

# QUALITÄTSBERICHT 2017

*Jederzeit gut versorgt in Schleswig-Holstein*



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

## VORWORT

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

## QUALITÄTSSICHERUNG – KERNAUFGABE DER KVSH

Instrumente der Qualitätssicherung .....	4
Ablauf eines Genehmigungsverfahrens.....	7
Geltende Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien.....	8
Zahlen und Fakten 2017.....	10
Die Abteilung Qualitätssicherung .....	12
Neue Verfahren .....	14

## QUALITÄTSSICHERUNG – KURZ GEMELDET

Dimini: Diabetes-Präventionsprojekt startet in Schleswig-Holstein.....	18
Richtlinie Dialyse: Marginale Änderungen in der Dokumentationspflicht.....	18
Neuregelung beim Disease-Management-Programm Brustkrebs.....	19
QS-Vereinbarung – Herzschrittmacherkontrolle aktualisiert: Herz intakt.....	19

## QUALITÄT IM FOKUS

Chronische Erkrankungen und psychische Störungen im Fokus .....	20
Chronisch krank – optimal versorgt mit strukturierten Behandlungsprogrammen .....	21
Neue Psychotherapievereinbarung .....	25
Übersicht: Psychotherapeutische Versorgung seit dem 1. April 2017 .....	27

## QUALITÄTSFÖRDERUNG

Qualitätszirkel.....	28
Qualitätszirkelarbeit in Zahlen.....	31
Fortbildungsangebot 2017.....	32

## NÜTZLICHES

Hilfreiche Internetseiten.....	34
Glossar .....	36
Wichtige gesetzliche Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung.....	43
Impressum .....	47

# Liebe Leserinnen und Leser,

etwa 5.300 Mitglieder – niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten – zählte die KVSH Ende des Jahres 2017. Sie alle sorgen dafür, dass Patienten in Schleswig-Holstein überall und rund um die Uhr gut versorgt sind. Wussten Sie, dass niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten kontinuierlich an Qualitätssicherungsmaßnahmen teilnehmen und ihr ärztliches Handeln im Sinne einer guten Patientenversorgung regelmäßig überprüft wird?

In unserem aktuellen Qualitätsbericht können Sie nachlesen, wo Qualitätssicherung greift, welche Verfahren zum Einsatz kommen und wie sie in der Umsetzung funktioniert. Wir berichten von Neuerungen und Änderungen und darüber was Ärzte und Psychotherapeuten nebst ihres „Dienstes am Patienten“ alles leisten.

Das Kapitel „Qualitätssicherung im Fokus“ beleuchtet im diesjährigen Bericht zwei wichtige Bereiche der Qualitätssicherung: Zum einen geht es um Disease-Management-Programme (DMP), die zum Ziel haben, die Versorgung chronisch Kranker zu optimieren. Ob Diabetes mellitus oder Herz-Kreislauf-erkrankungen – chronische Erkrankungen belasten unser Gesundheitssystem in besonderem Maße. Beim DMP wird deshalb besonderer Wert auf Qualität und Effizienz der Behandlungsabläufe gelegt. Außerdem berichten wir über die im Berichtsjahr reformierte Psychotherapievereinbarung. Unter anderem hat es strukturelle Veränderungen gegeben, die Patienten mit psychischen Störungen oder Erkrankungen den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erleichtern sollen.

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH



# Instrumente der Qualitätssicherung

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

Wie funktioniert Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung? Für welche Leistungen gibt es Qualitätskontrollen und wie finden diese statt? Zunächst werden drei Ebenen der Qualitätssicherung unterschieden.

## STRUKTURQUALITÄT:

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

## PROZESSQUALITÄT:

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

## ERGEBNISQUALITÄT:

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

Nur im Zusammenwirken dieser drei Bereiche kann die Qualität auf einem hohen Niveau sichergestellt werden. Ob Routineuntersuchung oder hochspezialisierte Leistung – so unterschiedlich die Behandlungsmethoden sind, so vielfältig sind die Maßnahmen, mit denen

Qualität in der ambulanten Versorgung gemessen und gesichert wird. Qualitätssicherungsinstrumente, die den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stehen, setzen auf allen drei Ebenen an.

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

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

Dazu werden die im Folgenden ausgeführten Qualitätssicherungsinstrumente eingesetzt:

## AKKREDITIERUNG/PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

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

## EINGANGSPRÜFUNG

In besonders sensiblen Bereichen wurde über die Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung vereinbart.

Dies betrifft im vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung. Seit 2012 gilt für die Sonografie der Säuglingshüfte, dass die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen nach Genehmigungserteilung von den Kommissionen überprüft werden.

#### EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den bundesweit geltenden Vereinbarungen und Richtlinien und nach Maßgabe eigener regionaler Beschlüsse anhand von Stichproben die Qualität von Leistungen im Einzelfall. Dabei ist im Wesentlichen zwischen Prüfungen zu Vereinbarungen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V und nach Paragraph 135b Abs. 2 SGB V zu unterscheiden.

#### FEEDBACKSYSTEME/BENCHMARKBERICHTE

Feedback-Systeme helfen dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Durch die Bereitstellung von sogenannten Benchmarkberichten ist außerdem ein Vergleich der Behandlungsqualität zwischen mehreren Praxen möglich. Dazu werden die von den Praxen erstellten Dokumentationen ausgewertet. Feedback-Systeme sind z. B. Teil der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme). Mehr hierzu finden Sie auf den Seiten 20 bis 24.

#### FREQUENZREGELUNGEN

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

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

#### HYGIENEPRÜFUNGEN/PRAKISBEGEGUNGEN

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind seit 2003 für Praxen vorgeschrieben, die Koloskopien durchführen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt hier zweimal im Jahr durch ein von der Kassenärztlichen Vereinigung

beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Treten wiederholt Mängel auf, kann dies zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung führen.

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

#### KONTINUIERLICHE FORTBILDUNG

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, zum Beispiel die Schmerztherapievereinbarung, die Mammographievereinbarung oder Disease-Management-Programme (DMP) schreiben Fortbildungen vor. Daneben ist seit dem Jahr 2004 für alle Ärzte und Psychotherapeuten der Nachweis einer regelmäßigen Fortbildung gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtend. Dieser muss alle fünf Jahre, erstmalig im Jahre 2009, durch ein entsprechendes Fortbildungszertifikat der Ärztekammern erbracht werden.

#### KONSTANZPRÜFUNGEN/REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEISE

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

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

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

### QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAXIS

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurden alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards sicher und effizient zu gestalten, Fehler zu vermeiden und die Qualität der Patientenversorgung weiterzuentwickeln. Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM wurden 2006 in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses festgeschrieben. Seit November 2016 ersetzt eine gemeinsame QM-Richtlinie für alle Versorgungssektoren die bisher geltenden Bestimmungen. Die Richtlinie regelt auch, dass der Stand der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben alle zwei Jahre durch die Kassenärztliche Vereinigung durch Stichproben zu überprüfen ist. Dabei sind mind. 2,5 Prozent der an der Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und MVZ zu berücksichtigen.

### QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit besonders qualifizierten Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionsmitglieder werden vom Vorstand für ihr Amt berufen. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifika-

tionsvorbehalt, die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Besondere Verantwortung haben die Kommissionen zudem bei den, je nach Thema variierenden, stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen. Im Vordergrund steht aber der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen des geprüften Arztes.

### QUALITÄTSSZIRKEL

Seit bereits 20 Jahren haben sich Qualitätszirkel als bewährte Methode ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert. Qualitätszirkel bieten für Ärzte und Psychotherapeuten einen geschützten Raum, um sich frei von Interessen Dritter regelmäßig über ihre Tätigkeit auszutauschen. Ziel ist, die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und weiterzuentwickeln. Eine verbesserte Patientenversorgung und Patientensicherheit stehen dabei im Fokus. Die Kassenärztliche Vereinigung unterstützt ihre Mitglieder hierbei vielfältig, beispielsweise durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten, organisatorische und administrative Hilfen sowie Moderatorentrainings und Beratung durch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgebildete Tutoren.

# Ablauf eines Genehmigungsverfahrens

## GENEHMIGUNGSErTEILUNG

### PRÜFUNG EINES ARZTES

#### PERSÖNLICHE QUALIFIKATION

Fachliche Qualifikation:

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

#### BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE QUALIFIKATION

Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen:

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

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:

- Aus- und Fortbildungsnachweise

## BESCHIED ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

### MÖGLICHE FOLGEVERPFLICHTUNGEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

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

Dokumentationsprüfungen und/oder Hygieneprüfungen

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

#### STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNG

Dialyse nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses

**Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**

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

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

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

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

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

#### FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG NACH § 95D SGB V

#### QUALITÄTSMANAGEMENT NACH § 135A ABS. 2 SGB V

# Geltende Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien

## ZEITLICHE ENTWICKLUNG DER GENEHMIGUNGSBEREICHE 1989-2017

### Neue Genehmigungsbereiche

### Genehmigungsbereiche

### 1989

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

### 1990-2005

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

### 2006-2009

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

2017

chronisch entzündliche  
 Darmerkrankungen (CED)

DIMINI

Palliativmedizin

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

# Zahlen und Fakten 2017

Im Berichtsjahr 2017 sind etwa 1.100 Genehmigungsanträge bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen. Der Anteil der positiv beschiedenen Anträge betrug rund 85 Prozent. 15 Prozent der Anträge mussten – meist aus formalen Gründen – abgelehnt werden.

