

QUALITÄTSBERICHT 2018

Jederzeit gut versorgt in Schleswig-Holstein



Die vollständigen Daten zur Qualitätssicherung
in Schleswig-Holstein finden Sie im Internet.

VORWORT

Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke	3
---	---

QUALITÄTSSICHERUNG – KERNAUFGABE DER KVSH

Instrumente der Qualitätssicherung	4
Ablauf eines Genehmigungsverfahrens.....	7
Geltende Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien.....	8
Zahlen und Fakten 2018.....	10
Die Abteilung Qualitätssicherung	12
Neues Verfahren – Recht auf Zweitmeinung	14

QUALITÄTSSICHERUNG – KURZ GEMELDET

Botoxtherapie bei Blasenfunktionsstörungen	16
Laserbehandlung bei benignem Prostatasyndrom	16
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	17
Früherkennungsuntersuchung Bauchortenaneurysma	17
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger - weniger Bürokratie	18

QUALITÄT IM FOKUS

Dem Schmerz mit allen Mittel begegnen – qualitätsgesicherte Schmerztherapie.....	19
--	----

QUALITÄTSFÖRDERUNG

Freiwillig, strukturiert, unabhängig – Qualitätszirkel in Schleswig-Holstein.....	22
„Auf Augenhöhe ausbilden“	24
Qualitätszirkelarbeit in Zahlen.....	26
Fortbildungsangebot 2018.....	28

NÜTZLICHES

Hilfreiche Internetseiten.....	30
Glossar.....	32
Wichtige gesetzliche Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung.....	39
Impressum	43

Liebe Leserinnen und Leser,

freiwillig, strukturiert, unabhängig – das kennzeichnet die Arbeitsweise der knapp 370 ärztlichen und psychotherapeutischen Qualitätszirkel in Schleswig-Holstein, die sich regelmäßig treffen und gemeinsam Behandlungspfade erarbeiten oder komplizierte Patientenfälle besprechen. Alles im Sinne der Behandlungsqualität für den Patienten.

Was sie antreibt, sich freiwillig in der Qualitätszirkelarbeit zu engagieren, lesen Sie ab Seite 22 unseres neuen Qualitätsberichtes und im Interview mit Dr. Ilka Petersen-Vollmar, erfahrene Qualitätszirkel-Moderatorin, die neuerdings auch selbst Moderatoren ausbildet.

Qualitätszirkel-Arbeit ist allerdings nur die Kür in Sachen Qualität – denn alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nehmen kontinuierlich an gesetzlich verankerten Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. Ärztliches Handeln wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein regelmäßig und umfassend auf den Prüfstand gestellt.

Welche Leistungen einer Genehmigungspflicht der KVSH unterliegen und mit welchen Verfahren die Qualität der Versorgung begutachtet wird, können Sie diesem Qualitätsbericht ebenfalls entnehmen. Besondere Aufmerksamkeit haben wir dem Thema qualitätsgesicherte Schmerztherapie gewidmet. Viele Menschen in Deutschland leiden an chronischen Schmerzen. Hier braucht es gut ausgebildete Spezialisten mit besonderer Erfahrung und viel Einfühlungsvermögen, die gemeinsam mit den Betroffenen eine individuelle Therapie entwickeln. Die Behandlungsmöglichkeiten reichen von der medikamentösen Behandlung über operative Verfahren bis hin zur Hypnose.

Etwa 5.300 Mitglieder – niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten – zählt die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein. Sie alle sorgen dafür, dass Patienten in Schleswig-Holstein überall und rund um die Uhr gut versorgt sind – in der Hausarztpraxis auf dem Land, beim Facharzt in der Stadt, in der Anlaufpraxis – am Wochenende und in der Nacht.

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH



Instrumente der Qualitätssicherung

Wie funktioniert Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung? Für welche Leistungen gibt es Qualitätskontrollen und wie finden diese statt?

Dass niedergelassene Vertragsärzte kontinuierlich an Qualitätssicherungsmaßnahmen teilnehmen, deren Handeln also einer ständigen Qualitätskontrolle unterliegt, ist weitgehend unbekannt. Für etwa 60 medizinische Bereiche gibt es inzwischen Regelungen, die auf die Qualität der ärztlichen Leistungen abzielen. Umgesetzt werden diese durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Zunächst werden drei Ebenen der Qualitätssicherung unterschieden.

STRUKTURQUALITÄT:

Hierbei kommt es auf die fachliche Qualifikation des Arztes und seines Praxispersonals an. Außerdem werden medizinische Geräte überprüft, aber auch organisatorische und bauliche Aspekte der Praxis spielen eine Rolle.

PROZESSQUALITÄT:

Bei der Prozessqualität liegt das Augenmerk auf den praxisinternen Abläufen: Wie ist die Terminvergabe organisiert? Werden die Untersuchungsgeräte den Vorgaben gemäß gereinigt und sterilisiert? Werden diagnostische und therapeutische Maßnahmen sinnvoll eingesetzt?

ERGEBNISQUALITÄT:

Auf dieser Ebene der Qualitätssicherung stellt sich schließlich die Frage, ob das Ziel der Behandlung auch erreicht wurde. Entspricht beispielsweise die Qualität der Röntgenaufnahme, die der Arzt vom Patienten gemacht hat, den vorgegebenen Kriterien? Hat sich der gewünschte Therapieerfolg eingestellt und ist der Patient selbst zufrieden mit der Behandlung seines Arztes?

Nur im Zusammenwirken dieser drei Bereiche kann die Qualität auf einem hohen Niveau sichergestellt werden. Ob Routineuntersuchung oder hochspezialisierte Leistung – so unterschiedlich die Behandlungsmethoden sind, so vielfältig sind die Maßnahmen, mit denen Qualität in der ambulanten Versorgung gemessen und gesichert wird. Qualitätssicherungsinstrumente, die den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stehen, setzen auf allen drei Ebenen an.

Die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst bei allen qualitätsgesicherten Verfahren im Wesentlichen zwei Bereiche:

- Überprüfungen im Rahmen einer Genehmigungserteilung zu einem Verfahren.
- Überprüfungen der Auflagen, die der Aufrechterhaltung einer Genehmigung zugrunde liegen.

Dazu werden die im Folgenden ausgeführten Qualitätssicherungsinstrumente eingesetzt:

AKKREDITIERUNG/PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

Der zentrale Punkt aller Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die Genehmigungserteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (siehe Seite 7). Das heißt, die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen je nach Vereinbarung die fachliche Befähigung des Arztes, die Vorgaben zu apparativ-technischen und räumlichen Anforderungen, gegebenenfalls auch organisatorische und hygienische Vorgaben. Eine Facharztausbildung ist heute immer Voraussetzung; für diverse medizinische Untersuchungen werden aber zusätzliche Qualifikationsnachweise gefordert.

EINGANGSPRÜFUNG

In besonders sensiblen Bereichen wurde über die Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung vereinbart. Dies betrifft im vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung. Seit 2012 gilt für die Sonografie der Säuglingshüfte, dass die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen nach Genehmigungserteilung von der Kommission überprüft werden.

EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den bundesweit geltenden Vereinbarungen und Richtlinien und nach Maßgabe eigener

regionaler Beschlüsse anhand von Stichproben die Qualität von Leistungen im Einzelfall. Dabei ist im Wesentlichen zwischen Prüfungen zu Vereinbarungen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGBV und nach Paragraph 135b Abs. 2 SGBV zu unterscheiden.

FEEDBACKSYSTEME/BENCHMARKBERICHTE

Feedbacksysteme helfen dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Durch die Bereitstellung von sogenannten Benchmarkberichten ist außerdem ein Vergleich der Behandlungsqualität zwischen mehreren Praxen möglich. Dazu werden die von den Praxen erstellten Dokumentationen ausgewertet. Feedbacksysteme sind z. B. Teil der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, siehe auch Glossar, Seite 32).

FREQUENZREGELUNGEN

Ein wesentlicher Qualitätsfaktor kann die Häufigkeit und Regelmäßigkeit sein, mit der ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern. Deshalb wurden in der vertragsärztlichen Versorgung für diverse Leistungen Mindestzahlen festgelegt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden diese in dem vorgegebenen Zeitraum nicht erbracht, kann die Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

HYGIENEPRÜFUNGEN/PRAxisBEGEHUNGEN

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind seit 2003 für Praxen vorgeschrieben, die Koloskopien durchführen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt hier zweimal im Jahr durch ein von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Treten wiederholt Mängel auf, kann dies zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung führen.

Praxisbegehungen (meist im Rahmen der Genehmigungserteilung) können beispielsweise in Praxen stattfinden, in denen ambulant operiert wird und die dafür besondere bauliche Strukturen vorweisen müssen.

KONTINUIERLICHE FORTBILDUNG

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, zum Beispiel die Schmerztherapievereinbarung, die Mammographievereinbarung oder Disease-Management-Programme

(DMP) schreiben Fortbildungen vor. Daneben ist seit dem Jahr 2004 für alle Ärzte und Psychotherapeuten der Nachweis einer regelmäßigen Fortbildung gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtend. Dieser muss alle fünf Jahre, erstmalig im Jahre 2009, durch ein entsprechendes Fortbildungszertifikat der zuständigen Kammern erbracht werden.

KONSTANZPRÜFUNGEN/REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEISE

Für Ärzte, die Mammographien durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung zusätzlich eine Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sich die Ärzte einer Prüfung unterziehen, bei der die Exaktheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen kontrolliert und geschult wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht, wird in kürzeren Intervallen geprüft und er muss gegebenenfalls seine Qualifikation in einem kollektiven Fachgespräch (Kolloquium) nachweisen. Gelingt ihm dies nicht, darf er diese Leistung nicht mehr für gesetzlich Versicherte erbringen.

In anderen QS-Vereinbarungen ist festgelegt, dass für Geräte, die am Patienten angewendet werden und deren Funktionalität entscheidend für den Erfolg der Behandlung oder die Genauigkeit der Diagnostik ist, regelmäßig Wartungsnachweise vorzulegen sind. Das gilt beispielsweise für die Durchführung von Balneophototherapien oder für eingesetzte Geräte im Rahmen der Hörgeräteversorgung.

Auch Ultraschallgeräte werden in Bezug auf die Einhaltung technischer Vorgaben überprüft. Hier finden regelmäßige Konstanzprüfungen der Geräte statt, außerdem müssen entsprechende Gewährleistungserklärungen oder Wartungsprotokolle vorgelegt werden.

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAxis

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurden alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards sicher und effizient zu gestalten, Fehler zu vermeiden und die Qualität der Patientenversorgung weiterzuentwickeln. Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM wurden 2006 in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses festgeschrieben. Seit November 2016 ersetzt eine gemeinsame QM-Richtlinie für alle Versorgungssektoren die bisher geltenden Bestimmungen. Die Richtlinie regelt auch, dass der Stand der Umsetzung dieser gesetzlichen

Vorgaben alle zwei Jahre durch die Kassenärztliche Vereinigung durch Stichproben zu überprüfen ist. Dabei sind mindestens 2,5 Prozent der an der Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren zu berücksichtigen.

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstandes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit besonders qualifizierten Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionsmitglieder werden vom Vorstand für ihr Amt berufen. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt, die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Besondere Verantwortung haben die Kommissionen zudem bei den, je nach Thema variierenden, stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen. Im Vordergrund steht aber der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen des geprüften Arztes.

QUALITÄTSSZIRKEL

Seit knapp 30 Jahren haben sich Qualitätszirkel als bewährte Methode ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert. Qualitätszirkel bieten für Ärzte und Psychotherapeuten einen geschützten Raum, um sich frei von Interessen Dritter regelmäßig über ihre Tätigkeit auszutauschen. Ziel ist, die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und weiterzuentwickeln. Eine verbesserte Patientenversorgung und Patientensicherheit stehen dabei im Fokus. Die Kassenärztliche Vereinigung unterstützt ihre Mitglieder hierbei vielfältig, beispielsweise durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten, organisatorische und administrative Hilfen sowie Moderatorentrainings und Beratung durch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgebildete Tutoren.

Ablauf eines Genehmigungsverfahrens

GENEHMIGUNGSErTEILUNG

PRÜFUNG EINES ARZTES

PERSÖNLICHE QUALIFIKATION

Fachliche Qualifikation:

- Zeugnis/Bescheinigung
- und/oder Kolloquium
- und/oder präparatebezogene Prüfung
- und/oder Fallsammlungsprüfung
- und/oder Vorlage von Dokumentationen
- und/oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -konferenzen, -kursen

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE QUALIFIKATION

Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen:

- schriftliche Nachweise/Erklärungen
- Gewährleistungserklärungen, Sachverständigen-Gutachten
- Baupläne, Hygienerahmenplan
- Praxisbegehungen
- Kooperationsbescheinigungen
- Archivierung

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:

- Aus- und Fortbildungsnachweise

BESCHIED ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

MÖGLICHE FOLGEVERPFLICHTUNGEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

AUFLAGENPRÜFUNG JE NACH VERTRAGLICHER REGELUNG (§ 135 ABS. 2 SGB V)

Dokumentationsprüfungen und/oder Hygieneprüfungen

- und/oder Frequenzregelung und/oder Selbstüberprüfung
- und/oder Überprüfung der Präparatequalität und/oder Jahresstatistik
- und/oder kontinuierliche Fortbildung und/oder Qualitätszirkel
- und/oder Nachweise zur Praxisorganisation
- und/oder Konstanzprüfungen
- und/oder Wartungshinweise
- und/oder Stichproben-/Dokumentationsprüfungen

STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNG

Dialyse nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses

Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomografie, Kernspintomografie (MRT), Polysomnografie, Neuropsychologische Therapie

Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Akupunktur, Balneophototherapie, Histopathologie im Hautkrebs-Screening, HIV/Aids, Hörgeräteversorgung-Erwachsene, Hörgeräteversorgung-Kinder, Intravitreale Medikamenteneingabe, Koloskopie, Magnetresonanz-Angiografie, Mammographie (kurativ), Molekulargenetik, Schmerztherapie, Ultraschalldiagnostik, Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Vakuumbiopsie der Brust, Zytologie der Zervix uteri.

Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 1 SGB V

Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG NACH § 95D SGB V

QUALITÄTSMANAGEMENT NACH § 135A ABS. 2 SGB V

Geltende Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien

ZEITLICHE ENTWICKLUNG DER GENEHMIGUNGSBEREICHE 1989-2018

Neue Genehmigungsbereiche

Genehmigungsbereiche

1989

Chirotherapie
Laboratoriumsmedizin
Langzeit-EKG
Onkologie
Psychotherapie
Sonografie
Strahlendiagnostik und -therapie

1990-2005

Ambulantes Operieren
Arthroskopie
Diabetisches Fußsyndrom
Dialyse
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes Typ 2
DMP KHK
Funktionsstörung der Hand
Herzschrittmacherkontrollen
Invasive Kardiologie
Kernspintomografie
Koloskopie
LDL- und Immunapherese
Mammographie
Med. Rehabilitation
MR-Angiografie
Otoakustische Emissionen
Photodynamische Therapie
Physikalisch-med. Leistungen
Polygrafie/Polysomnografie
QuaMaDi
Schmerztherapie
Sozialpsychiatrie
Soziotherapie
Stoßwellenlithotripsie
Substitution Opioidabhängiger
Zervix-Zytologie
Chirotherapie
Laboratoriumsmedizin
Langzeit-EKG
Onkologie
Psychotherapie
Sonografie
Strahlendiagnostik und -therapie

2006-2009

Akupunktur
DMP Asthma
DMP COPD
DMP Diabetes Typ 1
Hausarztzentrierte Versorgung
Hautkrebs-Screening
HIV/Aids
Interventionelle Radiologie
Mammographie-Screening
Nuklearmedizin
Phototherap. Keratektomie
Vakuumbiopsie der Brust
Ambulantes Operieren
Arthroskopie
Chirotherapie
Diabetisches Fußsyndrom
Dialyse
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes Typ 2
DMP KHK
Funktionsstörung der Hand
Herzschrittmacherkontrollen
Invasive Kardiologie
Kernspintomografie
Koloskopie
Laboratoriumsmedizin
Langzeit-EKG
LDL- und Immunapherese
Mammographie
Med. Rehabilitation
MR-Angiografie
Onkologie
Otoakustische Emissionen
Photodynamische Therapie
Physikalisch-med. Leistungen
Polygrafie/Polysomnografie
Psychotherapie
QuaMaDi
Schmerztherapie
Sonografie
Sozialpsychiatrie
Soziotherapie
Stoßwellenlithotripsie
Strahlendiagnostik und -therapie
Substitution Opioidabhängiger
Zervix-Zytologie

2010-2013

Balneophototherapie
Histopath. Hautkrebs-Screening
Hörgeräteversorgung Erw.
Hörgeräteversorgung Kinder
Molekulargenetik
Neuropsychologische Therapie
Akupunktur
Ambulantes Operieren
Arthroskopie
Chirotherapie
Diabetisches Fußsyndrom
Dialyse
DMP Asthma
DMP Brustkrebs
DMP COPD
DMP Diabetes Typ 1
DMP Diabetes Typ 2
DMP KHK
Funktionsstörung der Hand
Hausarztzentrierte Versorgung
Hautkrebs-Screening
Herzschrittmacherkontrollen
HIV/Aids
Interventionelle Radiologie
Invasive Kardiologie
Kernspintomografie
Koloskopie
Laboratoriumsmedizin
Langzeit-EKG
LDL- und Immunapherese
Mammographie
Mammographie-Screening
Med. Rehabilitation
MR-Angiografie
Nuklearmedizin
Onkologie
Otoakustische Emissionen
Photodynamische Therapie
Phototherap. Keratektomie
Physikalisch-med. Leistungen
Polygrafie/Polysomnografie
Psychotherapie
QuaMaDi
Schmerztherapie
Sonografie
Sozialpsychiatrie
Soziotherapie
Stoßwellenlithotripsie
Strahlendiagnostik und -therapie
Substitution Opioidabhängiger
Vakuumbiopsie der Brust
Zervix-Zytologie

2014-2016

Delegations-Vereinbarung
 Dünndarm-Kapselendoskopie
 Geriatrie
 Gesund schwanger
 Holmium-Laser
 Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
 MRSA
 PET, PET/CT

Akupunktur
 Ambulantes Operieren
 Arthroskopie
 Balneophototherapie
 Chirotherapie
 Diabetisches Fußsyndrom
 Dialyse
 DMP Asthma
 DMP Brustkrebs
 DMP COPD
 DMP Diabetes Typ 1
 DMP Diabetes Typ 2
 DMP KHK
 Funktionsstörung der Hand
 Hausarztzentrierte Versorgung
 Hautkrebs-Screening
 Herzschrittmacherkontrollen
 Histopath. Hautkrebs-Screening
 HIV/Aids
 Hörgeräteversorgung Erw.
 Hörgeräteversorgung Kinder
 Interventionelle Radiologie
 Invasive Kardiologie
 Kernspintomografie
 Koloskopie
 Laboratoriumsmedizin
 Langzeit-EKG
 LDL - und Immunapherese
 Mammographie
 Mammographie-Screening
 Med. Rehabilitation
 Molekulargenetik
 MR-Angiografie
 Neuropsychologische Therapie
 Nuklearmedizin
 Onkologie
 Otoakustische Emissionen
 Photodynamische Therapie
 Phototherap. Keratektomie
 Physikalisch-med. Leistungen
 Polygrafie/Polysomnografie
 Psychotherapie
 QuaMaDi
 Schmerztherapie
 Sonografie
 Sozialpsychiatrie
 Soziotherapie
 Stoßwellenlithotripsie
 Strahlendiagnostik und -therapie
 Substitution Opioidabhängiger
 Vakuumbiopsie der Brust
 Zervix-Zytologie

2017

chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)

DIMINI
 Palliativmedizin
 Akupunktur
 Ambulantes Operieren
 Arthroskopie
 Balneophototherapie
 Chirotherapie
 Delegations-Vereinbarung
 Diabetisches Fußsyndrom
 Dialyse
 DMP Asthma
 DMP Brustkrebs
 DMP COPD
 DMP Diabetes Typ 1
 DMP Diabetes Typ 2
 DMP KHK
 Dünndarm-Kapselendoskopie
 Funktionsstörung der Hand
 Geriatrie
 Gesund schwanger
 Hausarztzentrierte Versorgung
 Hautkrebs-Screening
 Herzschrittmacherkontrollen
 Histopath. Hautkrebs-Screening
 HIV/Aids
 Holmium-Laser
 Hörgeräteversorgung Erw.
 Hörgeräteversorgung Kinder
 Interventionelle Radiologie
 Invasive Kardiologie
 IVM
 Kernspintomografie
 Koloskopie
 Laboratoriumsmedizin
 Langzeit-EKG
 LDL - und Immunapherese
 Mammographie
 Mammographie-Screening
 Molekulargenetik
 MR-Angiografie
 MRSA
 Neuropsychologische Therapie
 Nuklearmedizin
 Onkologie
 Otoakustische Emissionen
 PET, PET/CT
 Photodynamische Therapie
 Phototherap. Keratektomie
 Physikalisch-med. Leistungen
 Polygrafie/Polysomnografie
 Psychotherapie
 QuaMaDi
 Schmerztherapie
 Sonografie
 Sozialpsychiatrie
 Soziotherapie
 Stoßwellenlithotripsie
 Strahlendiagnostik und -therapie
 Substitution Opioidabhängiger
 Vakuumbiopsie der Brust
 Zervix-Zytologie

2018

Hyperbare Sauerstofftherapie
 Laserbehandlungen bei bPS
 Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie
 Zweitmeinungsverfahren

Akupunktur
 Ambulantes Operieren
 Arthroskopie
 Balneophototherapie
 Chirotherapie
 chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)
 Delegations-Vereinbarung
 Diabetisches Fußsyndrom
 Dialyse
 DIMINI
 DMP Asthma
 DMP Brustkrebs
 DMP COPD
 DMP Diabetes Typ 1
 DMP Diabetes Typ 2
 DMP KHK
 Dünndarm-Kapselendoskopie
 Funktionsstörung der Hand
 Geriatrie
 Gesund schwanger
 Hausarztzentrierte Versorgung
 Hautkrebs-Screening
 Herzschrittmacherkontrollen
 Histopath. Hautkrebs-Screening
 HIV/Aids
 Hörgeräteversorgung Erw.
 Hörgeräteversorgung Kinder
 Interventionelle Radiologie
 Invasive Kardiologie
 IVM
 Kernspintomografie
 Koloskopie
 Laboratoriumsmedizin
 Langzeit-EKG
 LDL - und Immunapherese
 Mammographie
 Mammographie-Screening
 Molekulargenetik
 MR-Angiografie
 MRSA
 Neuropsychologische Therapie
 Nuklearmedizin
 Onkologie
 Otoakustische Emissionen
 Palliativmedizin
 PET, PET/CT
 Photodynamische Therapie
 Phototherap. Keratektomie
 Physikalisch-med. Leistungen
 Polygrafie/Polysomnografie
 Psychotherapie
 QuaMaDi
 Schmerztherapie
 Sonografie
 Sozialpsychiatrie
 Stoßwellenlithotripsie
 Strahlendiagnostik und -therapie
 Substitution Opioidabhängiger
 Vakuumbiopsie der Brust
 Zervix-Zytologie

Zahlen und Fakten 2018

Etwa 1.300 Genehmigungsanträge hat die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2018 bearbeitet. Der größte Teil der Anträge konnte positiv beschieden werden (etwa 87 Prozent). Ein Teil der Anträge (13 Prozent) musste – meist aus formalen Gründen – abgelehnt werden. Am 31. Dezember 2018 lagen insgesamt 12.379 arztbezogene Genehmigungen vor.

QUALITÄTSSICHERUNGSBEREICHE	GENEHMIGUNGEN GESAMT	NEU ERTEILTE GENEHMIGUNGEN	ABLEHNUNGEN	WIDERRUFE/RÜCKNAHMEN BZW. BEENDIGUNGEN
Akupunktur	249	6	1	13
Ambulantes Operieren	1.108	88	–	74
Arthroskopie	131	10	–	10
Balneophototherapie	33	1	–	5
Computertomografie	139	10	–	4
Chirotherapie	429	22	–	27
Delegations-Vereinbarung	473	87	2	48
Dialyse	61	6	2	–
Dünndarm-Kapselendoskopie	24	2	–	–
Funktionsstörung der Hand	198	20	–	14
Geriatric	22	1	1	–
Hautkrebs-Screening (Dermatologen)	132	8	–	6
Hautkrebs-Screening (Hausärzte)	1.619	73	–	75
Herzschrittmacherkontrollen	105	3	1	2
Histopathologie Hautkrebs-Screening	16	1	–	4
HIV/Aids	1	–	–	–
Holmium-Laser	–	–	–	–
Hörgeräteversorgung Erwachsene	135	13	–	12
Hörgeräteversorgung Kinder	9	–	1	–
Interventionelle Radiologie	7	–	–	1
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)	74	15	–	5
Invasive Kardiologie	13	2	–	2
Kernspintomografie	112	12	1	5
Kernspintomografie der Mamma	12	3	1	1
Koloskopie	89	5	–	4
Laboratoriumsmedizin	279	8	–	27
Langzeit-EKG	1.017	52	–	38
LDL- und Immunapherese	41	6	–	2
MR-Angiografie	95	12	1	2

QUALITÄTSSICHERUNGSBEREICHE	GENEHMIGUNGEN GESAMT	NEU ERTEILTE GENEHMIGUNGEN	ABLEHNUNGEN	WIDERRUFE/RÜCKNAHMEN BZW. BEENDIGUNGEN
Mammographie (kurativ)	77	4	–	–
Mammographie Screening	57	7	–	–
Molekulargenetik	6	–	–	1
MRSA	743	19	–	32
Neuropsychologische Therapie	16	1	1	1
Nuklearmedizin	31	4	–	5
Onkologie	138	13	1	6
Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)	20	1	7	–
Otoakustische Emissionen (OAE)	132	11	–	9
Palliativmedizin	53	24	25	–
PET, PET/CT*	1	–	–	–
Photodynamische Therapie (PDT)	16	–	–	–
Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	4	1	–	–
Polygrafie/Polysomnografie	125	17	2	7
Radiologie (diagnostische)	659	53	1	41
Schmerztherapie	42	5	–	2
Sonografie	2.928	429	100	378
Sonografie der Säuglingshüfte	243	15	5	19
Sozialpädiatrie	106	10	–	6
Sozialpsychiatrie	35	3	–	1
Soziotherapie	73	17	–	5
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	30	2	–	–
Strahlentherapie	32	2	–	2
Substitution Opioidabhängiger	116	10	–	8
Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie	10	10	–	–
Vakuumbiopsie der Brust	11	1	1	–
Zervix-Zytologie	28	1	–	1
Zweitmeinungsverfahren	24	24	21	–
Gesamt 2018	12.379	1.150	175	905

*Positronenemissionstomografie, Positronenemissionstomografie mit Computertomografie

Die Abteilung Qualitätssicherung



Team 1

Genehmigungspflichtige Leistungen I

Amblyopie-Vertrag
Balneophototherapie
Begleiterkrankungen Diabetes mellitus
Chirotherapie
chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)
Dermatohistologie
DIMINI
DMP: Asthma, Brustkrebs, COPD, KHK,
Diabetes Typ 1 und Typ 2
Dünndarm-Kapselendoskopie
Elektronische Visite (eVi)
Früherkennungsuntersuchung Kinder
Gemeinsame Einrichtung DMP Brustkrebs
und Innere Indikationen
Geriatric
Hausarztzentrierte Versorgung
Histopathologie Hautkrebs-Screening
Hyperbare Sauerstofftherapie
Homöopathie
IV-Fußvertrag
Koloskopie
Langzeit-EKG
Molekulargenetik
Nekrosenabtragung Diabetisches Fußsyndrom
Physikalisch-medizinische Leistungen
Rhythmus-Implantat-Kontrolle
Spezial-Labor
Zervix-Zytologie



Team 2

Genehmigungspflichtige Leistungen II

Computertomografie
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
bei Harnsteinen (ESWL)
Gesund schwanger
Interventionelle Radiologie
Invasive Kardiologie
Kernspintomografie (MRT)
MR-Angiografie
Neuropsychologische Therapie
Nuklearmedizin
PET, PET/CT
Röntgendiagnostik
Sonografie
Sozialpädiatrie
Strahlentherapie



