

QUALITÄTSBERICHT 2016

Jederzeit gut versorgt in Schleswig-Holstein



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

VORWORT

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

QUALITÄTSSICHERUNG – KERNAUFGABE DER KVSH

Instrumente der Qualitätssicherung	4
Konzepte, Instrumente und Grundlagen der Qualitätssicherung/-förderung	6
Ablauf eines Genehmigungsverfahrens	9
Neue Verfahren	10
Geltende Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien	12
Die Abteilung Qualitätssicherung	14
Zahlen und Fakten 2016	16

QUALITÄTSSICHERUNG – KURZ GEMELDET

Gesund schwanger – Minimierung des Risikos für Frühgeburten	18
Delegations-Vereinbarung – Attraktivere Konditionen für Ärzte	18
Search & destroy – Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA	19
Ultraschallvereinbarung 2016 – Prüfverfahren vereinfacht	19
Exakte Tumordiagnostik – Neue Leistungen im EBM	20
Hochqualifizierte Versorgung von Schmerzpatienten	20

QUALITÄTSSICHERUNG – IM FOKUS

Auftrag: Suchtmittelfreiheit – Substitutionsbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung	23
--	----

QUALITÄTSFÖRDERUNG

Qualitätszirkel – Etabliertes Instrument der Qualitätsförderung	30
Qualitätszirkelarbeit in Zahlen	33
Qualitätsmanagement – Patientensicherheit als oberstes Gebot	34
Seminare für Ärzte 2016	36

NÜTZLICHES

Hilfreiche Internetseiten	38
Glossar	40
Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung	46
Impressum	51

Liebe Leserinnen und Leser,

die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein machen einen guten Job: Das bestätigen Patientenbefragungen – und auch der diesjährige Qualitätsbericht belegt die hohe Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung im Norden, um die sich knapp 5.300 Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein jeden Tag kümmern.

Sie erfahren in unserem Bericht, wie Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung funktioniert – welche Qualitätsprüfungen Ärzte und Psychotherapeuten regelmäßig durchlaufen, welche Änderungen und Neuerungen anstehen und wie viel Arbeit und freiwilliges Engagement hinter der Qualität in den Praxen steckt.

Qualität ist eben kein Zufall, sie ist immer das Ergebnis angestrengten Denkens, wie schon der britische Schriftsteller John Ruskin sehr treffend sagte. Und sie ist zweifelsfrei die Absicht jedes Arztes und Psychotherapeuten.

Qualität wird auch in Zukunft eine zentrale Rolle spielen und den Wettbewerb im Gesundheitswesen immer stärker bestimmen: Stichwort Sektorenübergreifende Qualitätssicherung, wo erste Vergleiche zwischen der ambulanten Versorgungsqualität und der im Krankenhaus angestrebt werden. Beispielsweise werden Herzkatheteruntersuchungen in Praxen und Kliniken auf den Prüfstand gestellt.

Im vorliegenden Bericht beleuchten wir außerdem den Alltag von Praxen, die sich unter ganz unterschiedlichen Bedingungen – z. B. in der Stadt und auf dem Land – um die Versorgung Opiatabhängiger kümmern. Eine schwierige Aufgabe, die auch in den kommenden Jahren engagierte Ärzte und kreative Lösungsansätze braucht, denn immer weniger Ärzte sehen sich in diesem Bereich einer ständig wachsenden Zahl von Patienten gegenüber.

Vielen Dank für Ihr Interesse!



Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH



Instrumente der Qualitätssicherung – Versorgung auf hohem Niveau

Die Erbringung vertragsärztlicher Leistungen unterliegt umfangreichen Qualitätsanforderungen. Was bedeutet Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung? Für welche Leistungen gibt es Qualitätskontrollen und wie finden diese statt?

Die Qualität der medizinischen Versorgung kann nicht als Ganzes gemessen werden. Daher werden in der Regel einzelne Qualitätsaspekte untersucht und ihre Ergebnisse gemeinsam beurteilt. Die durch den amerikanischen Professor für Public Health, Avedis Donabedian im Jahr 1966 geprägte Differenzierung des Qualitätsbegriffes in drei Dimensionen konnte sich bis heute durchsetzen.

Diese drei Ebenen von Qualität beeinflussen sich gegenseitig. Das gewünschte Behandlungsergebnis (Ergebnisqualität) kann nur dann erreicht werden, wenn die entsprechenden fachlichen Voraussetzungen (Strukturqualität) gegeben sind und auch der gesamte Behandlungsprozess (Prozessqualität) darauf abzielt.

STRUKTURQUALITÄT

Der Begriff Strukturqualität kennzeichnet die Eigenschaften und Merkmale des Arztes, des Praxispersonals, der Praxiseinrichtung und –ausstattung. Darunter fallen die berufliche Fort- und Weiterbildung, die sachliche Ausstattung der Einrichtung und bauliche Voraussetzungen. Auch die Organisation innerhalb des Praxisbetriebes kennzeichnet die Strukturqualität.

z. B.

- Aus- und Weiterbildung des Arztes
- Qualifikation des Praxispersonals
- Praxisräumlichkeiten
- Technische Ausstattung der Praxis (z. B. Ultraschallgerät)

PROZESSQUALITÄT

Der Schritt der Prozessqualität beschreibt, wie die praxisinternen Abläufe funktionieren. Der Begriff umfasst alle organisatorischen, diagnostischen, medizinischen und therapeutischen Tätigkeiten, die zwischen Arzt/Praxispersonal und Patienten ablaufen. Bei der Prozessqualität stellt sich die Frage nach dem „Wie“ der Behandlung.

z. B.

- Gesprächsführung mit Patienten
- Befundung von Röntgenbildern
- Wartezeiten in der Praxis
- Zusammenarbeit mit Kollegen und Praxismitarbeitern

ERGEBNISQUALITÄT

Der Begriff der Ergebnisqualität sagt aus, ob und inwieweit gesteckte Qualitätsziele erreicht wurden. Ein Ergebnis kann beispielsweise im Rahmen einer diagnostischen Maßnahme ein Röntgenbild sein. Geht es um therapeutische Leistungen, so ist der Gesundheitszustand des Patienten Indikator für die Ergebnisqualität.

z. B.

- Besserung oder Heilung einer Erkrankung
- Patientenzufriedenheit
- Sensitivität und Spezifität einer Röntgenuntersuchung

METHODEN UND INSTRUMENTE

Wenn ein Qualitätsproblem erkannt ist und konkrete Ziele zur Optimierung vereinbart worden sind, gibt es eine Vielzahl von Methoden der Qualitätssicherung, mit denen diese Qualitätsziele erreicht werden können.

Die Qualität in der ambulanten Versorgung wird mit unterschiedlichen Methoden und vielfältigen Maßnahmen gemessen und gesichert. Die ersten Qualitätssicherungsverfahren in der vertragsärztlichen Versorgung wurden in den achtziger Jahren eingeführt – inzwischen werden etwa 60 Untersuchungs- und Behandlungsverfahren von der KVSH überprüft.

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

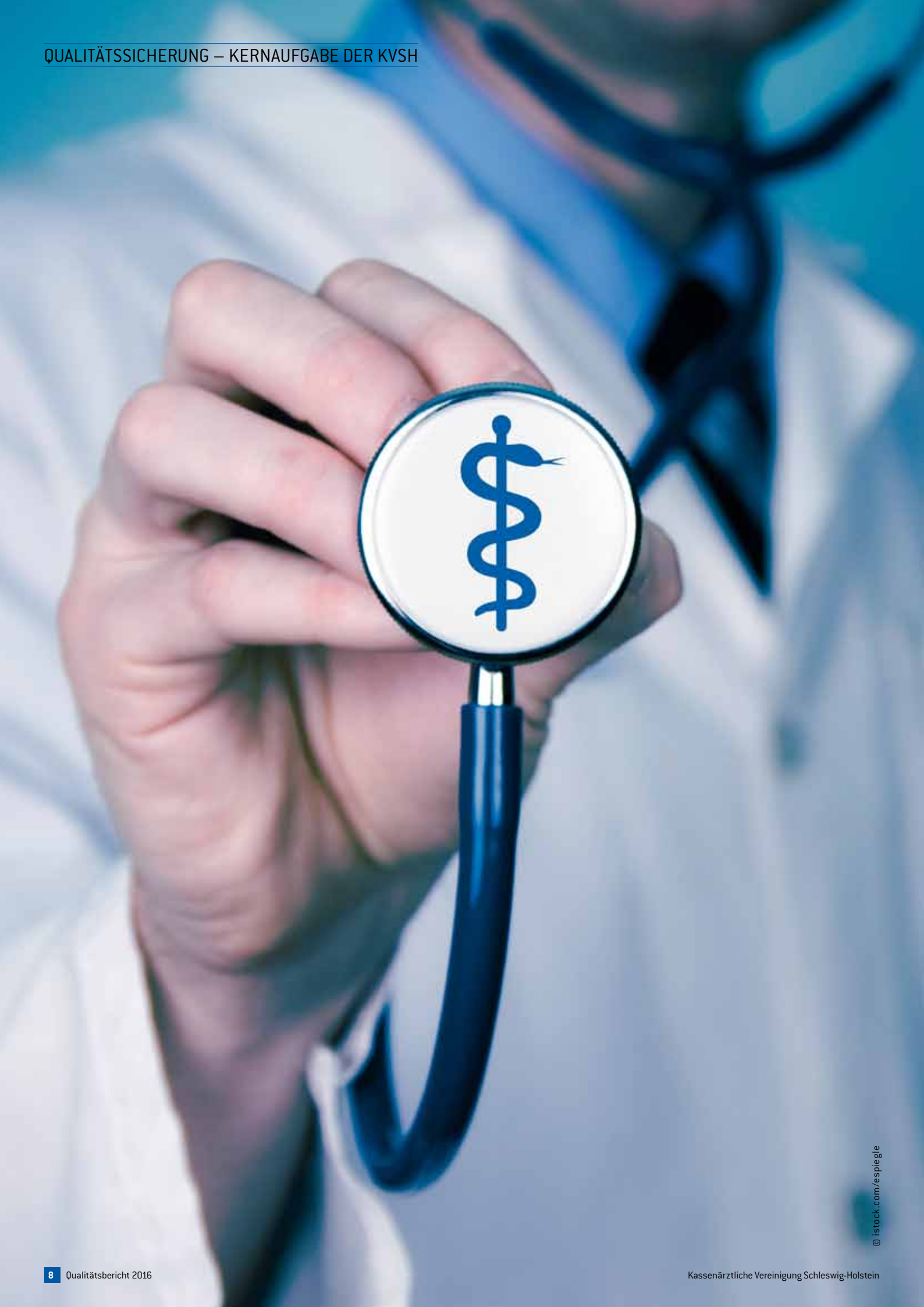
- Prüfung im Rahmen der Antragsstellung
- Stichprobenprüfung im Einzelfall und Prüfung der Auflagen, die der Aufrechterhaltung einer Genehmigung zugrunde liegen.

Dazu werden unter anderem die im Folgenden ausgeführten Qualitätssicherungsinstrumente eingesetzt. (Siehe Seite 6-7)

KONZEPTE, INSTRUMENTE UND GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG/-FÖRDERUNG IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Konzepte/Instrumente/Grundlagen	Charakteristik	Rechtsgrundlage	Bemerkungen/Beispiele
AKKREDITIERUNG/ GENEHMIGUNGEN	Nachweis der strukturellen Voraussetzungen und fachlichen Befähigung für bestimmte medizinische Leistungen gegenüber einem Prüfungsgremium; i. d. R. QS-Kommission der KV	Bundesmantelvertrag/Einheitlicher Bewertungsmaßstab nach §§ 82, 87 SGB V QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung § 136	Abrechnungsvoraussetzung für Leistungen mit Genehmigungsvorbehalt, Festlegung von Mindeststandards (i. d. R. Strukturqualität), Dokumentationspflicht
AUDITS/VISITATIONEN	strukturiertes Prozess der unabhängigen Überprüfung vorgegebener Leistungsparameter, Qualitätsstandards etc. i. d. R. im Rahmen von Praxisbegehungen		z. B. bezogen auf das praxisinterne Qualitätsmanagement/QEP-Qualität und Entwicklung in Praxen®
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN	Überprüfung der Dokumentation als Voraussetzung zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung	QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. Koloskopie, kurative Mammographie
DOPPELBEFUNDUNG	räumlich oder zeitlich getrennte Befundung durch mehrere Ärzte im Sinne eines Mehraugenprinzips	Anlage 9.2 BMV	z. B. Mammographie-Screening
EINGANGSPRÜFUNGEN	vorheriger Qualifikationsnachweis	QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. Fallsammlungsprüfungen Mammographie
FALLKONFERENZEN	fall- bzw. patientenbezogener interdisziplinärer Austausch mit Kollegen	Anlage 9.2 BMV QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. Mammographie-Screening
FORTBILDUNGSPFLICHT	Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung gegenüber der KV (mindestens 250 Punkte innerhalb von fünf Jahren)	§ 95d SGB V Berufsordnungen KBV-Regelung zur Fortbildungspflicht	Nachweisführung i. d. R. durch Zertifikat der Ärztekammer/Psychotherapeutenkammer, Sanktionen bis hin zum Zulassungsentzug
FREQUENZREGELUNGEN	Festlegungen einer jährlichen Mindestzahl von Untersuchungen bei Erfordernis besonderer Fertigkeiten/Routinen	QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. invasive Kardiologie, interventionelle Radiologie
GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN	Abnahme- und Konstanzprüfungen von Geräten (technische Sicherheit und Bildqualität)	QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. Ultraschall
INSTITUTIONELLE VERANKERUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG, -FÖRDERUNG	Qualitätssicherungsbeauftragte, QS-Kommissionen und Geschäftsstellen QS in den KVen	Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V	KVen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung/-förderung durchzuführen
KOLLOQUIEN	Fachgespräch mit Prüfungskarakter durch QS-Kommissionen der KVen bei Qualifikationsvorbehalt	Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. Ultraschall-Vereinbarung, bei Zweifeln an der fachlichen Befähigung; anlassbezogen aufgrund von Prüfergebnissen, z. B. Mammographie-Vereinbarung

