch die Verpflichtung zu einer qualitativ gesicherten Versorgung vor.

§ 73c Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung

Partner der Bundesmantelverträge, auf Landesebene Verträge zwischen Krankenkassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen

Mit diesem Paragraphen ist die Möglichkeit geschaffen worden, besonderen Versorgungsbedürfnissen Rechnung zu tragen, die sich von der Regelversorgung durch spezielle Anforderungen an die Strukturqualität oder die Art und Weise der Leistungserbringung unterscheiden und diese in den Gesamtverträgen zu vereinbaren.

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

dreiseitiger Vertrag der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen

Nach dieser Vorschrift sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV verpflichtet, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit für ambulante Operationen festzulegen. In einem dreiseitigen Vertrag sind die Bedingungen für gemeinsame Qualitätsüberprüfungen beim ambulanten Operieren sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Versorgung definiert. Insbesondere sieht § 115b vor, dass von den Beteiligten Folgendes vereinbart wird:

- ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe
- einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte sowie
- Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Gemeinsamer Bundesausschuss, Partner der Bundesmantelverträge

Dieser Paragraph ist für die Qualitätssicherung die zentrale Bestimmung im SGB V. Nach Abs. 1 dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu Richtlinien erlassen hat. Diese Richtlinien müssen Empfehlungen enthalten:

- zur Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode
- zur notwendigen Qualifikation der Ärzte
- zu den apparativen Anforderungen und
- zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Sollte die Überprüfung der oben genannten Kriterien ergeben, dass diese nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Nach Abs. 2 sind die Vertragspartner der Bundesmantelverträge verpflichtet, für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

- besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes
- besondere Praxisausstattung und
- weitere Anforderungen an die Strukturqualität

voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Kassenärztliche Vereinigungen, Gemeinsamer Bundesausschuss

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Deren Ziele und Ergebnisse müssen die Organisationen dokumentieren und jährlich veröffentlichen. Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in allen Kassenärztlichen Vereinigungen Standard. Insbesondere für Versicherte soll dadurch die Tätigkeit der Organisationen in diesem Bereich transparent gemacht werden. Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung entwickelt.

§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13

- verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2
- grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen.

Die Richtlinien sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden.

§ 137 Fassung ab 1. Juli 2008

§ 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 115b Abs. 1, § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, § 137 Abs. 1 und § 137f Abs. 2 Nr. 2 zu entwickeln. Diese sind möglichst sektorenübergreifend anzulegen. Die Institution soll sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen. Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 2 einzubeziehen sowie
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen.

§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

- den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen
- den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen
- eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten
- Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen orientierte Qualitätssicherung einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten
- regelmäßige Berichte zum Stand der Qualitätssicherung zu erstellen.

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien
- sektorübergreifender Behandlungsbedarf
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung

§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zum 1. April 2004 ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet. Es ist zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen, insbesondere auf folgenden Gebieten tätig:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen
- Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln
- Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung.

ARZTSTRUKTUR

VERTRAGSÄRZTE UND ERMÄCHTIGTE ÄRZTE / PSYCHOTHERAPEUTEN			
	Vertragsärzte	Ermächtigungen	Summe
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	41.438	150	41.588
Anästhesisten	2.751	881	3.632
Augenärzte	5.183	141	5.324
Chirurgen	3.796	1.898	5.694
darunter Gefäßchirurgen	290	424	714
darunter Kinderchirurgen	46	35	81
darunter Plastische Chirurgen	138	61	199
darunter Thoraxchirurgen	7	99	106
darunter Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	17	34	51
darunter Unfallchirurgen	1.465	846	2.311
darunter Visceralchirurgen	107	510	617
Dermatologen	3.283	119	3.402
Gynäkologen	9.676	1.025	10.701
HNO-Ärzte	3.920	194	4.114
darunter Phoniatriker und Pädaudiologen	59	23	82
Internisten	18.725	2.722	21.497
darunter Angiologen	305	137	442
darunter Diabetologen	51	8	59
darunter Endokrinologen	210	94	304
darunter Gastroenterologen	928	641	1.569
darunter Hämatologen	108	78	186
darunter Hämatologen u. internistische Onkologen	608	272	880
darunter Kardiologen	1.748	655	2.403
darunter Nephrologen	1.202	145	1.347
darunter Pneumologen	820	234	1.054
darunter Rheumatologen	448	155	603
Kinderärzte	5.673	889	6.562
darunter Kinderkardiologen	187	79	266
darunter Neonatologen	238	253	491
darunter Neuropädiater	86	96	182
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2.691	125	2.816
Kinder- und Jugendpsychiater	654	56	710
Laborärzte	740	74	814
Lungenärzte	217	11	228
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	982	53	1.035
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	4.792	642	5.434
Neurochirurgen	419	146	565
Nuklearmediziner	577	66	643
Orthopäden	5.062	379	5.441
darunter Rheumatologen	462	101	563
Pathologen	615	112	727
Psychotherapeuten – ärztlich	4.496	190	4.686
Psychotherapeuten – psychologisch	12.651	128	12.779
Radiologen / Diagnostische Radiologen	2,708	825	3.533
darunter Kinderradiologen	25	40	65
darunter Neuroradiologen	112	83	195
darunter Strahlentherapeuten	45	25	70
Urologen	2.611	242	2.853
übrige Arztgruppen	540	112	652
	143.898	16.325	160.310