Team 3

Genehmigungspflichtige Leistungen III

Ambulantes Operieren
Arthroskopie
Autogenes Training
Beratung Empfängnisregelung
Dialyse
EMDR
Entnahme von Venenblut
Entwicklungsneurologische Untersuchung
Früherkennung Krebserkrankung der Frau
Funktionsstörungen der Hand
Hautkrebs-Screening
HIV/AIDS
Hörgeräteversorgung
Laserbehandlung bei benignem
Prostata-syndrom (BPS)
Hypnose
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
Künstliche Befruchtung
LDL-Apherese
Neuropsychologische Therapie
Onkologie
Otoakustische Emissionen
Palliativmedizin
Photodynamische Therapie
Phototherapeutische Keratektomie
Polygrafie/Polysomnografie
Psychosomatische Grundversorgung
Psychotherapie
Relaxationstherapie nach Jacobson
Sozialpädiatrie
Sozialpsychiatrie
Soziotherapie
Tonsillotomie
Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie
Verhaltenstherapie

Die Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung ergeben sich aus dem fünften Sozialgesetzbuch und den daraus resultierenden Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

QUALITÄTSSICHERUNG

Abteilungsleiterin **Aenne Villwock**
Stellvertreterin **Ute Tasche**



Team 4

Genehmigungspflichtige Leistungen IV

- Kurative Mammographie
- Mammographie-Screening
- QuaMaDi-Geschäftsstelle
- Vakuumbiopsie der Brust
- Substitution Opioidabhängiger
- Zweitmeinungsverfahren



Team 5

Genehmigungspflichtige Leistungen V

- Akupunktur
- Delegationsvereinbarung
- Fortbildungspflicht § 95d SGB V
- Hygiene/Medizinprodukte
- MRSA
- Patientensicherheit
- Qualitätsmanagement (QM)
- Schmerztherapie



Team 6

Ärztliche Stellen

- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin
- Mammographie
- Röntgendiagnostik



Weitere Geschäftsbereiche

- Fortbildungsveranstaltungen
- Qualitätsbericht
- Referat Qualitätsförderung/Qualitätszirkel
- Sektorenübergreifende
- Qualitätssicherung (SQS)

Grundlage für die Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung sind das fünfte Sozialgesetzbuch und die daraus resultierenden Qualitätssicherungsrichtlinien und Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Mitarbeiter prüfen Genehmigungsvoraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen, denn bestimmte Leistungen für gesetzlich Versicherte können Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nur mit der entsprechenden Genehmigung der KVSH abrechnen.

Die stichprobenhafte Überprüfung dieser Leistungen, die in den letzten Jahren vermehrt in den Qualitätssicherungs-Richtlinien verankert wurde, ist ein weiterer großer Tätigkeitsbereich der Abteilung.

Hier braucht es die Fachkenntnis ärztlicher Vertreter. In Qualitätssicherungskommissionen, die jeweils mit mindestens drei ehrenamtlichen ärztlichen Vertretern besetzt sind, werden unter anderem Sonografie- und/oder Röntgenbilder begutachtet oder Untersuchungsdokumentationen geprüft.

Neben der Qualitätssicherung der ambulant erbrachten Leistungen werden regelmäßig Fortbildungen zu Themen aus dem Bereich der Qualitätssicherung organisiert – die Arbeit ärztlicher Qualitätszirkel wird seit etwa dreißig Jahren von der Abteilung unterstützt und begleitet. Seitdem Ärzte verpflichtet sind, Qualitätsmanagement in den Praxen einzuführen, wurden auch die Beratungsleistungen rund um die gesamte Praxisorganisation erweitert.

IM DIENSTE DER QUALITÄT

Die Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, mit inzwischen mehr als 40 Mitarbeitern in sechs Teams, befasst sich mit allen Fragen rund um die Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung – guter Service für die Mitglieder der KVSH steht im Vordergrund.

Mit der steigenden Zahl neuer Qualitätssicherungs-Richtlinien und Vereinbarungen (siehe Seiten 8 bis 9) wächst auch die Zahl der Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung.

Zweitmeinungsverfahren

Operieren oder nicht? Recht auf Zweitmeinung beim Arzt soll mehr Sicherheit für Patienten bringen

Die Gebärmutter muss entfernt werden oder die Mandeln sollen raus? Wenn der Arzt eine Operation vorschlägt, entsteht zunächst oft Unsicherheit beim Patienten. Ist die Operation wirklich notwendig? Zukünftig soll die Möglichkeit eine unabhängige Zweitmeinung bei einem weiteren Fachmann einzuholen für mehr Klarheit und leichtere Entscheidungsfindung beim Patienten sorgen.



Zwar konnten Patienten auch in der Vergangenheit schon eine zweite ärztliche Meinung über die Notwendigkeit eines planbaren Eingriffes einholen, durch das in § 27b SGB V feststehende GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) aus Juli 2015 haben gesetzlich Versicherte mit einer Indikation zu einem planbaren Eingriff jetzt aber einen Rechtsanspruch darauf. Hier heißt es:

„Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung einzuholen.“

Drei Jahre nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) verabschiedet. Die Richtlinie ist am 8. Dezember 2018 in Kraft getreten und betrifft vorläufig je eine Operation aus den Fachgebieten Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Gynäkologie:

- Tonsillektomie und Tonsillotomie (Eingriffe an Gaumen- oder Rachenmandeln)
- Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter)

Ausgenommen sind solche Operationen, die aufgrund bösartiger Erkrankungen notwendig werden, zum Beispiel Gebärmutterkrebs oder Tumoren der Gaumen- und/oder Rachenmandeln. Hintergrund

ist, dass durch die Dopplung spezieller Behandlungsabläufe Verzögerungen im Behandlungsablauf entstehen und diese nachteilig für den Patienten sein könnten.

Neben den oben genannten Operationen sollen zukünftig weitere Eingriffe in die Richtlinie aufgenommen werden.

DAS ZWEITMEINUNGS-VERFAHREN

Durch eine zweite ärztliche Meinung sollen medizinisch nicht notwendige planbare Eingriffe vermieden werden und dem Patienten die Möglichkeit zur partizipativen Entscheidungsfindung gegeben werden.

Erstmeinung

Sobald der indikationsstellende Arzt – der Erstmeiner - einem Patienten eine Tonsillektomie, Tonsillotomie oder Hysterektomie empfiehlt, muss er den Patienten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären. Diese Aufklärung muss in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgen. Um den Prozess der Aufklärung möglichst einheitlich für alle Patienten zu gestalten und die aktuellsten Informationen bereitzustellen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss zur Unterstützung ein Merkblatt mit allen wesentlichen Informationen zum Verfahren und zur Inanspruchnahme entwickelt. Dieses Merkblatt und alle relevanten Befunde händigt der Erstmeiner dem Patienten aus – sofern der Patient eine Zweitmeinung wünscht.

Der Erstmeiner vermittelt den Patienten außerdem Kontakte geeigneter Zweitmeiner. Die bisher in Schleswig-Holstein zugelassenen Zweitmeiner sind auf der Homepage der KVSH unter: www.kvsh.de/Downloadcenter/GenehmigungspflichtigeLeistungen/Zweitmeinungsverfahren veröffentlicht.

Sämtliche Kosten, die dem Erstmeiner durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.

Zweitmeinung

Eine Zweitmeinung soll als unabhängige, neutrale ärztliche Meinung abgegeben werden und sich auf die Beratung des Patienten zur Notwendigkeit des geplanten Eingriffes und mögliche eingriffsvermeidende Behandlungsalternativen konzentrieren. Um dem Grundsatz der Unabhängigkeit gerecht zu werden, darf eine Zweitmeinung nicht bei einem Arzt oder in einer Einrichtung durchgeführt werden, durch den oder die der Eingriff selbst erfolgen soll. Die Zweitmeinung umfasst die Durchsicht aller vorliegenden Befunde des Erstmeiners und ein Anamnesegespräch mit dem Patienten. Weiterführende

Untersuchungen durch den Zweitmeiner selbst sind nicht zulässig. Zur Durchführung und Abrechnung des Zweitmeinungsverfahrens benötigt der Zweitmeiner eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt werden:

- die Anerkennung einer Facharztbezeichnung in dem für den jeweiligen Eingriff festgelegten Fachgebiet
- eine mindestens 5-jährige ganztägige oder vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung,
- die Erfüllung der Fortbildungspflichten (nach § 95d, SGB V)
- eine erteilte Befugnis zur Weiterbildung oder eine akademische Lehrbefugnis

Zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen muss der beantragende Arzt seine Neutralität gegenüber der KVSH versichern, das Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27b Abs. 1 Satz 2 SGB V einzuhalten. Finanzielle Beziehungen, die sich aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen, dem Erhalt von Honoraren, Drittmitteln oder sonstiger Unterstützung, dem Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessensverband solcher Hersteller ergeben, müssen im Antrag dargelegt werden.

Die Zweitmeinung gilt als abgegeben, wenn die Empfehlung zum Eingriff bestätigt bzw. nicht bestätigt wurde und dem Patienten weitere Handlungsoptionen erläutert wurden. Sie gilt auch dann als abgegeben, wenn der Zweitmeiner die Empfehlung zum Eingriff nicht bestätigen kann, da aus seiner Sicht relevante Befunde fehlen. Das Ergebnis der Zweitmeinung wird dem Erstmeiner und dem Patienten in einem zusammenfassenden Bericht dargestellt, sofern der Patient dies wünscht.

UMSETZUNG

Mit Wirkung zum 1. Januar 2019 wurde die Vergütung für Erstmeiner und Zweitmeiner zur ärztlichen Zweitmeinung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt.

Entsprechend der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren wurden die ersten Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Zweitmeinung ab Februar 2019 erteilt. Hierfür mussten die Kassenärztlichen Vereinigungen Genehmigungsprozesse vorbereiten, bei denen auch die Ermächtigung von Privat- oder Krankenhausärzten zu berücksichtigen sind. Diese können ebenfalls als Zweitmeiner tätig werden.

Zweitmeinungsverfahren	Genehmigungen	Ablehnungen
Gynäkologie	19	18
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5	3

BOTOX FÜR EINE RUHIGERE BLASE

Behandlungsspektrum bei Blasenfunktionsstörungen erweitert



Zum 1. Januar 2018 wurde die Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Urologen und Gynäkologen können die Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen durchführen und als extrabudgetäre limitierte Leistung abrechnen.

Botulinumtoxin ist ein Wirkstoff aus der Gruppe der Muskelrelaxantien. Durch die gezielte Behandlung der Blasenmuskulatur mit Botox wird die Häufigkeit der Harnblasenkontraktion gehemmt und der Harndrang nimmt insgesamt ab. Die Botulinumtoxin-Therapie kommt erst dann zum Einsatz, wenn nicht-operative Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind oder aufgrund von Nebenwirkungen nicht weitergeführt werden können.

Voraussetzung für eine Abrechnungsgenehmigung der KVSH zur Behandlung mit Botox ist der Nachweis von regelmäßigen Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen (mindestens acht CME-Punkte jährlich).

Bereits seit 2013 ist das Arzneimittel Botox für zwei weitere Indikationsbereiche bei Erwachsenen zugelassen: Bei Patienten mit idiopathisch überaktiver Blase mit Harninkontinenz und imperativem Harndrang, die auf Anticholinergika nur unzureichend ansprechen oder diese nicht vertragen; außerdem bei Patienten mit Harninkontinenz aufgrund von Dysfunktionen der Harnblase, die durch eine Fehlfunktion oder Verletzung des Nervensystems verursacht werden, beispielsweise durch Rückenmarkverletzungen oder Multiple Sklerose.

BENIGNES PROSTATASYNDROM (BPS)

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Laserbehandlung neu gefasst



Laserbehandlungen des bei Männern sehr häufig auftretenden gutartigen Prostatasyndroms sind in vielen Fällen eine sinnvolle Alternative zu operativen Standardmethoden. In einer aktuellen Nutzenbewertung der verschiedenen Therapieverfahren konnte das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, siehe Seite 41) zeigen, dass die minimalinvasive Behandlung mittels Laser bei gleichem Therapieergebnis der Symptomlinderung schonender ist: Die Blutverluste bei diesen Verfahren sind geringer, der Krankenhausaufenthalt ist verkürzt.

Seit dem 1. Januar 2019 ist die neue Fassung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) in Kraft, die alle in der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVB-Richtlinie) zugelassenen ambulanten Laserverfahren für die Behandlung der benignen Prostatavergrößerung enthält.

Fachärzte für Urologie, die als Belegärzte tätig sind und die eine entsprechende Genehmigung der KVSH haben, können die folgenden Laserverfahren als vertragsärztliche Leistung einsetzen:

- Holmium-Laserresektion und -enukleation
- Thulium-Laserresektion und -enukleation
- Photoselektive Vaporisation

Die Qualitätssicherungsvereinbarung regelt sämtliche apparative, räumliche und organisatorische Voraussetzungen für die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Laserverfahren.

DIABETISCHES FUSSSYNDROM

Hyperbare Sauerstofftherapie
neu in den EBM aufgenommen

Patienten mit schwerem diabetischem Fußsyndrom können künftig auch ambulant mit der hyperbaren Sauerstofftherapie (HBO) behandelt werden.

Das diabetische Fußsyndrom ist durch eine schlecht heilende Wunde am Fuß gekennzeichnet. Circa drei Prozent der Diabetiker in Deutschland leiden an dieser Folgeerkrankung, die mit Durchblutungsstörungen und Nervenschädigungen einhergeht. In Studien wurden Anhaltspunkte gefunden, wonach sich Wunden, die trotz Standardtherapie, wie medikamentöse Behandlung, Wunddebridement, Verbände, Druckentlastung oder chirurgische Maßnahmen nicht heilten, bei einer zusätzlichen hyperbaren Sauerstofftherapie besser schließen. Aus diesem Grund hat der Gemeinsame Bundesausschuss diese Behandlungsmöglichkeit für Patienten, die unter einem schweren diabetischen Fußsyndrom leiden, beschlossen. Seit dem 1. Oktober 2018 ist die Therapie als neuer Abschnitt im Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen.

Bei der hyperbaren Sauerstofftherapie handelt es sich um eine sehr aufwändige und zeitintensive Behandlung. Der Patient atmet in einer Druckkammer – unter erhöhtem Luftdruck – reinen Sauerstoff ein. Ziel ist es, das Wundgewebe des Fußes mit mehr Sauerstoff zu versorgen und so die Wundheilung anzuregen.

Zur Anwendung kommt diese Behandlungsmethode, wenn die Standardtherapie erfolglos geblieben ist. Nur besonders qualifizierte Diabetologen dürfen – nachdem eine multidisziplinäre Fallkonferenz und Indikationsüberprüfung stattgefunden hat – eine Überweisung an ein sogenanntes Druckkammerzentrum ausstellen.