Konzepte/Instrumente/Grundlagen	Charakteristik	Rechtsgrundlage	Bemerkungen/Beispiele
KOOPERATIONSNACHWEISE	Nachweis der normativ vorgegebenen Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, Einrichtungen, etc.	§ 116b SGB V § 2 ASV-Richtlinie des G-BA QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. QS-Vereinbarung Sozialpsychiatrie, invasive Kardiologie, interventionelle Radiologie
PRAXISBEGEHUNGEN	Prüfung von Strukturvoraussetzungen durch QS-Kommissionen	Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung nach § 136 Abs. 2 SGB V (neu: § 135b) QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. ambulantes Operieren
QUALITÄTSPRÜFUNG IM EINZELFALL DURCH STICHPROBEN	Leistungsüberprüfung einschließlich Indikationsstellung auf der Grundlage der Dokumentation/ Bildgebung	§ 135b Abs. 2 SGB V Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung i. V. m. Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien, QS-Richtlinie Dialyse	z. B. Arthroskopie, Radiologie, Kernspintomografie und Dialyse
QUALITÄTZRIRKEL	moderierte Lehr-Lern-Gruppen von Ärzten/Psychotherapeuten zur Reflektion der eigenen Tätigkeit im kollegialen Austausch auf Augenhöhe mit dem Ziel der Weiterentwicklung	Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V	gegebenenfalls verpflichtend, z. B. im Rahmen von DMP
RE-ZERTIFIZIERUNGEN	regelmäßige Kompetenzprüfung (wiederkehrende Nachweispflicht) gegebenenfalls anhand von Fall-sammlungen oder im QM	Anlage 9.2 BMV QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. Mammographie-Screening, z. B. kurative Mammographie, Hygieneprüfung Koloskopie (alle 6 Monate)
RINGVERSUCHE	Maßnahme der externen QS: verschiedene Ringversuchsteilnehmer übermitteln ihre Messergebnisse an eine Referenzinstitution zur vergleichenden Bewertung	Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLi-BÄK)	Labor-Ringversuche für bestimmte Laboruntersuchungen (B1-B5 der RiLi-BÄK)
RÜCKMELDESYSTEME/FEEDBACKBERICHTE	Qualitätsdaten (u. a. Qualitätsindikatoren) der Teilnehmer werden extern aufbereitet und strukturiert rückgespiegelt, Abgleich zu Qualitätszielen, zu einer Vergleichsgruppe (Benchmarking), gegebenenfalls mit Hinweisen auf Qualitätsdefizite	§ 135b Abs. 1 SGB V § 2 DMP-Anforderungs-Richtlinie des G-BA QS-Richtlinie Dialyse QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. Feedbackberichte der DMP, Dialyse, QS-Vereinbarung Mammographie, Hörgeräteversorgung, Molekulargenetik, Dünndarm-Kapselendoskopie
SPEZIFISCHE FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNGEN	Vorgabe von Art und Umfang der Fortbildung, z. B. Anzahl Fallkonferenzen, Qualitätszirkel, Anzahl fachspezifischer Fortbildungspunkte	QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	z. B. Hörgeräteversorgung, Akupunktur



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 Ringversuche
- 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 Opiatabhängiger

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG NACH § 95D SGB V

QUALITÄTSMANAGEMENT NACH § 135A ABS. 2 SGB V

Erstes sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren etabliert

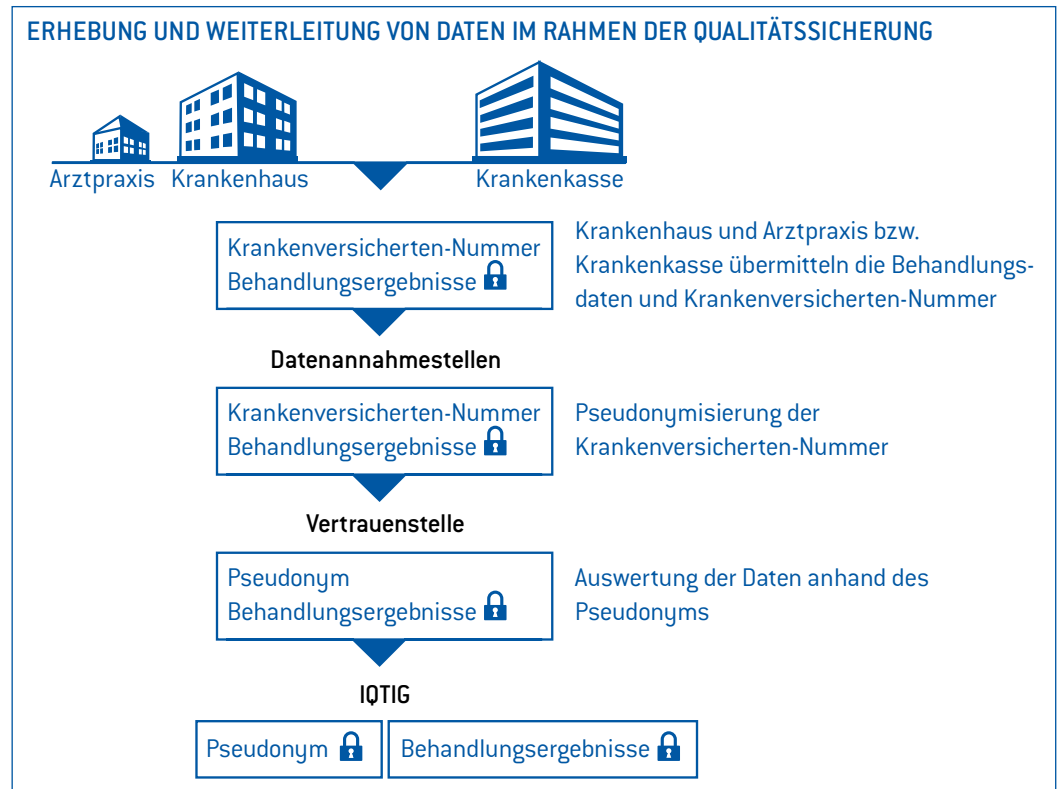
Klinik und Praxis im Vergleichstest

Immer mehr medizinische Behandlungen werden heute sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt. Auch innerhalb eines Behandlungsprozesses kommt es vor, dass Patienten in beiden Sektoren versorgt werden – beispielsweise erfolgt eine Knieoperation in der Klinik und die Nachsorge findet ambulant beim niedergelassenen Orthopäden statt. Nicht immer sind diese Übergänge für den Patienten reibungslos.

SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG (SQS)

Der Gesetzgeber hat deshalb den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) – das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland – verpflichtet, Verfahren zur Qualitätssicherung zu entwickeln, die sektorenübergreifend angewendet werden.

Ziel ist es, eine gleichwertige Qualität zu schaffen. Der Patient soll – egal, ob er sich für eine Behandlung in der Klinik oder in der Praxis entscheidet – gut versorgt sein. Schnittstellen zwischen den beiden Sektoren sollen so gestaltet werden, dass für den Patienten keine Versorgungslücken entstehen und die Behandlung einwandfrei abläuft.



ERSTES SEKTORENÜBERGREIFENDES QS-VERFAHREN FÜR DIE PERKUTANE KORONARINTERVENTION UND KORONARANGIOGRAFIE (PCI) BESCHLOSSEN

Das erste vom G-BA beschlossene Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung betrifft die Herzkatheter-Untersuchungen perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie. Beides sind Behandlungsmethoden, die in Deutschland sehr häufig angewendet werden. Im Fokus des Qualitätssicherungsverfahrens stehen die Indikation, der Prozess und das erreichte Ergebnis. In der ambulanten Versorgung sind Kardiologen, die solche invasiven Untersuchungen durchführen, seit dem 1. Januar 2016 verpflichtet, jede perkutane Koronarintervention (Ballondilatationen, Stents etc.) und Koronarangiografie gesetzlich versicherter Patienten elektronisch zu dokumentieren.

Um die Qualität sektorenübergreifend beurteilen zu können, werden verschiedene Datenquellen zusammengeführt: Daten, die bei den Krankenkassen vorliegen, werden mit den neu erhobenen Daten aus

Klinik und Praxis verknüpft und in einem weiteren Schritt von einer vertraulichen Stelle pseudonymisiert (siehe Grafik). Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wertet die Daten in der pseudonymisierten Form – also ohne Rückschlüsse auf die Person – aus. Zu einem späteren Zeitpunkt sollen außerdem die Ergebnisse von Patientenbefragungen herangezogen werden.

Krankenhäuser und Arztpraxen erhalten Auswertungen zu den jeweiligen Behandlungsergebnissen auch im Vergleich zum jeweils anderen Sektor. Die Auswertungen werden zur konkreten Qualitätsverbesserung genutzt und kommen damit zukünftig Patientinnen und Patienten zugute.

Ältere nach Plan versorgen

Vereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik

Ältere Patienten haben aufgrund der Art, Schwere und vor allem Komplexität ihrer Erkrankungen einen besonderen Versorgungsbedarf. Um diesem Bedarf nachzukommen, wurde die Vereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik ins Leben gerufen. Patienten, die das siebzigste Lebensjahr vollendet haben und mindestens zwei geriatrische Syndrome aufweisen, können von dieser besonderen Diagnostik profitieren – Gleiches gilt für Patienten, die bereits in eine Pflegestufe eingruppiert sind und bei denen mindestens ein geriatrisches Syndrom vorhanden ist.

Ziel ist es, einen individuellen Behandlungsplan für den jeweiligen Patienten zu entwickeln und diesen in Kooperation mit sämtlichen beteiligten Berufsgruppen – beispielsweise Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten – umzusetzen.

Die Vereinbarung ist seit 1. Juli 2016 in Kraft. Ärzte benötigen für die Durchführung und Abrechnung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Diese setzt eine besondere geriatrische Qualifikation z. B. die Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung Geriatrie voraus. Die Praxis muss für geriatrische Patienten erreichbar – also barrierefrei sein. Eine Kooperation mit anderen beteiligten Disziplinen muss vertraglich nachgewiesen werden.

UM WELCHE GERIATRISCHEN SYNDROME GEHT ES?

Zu den typischen geriatrischen Syndromen gehören Mobilitätsstörungen einschließlich Sturzgefährdung und Altersschwindel aber auch Inkontinenz, chronische Schmerzsyndrome oder psychische Auffälligkeiten.

WIE ERFOLGT DIE DIAGNOSTIK?

Zunächst klärt der Hausarzt ab, ob der Patient für eine weiterführende geriatrische Diagnostik in Frage kommt und überweist den Patienten an den spezialisierten Geriater.

Die spezialisierte geriatrische Diagnostik beinhaltet dann die Durchführung geriatrischer Assessments. Anhand dieser standardisierten Tests und Verfahren werden beispielsweise die Selbstversorgungsfähigkeit des Patienten, die Mobilität, die Ernährung oder vorhandene

Schmerzen erfasst. Auch Faktoren die in engem Zusammenhang mit diesen geriatrischen Syndromen stehen werden berücksichtigt – das soziale Umfeld und die Wohnsituation werden unter die Lupe genommen oder auch der Pflegebedarf ermittelt. Ergänzend findet eine Bewertung der geriatrischen Syndrome statt. Bei den Assessments ist je nach Bedarf mindestens ein Physiotherapeut, ein Ergotherapeut oder ein Logopäde einzubinden.

Der spezialisierte Geriater erstellt anhand der Testergebnisse einen schriftlichen Behandlungsplan für den überweisenden Hausarzt. Inhalt dieses Plans sind die allgemeinen und persönlichen Behandlungsziele unter Berücksichtigung der Erkrankung und Lebenssituation des Patienten, entsprechende Empfehlungen für die medikamentöse Therapie, gegebenenfalls auch zu Heil- und Hilfsmitteln. Sollte weiterführende Diagnostik und Behandlung durch beispielsweise Fachärzte notwendig sein, wird auch das im Behandlungsplan dokumentiert.