Stand: 31. Dezember 2007

QUELLEN

- Internetauftritte und Qualitätsberichte der Kassenärztlichen Vereinigungen
- Datenerhebung 2007 KV Baden-Württemberg
- Datenerhebung 2007 KV Bayerns
- Datenerhebung 2007 KV Berlin
- Datenerhebung 2007 KV Brandenburg
- Datenerhebung 2007 KV Bremen
- Datenerhebung 2007 KV Hamburg
- Datenerhebung 2007 KV Hessen
- Datenerhebung 2007 KV Mecklenburg-Vorpommern
- Datenerhebung 2007 KV Niedersachsen
- Datenerhebung 2007 KV Rheinland-Pfalz
- Datenerhebung 2007 KV Nordrhein
- Datenerhebung 2007 KV Saarland
- Datenerhebung 2007 KV Sachsen
- Datenerhebung 2007 KV Sachsen-Anhalt
- Datenerhebung 2007 KV Schleswig-Holstein
- Datenerhebung 2007 KV Thüringen
- Datenerhebung 2007 KV Westfalen-Lippe
- Bundesarztregister, Stand: 31.12.2007
- Kriedel T, Kintrup A. Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV. 10/2004

ABKÜRZUNGEN

ACE	Angiotensin Converting Enzyme, Angiotensin-konvertierendes Enzym
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
COPD	chronic obstructive pulmonary disease, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen
CRT	cardiac resynchronization therapy, biventrikuläre Schrittmacher zur kardialen Resynchronisation
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EbM	evidenzbasierte Medizin
EFQM	European Foundation for Quality Management
EKG	Elektrokardiographie
EKV	Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen
EPA	Europäisches Praxisassessment
eDMP	elektronische Dokumentation der DMP
eQZ	elektronischer Qualitätszirkel
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
HbA1c	auch Glykohämoglobin – Wert zur Verlaufskontrolle von Patienten mit Diabetes mellitus
HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Wert zur Verlaufskontrolle bei Statingabe zur Senkung des Cholesterins
IKK	Innungskrankenkasse
ISO	International Organization for Standardization
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	koronare Herzerkrankung
KPQM2006	Qualitätsmanagementsystem der KV Westfalen-Lippe
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
Kt/V	Parameter zur Bestimmung der Dialyseeffektivität
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MRA	Magnetresonanz-Angiographie
MRT	Magnetresonanz-Tomographie
P4P	Pay-for-Performance, Zahlen-für-Leistung, leistungsorientierte Vergütung
PDT	photodynamische Therapie
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PTK	phototherapeutische Keratektomie
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
qu.no	Qualitätsmanagementsystem der KV Nordrhein
QZ	Qualitätszirkel
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch

INDEX

- Akupunktur / 37, 44
- allgemeine Röntgendiagnostik / 37, 69
- ambulante Operationen / 37, 45
- ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen / 32
- ambulante Qualitätssicherung / 6
- analytische Psychotherapie / 64
- Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren / 37, 44
- AQUIK / 32
- Arthroskopie / 37, 46
- Arztstruktur / 102
- Asthma / 31, 34
- Blutreinigungsverfahren/Dialyse / 37, 47
- Brustkrebs / 30, 35
- bundesweit geltende Regelungen / 44
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) / 31, 34
- Computertomographie / 37, 69
- Diabetes mellitus Typ 1 / 29, 34
- Diabetes mellitus Typ 2 / 29, 35
- Dialyse / 10
- Disease-Management-Programme / 27
- Ergebnisse der Stichprobenprüfungen / 45, 46, 49, 55, 57, 65, 69, 71
- formale Grundlagen der Qualitätssicherung / 98
- Fortbildung / 25
- Frequenzprüfungen / 56
- Genehmigungen auf Grundlage des EBM / 75
- Genehmigungen / 37
- Genehmigungsverfahren / 39
- Gutachterstatistiken / 64
- Handbuch Qualitätszirkel / 25
- Herzinsuffizienz / 28
- Herzschrittmacher-Kontrolle / 37, 48
- Hygieneprüfungen, Ergebnisse 2003–2007 / 53
- Instrumente der Qualitätssicherung / 38
- interventionelle Radiologie / 51
- invasive Kardiologie / 37, 51
- Kernspintomographie / 37, 6
- Koloskopie / 37, 52
- Kommissionen / 42
- koronare Herzerkrankung / 30, 35
- KV Baden-Württemberg / 40, 42, 46, 57, 69, 77, 78
- KV Bayerns / 40, 42, 46, 57, 69, 77, 79
- KV Berlin / 40, 42, 45, 49, 55, 57, 69, 71, 77, 80
- KV Brandenburg / 40, 42, 46, 57, 65, 69, 71, 77, 81
- KV Bremen / 40, 42, 57, 69, 77, 82
- KV Hamburg / 40, 42, 46, 57, 69, 71, 77, 83
- KV Hessen / 40, 42, 57, 69, 71, 77, 84
- KV Mecklenburg-Vorpommern / 40, 42, 46, 55, 57, 69, 71, 77, 85
- KV Niedersachsen / 40, 42, 46, 57, 69, 77, 86
- KV Nordrhein / 57, 69, 77, 87
- KV Rheinland-Pfalz / 40, 42, 57, 69, 77, 88
- KV Saarland / 40, 42, 57, 69, 71, 77, 89
- KV Sachsen / 40, 42, 57, 69, 71, 77, 90
- KV Sachsen-Anhalt / 40, 42, 46, 55, 57, 69, 77, 91
- KV Schleswig-Holstein / 40, 42, 46, 57, 69, 71, 77, 92
- KV Thüringen / 42, 57, 69, 77, 93
- KV Westfalen-Lippe / 42, 57, 69, 77, 94
- Laboratoriumsuntersuchungen / 37, 54
- Langzeit-EKG-Untersuchungen / 37, 55
- Magnetresonanz-Angiographie / 57
- Magnetresonanz-Tomographie der Mamma / 37, 56
- Magnetresonanz-Tomographie / 37, 56
- Mammographie (kurativ) / 37, 58
- Mammographie-Screening / 37
- Moderatoren / 25
- Nuklearmedizin / 37, 69
- Onkologie / 37, 60
- Osteodensitometrie / 37
- otoakustische Emissionen / 37, 60
- Patientenbefragung / 23
- Patientensicherheit mit QEP® / 22
- Pay-for-Performance / 12, 32
- photodynamische Therapie am Augenhintergrund / 37, 61
- phototherapeutische Keratektomie / 62
- Positronen-Emissions-Tomographie / 63
- Psychotherapie / 64
- QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® / 22
- QEP®-Multiplikatoren / 24
- QEP®-Schulungen / 23
- QEP®-Zertifizierungen / 24
- Qualitätsmanagement mit QEP® / 22
- Qualitätsmanagement / 22
- Qualitätsprüfung im Einzelfall / 40
- Qualitätszirkel / 25
- Risikostrukturausgleich / 27
- Röntgendiagnostik / 37, 69
- Rückmeldesystem der KBV / 28
- schlafbezogene Atmungsstörungen / 37, 65
- Schmerztherapie / 37, 66
- Selbstüberprüfung / 58
- Sozialpsychiatrie / 37, 66
- Soziotherapie / 37, 67
- Stichprobenprüfungen / 40, 45, 46, 49, 55, 57, 65, 69, 71
- Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen / 37, 67
- Strahlendiagnostik/-therapie / 37, 68
- Strahlentherapie / 37, 69
- substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger / 37, 70
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / 64
- Tutoren, nationales Tutorentreffen / 25, 26
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte / 37, 70
- Ultraschalldiagnostik / 8, 37, 71
- Ultraschall-Vereinbarung, Neufassung / 72
- Verhaltenstherapie / 64
- vertragsärztliches Referendum der KBV / 14
- zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri / 37, 75

IMPRESSUM

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

Anfragen an:
Telefon: (030) 40 05 - 12 21
Telefax: (030) 40 05 - 27 12 21
E-Mail: gsander@kbv.de

Redaktion:
Gabriele Sander

Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

Jürgen Asmuth
André Béringuier
Alexandra Bodemer
Dr. Andreas Dahm
Dr. Franziska Diel
Dr. Ludwig Hofmann
Dr. Patricia Klein
Dr. Susanne Kleudgen
Frank Michel
Dr. Monika Mund
Steffen Pankau
PD Dr. Rupert Pfandzelter
Ingrid Quasdorf
Dr. Karin Rybak
Meike Spierings
Dr. Roland Stahl
Andreas Walter
Dirk Winterkamp
Ute Wülfing

Gestaltung:
www.malzwei.de

Fotos:
Christof Rieken
Dr. Dirk Baumgärtel / Dr. Andreas von Pfeil
Matthias Krüger
Svea Pietschmann
Shotshop

Druck:
Druckerei Lochmann Berlin

Copyright:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
November 2008

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in diesem Bericht immer die männliche Form der Berufsbezeichnung gewählt. Selbstverständlich ist hiermit auch die Ärztin beziehungsweise Psychotherapeutin gemeint.

www.kbv.de