Darüber hinaus muss festgestellt werden, ob der Patient druckkammertauglich ist. Diese Druckkammertauglichkeit darf nur von Fachärzten mit einem „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder gleichwertiger Qualifikation durchgeführt und bescheinigt werden.

BAUCHAORTENANEURYSMA

Früherkennungsuntersuchung für Männer
ist Leistung der Krankenkassen

Seit Anfang 2018 haben gesetzlich krankenversicherte Männer ab 65 Jahren Anspruch auf eine einmalige Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung eines Aneurysma der Bauchschlagader.

Bereits Ende 2016 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zum Ultraschallscreening beschlossen, die im Juni 2017 in Kraft getreten ist. Durch das Screening soll eine Ausbuchtung der Hauptschlagader frühzeitig erkannt und so das Mortalitätsrisiko gesenkt werden. Das Aneurysma selbst macht zwar keine Beschwerden – 80 Prozent der Aneurysmaträger zeigen keine Symptome – die Schlagader kann an dieser Stelle aber reißen. Ein solcher Riss ist dann immer lebensbedrohlich.

Die Screeninguntersuchung wird als Leistung der Krankenkassen ausschließlich für Männer angeboten, denn bei Männern tritt ein Bauchaortenaneurysma nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen wesentlich häufiger auf. Etwa 4 bis 8 Prozent der Männer über 65 Jahre sind betroffen, bei den Frauen sind es dagegen nur 0,5 bis 1,5 Prozent.

Zum 1. Januar 2018 hat der zuständige Bewertungsausschuss die Vergütung des Ultraschallscreenings zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen festgelegt. Abgerechnet werden darf die Leistung von Hausärzten, Urologen, Internisten (fachärztlich und hausärztlich), Chirurgen und Radiologen. Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung und Abrechnung sonografischer Untersuchungen des Bauchraums bei Erwachsenen.

Die ärztliche Aufklärung zum Screening beinhaltet auch das Aushändigen einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelten Versicherteninformation an den Patienten. Ärzte der oben genannten Fachgruppen, die keine Genehmigung für die Bauchaorta-Sonografie haben, können das notwendige Aufklärungsgespräch ebenfalls durchführen. Es kann beispielsweise während des regelmäßigen „Check-up 35“ erfolgen. Die Vergütung beider Leistungen erfolgt extrabudgetär.

SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

Weniger Bürokratie



In Schleswig-Holstein hat die substitutionsgestützte Behandlung von Opioidabhängigen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit 1990 einen festen Platz, bundesweit seit 1991. Zudem wurde im Jahr 2009, als zusätzliche Option zur Behandlung schwerstkranker Opioidabhängiger, die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung mit in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Seit dem 2. Oktober 2017 sind die für Ärztinnen und Ärzte berufsrechtliche relevante Änderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) in einer Substitutionsrichtlinie der Bundesärztekammer in Kraft getreten, die eine Neuregelung der „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger nach sich zog. Die Richtlinie (MVV-RL) wurde an die Vorgaben der geänderten BtMVV und der Richtlinie der Bundesärztekammer angepasst. Sie ist seit dem 7. Dezember 2018 verbindlich.

Neu ist, dass die Opioidabhängigkeit als schwere chronische Krankheit definiert wird, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Die Sicherstellung des Überlebens und die Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden wurden als Behandlungsziele mit aufgenommen. Damit wurde das bisherige oberste Ziel, die Suchtmittelfreiheit, abgelöst.

Mit den Änderungen wurde der bürokratische Aufwand in der Versorgung von Opioidabhängigen für die substituierenden Ärztinnen und Ärzte deutlich reduziert. Aus datenschutzrechtlichen Gründen entfällt

- das Meldeverfahren zur Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen.
- die Verpflichtung zur Übermittlung patientenbezogener Dokumentationen an die Qualitätssicherungskommission im Fall von Substitutionsbehandlungen mit Codein und Dihydrocodein oder im Fall einer weniger als zwei Jahren andauernden Abhängigkeit und bei unter 18-Jährigen.
- die Verpflichtung, mit Ablauf von fünf Behandlungsjahren patientenbezogene Dokumentationen an die Kommissionen zu übermitteln.

Die Übermittlung patientenbezogener Dokumentationen im Rahmen von Stichprobenprüfungen muss zukünftig pseudonymisiert erfolgen.



Qualitätsgesicherte Schmerztherapie

Dem Schmerz mit allen Mitteln begegnen

Ob Mandelentzündung, gebrochener Fuß oder Rheuma – Schmerzen treten häufig begleitend zu ganz unterschiedlichen Erkrankungen auf und signalisieren uns, dass unsere Gesundheit in Mitleidenschaft gezogen ist. Sie sind Folge von Entzündungen, Verletzungen oder anderen Traumata, können sich aber auch ganz ohne offensichtlichen Grund bemerkbar machen.



Wenn der Schmerz akut, also „nur“ als Symptom erscheint – etwa nach einer Operation – kann er meist sehr gut behandelt werden oder verschwindet wieder, wenn die Operationswunde vollständig geheilt ist. Der Schmerz ist also zeitlich limitiert, bis die Ursache beseitigt ist. Anders verhält es sich, wenn der Schmerz chronisch und damit selbst zur Erkrankung wird. Ein unmittelbarer Auslöser ist dann nicht mehr ausfindig zu machen. Von chronischen Schmerzen spricht man in der Regel, wenn diese länger als drei Monate anhalten.

VIELE SIND CHRONISCH SCHMERZGEPLAGT

Laut der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. leiden etwa 17 Prozent aller Deutschen an lang anhaltenden, chronischen Schmerzen – das sind mehr als 12 Millionen Menschen. Durchschnittlich dauert deren Leidensgeschichte sieben Jahre, bei mehr als 20 Prozent sogar über 20 Jahre. Häufig sind es chronische Kopf- und Rückenschmerzen, Nervenschmerzen, Tumorschmerzen, posttraumatische oder postoperative Schmerzen, die die Betroffenen unaufhörlich quälen. Die Schmerzqualität, die Intensität und auch die Schmerzlokalisierung sind individuell und vielgestaltig. Eines haben die andauernden Schmerzen aber gemeinsam: Sie machen müde und wirken sich auf das gesamte

Das ist meine allerschlimmste Erfahrung: Der Schmerz macht die meisten Menschen nicht groß, sondern klein.

Christian Morgenstern

Leben des Patienten aus. Eine chronische Schmerzerkrankung führt dazu, dass die Seele leidet – die Betroffenen ziehen sich oft aus dem Leben zurück, schränken ihre sozialen Kontakte ein, verlieren nicht selten ihre Arbeitsstelle oder werden früher berentet.

QUALITÄT DER SCHMERZTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG IST ENTSCHEIDEND

In den meisten Fällen wird eine chronische Schmerzerkrankung durch mehrere Faktoren verursacht, die somatischer, psychischer oder sozialer Natur sein können. Diese Vielschichtigkeit macht eine spezielle schmerztherapeutische Versorgung, man spricht heute auch von Schmerzmanagement, notwendig: Eine individuell auf den Patienten abgestimmte Kombination aus Medikamenten und unterstützenden Maßnahmen, wie etwa psychotherapeutischen Verfahren, Ergotherapie, Entspannungsübungen und Patientenschulungen. Welche Therapien

im Zusammenwirken eine Verbesserung für den Patienten bringen, kann nur in einem längeren Prozess herausgefunden werden. Das Arzt-Patienten-Gespräch spielt deshalb für Diagnose und Therapie in der schmerztherapeutischen Arbeit eine herausragende Rolle.

Die Erkenntnis, dass chronische Schmerzen eigenen Krankheitswert erlangen können und besondere Behandlungsformen und -einrichtungen erfordern, hatte in den USA bereits in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts zur Gründung der ersten Schmerzklinik geführt. Als Begründer der modernen interdisziplinären Schmerztherapie gilt der 1994 verstorbene John J. Bonica. In Deutschland gibt es schmerztherapeutische Einrichtungen erst seit den 70er Jahren.

In: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 19. Oktober 2019, 07:25 UTC. URL: <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Schmerztherapie&oldid=193256245> (Abgerufen: 6. November 2019, 11:01 UTC)

Ärzte, die chronisch Schmerzkranken behandeln – Schmerztherapeuten – verfügen über eine besonders breitgefächerte Qualifikation. Sie absolvieren eine umfassende Zusatzweiterbildung auf dem Gebiet der Schmerztherapie und haben eine fundierte psychosomatische Ausbildung.

Um die Schmerztherapie im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung qualitätsgesichert durchzuführen und abzurechnen, müssen vom Arzt eine Vielzahl an Auflagen erfüllt werden. Diese sind in der Schmerztherapievereinbarung (§ 135 Abs. 2 SGB V) geregelt. Das Genehmigungsverfahren ist relativ aufwendig – erst nach ausführlicher Prüfung fachlicher, organisatorischer, räumlicher und apparativ-technischer Anforderungen kann die Kassenärztliche Vereinigung eine entsprechende Genehmigung erteilen.

Neben dem Nachweis über eine ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus, der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen und einer vorliegenden Genehmigung „psychosomatische Grundversorgung“ definiert die Vereinbarung weitere fachliche Voraussetzungen (siehe Kasten).

Zu Beginn der schmerztherapeutischen Tätigkeit werden außerdem die erforderlichen standardisierten Patientendokumentationen zur Prüfung herangezogen. Diese Aufgabe übernimmt die Schmerztherapiekommission, in der erfahrene Schmerztherapeuten ehrenamtlich tätig sind. Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf müssen vollständig und nachvollziehbar dokumentiert sein, bei Auffälligkeiten berät die Kommission und führt gegebenenfalls ein Kolloquium durch.

FACHLICHE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE GENEHMIGUNG SCHMERZTHERAPIE

a) Für alle Fachgebiete

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach
- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden
- Durchführung der Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzerkrankungen
- Psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten
- Eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- Invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie
- Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren
- Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren
- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen
- Standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes
- Medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase
- Spezifische Pharmakotherapie bei 100 Patienten
- multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei 50 Patienten
- Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 25 Patienten
- Stimulationstechniken (z. B. TENS) bei 25 Patienten
- Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie bei 25 Patienten
- Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

b) Zusätzlich für Fachgebiete mit konservativen Weiterbildungsinhalten:

Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 25 Patienten

c) Zusätzlich für Fachgebiete mit operativen Weiterbildungsinhalten:

Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 25 Patienten

d) Zusätzlich für Fachgebiete mit konservativ-interventionellen Weiterbildungsinhalten:

Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten, davon 10 Sympathikusblockaden

KOMBINATION UNTERSCHIEDLICHER BEHANDLUNGSVERFAHREN VON BEDEUTUNG

Da eine wirksame Schmerztherapie bzw. ein geeignetes Schmerzmanagement viele Behandlungsverfahren kombiniert und einbindet, müssen Schmerztherapeuten nach Vorgabe der Vereinbarung eine Fülle an Therapien in ihrer Praxis vorhalten. Teilweise sollen diese vom Schmerztherapeuten selbst durchgeführt werden (mindestens drei Verfahren). Gleichbedeutend ist aber auch die reibungslose Koordination weiterer Behandlungen in Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten oder Berufsgruppen.

Verfahren, die in der Praxis selbst vorgehalten werden müssen	Verfahren, die vom Schmerztherapeut koordiniert werden oder deren Durchführung gewährleistet werden muss
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pharmakotherapie ■ Therapeutische Lokalanästhesie ■ Psychosomatische Grundversorgung gemäß Psychotherapie-Vereinbarung ■ Stimulationstechniken (z. B. TENS) ■ Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen (Training) ■ Hypnose ■ Ernährungsberatung ■ minimal-invasive Interventionen ■ operative Therapie ■ Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ■ Physikalische Therapie ■ Therapeutische Leitungsplexus- und rückenmarksnahe Anästhesien ■ Sympathikusblockaden ■ Rückenmarksnahe Opioidapplikation ■ Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) ■ Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training)

SCHMERZTHERAPIE IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

Die schmerztherapeutische Versorgung in Schleswig-Holstein 2018 übernahmen insgesamt 39 Schmerztherapeuten von denen fünf im Berichtsjahr neu zugelassen wurden. Die Wartezeiten für die Patienten sind teilweise sehr lang – in einigen Gebieten Schleswig-Holsteins gibt es Versorgungslücken. Die KVSH geht unterschiedliche Wege um diesem Mangel zu begegnen. Ein Versuch ist, die in der Vereinbarung festgeschriebene Fallzahl pro Arzt in unterversorgten Gebieten nach Prüfung ggf. zu erhöhen, ein weiterer die Ausschreibung von frei werdenden Vertragsarztsitzen an das Kriterium „Schmerztherapie“ zu knüpfen – nicht wie üblich an die Facharztgruppe. Das bedeutet in der Praxis, dass z. B. der Vertragsarztsitz eines Hausarztes, der auch schmerztherapeutisch tätig ist, entgegen der Regelung auch an einen Arzt einer anderen Fachgruppe vergeben werden kann, wenn dadurch die schmerztherapeutische Versorgung sichergestellt wird.

Die Bedeutung einer zufriedenstellenden schmerztherapeutischen Versorgung für die Menschen in Schleswig-Holstein ist allen Verantwortlichen durchaus bewusst – gute Schmerztherapie für die betroffenen Patienten ist das Ziel.



© Lubinius-Stiftung/Kiel

Es gibt keinen allgemeingültigen Weg, wie man als Arzt mit Schmerzen umgehen soll oder sollte. Gute Schmerztherapie muss den Menschen wieder in die Mitte einer Gesellschaft stellen, die leider meist nur auf Funktionieren, Leistung, und reibungslose, wirtschaftlich ertragreiche und hektische Betriebsamkeit ausgerichtet ist. Schmerz isoliert, kapselt ab, vereinsamt, macht unsicher und beraubt den Patienten seiner Würde, reduziert ihn. Schmerztherapie soll das Leben mit dem Leiden erträglicher machen, die Regenerationsfähigkeit des Menschen stärken und erhalten.