Die Koordination der empfohlenen Therapien liegt dann wieder in der Hand des überweisenden Hausarztes.

ANZAHL GESTELLTE ANTRÄGE	ANZAHL BESCHIEDENE ANTRÄGE		ANTRÄGE IN BEARBEITUNG ZUM 31.12.2016 AUFGRUND FEHLENDER UNTERLAGEN
46	18	DAVON ANZAHL GENEHMIGUNGEN 14	28
		DAVON ANZAHL ABLEHNUNGEN 4	

Geltende Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien

ZEITLICHE ENTWICKLUNG DER GENEHMIGUNGSBEREICHE 1989-2016

Neue Genehmigungsbereiche

Genehmigungsbereiche

entfällt

2002-2005

Diabetisches Fußsyndrom
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes Typ 2
DMP KHK
Funktionsstörung der Hand
Koloskopie
Med. Rehabilitation
Soziotherapie

Ambulantes Operieren
Arthroskopie
Chirotherapie
Dialyse
Herzschrittmacherkontrollen
Invasive Kardiologie
Kernspintomografie
Laboratoriumsmedizin
Langzeit-EKG
LDL- und Immunapherese
Mammographie
MR-Angiografie
Onkologie
Otoakustische Emissionen
Photodynamische Therapie
Physikalisch-med. Leistungen
Polygrafie/Polysomnografie
Psychotherapie
QuaMaDi
Schmerztherapie
Sonografie
Sozialpsychiatrie
Stoßwellenlithotripsie
Strahlendiagnostik und -therapie
Substitution Opiatabhängiger
Zervix-Zytologie

1998-2001

Invasive Kardiologie
Photodynamische Therapie
QuaMaDi
Ambulantes Operieren
Arthroskopie
Chirotherapie
Dialyse
Herzschrittmacherkontrollen
Kernspintomografie
Laboratoriumsmedizin
Langzeit-EKG
LDL- und Immunapherese
Mammographie
MR-Angiografie
Onkologie
Otoakustische Emissionen
Physikalisch-med. Leistungen
Polygrafie/Polysomnografie
Psychotherapie
Schmerztherapie
Sonografie
Sozialpsychiatrie
Stoßwellenlithotripsie
Strahlendiagnostik und -therapie
Substitution Opiatabhängiger
Zervix-Zytologie

1994-1997

Ambulantes Operieren
Arthroskopie
Otoakustische Emissionen
Polygrafie/Polysomnografie
Schmerztherapie
Sozialpsychiatrie
Stoßwellenlithotripsie
Chirotherapie
Dialyse
Herzschrittmacherkontrollen
Kernspintomografie
Laboratoriumsmedizin
Langzeit-EKG
LDL- und Immunapherese
Mammographie
MR-Angiografie
Onkologie
Physikalisch-med. Leistungen
Psychotherapie
Sonografie
Strahlendiagnostik und -therapie
Substitution Opiatabhängiger
Zervix-Zytologie

1990-1993

Dialyse
Herzschrittmacherkontrollen
Kernspintomografie
LDL- und Immunapherese
Mammographie
MR-Angiografie
Physikalisch-med. Leistungen
Substitution Opiatabhängiger
Zervix-Zytologie
Chirotherapie
Laboratoriumsmedizin
Langzeit-EKG
Onkologie
Psychotherapie
Sonografie
Strahlendiagnostik und -therapie

1989

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
 Phototherap. Keratektomie
 Physikalisch-med. Leistungen
 Polygrafie/Polysomnografie
 Psychotherapie
 QuaMaDi
 Schmerztherapie
 Sonografie
 Sozialpsychiatrie
 Soziotherapie
 Stoßwellenlithotripsie
 Strahlendiagnostik und -therapie
 Substitution Opiatabhängiger
 Vakuumbiopsie der Brust
 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 Opiatabhängiger
 Vakuumbiopsie der Brust
 Zervix-Zytologie

2014

Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
 Dünndarm-Kapselendoskopie
 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
 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 Opiatabhängiger
 Vakuumbiopsie der Brust
 Zervix-Zytologie

2015

Delegations-Vereinbarung
 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
 Dünndarm-Kapselendoskopie
 Funktionsstörung der Hand
 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
 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 Opiatabhängiger
 Vakuumbiopsie der Brust
 Zervix-Zytologie

2016

Geriatrie
 Gesund schwanger
 Holmium-Laser
 MRSA
 PET, PET/CT
 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
 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
 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 Opiatabhängiger
 Vakuumbiopsie der Brust
 Zervix-Zytologie

Die Abteilung Qualitätssicherung



Team 1

Brustkrebsdiagnostik und -therapie

- Kurative Mammographie
- Mammographie-Screening
- QuaMaDi-Geschäftsstelle
- Vakuumbiopsie der Brust



Team 2

Genehmigungspflichtige Leistungen I

- Amblyopie-Vertrag
- Autogenes Training
- Balneophototherapie
- Begleiterkrankungen Diabetes mellitus
- Chirotherapie
- Delegationsvereinbarung
- Dermatohistologie
- Dialyse
- DMP: Asthma, Brustkrebs, COPD, KHK, Diabetes Typ 1 und Typ 2
- Dünndarm-Kapselendoskopie
- Früherkennungsuntersuchung Kinder
- Gemeinsame Einrichtung DMP Brustkrebs und Innere Indikationen
- Gruppentherapievertrag
- Hausarztzentrierte Versorgung
- Herzschrittmacherkontrollen
- Hilfeleistungen NäPa
- Histopathologie Hautkrebs-Screening
- Hörgeräteversorgung
- Homöopathie
- Hypnose
- IV-Fußvertrag
- Koloskopie
- Laborleistungen 32.3 EBM
- Langzeit-EKG
- LDL-Apherese
- Molekulargenetik
- Nekrosenabtragung Diabetisches Fußsyndrom
- Neuropsychologische Therapie
- Otoakustische Emissionen
- Physikalisch-medizinische Leistungen
- Polygrafie/Polysomnografie
- Psychosomatische Grundversorgung
- Psychotherapie
- Relaxationstherapie nach Jacobson
- Schmerztherapie
- Sozialpädiatrie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Verhaltenstherapie
- Zervix-Zytologie



Team 3

Genehmigungspflichtige Leistungen II

- Akupunktur
- Ambulantes Operieren
- Arthroskopie
- Beratung Empfängnisregelung
- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (ESWL)
- Entnahme von Venenblut
- Entwicklungsneurologische Untersuchung
- Funktionsstörung Hand
- Früherkennung Krebserkrankung der Frau
- Gesund schwanger
- Hautkrebs-Screening
- HIV/AIDS
- Holmium-Laser
- Interventionelle Radiologie
- Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
- Invasive Kardiologie
- Kernspintomografie (MRT)
- Künstliche Befruchtung
- MR-Angiografie
- Nuklearmedizin
- Onkologie
- PET, PET/CT
- Photodynamische Therapie (PDT)
- Phototherapeutische Keratektomie (PTK)
- Röntgendiagnostik
- Strahlentherapie
- Sonografie
- Substitution
- Tonsillotomie
- Verordnung von med. Rehalleistungen

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 **Kathrin Zander**



Team 4

Qualitätsmanagement

Fortbildungspflicht § 95d SGB V

Hygiene/Medizinprodukte

MRSA

Patientensicherheit

Qualitätsmanagement (QM)

Team 5

Ärztliche Stellen

Ärztliche Stelle

- Strahlentherapie

- Nuklearmedizin

Ärztliche Stelle – Mammographie

Ärztliche Stelle –

Röntgendiagnostik

**Weitere
Geschäftsbereiche**

Fortbildungsveranstaltungen

Geriatric

Qualitätsbericht

Referat Qualitätsförderung/Qualitätszirkel

Sektorenübergreifende QS

IM DIENSTE DER QUALITÄT

Grundlage für die Tätigkeiten der Abteilung Qualitätssicherung ist das fünfte Sozialgesetzbuch. Mehr als 40 Mitarbeiter prüfen anhand von Gesetzen, Richtlinien und Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ob Genehmigungen erteilt werden können, denn – ohne Genehmigung keine Abrechnung: Ein Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut kann im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmte Leistungen nur dann erbringen und abrechnen, wenn er über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügt.

Neben der Kernaufgabe Qualitätssicherung gehören auch die fachkundige Information und Beratung der Vertragsärzte und Psychotherapeuten zu den Aufgaben des Ressorts. Regelmäßig werden Fortbildungen zu Themen aus dem Bereich der Qualitätssicherung organisiert – außerdem wird die Arbeit ärztlicher Qualitätszirkel seit etwa zwanzig Jahren von der Abteilung unterstützt und begleitet. Seitdem Ärzte verpflichtet sind, Qualitätsmanagement in den Praxen einzuführen, wurden zudem die Beratungsleistungen rund um die gesamte Praxisorganisation erweitert (siehe auch Seite 34)

Zahlen und Fakten 2016

Fast 1.600 Genehmigungsanträge sind im Berichtsjahr 2016 bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen. Der Anteil der positiv beschiedenen Anträge betrug rund 90 Prozent. Lediglich 10 Prozent der Anträge mussten – meist aus formalen Gründen – abgelehnt werden. Am 31. Dezember 2016 wurden insgesamt 10.886 arztbezogene Genehmigungen gezählt.

QUALITÄTSSICHERUNGSBEREICHE	GENEHMIGUNGEN GESAMT	NEU ERTEILTE GENEHMIGUNGEN	ABLEHNUNGEN	WIDERRUFE/RÜCKNAHMEN BZW. BEENDIGUNGEN
Akupunktur	270	7	0	8
Ambulantes Operieren	1074	61	1	48
Arthroskopie	127	5	0	2
Balneophototherapie	35	1	0	0
Computertomografie	128	11	1	9
Dialyse	55	3	0	2
Dünndarm-Kapselendoskopie	21	2	0	1
Geriatric	14	14	4	0
Hautkrebs-Screening	1736	90	2	74
Herzschrittmacherkontrollen	99	13	0	8
Histopathologie Hautkrebs-Screening	16	0	0	1
HIV/Aids	0	0	0	0
Hörgeräteversorgung Erwachsene	131	4	2	8
Hörgeräteversorgung Kinder	7	0	1	0
Holmium-Laser	0	0	0	0
Interventionelle Radiologie	9	0	0	0
Invasive Kardiologie	13	4	1	1
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)	59	7	0	1
Kernspintomografie	102	9	0	4
Kernspintomografie der Mamma	10	0	0	1
Koloskopie	86	3	0	4
Laboratoriumsmedizin	291	11	0	36
Langzeit-EKG	984	69	0	47
LDL- und Immunapherese	39	7	0	0
Magnetresonanzt-Angiografie	79	6	0	0
Mammographie	77	9	0	5
Mammographie Screening	61	7	0	4
Molekulargenetik	11	1	0	7

QUALITÄTSSICHERUNGSBEREICHE	GENEHMIGUNGEN GESAMT	NEU ERTEILTE GENEHMIGUNGEN	ABLEHNUNGEN	WIDERRUFE/RÜCKNAHMEN BZW. BEENDIGUNGEN
MRSA	742	742	0	0
Neuropsychologische Therapie	17	2	0	0
Nuklearmedizin	34	0	0	3
Onkologie	125	4	2	8
Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)	20	2	0	3
Otoakustische Emissionen (OAE)	127	7	0	7
PET, PET/CT*	1	1	0	0
Photodynamische Therapie (PDT)	18	0	0	1
Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	3	0	0	0
Polygrafie/Polysomnografie	114	8	0	6
Radiologie (diagnostische)	649	39	5	48
Schmerztherapie	37	3	0	1
Sonografie	2824	218	95	159
Sonografie der Säuglingshüfte	241	13	2	11
Sozialpädiatrie	88	64	8	0
Sozialpsychiatrie	34	2	0	2
Soziotherapie	65	2	1	2
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	25	0	1	3
Strahlentherapie	32	2	0	3
Substitution Opiatabhängiger	114	4	0	10
Vakuumbiopsie der Brust	10	1	1	0
Zervix-Zytologie	32	1	0	3
GESAMT 2016	10886	1459	127	541

*Positronenemissionstomografie, Positronenemissionstomografie mit Computertomografie

Qualitätssicherung – Kurz gemeldet

GESUND SCHWANGER

Minimierung des Risikos für Frühgeburten



Konstant hohe Frühgeburtenraten stellen in der Geburtshilfe ein Problem dar. Um diesen entgegenzuwirken, hat die Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine bundesweite Vereinbarung geschlossen, die die Versorgung von Schwangeren verbessern soll. Diese trat am 1. April 2016 unter dem Namen „Gesund schwanger“ in Kraft.