Dr. Wolfgang Wabbel, Lubinius-Clinic, Kiel
Mitglied der Schmerztherapie-Kommission der KVSH

INFORMATIONEN ZUR SCHMERZTHERAPIE IN SCHLESWIG-HOLSTEIN IM NETZ UNTER:

www.dgss.org/patienteninformationen/herausforderung-schmerz/
www.schmerzgesellschaft.de/

Homepage der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa.

schmerzliga.de/wir-die-schmerzliga/

Deutsche Schmerzliga e. V., Organisation für Patienten mit chronischen Schmerzen.

aegnord.de/project/schmerz-strang-nordwest/

Projekt STRANG Nordwest: Projekt der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein zur besseren Versorgung von Schmerzpatienten. Patienten aus der Zielregion (das Projekt ist auf die Region westlich der A7 und nördlich des Nordostsee-Kanals begrenzt) mit chronischen Schmerzen, können nach Anmeldung durch ihren Hausarzt an Kleingruppen teilnehmen. In Gruppen mit drei bis fünf Betroffenen gehen die Schmerzmediziner gezielt auf die individuellen Probleme der Patienten ein und besprechen die nächsten Behandlungsschritte, die dann vom Hausarzt in die Wege geleitet werden. Der Schmerzarzt übernimmt im Projekt also eine Beratungs- und Lotsenfunktion. Die Wartezeiten für Patienten verkürzen sich, gleichzeitig finden die Patienten sozialen Rückhalt. Weitere Module des Projektes sind interdisziplinäre Schmerzkonferenzen, telemedizinische Beratungen durch Schmerzärzte und die Möglichkeit, bei Bedarf Spezialisten etwa für Migräne oder Fibromyalgie hinzuziehen zu können.

FACH FACHÜBERGREIFEND PSYCHOTHERAPEUTISCH INDIKATIONEN HAUSÄRZTLICH 31

Motto der ärztlichen Qualitätszirkelarbeit in Schleswig-Holstein

Freiwillig, strukturiert,
unabhängig

Bereits seit Anfang der 90er Jahre arbeiten Qualitätszirkel (QZ) im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH). Die 1993 in Kraft getretenen Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV nach §135 Abs. 3 SGB V (heute: §75 Abs. 7) beschreiben Qualitätszirkel erstmals als adäquates Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung.

ÄRZTLICH 51 FEND 72 TISCH 71 BEZOGEN 79 SONSTIGE 34

Qualitätsmanagement 5

DIABETES 25

Von Beginn an fördert die KVSH dieses inzwischen auch wissenschaftlich anerkannte Verfahren zur Optimierung von Prozessqualität und Sicherung der Ergebnisqualität in materieller und finanzieller Hinsicht. Qualitätszirkel haben sich als ein Element im Portfolio der ambulanten Qualitätssicherungsinstrumente bewährt. Erkennbar ist dies auch daran, dass in immer mehr Verträgen die Mitarbeit in Qualitätszirkeln als Pflichtbestandteil aufgenommen wird, wie z. B. in den Verträgen zu Disease-Management-Programmen.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden in den Grundsätzen des Vorstands der KVSH zur Gestaltung, Durchführung und Anerkennung von Qualitätszirkeln in Schleswig-Holstein vom 6. Mai 2010 (aktualisierte Fassung 2015) konkretisiert. Darin wurde unter anderem festgelegt, dass interessierte Ärzte und Psychotherapeuten an einem von der KVSH durchgeführten bzw. einem von der KVSH anerkannten Moderatorentaining teilgenommen haben müssen, um einen anerkannten Qualitätszirkel als Moderator zu leiten.

Diese Moderatorenausbildungen finden zweimal jährlich statt. An jeweils zwei Tagen werden die zukünftigen Moderatoren nach dem Train-the-Trainer-Konzept von speziell dafür geschulten Tutoren ausgebildet. 2018 wurden 35 Ärzte und Psychotherapeuten von den Tutoren zu Moderatoren ausgebildet.

Tutoren sind sehr erfahrene QZ-Moderatoren, die auf Bundesebene nach einem Curriculum der KBV ausgebildet werden. Die Qualifizierung befähigt unter anderem dazu, selbst Moderatoren aus- und fortzubil-

den. Das Konzept beinhaltet die Grundlagenschulung der Gruppenleitung, die Anwendung der verschiedenen Qualitätszirkel-Module (z. B. Durchführung einer Patientenfallkonferenz, Experteninterview), Methoden und Techniken der evidenzbasierten Medizin, sowie Inhalte der Moderatorengrundausbildung. Tutoren unterstützen die KVSH in allen Qualitätssicherungsfragen der Zirkelarbeit und kommen auch als Supervisoren für die Moderationstätigkeit zum Einsatz.

Mindestens einmal jährlich findet für die Tutoren aller Bundesländer ein kollegialer Austausch auf Bundesebene statt – Fragestellungen und Probleme aus der praktischen Tutorenarbeit können hier diskutiert werden. Auch an der Entwicklung neuer und der Aktualisierung bestehender Qualitätszirkelmodule sind die Tutoren regelmäßig beteiligt. Für die KVSH sind zur Zeit drei Tutoren tätig. Neuling im Tutorenteam ist Frau Dr. Ilka Petersen-Vollmar, Fachärztin für Allgemeinmedizin in Bad Segeberg.

Ausgebildet werden die Moderatoren von den Tutoren nach dem Train-the-Trainer-Konzept. Dieses Prinzip beschreibt, dass alle notwendigen didaktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten, die die Tutoren bei der Schulung der Moderatoren selbst anwenden, von den Teilnehmern übernommen und in ihren eigenen Zirkeln genutzt werden. Die Tutoren sollten also das, was sie lehren, auch selbst umsetzen. (Multiplikatorenfunktion des Tutors)

„Auf Augenhöhe ausbilden“

Interview mit Frau Dr. med. Ilka Petersen-Vollmar, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Qualitätszirkelmoderatorin und Tutorin

Redaktion: Frau Dr. Petersen-Vollmar – man kann sagen, Sie sind eine Expertin im Qualitätszirkelgeschäft. Seit wann wirken Sie aktiv in Qualitätszirkeln mit?

Dr. Petersen-Vollmar: Seit Oktober 2003 bin ich niedergelassene Hausärztin in Bad Segeberg und habe mich im darauffolgenden Jahr gleich zwei Zirkeln angeschlossen, in denen ich noch heute mitarbeite. Der eine Zirkel beschäftigt sich mit Fragen rund um Diabetes, der andere mit Drogensubstitution. Ich habe die Qualitätszirkelarbeit von Beginn an als große persönliche Bereicherung erlebt und mich deshalb auch schnell diversen weiteren Zirkeln angeschlossen.

Redaktion: Sie haben sich selbst auch zur QZ-Moderatorin ausbilden lassen und einen eigenen Qualitätszirkel gegründet – was waren Ihre Beweggründe sich stärker für die Qualitätszirkelarbeit zu engagieren?

Petersen-Vollmar: Gegründet habe ich den Zirkel aus dem Wunsch heraus, speziell die Zusammenarbeit zwischen Klinikärzten und Niedergelassenen zu verbessern, insbesondere im Hinblick auf eine kontinuierliche adäquate Patientenversorgung.

Im November 2013 habe ich dafür an einer Moderatorenschulung bei der KVSH teilgenommen und im Jahr darauf meinen eigenen Qualitätszirkel – eine interdisziplinäre Gruppe – gegründet.

Redaktion: Und wie sieht die Arbeit bei Ihnen im Zirkel konkret aus?

Petersen-Vollmar: Zunächst mal besteht unser Zirkel aus Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen und ist grundsätzlich offen für neue Teilnehmer. Wir treffen uns achtmal im Jahr jeweils für etwa zwei Stunden. Die Themen reichen eigentlich von A bis Z. Mal geht es um bestimmte Patientenfälle, die gemeinsam besprochen werden, mal um gesundheitspolitische Themen oder neue Therapien. Wir sind nicht auf einen bestimmten Themenkreis festgelegt. Besonders oft und gern setzen wir das Modul „Patientenfallkonferenz“ aus dem Qualitätszirkelhandbuch der KBV ein. Man kann sich das in etwa so vorstellen: Ein Kollege bringt einen für ihn besonders schwierigen Behandlungsfall ein bzw. einen, bei dem er Unsicherheiten in Diagnose und Therapie hat.

In dem wir Schritt für Schritt dem vorgesehenen Ablauf im Handbuch folgen, also: Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung und des Behandlungsproblems, sichten von evidenzbasierter Literatur zum Thema, erarbeiten wir gemeinsam einen strukturierten Vorschlag für die qualitätsgerechte Versorgung dieses Patienten.



Zur Erklärung: Wir laden uns zum Zirkeltreffen aber auch häufiger Experten zu bestimmten Themen ein, die unseren Blick auf Neuigkeiten lenken – denn Patienten sollten ja immer nach neuesten Erkenntnissen und Techniken behandelt werden.

Redaktion: Was würden Sie Ihren ärztlichen Kollegen sagen, warum sollte man an QZ teilnehmen?

Petersen-Vollmar: Gerade für uns „Einzelkämpfer“ aus der Praxis ist es eine sehr interessante Art des Austausches von Erfahrungen und Informationen an der Basis. Und dies sowohl interdisziplinär als auch innerhalb einer Fachrichtung. Wie macht mein Kollege das? Wie würde er das entscheiden?

Dabei können neben dem rein fachlichen Austausch auch Praxisabläufe und Qualitätsmanagementprozesse in der Praxis betrachtet werden. Manchmal kann man sich für die eigene Praxisorganisation einiges bei den Kollegen abgucken und damit einfach auch Zeit, Nerven und Geld sparen. Auch Fragen der Selbstmotivation und des Fehlermanagements können – ohne

die Befürchtung bloßgestellt zu werden – besprochen werden. Wichtig ist dabei, dass man offen ist und im gegenseitigen Vertrauen einen Einblick in die eigene Praxis gewährt. Nur so funktioniert es gut. Ich selbst profitiere von dieser ehrenamtlichen Tätigkeit auch immer für meine eigene berufliche Praxis. Betriebsblindheit kann auf diese Weise vermieden werden. Nicht zuletzt lernt man im Qualitätszirkel die Kollegen im Umkreis kennen, schafft und pflegt Netzwerke.

Redaktion: Seit Februar 2017 sind Sie nun auch ausgebildete Tutorin und wirken bei den Moderatorengrundausbildungen in der KVSH mit. Was war Ihre Motivation als Tutorin tätig zu werden?

Petersen-Vollmar: Wissen Sie, der Spaß am Lernen und Lehren begleitet mich schon mein ganzes Leben. Mit der Tätigkeit als Tutorin möchte ich meine eigenen Erfahrungen weitergeben und junge Kollegen bei der Gründung von Qualitätszirkeln und deren Durchführung unterstützen. Dabei ist es mir vor allem auch wichtig zu zeigen: Moderator sein ist keine Last. Man muss nicht alles alleine machen, sondern kann Aufgaben auch delegieren und sich so selbst vor Überforderung schützen.

Im September 2018 habe ich zum ersten Mal als Tutorin bei der Moderatorenausbildung der KVSH mitgewirkt. Die Inhalte Tutorenausbildung in der Praxis anzuwenden – das war schon sehr spannend.

Redaktion: Welche Aufgabe sehen Sie als Ihre wichtigste als Tutorin an?

Petersen-Vollmar: Ich möchte auch nach der Moderatorenschulung Ansprechpartner für die Moderatoren sein. Und dies insbesondere für junge Ärzte und Psychotherapeuten, die in die Welt der Qualitätszirkelarbeit starten.

Redaktion: Welche Ansätze verfolgen Sie bei der Ausbildung und Begleitung der Moderatoren?

Petersen-Vollmar: Auf Augenhöhe ausbilden – gegenseitiger Respekt und Wertschätzung sind mir sehr wichtig. Monologe zu halten liegt mir überhaupt nicht, ich fördere lieber aktive Mitarbeit und fordere Fragen und Rückmeldungen ein. Die Teilnehmer werden auch immer dazu motiviert, in Kleingruppen Dinge selbst zu erarbeiten.

Redaktion: Wo sehen Sie Ihre persönliche Stärke als Tutorin?

Petersen-Vollmar: Ich denke, meine größte Stärke ist, dass ich sensibel genug bin, sowohl positive als auch negative Schwingungen in der Gruppe aufzunehmen und dann als Moderatorin entsprechend zu reagieren.

Redaktion: Wo sehen Sie QZ Arbeit allgemein in 10 Jahren?

Petersen-Vollmar: Mich würde es sehr freuen, wenn es dann immer noch Qualitätszirkel gibt. Damit wir uns im Dschungel der Leitlinien und Verordnungen nicht verlieren, sollten wir uns weiter gemeinsam in Zirkeln treffen. Das kollegiale Miteinander ist immens wichtig für die ärztliche Zusammenarbeit. Nicht nur zum Wohl des Patienten sondern auch für unsere eigene work-life-balance.

VIELEN DANK!

Das Modul Patientenfallkonferenz ist eines von mehr als 30 thematischen Modulen, die Moderatoren im Handbuch QZ-Arbeit der KBV zur Verfügung gestellt werden. Es bietet QZ – Teilnehmern die Möglichkeit, komplexe und schwierige Behandlungsfälle aus der eigenen Praxis strukturiert vorzustellen und mit Kollegen zu diskutieren. Im Modul werden dafür Empfehlungen für die Durchführung und Vorbereitung und entsprechende Moderationsmedien angeboten. Im Ergebnis erstellt der QZ einen neuen Behandlungsplan. Die vorstellenden Teilnehmer fühlen sich bei der medizinischen und affektiven Bewältigung dieser Patientenfälle entlastet und unterstützt.

Mehr im Internet unter: www.kbv.de Suchbegriff: Qualitätszirkel

QUALITÄTSZIRKEL-LANDSCHAFT SCHLESWIG-HOLSTEIN

201

Moderatoren

2647

Teilnehmer

368

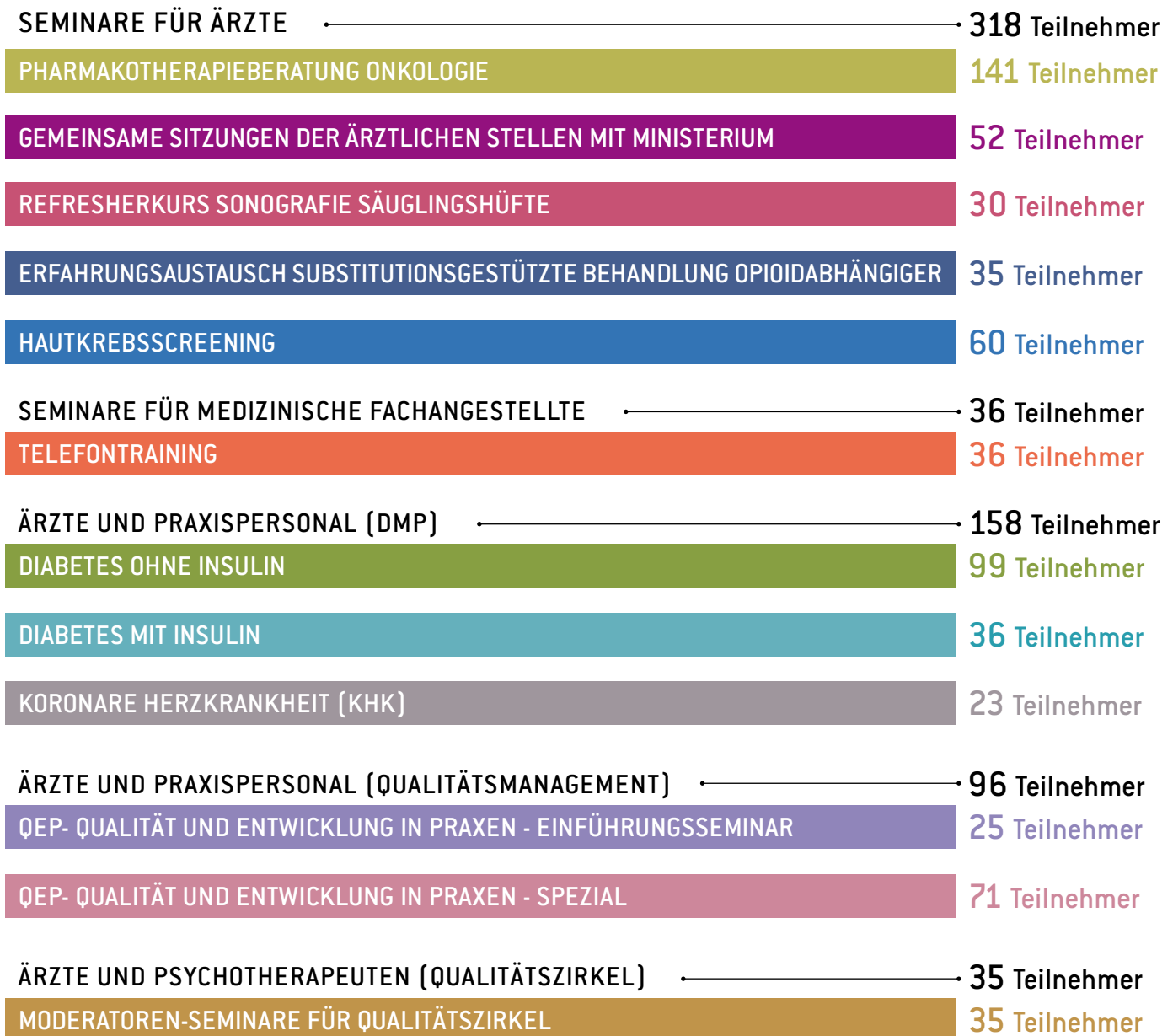
Anzahl aktive QZ 2018



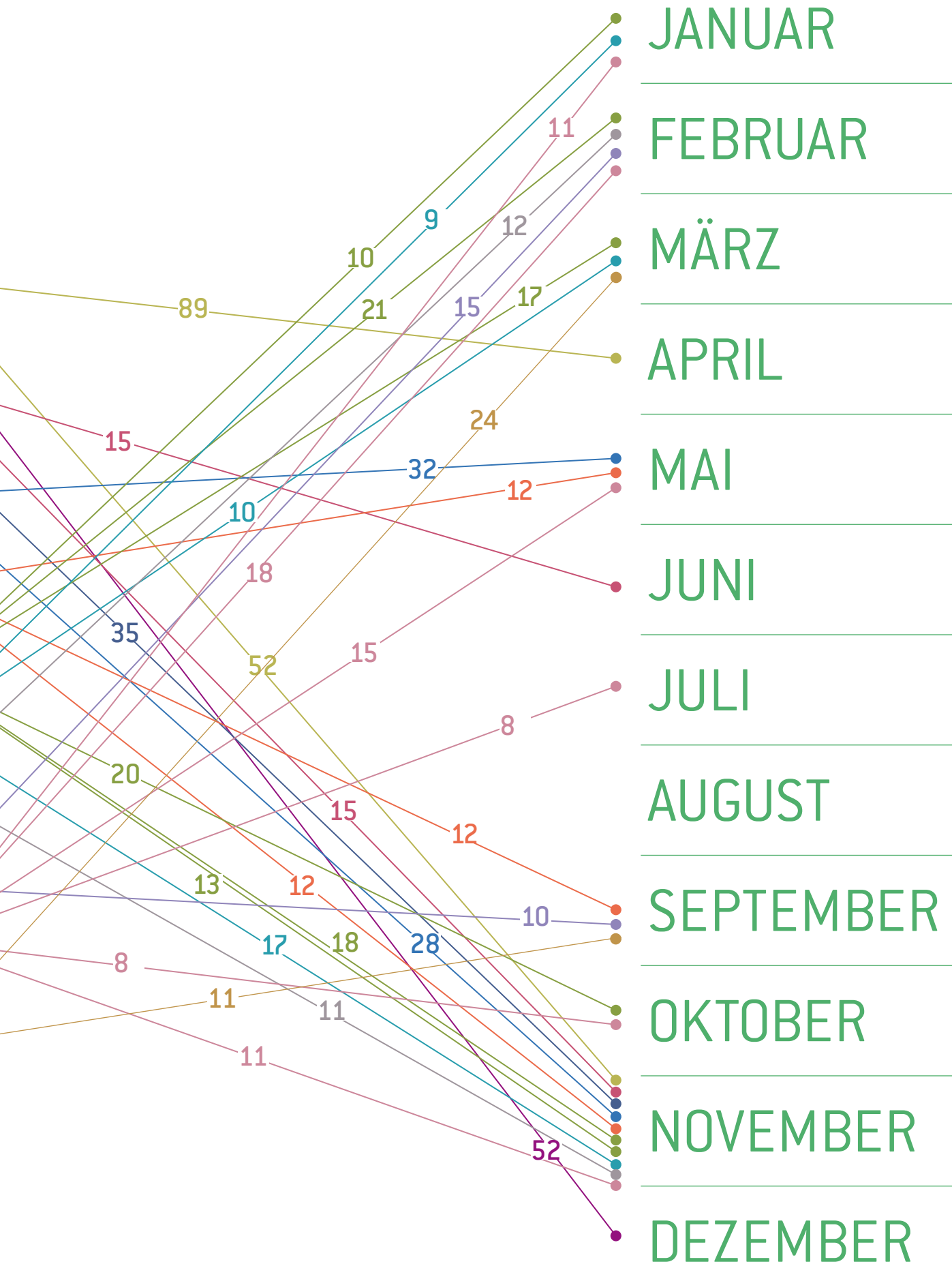
Informationen zur QZ-Arbeit und den Grundsätzen der KVSH in Schleswig-Holstein unter:

www.kvsh.de ▶ Praxis ▶ Qualität und Fortbildung ▶ Qualitätszirkel

Fortbildungsangebot 2018



643
Teilnehmer



Hilfreiche Internetseiten

WWW.KVSH.DE

Unter der Rubrik Praxis/Qualitätssicherung sind allgemeine Informationen zum Thema Qualität abrufbar. Diverse Dokumente und Formulare stehen zum Download bereit (Richtlinien, Verträge, Grundsätze des Vorstandes zur Qualitätszirkelarbeit).

WWW.KBV.DE

Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

WWW.KBV.DE/QEP

Informationsseiten der KBV zum Thema Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung – insbesondere zum Qualitätsmanagementsystem QEP®

WWW.G-BA.DE

Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses: Informationen zu Besetzung, Aufgaben, Beschlüssen, Richtlinien und Weiteres. Ein Newsletter kann abonniert werden.

WWW.AEKSH.DE; WWW.PKSH.DE

Homepages der Ärztekammer Schleswig-Holstein (aeksh) und der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (pksh): Die richtigen Adressen, wenn es um Berufsrecht, Fort- und Weiterbildung geht

WWW.BAEK.DE; WWW.BPTK.DE

Homepages der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer

WWW.AEZQ.DE

Homepage des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ): Gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Unterstützung der beiden

Institutionen bei ihren Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. Das ÄZQ bietet im Internet ausführliche Informationsseiten zu diversen Themen unter anderem:

→ **VERSORGUNGSLEITLINIEN**

Gemeinsames Projekt der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Strukturierte, übersichtliche Website mit diversen nützlichen Informationen zu nationalen Versorgungsleitlinien. Abrufbar sind sämtliche Leitlinien in Kurz- und Langfassung, Patientenleitlinien, diverse Praxishilfen und Patienteninformationen.

→ **PATIENTEN-INFORMATION**

Patienteninformationsseite des ÄZQ: qualitätsgeprüfte Behandlungsinformationen für Patienten

→ **PATIENTENSICHERHEIT**

Internetseite des ÄZQ mit sämtlichen Informationen und Links rund um die Patientensicherheit – z. B. auch zu CIRS, dem Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin.

→ **SCHNITTSTELLENMANAGEMENT**

Informationen und Tools zum Thema Management beim Übergang zwischen Praxis und Krankenhaus.

WWW.IQWIG.DE

Website des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Hier werden Publikationen zur Bewertung von evidenzbasierten Leitlinien, Nutzenbewertung von Arzneimitteln, Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen und auch qualitätsgeprüfte Patienteninformationen bereitgestellt.

WWW.IQTIG.DE

Homepage des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (kurz IQTIG). Das IQTIG ist das zentrale Institut für die gesetzlich verankerte externe Qualitätssicherung nach § 136ff. SGB V und §137a SGB V im Speziellen. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses entwickelt das Institut Instrumente zur externen Qualitätssicherung und zur verständlichen Veröffentlichung der Ergebnisse. Auf der Homepage des Instituts werden unter anderem die Ergebnisse der laufenden Qualitätssicherungsverfahren aber auch Ausschreibungen veröffentlicht.

WWW.RKI.DE

Homepage des Robert Koch-Instituts (RKI). Das RKI ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention und damit auch die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung.

**WWW.SCHLESWIG-HOLSTEIN.DE
(MEDIZINPRODUKTEÜBERWACHUNG)**

Seiten des Landesamtes für soziale Dienste Schleswig-Holstein, das sämtliche Aufgaben im Bereich der Medizinprodukteüberwachung wahrnimmt. Neben allgemeinen Informationen zu Medizinprodukten, sind hier auch spezielle Informationen zu folgenden Themen verfügbar:

- Aufbereitung von Medizinprodukten,
- Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen,
- klinische Prüfungen von Medizinprodukten und medizinischen Messgeräten. Auch ein Leitfaden zum sicheren Anwenden und zum Betreiben von Medizinprodukten ist abrufbar.

WWW.HYGIENE-MEDIZINPRODUKTE.DE

Internetauftritt des von den KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung initiierten Kompetenzzentrums mit aktuellen Informationen und Hilfetools für Praxen.

WWW.BGW-ONLINE.DE

Homepage der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege kurz BGW. Die BGW ist die gesetzliche Unfallversicherung für nicht staatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Auf der Homepage werden umfassende Informationen zu den Themen Arbeits- und Gesundheitsschutz bereitgestellt. Außerdem stehen Formulare, Anträge, Merkblätter und andere Materialien als Downloads zur Verfügung. In der „virtuellen Praxis“ gibt es Informationen rund um das Thema Gefahrstoffe – der Rundgang durch die virtuelle Praxis eignet sich auch zur Unterweisung der Mitarbeiter.

Glossar



AKKREDITIERUNG

Mit Akkreditierung wird die formelle Anerkennung der Kompetenz einer Organisation oder Person, bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen, durch eine dazu legitimierte Institution bezeichnet. Im Kontext der Qualitätssicherung entspricht dies der Erteilung von Genehmigungen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

ANGIOGRAFIE

Röntgendiagnostisches Verfahren zur Darstellung von Blutgefäßen unter Einsatz von Kontrastmittel

APHERESEN

Medizinisch-technisches Verfahren zur gezielten Entfernung von Bestandteilen aus dem Blut, z. B. bestimmter Fettbestandteile (LDL-Apherese)

ARTHROSKOPISCHE UNTERSUCHUNGEN

Untersuchung von Gelenkhöhlen mittels eines speziellen Endoskopes (siehe auch Endoskop)

AUDIT

Das Audit ist ein systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditcheften und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind. Im Kontext des Qualitätsmanagements ist das Audit ein durch eine externe (unabhängige) Stelle erfolgendes Begutachtungsverfahren von Organisationen bezüglich der Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems. Im Kontext der Qualitätssicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gehören hierzu unter anderem (optionale) Praxisbegehungen als Standardmaßnahmen fast aller Qualitätssicherungsvereinbarungen.

BALNEOPHOTOTHERAPIE

Behandlungsmethode zur Therapie bei Hauterkrankungen (insbesondere Schuppenflechte) bei der substanzhaltige Bäder (z. B. Solebäder) mit

phototherapeutischen Maßnahmen (Bestrahlung mit UV-Licht) kombiniert werden

CHIROTHERAPIE

Therapie (Schmerzlinderung, Muskelentspannung, Mobilisierung) von Blockaden am Stütz- und Bewegungsapparat mittels spezieller Handgriffe

COMPUTERTOMOGRAFIE

Röntgendiagnostisches Verfahren, bei dem der menschliche Körper in Schichten (mit Röntgenstrahlen) durchleuchtet und bei der durch computergestützte Auswertung ein dreidimensionales Bild erzeugt wird

DIABETES MELLITUS/ZUCKERKRANKHEIT

Diabetes mellitus bezeichnet eine Stoffwechselerkrankung, bei der durch chronische Überzuckerung andere Stoffwechselprozesse gestört und Organschäden hervorgerufen werden. Der Typ 1-Diabetes tritt meist bei Jugendlichen unter 20 Jahren auf; der Typ 2-Diabetes betrifft vor allem Menschen im höheren Lebensalter.