Ab 1. Juli 2016 konnten die ersten Versicherten von bereits teilnehmenden Kassen in das Programm eingeschrieben werden. Durch gezielte Aufklärung und Beratung der Schwangeren – hin zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten für Mutter und Kind – soll das Risiko einer Frühgeburt vermindert werden. Ergänzend werden sinnvolle diagnostische Verfahren eingesetzt:

- Beratungsgespräch inkl. Risikoscreening
Mittels eines wissenschaftlich entwickelten Fragebogens schätzt der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe das Risiko einer Frühgeburt ein und berät die Schwangeren ausführlich.
- Vaginaler Frühultraschall
Ein Ultraschall in der vierten bis achten Schwangerschaftswoche (SSW) gibt frühzeitig Aufschluss über mögliche Komplikationen.
- Infektionsscreening in der 16.–24. SSW
Vaginale Infektionen können eine Frühgeburt auslösen. Ein Infektionsscreening auf Bakterien und Mykoseerreger gibt dem Arzt die Möglichkeit frühzeitig therapeutisch einzugreifen.

An dieser Vereinbarung können Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie unter bestimmten Voraussetzungen teilnehmen.

DELEGATIONS-VEREINBARUNG

Attraktivere Konditionen für Ärzte



Um der wachsenden Zahl chronisch kranker und multimorbider Patienten eine verlässliche, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung mit hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen zu bieten, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im März 2009, das Modell der nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NäPa) eingeführt. Diese entlasten den Arzt in der ambulanten Versorgung, indem sie bestimmte vom Arzt delegierbare Leistungen ausführen.

Um den Einsatz der nicht-ärztlichen Praxisassistenten zu erweitern und noch attraktiver zu gestalten, hat die KBV die Vereinbarung im Berichtsjahr angepasst. Die vereinbarten Änderungen sehen vor, dass das derzeitige Versorgungsniveau durch diese Kooperationsstruktur aufrechterhalten und ausgebaut wird.

Folgende Änderungen in der Delegations-Vereinbarung wurden vereinbart:

- Der Strukturzuschlag für Kosten wie Ausbildung, Personalkosten und zusätzliche Praxisausstattung wurde angehoben.
- Praxen, die nicht-ärztliche Praxisassistenten ausbilden, können während der Ausbildung eine befristete Genehmigung erhalten. Diese ursprünglich bis zum 31. Dezember 2016 befristete Übergangsregelung wurde um zwei Jahre verlängert.
- Die als Abrechnungsvoraussetzung durchschnittlich zu erfüllende Mindestzahl von Behandlungsfällen bzw. die Mindestzahl von Patienten (Patienten älter als 75 Jahre), wurde abgesenkt.
- Patientenbesuche, die bereits vor dem Antrag auf Genehmigung selbstständig durch nicht-ärztliche Praxisassistenten durchgeführt wurden, können über einen Zeitraum von 24 Monaten rückwirkend auf den Nachweis der praktischen Fortbildung angerechnet werden.

SEARCH & DESTROY

Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA

Das vermehrte Auftreten von multiresistenten Erregern (MRE) wird als problematisch eingeschätzt. Ein erfolgreicher Umgang mit MRSA bzw. MRE ist nur durch ein regional abgestimmtes Handeln innerhalb der medizinischen Einrichtungen (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime, Arztpraxen, Pflegedienste etc.) möglich.

Zum 1. Juli 2016 trat die angekündigte Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA) in Kraft. Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte, an die Durchführung der Leistungen sowie die Berichterstattung an das Bundesministerium für Gesundheit und löst damit die Regelung im Anhang zur Vergütungsvereinbarung ab. Von Ärzten, die Leistungen des Kapitels 30.12 (EBM) abrechnen möchten, wird eine dreistündige Fortbildung zum Thema multiresistente Keime gefordert. Derzeit gibt es zwei Möglichkeiten zur Fortbildung, die einen einheitlichen Wissensstand sicherstellen sollen: Der Vertragsarzt kann eine Online-Fortbildung MRSA mit anschließender Lernzielkontrolle oder eine anerkannte Präsenzveranstaltung absolvieren.

Das Robert Koch-Institut (RKI) empfiehlt die Untersuchung auf MRSA im Sinne einer „search and destroy“-Vorgehensweise ausschließlich für Patienten bestimmter Risikogruppen. In der Qualitätssicherungsvereinbarung ist deshalb auch geregelt, für welche Patientengruppe eine Abstrichuntersuchung in Frage kommt.

Der MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär behandelt worden sein (mindestens vier zusammenhängende Tage Verweildauer) und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen:

Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese (unabhängig vom Zeitpunkt der Infektion) und/oder Patient mit einem oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:

- chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Pflegestufe 1),
- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
- liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde),
- Dialysepflichtigkeit,
- Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

Hilfe bei erfolglosen Therapien erhält der Arzt bei regionalen MRSA- bzw. MRE-Netzwerken. In Deutschland entstanden unter Moderation des öffentlichen Gesundheitsdienstes bereits über 100 regionale Netzwerke. Auch die Mikrobiologen vor Ort, sowie die zuständigen Gesundheitsämter geben entsprechende Hilfestellungen.

In Schleswig-Holstein gibt es derzeit fast 750 Ärzte mit einer Genehmigung, diese Leistungen durchzuführen und abzurechnen. Weitere Informationen im Internet unter: www.sh-mre.de

ULTRASCHALLVEREINBARUNG 2016

Prüfverfahren vereinfacht

Die Ultraschalluntersuchung ist eines der wichtigsten diagnostischen Verfahren in der Medizin. Um sichere diagnostische Ergebnisse zu erhalten, muss der untersuchende Arzt bereits Erfahrung mit dieser Untersuchungsmethode haben, zudem müssen die Sonografiegeräte eine einwandfreie Bildqualität liefern. Die Qualitätssicherung in diesem Bereich – geregelt in der Ultraschallvereinbarung – ist aufgrund der zahlreichen Anwendungsmöglichkeiten am bzw. im menschlichen Körper sehr aufwendig. Neben der Qualifikation des Arztes werden insbesondere auch die zum Einsatz kommenden Geräte regelmäßig überprüft. Die Ultraschall-Vereinbarung wurde zum 1. Oktober 2016 geändert.

Prüfverfahren der Geräte ohne zusätzliche Bilderprüfung

Abnahmeprüfung: Die Prüfung des Sonografiegerätes durch die KVSH, die stattfindet, bevor die Genehmigung erteilt wird, kann bei Neugeräten künftig ganz ohne zusätzliche Bilderprüfung stattfinden. Hier genügt die Gewährleistungserklärung des Geräteherstellers. Bei Gebrauchtgeräten (älter als 24 Monate) entfällt die Bilderprüfung ebenfalls, wenn zusätzlich zur Gewährleistung des Herstellers, ein aktuelles Wartungsprotokoll vorliegt.

Konstanzprüfung: Das Intervall für die regelmäßigen Prüfungen der Sonografiegeräte wird von vier auf sechs Jahre verlängert. Auch hier wird auf die Bilderprüfung verzichtet – die Vorlage eines Wartungsprotokolls, aus dem die technische Bildqualität abgeleitet werden kann, ist ausreichend.

Spezielle Regelungen gelten für die Endosonografie: Bei Geräten mit Sonden für die Endosonografie müssen besondere Hygieneauflagen erfüllt sein.

Qualifikation des Arztes – Untersuchungszahlen für erfahrene Ärzte abgesenkt

Weitere Entlastung gibt es beim Nachweis der „fachlichen Befähigung“. Diesen muss der Arzt für eine Genehmigung grundsätzlich durch Untersuchungszahlen nachweisen. Für Ärzte, die bereits in einem anderen Anwendungsbereich die fachliche Qualifikation nachgewiesen haben, werden die Nachweiszahlen für einen weiteren Anwendungsbereich bei gleicher Untersuchungsmethode abgesenkt.

Stichprobenprüfung – höhere Quote, differenzierte Bewertung der Dokumentation

Die Quote der durch die KVSH zu prüfenden Ärzte wird von drei auf sechs Prozent erhöht. Diese zusätzlichen Stichproben fallen vorerst auf Ärzte, die ab dem 1. Januar 2017 eine Genehmigung beantragt und erhalten haben. Das Bewertungsschema für die Dokumentationsprüfung wird zudem differenzierter. Statt einer bisher zweistufigen Bewertung wird eine Einordnung in vier Stufen vorgenommen.

Aktuelle Ultraschallvereinbarung unter: www.kvsh.de ▶ [Praxis Downloadcenter](#) ▶ [Genehmigungspflichtige Leistungen](#) ▶ [Sonografie](#).

EXAKTE TUMORDIAGNOSTIK

Neue Leistungen im EBM



Zum 1. Januar 2016 wurde die Tumordiagnostik mittels PET Positronenemissionstomografie (PET) und Positronenemissionstomografie mit Computertomografie (PET/CT) als neue genehmigungspflichtige Leistung in den EBM aufgenommen. Das Kapitel 34 wurde um den Abschnitt 34.7 erweitert.

Mit diesen bildgebenden Verfahren lassen sich Tumore exakt lokalisieren und dreidimensional abbilden. Während es sich bei der PET um eine rein nuklearmedizinische Untersuchung handelt, liefert das PET/CT eine fusionierte Darstellung von nuklearmedizinischen und radiologischen Bildinformationen.

In der QS-Vereinbarung hat der gemeinsame Bundesausschuss Qualitätsanforderungen an den Arzt sowie Indikationen zur Untersuchung definiert. Die Gebührenpositionen können ausschließlich von Fachärzten für Nuklearmedizin und Fachärzten für Radiologie mit entsprechender Weiterbildung abgerechnet werden. Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Standards der Leistungserbringung bei der PET und PET/CT sicher gestellt werden.

Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §135 Abs. 2 SGB trat ab 1. Juli 2016 in Kraft

HOCHQUALIFIZIERTE VERSORGUNG VON SCHMERZPATIENTEN

Stärkere Überprüfung der Prozessqualität – Lockerungen bei der Strukturqualität

Die besondere medizinische Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen kann langwierig sein und hat viele Facetten – in Deutschland wird sie von hochqualifizierten Schmerztherapeuten übernommen.

Zum 1. Oktober 2016 trat die geänderte Fassung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Schmerztherapie in Kraft. Mit der aktualisierten Vereinbarung soll es gelingen, mehr Ärzte für die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten zu gewinnen. Dabei ist es wichtig, die Qualitätsstandards auf international höchstem Niveau zu halten und dennoch Erleichterungen für die Umsetzung zu erreichen.

Für Ärzte bedeutet das eine Lockerung der Genehmigungsvoraussetzungen und teilweise mehr Flexibilität in der Behandlung der Patienten. Durch die vom Gesetzgeber neu aufgegebene Dokumentationsprüfung verschiebt sich der Schwerpunkt der Qualitätsprüfungen stärker in Richtung der Beurteilung therapeutischer Prozesse.

Wesentliche Anforderungen vor und nach der Aktualisierung der Qualitätssicherungsvereinbarung seit Oktober 2016:

VOR AKTUALISIERUNG	NACH AKTUALISIERUNG
Eingangskolloquium unentbehrlich	Eingangskolloquium entbehrlich, wenn die Zusatzweiterbildung „Schmerztherapie“ nicht länger als 48 Monate zurückliegt
Nachweis festgelegter Behandlungsanzahlen	Absenkung der festgelegten nachzuweisenden Behandlungsanzahlen und Anpassung an die Vorgaben der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“
12-monatige Tätigkeit in einer qualifizierten „schmerztherapeutischen Ausbildungseinrichtung“ in Vollzeit	12-monatige Tätigkeit in einer qualifizierten „schmerztherapeutischen Ausbildungseinrichtung“, bei entsprechender Verlängerung der Gesamtdauer auch berufsbegleitend in Teilzeit möglich
Einzelpraxen: 12 geforderte interdisziplinäre Schmerzkonferenzen	Einzelpraxen: 10 geforderte interdisziplinäre Schmerzkonferenzen
Erreichbarkeit: An 4 Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden je Arzt	Erreichbarkeit: An 4 Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden je Einrichtung
Bei Neugenehmigung: Keine Dokumentationsprüfung	Bei Neugenehmigung: Dokumentationsprüfung zu 12 Fällen aus den ersten 4 Abrechnungsquartalen nach Genehmigungserteilung

Informationen zur Schmerztherapie in Schleswig-Holstein im Internet unter: www.schmerztherapie-sh.de





Auftrag: Suchtmittelfreiheit

Substitutionsbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen hat in der Gesetzlichen Krankenversicherung seit 1990 einen festen Platz. Bis in die 80er Jahre gab es keine Medikamente, die für die Behandlung Opiatabhängiger zugelassen waren.

Heute werden opiatabhängige Patienten ausschließlich nach den Vorgaben der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) substituiert, diverse zugelassene Medikamente stehen für die Substitution zur Verfügung. Die Behandlung kann von Ärzten mit entsprechender Genehmigung der KVSH zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt und abgerechnet werden. Bei der Behandlung mit Substitutionsmitteln wird grundsätzlich immer die Suchtmittelfreiheit als Therapieziel angestrebt.