DIALYSE

Physikalisches Verfahren der Blutreinigung zur Eliminierung von Stoffwechsel-Schlackenstoffen des Organismus und zur Beschleunigung der Ausscheidung zugeführter schädlicher Substanzen

DMP/DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM/ STRUKTURIERTES BEHANDLUNGSPROGRAMM

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten. DMP sollen durch gezieltes Versorgungsmanagement in Form standardisierter Behandlungs- und Betreuungsprozesse dazu beitragen, die Behandlung chronischer Erkrankungen über deren gesamten Verlauf zu verbessern. Sie sollen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung lindern und Folgeerkrankungen reduzieren. Ziel ist es, die Behandlung über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg zu koordinieren und

eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Die Programme basieren auf wissenschaftlich gesicherten, aktuellen Erkenntnissen (medizinische Evidenz). Die Indikationen, für die DMP durchgeführt werden können, sind vom Gesetzgeber festgelegt worden. Im Einzelnen sind dies zur Zeit: Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD) und Asthma bronchiale. DMP-Programme stellen keinen Ersatz für die Therapie durch einen Arzt dar, sondern sind als unterstützende Maßnahme vorgesehen. Die im Programm eingeschriebenen Patienten werden umfassend über ihre Krankheit, Behandlungs- und Schulungsmöglichkeiten, Medikamente und Spezialärzte aufgeklärt, unter Verwendung moderner Kommunikation, wie z. B. Erinnerung an notwendige Arztbesuche auch per Mail und Fax.

ECHOKARDIOGRAFIE (ECHO)

Ultraschalldiagnostik des Herzens

EFFEKTIVITÄT

Der Begriff Effektivität steht für Wirksamkeit, also für das Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden. Eine Maßnahme ist effektiv, wenn sie geeignet ist, das formulierte Ziel zu erreichen.

EFFIZIENZ

Der Begriff Effizienz bezeichnet das Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen. Eine Maßnahme ist effizient, wenn eine vorgegebene Wirkung mit geringstmöglichem Ressourceneinsatz erreicht oder alternativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert wird. Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.



EINHEITLICHER BEWERTUNGSMASSTAB (EBM)

Verzeichnis, nach dem ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden

EKG (ELEKTROKARDIOGRAMM)

Herzstromkurve, diagnostisches Verfahren zur Registrierung und Aufzeichnung der elektrischen Aktivität des Herzmuskels

ENDOSKOP

Schlauchförmiges Instrument mit optischem System und Lichtquelle zur Durchführung von Spiegelungen (Endoskopien)

ENDOSKOPIE

Diagnostische Betrachtung („Spiegelung“) von Körperhöhlen und Hohlorganen mit einem Endoskop (siehe auch Koloskopie) bei der gleichzeitig auch kleinere operative Eingriffe durchgeführt (z. B. Polypektomie) werden

ERADIKATION

Eradikation bedeutet Keimeliminierung. In der Medizin wird damit die vollständige Eliminierung eines Krankheitserregers aus dem Körper beschrieben. Die pharmakologische Eradikation von Erregern erfolgt mit Antibiotika oder Chemotherapeutika. Der Begriff Eradikation wird auch im Zusammenhang mit der gezielten Ausrottung von Krankheitserregern aus der menschlichen Population benutzt.

ERGEBNISQUALITÄT

Die Ergebnisqualität beschreibt die Güte einer Behandlung. Ergebnisqualität fokussiert auf die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie Verbesserung des Gesundheitszustandes, Heilung von Erkrankungen, Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden. Sie wird auch definiert als Veränderung des Ge-

sundheitszustandes eines Patienten beziehungsweise einer Bevölkerungsgruppe aufgrund bestimmter therapeutischer oder diagnostischer Maßnahmen beziehungsweise Interventionen in den Versorgungsabläufen (siehe auch Struktur- und Prozessqualität).

EVALUATION

Mit Evaluation ist die Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (z. B. Auswirkungen auf die Patientenversorgung, auf das Wohlbefinden von Patient und Arzt, auf das ärztliche Selbstverständnis etc.) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien gemeint.

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (EbM)

Die EbM ist eine Methode bei der Entscheidung in der individuellen Versorgung von Patienten die beste zur Verfügung stehende Evidenz (wissenschaftliche Erkenntnis) gewissenhaft, ausdrücklich und vernünftig zu nutzen. EbM ist die Synthese von individueller klinischer Expertise und der bestmöglichen externen Evidenz systematischer Forschung. Sie umfasst die Formulierung einer konkreten, beantwortbaren Fragestellung, die Suche nach der relevanten Evidenz in der klinischen Literatur, den Einsatz wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studien und der Größe des beobachteten Effekts, die individuelle Anwendung dieser Evidenz auf die konkreten Patienten unter Berücksichtigung der eigenen klinischen Erfahrung und die anschließende Bewertung.

FACHARZT

Fachärzte durchlaufen nach dem regulären Studium eine mehrjährige Weiterbildung, an deren Ende eine Prüfung in dem entsprechenden Fachgebiet steht. Bis Oktober 2004 gliederte sich die Facharzt Ausbildung in die 18-monatige AiP-Zeit (AiP bedeutet Arzt im Praktikum) und die Zeit als Assistenzarzt. Seit Abschaffung des AiP kann unmittelbar nach dem Studium eine Stelle als

Assistenzarzt angetreten werden. Nach mehrjähriger beruflicher Tätigkeit und einer erfolgreich bestandenen Abschlussprüfung kann der Arzt sich als Facharzt niederlassen.

FEEDBACK

Die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Teil eines Regelkreises. Es hat deutlichen Einfluss auf das künftige Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung. Feedback-Systeme sind Teil der Qualitätssicherung in der Zytologievereinbarung, der Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme.

FORTBILDUNG

Jeder Arzt ist berufsrechtlich verpflichtet, sich fortzubilden. Seit In-Kraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004 müssen Ärzte und Psychotherapeuten ihre Fortbildungen alle fünf Jahre gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen belegen. Dazu werden die verschiedenen Maßnahmen nach einem Punktesystem bewertet. Durchschnittlich müssen im Jahr 50 Fortbildungspunkte gesammelt werden. Als Fortbildungen gelten von den Landesärztekammern zertifizierte Veranstaltungen. Dazu gehören Vorträge, Diskussionen, Kongresse im In- und Ausland, Workshops, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Hospitationen und vieles mehr. Auch das Studium von Fachzeitschriften kann anerkannt werden, wenn der Arzt sich einem schriftlichen Test unterzieht.

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (G-BA)

Auf welche Leistungen gesetzlich Versicherte Anspruch haben, regelt seit dem 1. Januar 2004 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Gemeinsamer Bundesausschuss heißt er deswegen, weil er eine Einrichtung von mehreren Organisationen ist. Seine Träger sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und auf der Leistungserbringerseite die Deutsche Krankenhausgesell-

schaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. „Bundesausschuss“ war bereits die Bezeichnung einiger seiner Vorgängergremien. Beispielsweise gab es einen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der festlegte, welche ambulanten Leistungen gesetzlich Versicherten zustanden. Das Gremium darf auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel von der Verordnungsfähigkeit ausschließen. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber den G-BA zum 1. Juli 2008 reformiert. Seitdem gibt es unter anderem einen hauptamtlichen Vorstand.

HÄMATOLOGIE

Spezielles Gebiet der Inneren Medizin, das sich mit der Beschaffenheit des Blutes und mit der Erkennung und Behandlung von Blutkrankheiten befasst.

HAUSARZT

In Ärztekreisen wird zwischen Haus- und Fachärzten unterschieden. Verwirrend dabei: Viele Hausärzte haben eine Facharztausbildung. Als Hausärzte bezeichnet man Ärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten, Kinderärzte und Praktische Ärzte. Letztere sind Ärzte ohne Facharztausbildung. Man fasst diese Arztgruppen unter der Bezeichnung Hausärzte zusammen, weil sie an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Mit der Gesundheitsreform 2000 sind getrennte Honorartöpfe für Haus- und Fachärzte eingeführt worden.

HYGIENEPRÜFUNGEN

Regelmäßige Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen sind Teil der Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie. Die Überprüfung der Hygiene bei den Darmspiegelungen erfolgt zweimal im Jahr durch ein von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei

Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen.

INDIKATION

Die Indikation ist der Grund, der die Durchführung einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme im Kontext des jeweiligen Krankheitsgeschehens rechtfertigt. Die korrekte Indikation und deren nachvollziehbare Dokumentation in der Patientenakte sind Ziel und Grundlage jeglicher Qualitätssicherung in der Medizin.

INDIKATOR

Ein Indikator ist eine definierte Größe, anhand derer ein Ergebnis mit einer Vorgabe verglichen werden kann, um den Zielerreichungsgrad zu bestimmen. Qualitätsindikatoren sind immer Hilfsgrößen, welche die Qualität in einem ausgewählten Bereich durch Zahlen oder Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter oder schlechter Qualität bewertet werden, wenn sie mit definierten Referenzbereichen verglichen wird. Quantitative medizinische Indikatoren wie Heilungsraten, Komplikations- oder Infektionsraten eignen sich zur Beurteilung der Effektivität von Interventionsmaßnahmen, zum Vergleich unterschiedlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen bei gleichen Erkrankungen, für die Selbstbewertung oder den Vergleich mehrerer Einrichtungen. Quantitative medizinische Indikatoren müssen je nach Fragestellung und Einsatzgebiet hinsichtlich ihrer Validität sorgfältig hinterfragt und ausgewählt werden. In Ableitung vom lat. indicare (anzeigen, hinweisen) können Indikatoren auch qualitativ im Sinne eines Nachweises verstanden werden.

INVASIVE KARDIOLOGIE

Teilgebiet der Inneren Medizin, das die operative Diagnostik und Behandlung der Herz- und Kreislaufkrankungen umfasst, z. B. Herzkatheter-Untersuchungen (siehe auch PTCA)

IVM

Intravitreale Medikamenteneingabe – Verfahren bei dem Medikamente, Flüssigkeiten oder Suspensionen direkt in den Glaskörper des Auges injiziert werden.

KERNSPINTOMOGRAFIE/ MAGNETRESONANZTOMOGRAFIE (MRT)

Bildgebendes Verfahren mit dem der menschliche Körper in Schichten dargestellt werden kann. Im Unterschied zum Röntgen arbeitet die MRT mit Magnetfeldern, nicht mit Strahlung.

KOLLOQUIUM

Ärztliches Fachgespräch, das als Maßnahme der Qualitätssicherung bei der Umsetzung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Richtlinien und Vereinbarungen zur Beratung, gegebenenfalls auch zur Prüfung, vorgesehen ist.

KOLOSKOPIE

Darmspiegelung mittels Endoskop

LEITLINIEN

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

MAMMOGRAPHIE

Radiologische Untersuchung der Brust

MEDIZINPRODUKTEGESETZ (MPG)

Das MPG ist eine deutsche Rechtsnorm, die drei EU-Richtlinien, die den Bereich der Medizinprodukte betreffen, verbindlich in nationales Recht umsetzt. Mit dem MPG sind die EU-Richtlinien für aktive implantierbare Geräte, für Medikalprodukte und In-vitro-Diagnostika in nationales Recht verbindlich überführt.

MODERATOR

Moderatoren leiten und lenken Veranstaltungen mit mehreren Teilnehmern (z. B. siehe Qualitätszirkel, praxisinterne Teambesprechungen). Die Aufgabe eines Moderators besteht im Wesentlichen darin, die Teilnehmer zu motivieren, sachlich und lösungsorientiert zu arbeiten, i. d. R. ohne selbst Positionen zu vertreten.

MOLEKULARGENETIK

Die Molekulargenetik ist ein Wissenschaftszweig, der sich mit der Untersuchung der molekularen Struktur und Funktion von Genen befasst.

MRSA

MRSA ist die Abkürzung für Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus. Staphylococcus aureus sind Bakterien, die natürlicherweise auf der Schleimhaut des Nasenvorhofs, seltener auch auf der Haut von Menschen vorkommen. Normalerweise verursachen diese Bakterien keine Infektionen. Bei Verletzung der Haut oder durch medizinische Maßnahmen, wie z. B. eine Operation, kann Staphylococcus aureus Wundinfektionen verursachen. Solche Infektionen können harmlos ablaufen (Abszesse, Eiterbildung etc.), bei geschwächtem Immunsystem kann es aber auch zu schweren, teilweise lebensbedrohlichen Verläufen (Blutvergiftung oder Lungenentzündung) kommen. Unter MRSA versteht man im engeren Sinne die Staphylococcus aureus-Stämme, die gegen alle bisher marktverfügbaren β -Lactam-Antibiotika (z. B. Penicillin) unempfindlich (resistent) sind. In der Regel sind diese Stämme sogar multiresistent, verfügen also meist auch über Resistenzen gegenüber anderen Antibiotikaklassen, z. B. Chinolone, Tetracycline, Aminoglykoside, Erythromycin, Sulfonamide. Die Therapieoptionen bei einer Infektion mit MRSA sind deshalb stark eingeschränkt.

NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIEN

Nationale Versorgungsleitlinien sind ärztliche Entscheidungshilfen für die strukturierte medi-

zinische sektorübergreifende Versorgung auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz. Das deutsche Programm für nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) ist eine gemeinsame Initiative der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der KBV.

NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE

Die Neuropsychologie beschäftigt sich mit psychologischen Prozessen vor allem im zentralen Nervensystem und deren Auswirkungen auf psychische Prozesse. Neuropsychologische Therapie zielt auf die Behandlung neuropsychologischer Syndrome, wie beispielsweise Hirnschädigungen aufgrund Schädel-Hirn-Traumata oder Schlaganfällen.

NEPHROLOGIE

Spezielles Fach der Inneren Medizin, das sich mit Bau und Funktion der Nieren befasst

NUKLEARMEDIZIN

Diagnostische und therapeutische Anwendung radioaktiver Substanzen

ONKOLOGIE

Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit der Therapie von Tumorerkrankungen befasst

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN (OAE)

OAE bezeichnet die vorhandene Schallabstrahlung aus dem Innenohr. Mit der Messung der Otoakustischen Emissionen kann gezielt die Funktion des Innenohrs (der Hörschnecke) geprüft werden. Sind OAE nicht registrierbar, ist eine Hörstörung mit großer Wahrscheinlichkeit im Innenohr begründet.

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE (PDT)

Die PDT ist ein Laserbehandlungsverfahren zur Eliminierung von Tumoren und anderen Gewebeveränderungen. Die Verabreichung eines speziel-

len Medikamentes erhöht die Lichtempfindlichkeit des betreffenden Gewebes, das mit Laserlicht bestrahlt wird.

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE (PTK)

Mit PTK bezeichnet man die operative Abtragung krankhafter Veränderungen der Hornhaut des Auges mit einem speziellen Lasergerät.