In Schleswig-Holstein wurde bereits 1990 mit dem sogenannten MTK-Vertrag – dem Medikamentengestützten Therapiekonzept – die Möglichkeit geschaffen, mit nun offiziellen Substitutionsmitteln heroinabhängige Patienten zu behandeln. Auf Bundesebene kamen kurz darauf – ebenfalls 1990 – die NUB-Richtlinien (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) zum Tragen. Der Unterschied zwischen den Verträgen bestand in den Voraussetzungen zur Aufnahme in eines der Substitutionsprogramme. Nach den NUB-Richtlinien musste der Nachweis einer Folgeerkrankung wie z. B. HIV oder Hepatitis C erbracht werden, beim MTK-Vertrag musste der Patient mindestens zwei stationäre Maßnahmen nachweisen.

Aufgrund der Modifizierung der bundesweit gültigen MVV-RL wurde im April 2005 der landesspezifische MTK-Vertrag eingestellt.

Zur besseren Vergütung der in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelten sogenannten „Take-Home-Vergabe bis zu sieben Tage“ konnte die KVSH im Juli 2004 mit den Landesverbänden der Krankenkassen einen gesonderten Vertrag schließen. Diese Vergabemöglichkeit gestattet dem Patienten, dass er nicht täglich in der Praxis erscheinen muss. Er erhält für den täglichen Verbrauch sieben Einzeldosen vom Apotheker mit nach Hause. Damit ist ein Aufsuchen der Praxis nur einmal in der Woche notwendig. Dieser Vertrag wurde aufgrund einer neuen EBM-Regelung zum 1. Oktober 2017 eingestellt.

Ärzte mit der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ können die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Substitutionsbehandlungen beantragen. Die Anzahl der Substitutionsbehandlungen sind je Arzt auf gleichzeitig 50 Behandlungen begrenzt. Die KVSH kann diesen Genehmigungsumfang in geeigneten Fällen und zur Sicherstellung erweitern.

Um Substitutionsengpässen in der flächendeckenden Versorgung entgegenzuwirken, wurde in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) für Ärzte ohne Zusatzqualifikation die Möglichkeit geschaffen, bis zu drei Patienten im gleichen Zeitraum zu substituieren. Voraussetzung dafür ist aber, dass der Patient zu Beginn der Behandlung und regelmäßig einmal im Quartal einen Arzt aufsucht, der über die bereits erwähnte Qualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ verfügt.

Den Beginn und das Ende einer Substitutionsbehandlung muss der Arzt unverzüglich bei der KVSH, der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem bundesweiten Substitutionsregister anzeigen. Verbindlich ist außerdem die Ermittlung des Hilfebedarfs im Rahmen der psychosozialen Begleittherapie (PSB) durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle bei Substitutionsbeginn.

Die Qualität der vertragsärztlichen Substitution wird von einer fachkundigen, von der KVSH eingerichteten Kommission, begutachtet. Die „Qualitätssicherungskommission Drogensubstitution“ prüft pro Quartal bei 15 Prozent der substituierenden Ärzte jeweils zwei Prozent der abgerechneten Behandlungsfälle. Prüfkriterien sind die Indikation für die Behandlung und das Einhalten aller weiteren Bestimmungen aus der aktuellen MVV-RL. Nach Ablauf von jeweils fünf Behandlungsjahren werden darüber hinaus bei jedem Patient die Dokumentationen mit den zugehörigen Therapiekonzepten und Behandlungsberichten durch die Kommission geprüft.

Durch den zunehmenden Rückzug vieler Ärzte aus der Substitutionsbehandlung entstehen vornehmlich in Städten wie Kiel, Lübeck und Flensburg große Praxen mit dem Schwerpunkt „Substitution“. In den folgenden Interviews werden die unterschiedlichen Strukturen und Arbeitsweisen einer Einzelpraxis und einer Schwerpunktpraxis deutlich. Dr. Anja Ebsen, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in der DIAKO Fachambulanz Kiel und Dr. Lutz Stöve, Facharzt für Allgemeinmedizin in Oldenburg, haben die Vor- und Nachteile ihrer Therapieangebote für Patienten und die eigene Arbeit beleuchtet.

Es wurde deutlich: Unterschiedliche Strukturen und Angebote sind wichtig – denn auch die Patienten kommen aus unterschiedlichen Milieus und mit ebenso unterschiedlichen Bedürfnissen zur Behandlung.

INTERVIEW

„Viele Patienten wünschen sich mehr hausärztliche Betreuung“

Interview mit Dr. Anja Ebsen, DIAKO Fachambulanz Kiel

Redaktion: Ist Ihrer Auffassung nach eine ausreichende psychosoziale Betreuung Ihrer Patienten gewährleistet?

Dr. Anja Ebsen: Ja, wir haben hier ausreichende Ressourcen. Termine können wir recht flexibel vergeben. Außerdem bieten wir täglich eine offene Sprechstunde an – in der Zeit von acht bis zwölf haben unsere Patienten die Möglichkeit mit einem Mitarbeiter der psychosozialen Betreuung zu sprechen. Es gibt ja immer wieder unvorhersehbare Krisensituationen. Für Berufstätige haben wir eine weitere Terminoption geschaffen: Einmal im Monat, samstags, steht ein Mitarbeiter der psychosozialen Betreuung für zwei Stunden zur Verfügung.

Redaktion: Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit und Kommunikation mit Substitutionskollegen und den nicht substituierenden Hausärzten Ihrer Patienten?

Ebsen: Viele Patienten wünschen sich mehr hausärztliche Anbindung. Deshalb empfehlen wir immer: „Suchen Sie sich einen eigenen Hausarzt. Zusätzlich!“ Wir befürworten das sehr! Gerade bei Patienten mit einer weiten Anreise zur Fachambulanz macht es Sinn, einen Hausarzt vor Ort für den gewöhnlichen Schnupfen zu haben. Oder denken Sie an die arbeitenden Patienten. Der Arbeitgeber würde aufgrund unseres Stempels auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sofort erkennen, dass der Arbeitnehmer drogenabhängig ist. Die Kommunikation mit substituierenden Kollegen funktioniert insgesamt sehr gut. Durch das persönliche Zusammenkommen zum Beispiel im Qualitätszirkel und auch durch die örtliche Nähe sind kurzfristige Absprachen untereinander jederzeit gewährleistet.

„Bei nicht substituierenden Ärzten ist das Bedürfnis nach Austausch nicht immer gegeben. Wenn wir erfahren, dass ein Kollege zusätzlich Psychopharmaka verschreibt, nehmen wir Kontakt auf und suchen das persönliche Gespräch. Außerdem können wir über Urinkontrollen möglichen Beikonsum erkennen. Besondere Rücksprachen, wie beispielsweise mit der Leberambulanz, mit dem hepatologischen Zentrum oder gelegentlich auch mit Zahnärzten, gestalten sich aber positiv. Gerade bei einer zahnmedizinischen Betreuung sind häufig besondere Vorgehensweisen indiziert. Bei Behandlungen unter Vollnarkose bedarf es einer Vorabegutachtung durch einen Psychiater. Hier ist die enge Zusammenarbeit und Abstimmung sehr hilfreich.“

Redaktion: Was sind aus Ihrer Sicht die Vor- und Nachteile einer Zentralisierung bzw. Integration der Substitutionsbehandlung?

Ebsen: Der Charme einer Fachambulanz sind vor allem die kurzen Wege. Der Patient kann in der Fachambulanz sämtliche Angebote unter einem Dach in Anspruch nehmen: Substitution, psychosoziale Betreuung, psychotherapeutische Krisenintervention, psychiatrische Diagnostik, alltagsstrukturierende Maßnahmen, Schuldnerberatung und ambulante Rehabilitation. Durch die unterschiedlichen vorhandenen Fachbereiche Psychiatrie und Allgemeinmedizin, ist eine rasche Unterstützung in psychiatrischen Krisensituationen und auch bei akuten körperlichen Erkrankungen problemlos. Das ist eine super Möglichkeit.

Als Nachteil sehe ich die Anzahl, der sagen wir, „nicht wartzimmerfähigen Patienten“. Davon gibt es einige in der Fachambulanz. Unsere Patienten sind häufig schwerstkrank. Sie leiden häufig verstärkt unter Angespanntheit, Aggressivität oder sind alkoholisiert, was zu einer aufgeheizten Stimmung bis hin zur Eskalation führen kann. Wir arbeiten mit Deeskalationsmaßnahmen, Aushängen und in seltenen Fällen mit Abmahnungen und zeitlich begrenztem Ausschluss. Unsere Erfahrungen sind diesbezüglich positiv. Je mehr drogenabhängige Patienten zusammenkommen, desto eher besteht natürlich die Gefahr, dass gedealt wird. Da unsere Einrichtung gut erreichbar im Kieler Zentrum liegt, ist leider auch der nächste Szene Treffpunkt nicht weit entfernt. Um das Dealen in und vor der Einrichtung zu verhindern, wird darauf geachtet, sollten die Klienten keine weiteren Angebote bei uns wahrnehmen, dass sie das Grundstück nach der Vergabe verlassen. Unsere Mitarbeiter sind im täglichen Berufsalltag einer besonderen Belastung ausgesetzt. Für Extremsituationen werden alle Mitarbeiter jährlich geschult und in deeskalierenden Maßnahmen ausgebildet. Ein spezielles Wachsystem haben wir aber nicht. Es wurde sich bewusst dagegen entschieden.



„Grenzen aufzeigen war wichtig“

Interview mit Dr. Lutz Stöve, Facharzt für Allgemeinmedizin in Oldenburg

Redaktion: Ist Ihrer Auffassung nach eine ausreichende psychosoziale Betreuung Ihrer Patienten gewährleistet?

Dr. Lutz Stöve: Ja. Mittlerweile werden alle Patienten psychosozial betreut. Hier gab es anfänglich in Neustadt Probleme, die jetzt aber behoben sind. In Oldenburg wird die psychosoziale Betreuung von der ATS – Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe – durchgeführt, die Kapazitäten und Ressourcen scheinen ausreichend. Die Zusammenarbeit gestaltet sich sehr gut und die machen ihre Arbeit auch gut. Einmal im Monat kommt die Sozialtherapeutin der ATS in die Praxis und bespricht mit Imke, meiner Mitarbeiterin, alle Behandlungsfälle. Bei ärztlichen Fragestellungen komme ich bei Bedarf hinzu. Die Patientengespräche finden aber ausschließlich in den Räumen der ATS statt, das würde sonst den Rahmen in der Praxis sprengen.

Redaktion: Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit und Kommunikation mit Substitutionskollegen und den nicht substituierenden Hausärzten Ihrer Patienten?

Stöve: Inzwischen hat es sich ja rumgesprochen, dass wir in Oldenburg substituieren. Die umliegenden Hausärzte rufen an und geben Bescheid, wenn sie meinen, dass jemand für die Substitutionsbehandlung in Frage kommen könnte. Das funktioniert ganz problemlos. Diese Patienten bleiben dann auch in der hausärztlichen Betreuung beim Überweiser. Alle vier bis sechs Wochen findet ein hausärztliches Treffen statt, wo wir dann zusammen an einen Tisch sitzen und alles durchdiskutieren. Gerade wenn es um Benzodiazepine geht, wird vom Patienten versucht, diese von anderer Stelle zu beziehen. Wir kennen unsere Pappenheimer! Die meisten Patienten kommen aber von alleine in die Praxis und manche davon nehmen nach Aufklärung über die Gesetzeslage auch wieder Abstand von der Substitution. Das ist dann so. Vor Jahren wurde mal zusammen mit der Drogenberatungsstelle versucht, einen Qualitätszirkel Substitution einzuführen, leider kam dieser aber nicht zustande.

Redaktion: Was sind aus Ihrer Sicht die Vor- und Nachteile einer Zentralisierung bzw. Integration der Substitutionsbehandlung?

Stöve: Der Vorteil liegt für mich ganz klar auf der Hand: Durch den regelmäßigen Kontakt zum Patienten lernt man den Menschen dahinter kennen und baut ein Vertrauensverhältnis zueinander auf! Die Arbeit in einer Fachambulanz stelle ich mir dagegen unpersönlicher und weniger menschennah vor. Ich habe den Eindruck, unsere Suchtpatienten suchen eher die Normalität, indem sie Kontakte zu anderen Abhängigen vermeiden. Dies gelingt in einer integrativen Substitutionspraxis wie unserer, mit zurzeit 20 Behandlungsfällen, eher, als in einer zentralisierten Fachambulanz mit teilweise 400 und mehr Patienten.

Der Nachteil: Das System einer allgemeinärztlichen Praxis kann ganz schnell gesprengt werden, z. B. wenn der typische Substitutionspatient wieder mal kläffend, jammernd, fordernd, Druck ausübend an der Anmeldung steht, während das „Normale“ schon wieder weiterläuft, Kindervorsorge et cetera. Dann sind sicherlich auch andere Patienten erstaunt, dass wir sowas machen und einige lassen sich sicherlich davon auch abschrecken

und kommen nicht wieder – das kann ich mir vorstellen, aber so das Gros nimmt es gut an. Die wissen, wie wir hier ticken und sehen ganz klar, dass wir solche Patienten mit versorgen.

Ich glaube, wenn man das nach außen ganz normal vertritt und das als Krankheit sieht, genauso wie Alkohol und andere Süchte, dann ist Akzeptanz vorhanden. Ich habe zwei Patienten, die das ausdrücklich gelobt haben, dass sie es gut finden, dass das für

sie nie ein Problem wäre. Das sind aber nur zwei von vielen. Aber ich glaube, wir sind da ganz selbstbewusst und wenn jemand das nicht erträgt, dann muss er den Arzt wechseln. So gehen wir damit um. Ich denke schon, es gibt bestimmt Leute, die sagen, ich will damit nichts zu tun haben, da schick ich meine Familie, meine Kinder nicht hin. Da fehlt eben das Verständnis.

Dadurch, dass die tägliche Vergabe lediglich bei einem Patienten in der Praxis stattfindet, haben wir das ganz gut hinbekommen – es gab mal andere Zeiten. Grenzen aufzeigen war hier wichtig! Grundsätzlich müssen die Substituierten die Entscheidung treffen, ob sie unsere Bedingungen einhalten können und wollen oder eben nicht. Werden diese Regeln nicht eingehalten und das Vertrauensverhältnis ist einmal weg, machen wir auch deutlich: bitte suchen sie sich jemand Anderen!

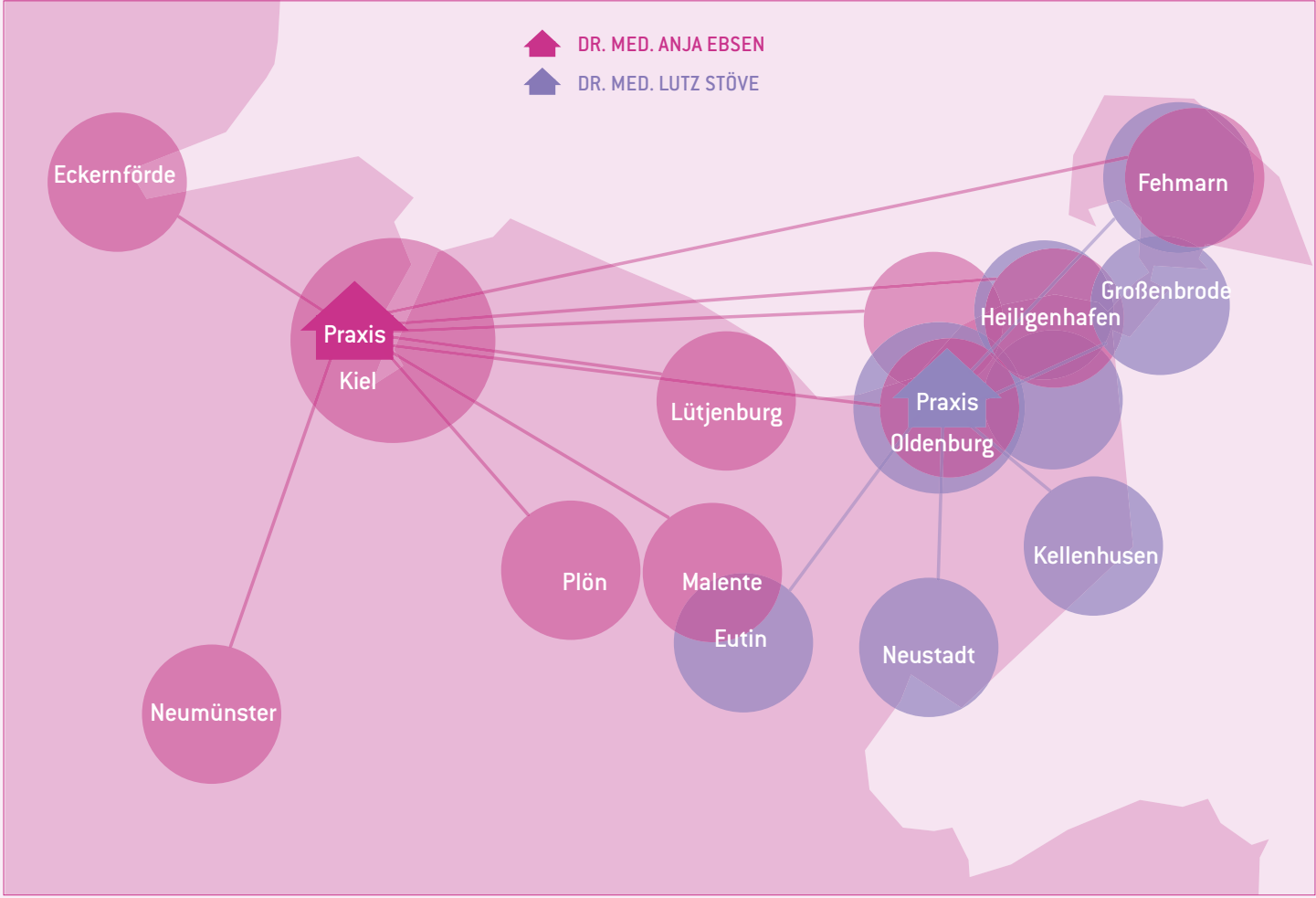
Redaktion: Sie haben hier in Ostholstein Kollegen, die ohne die Weiterbildung „suchtmedizinische Grundversorgung“ substituieren. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber geschaffen, um eine flächendeckende Versorgung – auch auf dem Land – sicherzustellen. Voraussetzung ist, dass sich deren Patienten einmal im Quartal bei Ihnen vorstellen. Wie gelingt die Zusammenarbeit mit diesen Kollegen?

Stöve: Zuerst gab es Probleme mit der Umsetzung, deshalb habe ich den Ärzten unsere Bedingungen, wie wir es hier handhaben, zur Verfügung gestellt. Mittlerweile klappt die Zusammenarbeit gut. Die eigentliche Behandlung inklusive der Urinkontrollen wird aber vom BtMVV-Arzt durchgeführt. Daher liegt die Entscheidung, ob eine Behandlung beendet werden sollte beim Arzt vor Ort. Ich sehe die Patienten ja nur einmal im Quartal, stehe natürlich aber mit Rat und Tat zur Seite. Wenn man sich nicht mit der Materie beschäftigt, tritt man schnell ins Fettnäpfchen. Zum Beispiel bei der BtMVV. Es ist unvorstellbar, was einem da für Steine in den Weg gelegt werden. Wir sind da mittlerweile unglaublich fit. Gerade bei den Regelungen für die „Take home Vergabe“ bzw. der Wochenendversorgung. Das ist schon sehr aufwendig. Mit „unserem“ Apotheker am Ort haben wir das alles super geregelt, aber die externen Patienten haben am Wochenende manchmal weite Wege auf sich zu nehmen, nur um sich für einen Tag das Substitut abzuholen.



	Dr. med. Anja Ebsen, Fachambulanz Kiel	Dr. med. Lutz Stöve, Gemeinschaftspraxis Oldenburg
LAGE UND ÖRTLICHE ANBINDUNG	Zentrale Lage in unmittelbarer Nähe des Hauptbahnhofes und diversen Busstationen	Zentrum Oldenburg, schlechte Verkehrsanbindung, Busse fahren teilweise nur einmal am Tag
GRÖSSE DER PRAXIS	ca. 400qm	ca. 200qm
ANZAHL DER ÄRZTE	4 Substitutionsärzte (Vollzeit und Teilzeit)	Gemeinschaftspraxis – 3 Ärzte, davon 1 Substitutionsarzt
WEITERE MITARBEITER	Insgesamt 26 Mitarbeiter (Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologe, Verwaltungskräfte und Medizinische Fachangestellte plus Praktikanten, FSJ, ehrenamtliche Mitarbeiter etc.)	Insgesamt 8 Medizinische Fachangestellte 2 Medizinische Fachangestellte für Substitution (davon eine Vertreterin)
ZUSATZANGEBOTE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ergotherapie ■ Akupunktur /Entspannung ■ Rückfallprophylaxe-Gruppe ■ Angehörigenbetreuung, Hausaufgabenbetreuung, Organisation von Fahrdiensten (eigene Fahrzeuge), persönliche Begleitung bei besonderen Terminen (Arbeitsamt, Sozialamt usw.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ gesamte hausärztliche Betreuung (wenn gewünscht) ■ EKG ■ Ultraschall ■ Blutuntersuchungen
PATIENTENZAHLN [31.12.2016]	588	20
EINZUGSGEBIET DER ZU BETREUENDEN PATIENTEN	bis maximal 90 km	bis maximal 60 km
ERREICHBARKEIT BZW. VERGABEZEITEN	<ul style="list-style-type: none"> ■ Täglich vor- und nachmittags feste Vergabezeiten (inkl. Wochenenden und Feiertags). ■ Sonderabsprachen z. B. wegen Berufstätigkeit sind möglich. ■ Mitarbeiter sind von 7.00 bis 18.00 Uhr anwesend und erreichbar. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patient kommt zur täglichen Vergabe in die Praxis. Dies ist während der gesamten Öffnungszeiten möglich. ■ Aufgrund der teilweise weiten Anfahrten finden die anderen Vergaben über Apotheken und Ärzte mit BtMVV-Genehmigung statt. Diese Patienten kommen einmal in der Woche zu festen Zeiten. ■ Die Apotheke in Oldenburg ist direkt neben der Praxis, sodass bei Problemen die Praxis sofort informiert und aufgesucht werden kann.
TECHNISCHE LABOR-AUSSTATTUNG	3 Vergabeautomaten (Methadon, Polamidon), davon 1 Ersatzautomat	–

EINZUGSGEBIET DER ZU BETREUENDEN PATIENTEN

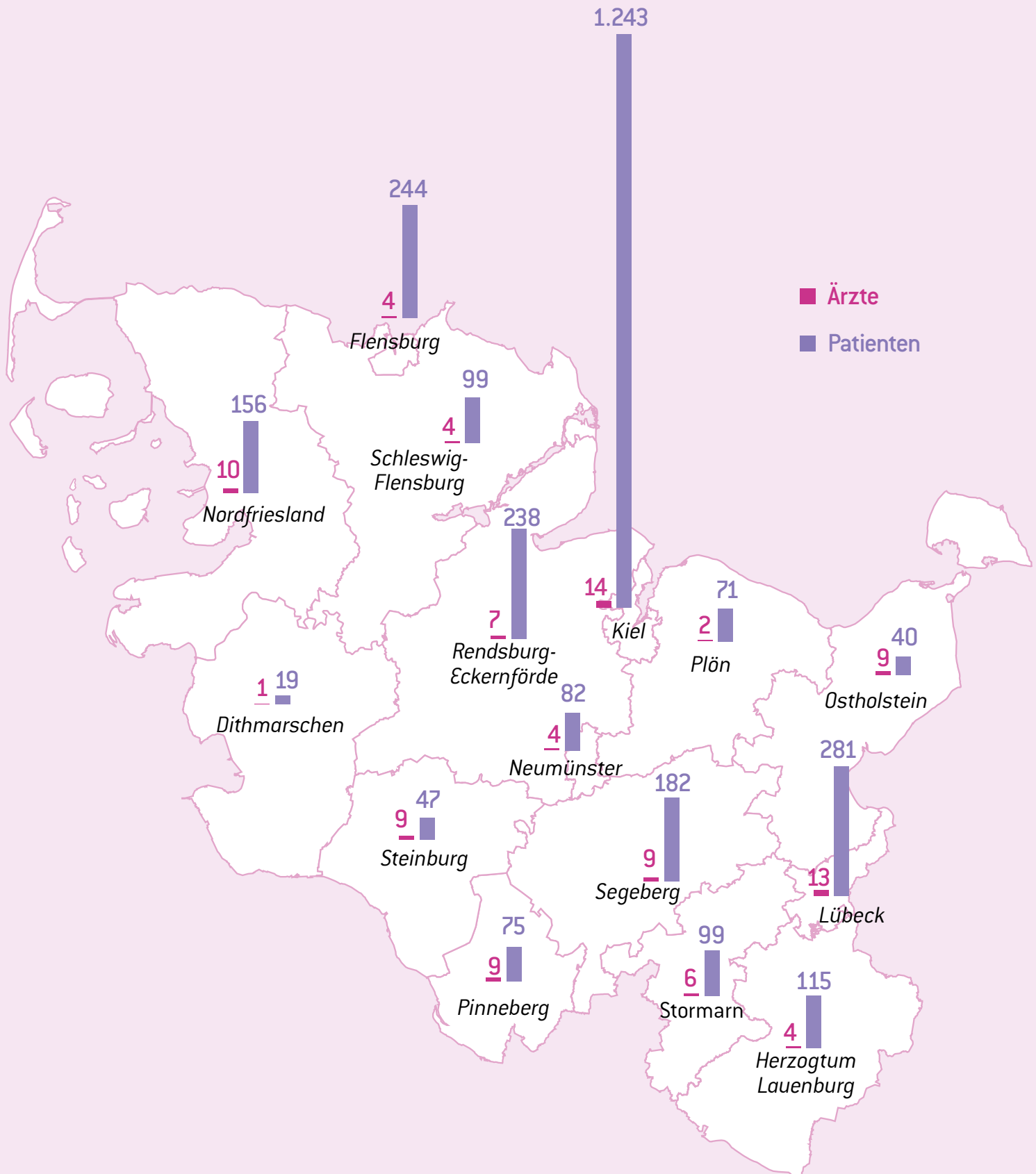


ANZAHL DER SUBSTITUTIONSPATIENTEN IN SCHLESWIG-HOLSTEIN IN DEN JAHREN 1990 BIS 2016



Substitution

Arzt-Patient-Verteilung in Zahlen



Quelle: KVSH



FACH FACHÜBERGREI PSYCHOTHERAPEU INDIKATIONS HAUSÄRZTLICH 41

Qualitätszirkel – Qualitätsentwicklung

Qualitätsförderung ist kein einmaliges Ereignis, sondern ein kontinuierlicher Prozess, der so auch in Qualitätszirkeln (QZ) stattfindet. Hier bietet sich Ärzten und Psychotherapeuten die Möglichkeit des fachlichen Austausches mit Kollegen. Das eigene Handeln wird reflektiert und neues Wissen generiert. Wird Verbesserungspotential festgestellt, werden entsprechende qualitätsfördernde Maßnahmen definiert und im Praxisalltag umgesetzt. Gab es Hindernisse? Waren Ziele falsch gesteckt? Der Weg der Qualitätsförderung wird in Qualitätszirkeln besprochen.