POLYGRAFIE

Bei der Polygrafie werden mehrere biologische Variablen simultan (hier: simultane Registrierung des EEG und anderer Körpervorgänge, z. B. Atmung und Körperbewegungen) graphisch dargestellt (Polygramm).

POLYPEKTOMIE

Endoskopische Entfernung von Darmpolypen

POLYSOMNOGRAFIE

Umfangreiches diagnostisches Verfahren (Registrierung diverser Körperfunktionen während des Schlafes) zur Erkennung von schlafbezogenen Erkrankungen

PROZESSQUALITÄT

Der Begriff Prozessqualität bezeichnet den Aspekt der Qualität der medizinischen Versorgung, der alle medizinischen Aktivitäten unter Einbeziehung der interpersonellen und interaktionalen Faktoren umfasst. Hierzu gehören Art und Weise der Diagnostik und Therapie, zum Beispiel der Medikamentenverordnung, aber auch der Gesprächsführung, der Anamneseerhebung, Rechtzeitigkeit und Angemessenheit. Beeinflusst wird der Behandlungsprozess unter anderem durch die Persönlichkeit und Einstellung von Arzt und Patient und durch die Wechselwirkung zwischen beiden, aber auch durch gesellschaftliche und ethische Gesichtspunkte (siehe auch Struktur- und Ergebnisqualität).



PSYCHOTHERAPIE

Behandlung psychischer, emotionaler und psychosomatischer Störungen oder Verhaltensstörungen als Einzeltherapie oder in Gruppen mit unterschiedlichen psychologischen Methoden

PTCA (PERKUTANE TRANSLUMINALE KORONARANGIOPLASIE)

Methode zur mechanischen Erweiterung krankhaft verengter Koronararterien (Herzkranzgefäße) mittels Ballonkatheter

QUALITÄT

Nach der DIN EN ISO 8402 ist Qualität die Gesamtheit von Merkmalen und Merkmalswerten einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen. Dies kann z. B. am Grad der Übereinstimmung zwischen den erreichten Behandlungszielen und dem tatsächlich Erreichbaren gemessen werden.

QUALITÄTSINDIKATOR

Ein Qualitätsindikator ist ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Qualitätsindikatoren bilden die Qualität einer Einheit durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt ab. Man kann sie auch als qualitätsbezogene Kennzahlen beziehungsweise Qualitätskennzahlen bezeichnen. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter beziehungsweise schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu verwendet man definierte Ausprägungen des Indikators, den sogenannten Referenzwert oder Referenzbereich. Qualitätsindikatoren sind struktur-, prozess- und/oder ergebnisbezogen.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität,

die üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung umfassen.

QUALITÄTSSICHERUNG

Unter Qualitätssicherung als Synonym für Qualitätssicherung sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Versicherten und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen dahingehend schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt. In der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielte der Begriff Qualitätssicherung bisher eine zentrale Rolle für verschiedenste Aktivitäten. Traditionell wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter externer Qualitätssicherung werden insbesondere Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden. Dies ist für den ambulanten Bereich in der Hauptsache in den Disease-Management-Programmen umgesetzt. Insgesamt existiert eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

QUALITÄTSSICHERUNGS-KOMMISSIONEN

Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständigen mit einer professionellen Verwaltung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten dabei für die einzelnen Leistungsbereiche (z. B. Radiologie, Sonografie) Kommissionen ein, welche die Umsetzung der in den einzelnen Bereichen geltenden Richtlinien und Vereinbarungen unterstützen.

QUALITÄTSMANAGEMENT-SYSTEM (QM-SYSTEM)

QM-Systeme sind der „rote Faden“ zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich ihrer Qualität.

Ein QM-System beinhaltet die für die Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur, die Verfahren, Prozesse und Mittel. Bei der Gestaltung ihrer QM-Systeme sind die Organisationen grundsätzlich frei.

QUALITÄTSSCHLEIFEN

Ärztliche Qualitätsschleifen sind auf freiwilliger Initiative gründende Foren für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmer eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat.

QEP®

Das Konzept „Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP®“ ist ein von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen erarbeitetes modulares Konzept zur Implementierung von Qualitätsmanagement in Arztpraxen. Es ermöglicht niedergelassenen Ärzten, ein umfassendes Qualitätsmanagement auf der Basis eines Manuals einzuführen und es von einer Zertifizierungsstelle begutachten zu lassen.

RADIOLOGIE

Fachgebiet der Medizin, das sich mit der diagnostischen und therapeutischen Anwendung ionisierender Strahlen befasst

REZERTIFIZIERUNG

Die Rezertifizierung ist ein Verfahren der Qualitätssicherung, bei dem sich Ärzte in regelmäßigen Abständen einer Prüfung unterziehen müssen. Umgesetzt ist dieses Verfahren in der Vereinbarung zur kurativen Mammographie. Alle zwei Jahre müssen sich mammographierende Ärzte einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht und kann er seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen,

darf er diese Leistung nicht mehr für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen.

RICHTLINIEN

Bei Richtlinien handelt es sich um von einer gesetzlich, berufs-, standes- oder satzungsrechtlich legitimierten Institution vereinbarte, veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum der Institution verbindlich sind und die – bei Nichtbeachtung – negativ sanktioniert werden. Aufgrund dieser Verbindlichkeit unterscheiden sie sich deutlich von Leitlinien, die lediglich empfehlenden Charakter haben.

SCHLAFAPNOE

Atemregulationsstörung im Schlaf (teilweise mit Atempausen), die eine Unterversorgung des Organismus mit Sauerstoff zur Folge haben kann.

SCREENING

Mit Screening werden Reihenuntersuchungen innerhalb bestimmter Bevölkerungsgruppen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten bezeichnet, z. B. Mammographie-Screening bei Frauen von 50 bis 69 Jahre, Hautkrebs-Screening bei Erwachsenen ab 35 Jahre.

SONOGRAFIE

Sonografie, auch Ultraschall genannt, ist die Anwendung von Ultraschallwellen als bildgebendes Verfahren zur Untersuchung von organischem Gewebe.

SOZIALPSYCHIATRIE

Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der Bedeutung von sozialen und kulturellen Faktoren bei der Entstehung psychischer Störungen/Erkrankungen befasst

SOZIOThERAPIE

Therapieform, die die gesellschaftliche Wiedereingliederung und den Erhalt der Selbstständigkeit sozial isolierter Patienten zum Ziel hat

STANDARDISIERUNG

Mit Standardisierung ist im Rahmen von Qualitätsmanagement die Strukturierung und Vereinheitlichung von Vorgehensweisen (zu verschiedenen Zeitpunkten durch verschiedene Personen) innerhalb einer Organisation/Praxis gemeint. Abzugrenzen hiervon ist die Normierung (siehe Norm) über viele Organisationen/Praxen hinweg, welches nicht das Anliegen von Qualitätsmanagement ist.

STOSSWELLENLITHOTRIPSIE

Unterschiedliche physikalisch-technische Verfahren zur Zertrümmerung von Steinen (z. B. Nierensteinen)

STRUKTURQUALITÄT

Die Strukturqualität ist ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes und der Praxismitarbeiter sowie über die Praxisorganisation definiert. Sie umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an die Organisation und Hygiene. Eine gute Struktur garantiert nicht automatisch gute Ergebnisse, ist aber die Basis dafür. Anforderungen an die Strukturqualität sind in den geltenden Richtlinien und Vereinbarungen festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und sein Praxisteam besitzen müssen, um ambulant operieren zu dürfen (siehe auch Prozess- und Ergebnisqualität).

SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER/SUBSTITUTION

Behandlung Opioidabhängiger mit Substitutionsmitteln

VERSORGUNGSFORSCHUNG

Versorgungsforschung befasst sich mit der systematischen Erforschung der medizinischen Versorgung unter Verwendung der Perspektiven der Epidemiologie, der Institutionen (Qualitätsmanagement, Medizinische Soziologie), der

Gesundheitssystemforschung (Public Health), der Gesundheitsökonomie und der klinischen Fächer. Sie bedient sich quantitativer, qualitativer, deskriptiver, analytischer und evaluativer Methoden. Sie dient der Neuentwicklung theoretisch oder empirisch fundierter Versorgungskonzepte beziehungsweise der Verbesserung bereits vorhandener Konzepte.

WIRKSAMKEIT

Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden

ZERTIFIZIERUNG

Zertifizierung ist ein Verfahren, bei dem ein unabhängiger, fachlich versierter Dritter bestätigt, dass ein Produkt, ein Prozess/Ablauf, ein System oder eine Organisation/Praxis in ihrer Gesamtheit den der Überprüfung zugrunde liegenden Anforderungen, Normen und Standards entspricht. Nach der erfolgreichen Überprüfung (siehe Audit) wird ein Zertifikat ausgestellt und somit schriftlich bestätigt, dass die Umsetzung der Vorgaben erfüllt ist.

ZERVIX-ZYTOLOGIE

Zytologische Untersuchung des Gebärmutterhalses mittels Abstrich zur Krebsfrüherkennung von Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)

ZYTOLOGIE

Lehre vom Bau und von den Funktionen der Zelle

Ergänzter und modifizierter Auszug aus folgenden Quellen:
Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement (Ausgabe 4, 2007),
Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de)
und Qualitätsbericht der KVSH (2005).

§ 135

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

§ 135a

Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

§ 135b

Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (entspricht § 136 alte Fassung)

§ 136

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

§ 136d

Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

§ 137

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

§ 137a

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

§ 137b

Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

§ 137f

Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung

ZUSTÄNDIGKEIT 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, Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztzekammern 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 Strahlenverordnung, Medizinprodukte-Betreiberverordnung, Infektionsschutzgesetz)
- das Berufsrecht (zum Beispiel Berufsordnung, Weiterbildungsordnung)

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. Zu den grundlegenden Paragraphen des SGB V zählen:

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Dieser Paragraph gilt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung. Neben Wirtschaftlichkeit und Humanität sieht er auch die Verpflichtung zu einer qualitativ gesicherten Versorgung vor.

§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Die Sicherung und Förderung der Qualität ärztlicher Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau. Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung hat zum Ziel, die Qualität des Arbeitsprozesses und der Arbeitsergebnisse zu wahren und gegebenenfalls zu erhöhen. Dies kann nur verwirklicht werden, wenn Probleme rechtzeitig identifiziert, hinreichend analysiert, praktikable Verbesserungsvorschläge zügig erarbeitet und erfolgreich angewendet werden. Eine wesentliche Aufgabe der Qualitätssicherung besteht nach wie vor darin, die strukturellen Voraussetzungen für eine hohe Qualität ärztlichen Handelns in der Aus- und Weiterbildung zu schaffen und zu erhalten. In Ergänzung dazu bedarf es jedoch auch dynamischer, auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basierender Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines selbstlernenden Systems. Damit sollen in der vertragsärztlichen Tätigkeit die Kooperation verbessert, der fachliche Wettbewerb gefördert und die Qualität der Betreuung insbesondere aus Sicht der Patienten gewährleistet werden.

Unter dieser Zielsetzung erlässt die KBV gemäß § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung.

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und wird von der KBV, der KZBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband gebildet. Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem GKV-Spitzenverband benannten Mitgliedern. Bei Beschlüssen, die nicht alle Leistungssektoren betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation benannt worden sind.



Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patienten geschaffen. Paragraf 140f Abs. 2 SGB V regelt, dass den Interessenvertretungen der Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird.

Spätestens seit dem 1. September 2012 sind die infolge der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrats in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar darzustellen. Zur Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Abs. 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrats anzuwenden.

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Darunter fallen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 auch die Richtlinien zur Qualitätssicherung. Diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen

§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Nach § 135 Abs. 1 SGB V 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
- 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 § 135 Abs. 2 SGB V können die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

- besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes
- besondere Praxisausstattung oder
- anderer Anforderungen an die Versorgungsqualität bedürfen

einheitlich entsprechende Voraussetzungen im Rahmen von Qualitätssicherungsvereinbarungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen für Vertragsärzte vereinbaren. Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen in die Beratungen der Vertragspartner einzubeziehen. Zur Erhöhung der Transparenz sind zukünftig auch die entscheidungserheblichen Gründe im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekanntzumachen.

§ 135a Verpflichtung der Leistungserbringer 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 §§ 136 bis 136b 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

§ 135b Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (entspricht § 136 alte Fassung)

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. Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen, in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig.



Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen zu entwickeln. Dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu berücksichtigen.

Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden.

§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

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

- die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 3 Satz 3 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen

Die Richtlinien sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Richtlinienaufträge zu ausgewählten Bereichen sind in § 136a dargestellt.

§ 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen 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

§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ein System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen z. B. nach § 136 in Eskalationsstufen festzulegen. Maßnahmen können dabei sein: Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs für definierte Leistungen, Information Dritter über Verstöße, Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

§ 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 hat zum 9. Januar 2015 ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegründet. Hierzu hat er eine Stiftung des privaten Rechts errichtet, die Trägerin des Instituts ist.

Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln



- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebots der Datensparsamkeit zu entwickeln
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach § 137a Abs. 3 Satz 3 einzubeziehen,
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen
- für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen
- Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln

§ 137b Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

Das Institut nach § 137a ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zum Zwecke der Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung zu beauftragen. Personenbezogene Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung können unter Berücksichtigung von § 299 genutzt werden.

Die Arbeitsergebnisse der Aufträge gehen als Empfehlung dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu, der diese im Rahmen seiner Normsetzungskompetenz zu berücksichtigen hat.

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für welche 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
- sektorenübergreifender 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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1 - 6
23795 Bad Segeberg

Verantwortlich (V. I. S. D. P.)

Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH

Redaktion

Caroline Boock, Dagmar Martensen, Astrid Patscha,
Stephanie Purrucker, Angelika Ströbel, Nina Tiede, Aenne Villwock,
Jakob Wilder

Grafik

Borka Totzauer

Druck

Grafik & Druck, Kiel

Foto

istockphoto.com, Dirk Schnack

Die Publikation, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Im Interesse der Lesbarkeit haben wir auf geschlechtsbezogene Formulierungen verzichtet. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“, „der Psychotherapeut“), ist hiermit selbstverständlich jegliche Form des Geschlechts gemeint. Ebenso ist mit „der Arzt“, je nach Zusammenhang, auch die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut gemeint. Die Redaktion bittet um Verständnis..

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1 – 6
23795 Bad Segeberg

Weitere Informationen zur Qualitätssicherung
im Internet unter www.kvsh.de