ÄRZTLICH 72
FEND 98
TISCH 87
BEZOGEN 115
SONSTIGE 27

Qualitätsmanagement 6
DIABETES 29



Qualitätszirkel

Etabliertes Instrument der Qualitätsförderung

Im Jahr 2016 wurden 1.879 Qualitätszirkeltreffen von 475 verschiedenen Qualitätszirkeln gemeldet. Dabei wurden 4.685 unterschiedliche Teilnehmer registriert. Das Themenspektrum umfasste von Arzneimitteln bis Zwangsstörungen, medizinische, strukturelle und gesundheitspolitische Themen.

Hier ein Ranking einer Auswahl von Themenschwerpunkten der QZ im Jahr 2016 (Mehrfachzählungen sind dadurch möglich, dass sich QZ mit mehreren Themen an einem Termin beschäftigen):

Themenschwerpunkte	Anzahl der QZ	Anzahl der QZ Treffen
Fallvorstellung	299	1.170
Leitlinien	219	537
Pharmakotherapie	213	478
Praxisorganisation	191	441
Qualitätsmanagement	150	318

Qualitätszirkel stellen ein ideales Forum für den Austausch über schwierige oder komplizierte Behandlungsfälle dar. Das Thema „Fallvorstellung“ ist daher fast immer an erster Stelle im Ranking der behandelten Themen. Im Jahr 2016 wurden Patientenfälle in 299 Qualitätszirkeln 1.170 mal dokumentiert.


QUALITÄTSZIRKEL: WAS IST DAS?

Ein Verfahren zur Qualitätsförderung. Allgemein versteht man unter einem Qualitätszirkel den freiwilligen Zusammenschluss einer Gruppe von Ärzten und/oder Psychotherapeuten gleicher oder benachbarter Fachrichtungen und/oder weiterer an der Patientenversorgung beteiligter Berufe.

WIE ARBEITEN QZ:

- auf freiwilliger Basis
- mit selbstgewählten Themen
- erfahrungsbezogen
- auf der Grundlage von Peer Review
- mit Moderator/in
- mit Evaluation der Ergebnisse
- kontinuierlich
- mit festem Teilnehmerkreis


In Schleswig-Holstein hat der Vorstand der KVSH Kriterien für die Anerkennung von QZ festgelegt, beispielsweise zu Aufwandsentschädigungen und Fortbildungspunkten.



QZ-MODERATOR: WER IST DAS?

QZ-Moderatoren sind in der Regel niedergelassene Ärzte und/oder Psychotherapeuten, die einen QZ leiten und moderieren. Ausgebildet werden diese in einer von der KVSH durchgeführten Moderatorengrundausbildung. Zielgerichtet unterstützt werden sie durch ausgebildete Tutoren. Zudem stehen ihnen mittlerweile mehr als 30 didaktisch aufbereitete Themen-Module aus dem Handbuch Qualitätszirkel zum kostenfreien Download zur Verfügung www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php


In Schleswig-Holstein wurden von der KVSH im Jahr 2016 zwanzig Moderatoren ausgebildet. Insgesamt gibt es zurzeit in Schleswig-Holstein 405 aktive Moderatoren.



QZ-TUTOR: WER IST DAS?

Tutoren sind erfahrene Moderatoren mit einer zusätzlichen Ausbildung, die regelmäßig an Fortbildungen zum Thema QZ teilnehmen. Auf Bundesebene tauschen sich die Tutoren bei den jährlich stattfindenden „Nationalen Tutorentreffen“ in Berlin aus. Tutoren unterstützen bei der Aus- und Weiterbildung von QZ-Moderatoren.


In Schleswig-Holstein sind derzeit drei ausgebildete Tutoren tätig, die sich intensiv um die Aus- und Weiterbildung der Moderatoren kümmern.



MODERATORENGRUNDAUSBILDUNG: WAS IST DAS?

Eine praxisnahe Fortbildung über zwei Tage von Kollegen für Kollegen mit dem Ziel, einen Qualitätszirkel zu organisieren und zu leiten.

Die KVSH bietet zwei Grundausbildungen im Jahr an. Diese Ausbildung ist die Voraussetzung für die Anerkennung eines QZ durch die KV.



Qualitätszirkelarbeit in Zahlen

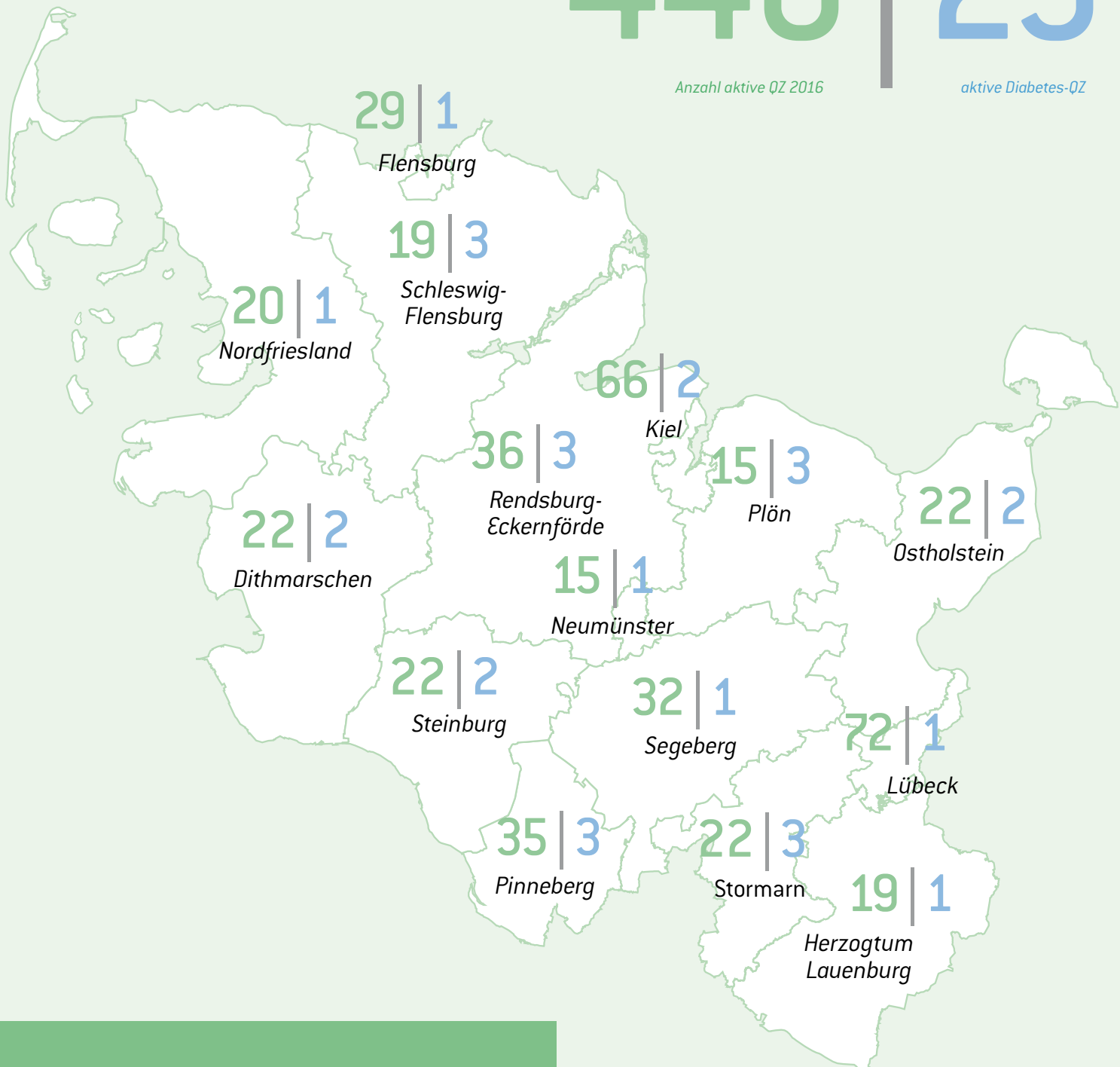
QUALITÄTSZIRKEL-LANDSCHAFT SCHLESWIG-HOLSTEIN

446

Anzahl aktive QZ 2016

29

aktive Diabetes-QZ



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

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

Quelle: KVSH

Qualitätsmanagement – Patientensicherheit als oberstes Gebot



Die neue Qualitätsmanagement-Richtlinie vereinheitlicht die Anforderungen für alle Gesundheitssektoren und nimmt die Patientensicherheit noch stärker in den Fokus

Wer sich in medizinische Behandlung begibt, egal ob in einer Praxis oder Klinik vertraut auf das medizinische Know-how und die Erfahrung des Personals – in der Regel kann er das auch.

Der Gesetzgeber will die Qualität der Patientenversorgung nicht dem Zufall überlassen, gleichwohl es zum Selbstverständnis von Ärzten und Psychotherapeuten gehört, Patienten eine gute medizinische Behandlung anzubieten.

Neben den zahlreichen bereits etablierten Qualitätssicherungsmaßnahmen (siehe Seiten 6–7) wurde bereits 2004 im SGB V verankert, dass alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement-System etablieren müssen.

Ausgehend von der These, dass gute Strukturen und geplante Prozesse in der Arztpraxis am Ende beim Patienten für ein gutes Behandlungsergebnis sorgen, dient Qualitätsmanagement dazu, Arbeitsabläufe zu optimieren und Fehler zu vermeiden. Das Hinterfragen des eigenen Tuns im Praxisalltag soll Schwachstellen oder Risiken aufdecken und die Patientenversorgung am neuesten Stand der Wissenschaft ausrichten. Ziel ist es, durch eine systematische Patientenorientierung die Qualität der Patientenversorgung nicht nur zu sichern, sondern auch beständig weiterzuentwickeln.

Der G-BA hat 2006 in einer ersten Richtlinie (ÄQM-RL) die Anforderungen an das QM in Arztpraxen konkretisiert. Für Krankenhäuser und den zahnärztlichen Bereich galten gesonderte Richtlinien.

Seit November 2016 gilt eine gemeinsame QM-Richtlinie für alle Versorgungssektoren – die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement wurden vereinheitlicht. Die neue QM-Richtlinie ersetzt alle bisher geltenden QM-Richtlinien und ist in zwei Teile gegliedert:

- Teil A enthält die Rahmenbestimmungen, die gemeinsam für alle Sektoren gelten.
- Teil B konkretisiert die Rahmenbestimmungen für den jeweiligen Sektor.

An verschiedenen Stellen der neuen Richtlinie wird betont, dass alle Maßnahmen und Anforderungen auf mehr Behandlungssicherheit für den Patienten zielen: „Die Vorteile von Qualitätsmanagement als wichtiger Ansatz zur Förderung der Patientensicherheit sollen allen Beteiligten bewusst gemacht werden.“

„Gutes muss geplant werden.
Schlechtes passiert von selbst.“

Philip B. Crosby (1926–2001),
amerikanischer Qualitätsmanagement-Experte

DREI NEUE ANWENDUNGSBEREICHE

Zu den bereits vorher in der Richtlinie definierten Anwendungsbereichen sind weitere drei hinzugekommen.

■ Arzneimitteltherapiesicherheit

Arzneimitteltherapiesicherheit ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern.

BEISPIEL MEDIKATIONSPLAN

Ein Medikationsplan gibt dem Patienten klare Einnahmeanweisungen: Welches Medikament in welcher Menge zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form eingenommen werden soll. Gleichzeitig hat der Arzt aber auch der Apotheker einen gesamten Überblick über die Medikation – so können beispielsweise Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln schnell erkannt und vermieden werden.

Seit dem 1. Oktober 2016 haben Patienten Anspruch auf einen persönlichen Medikationsplan. Diese Regelung gilt, wenn gleichzeitig mindestens drei auf Kassenrezept verordnete, systemisch wirkende Medikamente über einen Zeitraum von vier Wochen eingenommen werden sollen.

■ Schmerzmanagement

Bei Patienten mit bestehenden sowie zu erwartenden Schmerzen erfolgt ein Schmerzmanagement von der Erfassung bis hin zur Therapie, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie reduziert oder beseitigt.

■ Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen

Sturzprophylaxe hat zum Ziel, Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren, in dem Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit beseitigt oder reduziert werden.

BEISPIEL STURZASSESSMENT

Faktoren die das Risiko zu stürzen erhöhen, können personen-, medikamenten- und umgebungsbedingt sein. Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen beziehen sich deshalb sowohl auf die Ausstattung in der Arztpraxis als auch auf das individuelle Risiko des Patienten beispielsweise durch Vorerkrankungen oder Medikamenteneinnahme. Stolperfallen in der Praxis sollten beseitigt werden ggf. sollten Hilfsmittel für Patienten zur Verfügung gestellt werden (Handläufe, Haltegriffe etc.)

Patienten mit hohem Sturzrisiko sollten zudem identifiziert und mögliche präventive Maßnahmen (Verordnung von Hilfsmitteln, Muskelaufbautraining etc.) eingeleitet werden.

Das individuelle Sturzrisiko lässt sich mit Hilfe einer genauen Anamnese und mit speziellen Tests ermitteln.

Mehr Informationen zum Sturzassessment bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften:

www.awmf.org ▶ Leitliniensuche ▶ Geriatrie

OP-CHECKLISTEN

Bei operativen Eingriffen unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten oder bei Eingriffen, die unter Sedierung erfolgen, müssen OP-Checklisten eingesetzt werden. Patienten-, Eingriffs- und Seitenverwechslungen oder schwerwiegende Komplikationen sollen so vermieden werden.

MITARBEITERPERSPEKTIVE SYSTEMATISCH EINBINDEN

Neben regelmäßigen Patientenbefragungen sollen zukünftig auch Mitarbeiter – möglichst anonym – befragt werden. Die Praxisleitung erhält so Anregungen für Veränderungen und Verbesserungspotentiale.

NEUE METHODIK ZUR EVALUATION WIRD ERARBEITET

Um Qualitätsmanagement zukünftig in Praxen und Krankenhäusern systematisch zu evaluieren und zu veröffentlichen wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG, www.IQTIG.de) Empfehlungen zu einer neuen Methodik erarbeiten, über die der Gemeinsame Bundesausschuss zu einem späteren Zeitpunkt beraten wird.

Was grundsätzlich gilt:

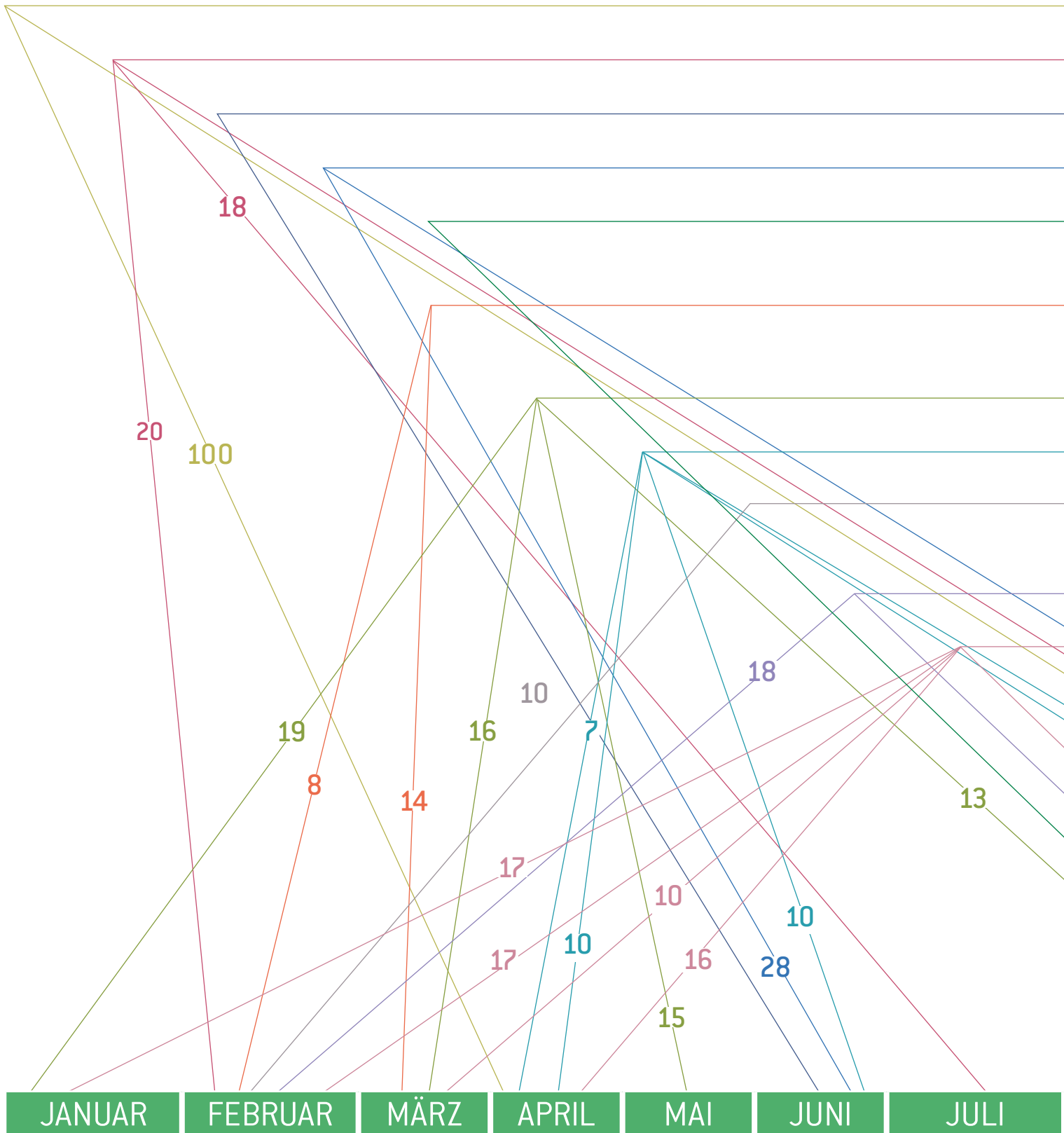
- Das QM-System ist weiter frei wählbar
- Zertifizierung ist keine Pflicht
- Die Umsetzungsfrist beträgt drei Jahre nach Zulassung bzw. Ermächtigung – danach Weiterentwicklung des QM-Systems
- Der Aufwand für das QM soll angemessen sein
- Die KVSH überprüft in Stichproben (alle zwei Jahre)
- Keine Sanktionen aber Beratung

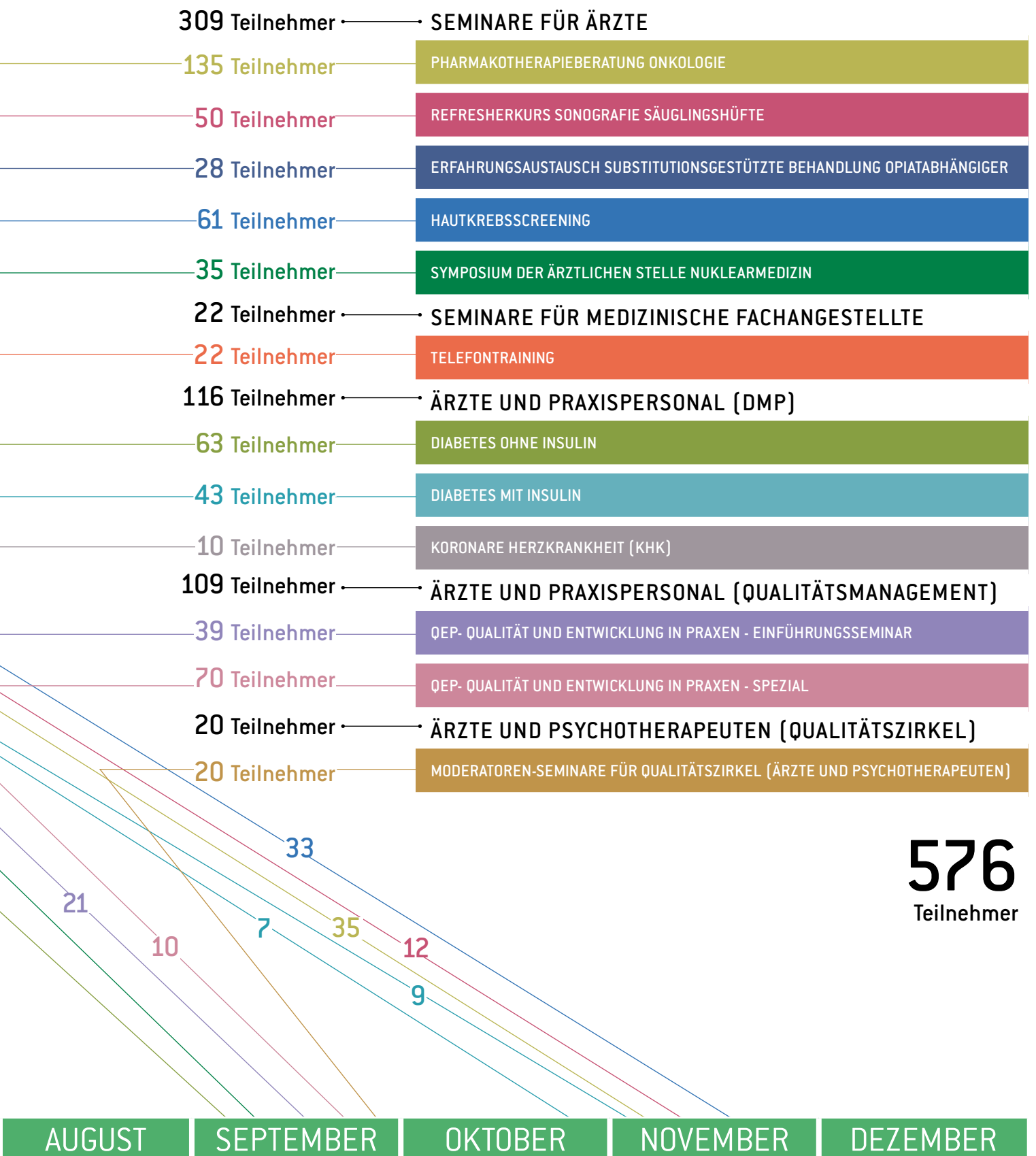
Wo es noch mehr Informationen gibt:

- Richtlinie Qualitätsmanagement (November 2016)
- Praxisinformation der KBV zur neuen QM-Richtlinie
- KBV-Themenseite Qualitätsmanagement
- www.kbv.de/praxischeck

Mit dem Online-Test lässt sich mit wenigen Klicks herausfinden, wo Praxen in puncto Qualitätsmanagement stehen. Nach dem Check erhält jeder Teilnehmer einen ausführlichen Ergebnisbericht. Darin sind auch praktische Tipps und Empfehlungen enthalten, wie Fehler vermieden und Abläufe im Praxisalltag noch verbessert werden können. Die Teilnahme ist anonym und kostenlos. "Mein PraxisCheck" gibt es auch zu den Themen Hygiene, Informationssicherheit und Impfen.

Seminare für Ärzte 2016





576
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.

→ **LEITLINIEN**

Leitlinien-Informations- und Recherche-Dienst des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin. Im Angebot sind sämtliche Links zu Leitlinien oder Leitlinienanbietern. Gesucht werden kann nach Leitlinienanbietern oder nach Leitlinienthemmen.

→ **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 u. a. die Ergebnisse der laufenden aber auch Ausschreibungen zu geplanten Qualitätssicherungsverfahren 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.

SPEZIELLE INFORMATIONEN ZUM THEMA BRUSTGESUNDHEIT**WWW.MAMMO-PROGRAMM.DE**

- **IN SCHLESWIG-HOLSTEIN**
WWW.BETRIFFT-BRUST.DE
WWW.QUAMADI.DE
WWW.MAMMA-SCREENING-SH.DE

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 § 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 Auditnachweisen 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 erfolgreiches 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 geringstem 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 Gesundheitszustandes 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 Krankenhausgesellschaft, 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 medizinische 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 speziellen 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

se 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.

QUALITÄTSSCHWELLEN

Ärztliche Qualitätsschwellen 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 OPIATABHÄNGIGER/SUBSTITUTION

Behandlung Opiatabhängiger 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 (Auflage 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 (Ärztkammern und Kassenärztliche Vereinigungen).

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

- das Vertragsarztrecht (SGB V sowie abgeleitete Normen, zum Beispiel Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses),
- staatliche Normen (zum Beispiel Röntgenverordnung, 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. Paragraph 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 Schlißke, Vorstandsvorsitzende der KVSH

Redaktion

Caroline Boock, Lisa-Marie Lüthje, 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. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („Der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („Die Ärztin“). Wenn aus Gründen der Lesbarkeit nur die Gruppe der Ärzte genannt wird, ist hiermit selbstverständlich auch die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten 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