Am 31. Dezember 2017 wurden insgesamt 12.142 arztbezogene Genehmigungen gezählt.

QUALITÄTSSICHERUNGSBEREICHE	GENEHMIGUNGEN GESAMT	NEU ERTEILTE GENEHMIGUNGEN	ABLEHNUNGEN	WIDERRUFE/RÜCKNAHMEN BZW. BEENDIGUNGEN
Akupunktur	256	4	2	18
Ambulantes Operieren	1.094	75	0	55
Arthroskopie	131	7	0	3
Balneophototherapie	31	1	0	5
Computertomografie	133	14	3	9
Chirotherapie	434	12	1	13
Delegations-Vereinbarung	434	114	2	39
Dialyse	57	2	1	0
Dünndarm-Kapselendoskopie	22	1	0	0
Funktionsstörung der Hand	192	12	0	10
Geriatric	21	8	3	0
Hautkrebs-Screening (Dermatologen)	130	10	0	4
Hautkrebs-Screening (Hausärzte)	1.620	91	4	85
Herzschrittmacherkontrollen	104	9	1	3
Histopathologie Hautkrebs-Screening	19	3	0	0
HIV/Aids	1	1	0	0
Holmium-Laser	0	0	0	0
Hörgeräteversorgung Erwachsene	135	9	2	6
Hörgeräteversorgung Kinder	9	3	0	1
Interventionelle Radiologie	8	0	1	1
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)	64	9	2	4
Invasive Kardiologie	11	0	0	2
Kernspintomografie	106	13	1	9
Kernspintomografie der Mamma	10	0	1	0
Koloskopie	88	4	0	2
Laboratoriumsmedizin	292	19	0	26
Langzeit-EKG	1.002	70	0	51
LDL- und Immunapherese	41	2	0	1
MR-Angiografie	85	12	1	6

QUALITÄTSSICHERUNGSBEREICHE	GENEHMIGUNGEN GESAMT	NEU ERTEILTE GENEHMIGUNGEN	ABLEHNUNGEN	WIDERRUFE/RÜCKNAHMEN BZW. BEENDIGUNGEN
Mammographie (kurativ)	77	4	1	4
Mammographie Screening	57	1	0	2
Molekulargenetik	7	1	0	3
MRSA	754	36	0	24
Neuropsychologische Therapie	16	0	0	1
Nuklearmedizin	32	3	0	5
Onkologie	131	9	8	3
Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)	19	0	2	1
Otoakustische Emissionen (OAE)	131	9	0	5
Palliativmedizin	29	29	6	0
PET, PET/CT*	1	0	0	0
Photodynamische Therapie (PDT)	16	0	0	2
Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	3	0	0	0
Polygrafie/Polysomnografie	115	4	0	1
Radiologie (diagnostische)	653	39	7	35
Schmerztherapie	39	4	2	3
Sonografie	2.877	251	108	199
Sonografie der Säuglingshüfte	244	15	2	12
Sozialpädiatrie	102	15	3	1
Sozialpsychiatrie	33	1	0	2
Soziotherapie	61	3	0	7
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	28	3	0	0
Strahlentherapie	32	2	2	2
Substitution Opiatabhängiger	114	8	0	8
Vakuumbiopsie der Brust	10	1	0	1
Zervix-Zytologie	30	1	1	4
<b>Gesamt 2017</b>	<b>12.141</b>	<b>944</b>	<b>167</b>	<b>678</b>

\*Positronenemissionstomografie, Positronenemissionstomografie mit Computertomografie

# Die Abteilung Qualitätssicherung



## Team 1

### Brustkrebsdiagnostik und -therapie

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



## Team 2

### Genehmigungspflichtige Leistungen I

Amblyopie-Vertrag  
Balneophototherapie  
Begleiterkrankungen Diabetes mellitus  
Chirotherapie  
chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)  
Dermatohistologie  
DIMINI  
DMP: Asthma, Brustkrebs, COPD, KHK, Diabetes Typ 1 und Typ 2  
Dünndarm-Kapselendoskopie  
Früherkennungsuntersuchung Kinder  
Gemeinsame Einrichtung DMP Brustkrebs und Innere Indikationen  
Geriatrie  
Hausarztzentrierte Versorgung  
Herzschrittmacherkontrollen  
Histopathologie Hautkrebs-Screening  
Homöopathie  
IV-Fußvertrag  
Koloskopie  
Laborleistungen Kapitel 32.3 EBM  
Langzeit-EKG  
Molekulargenetik  
Nekrosenabtragung Diabetisches Fußsyndrom  
Physikalisch-medizinische Leistungen  
Zervix-Zytologie



## Team 3

### Genehmigungspflichtige Leistungen II

Akupunktur  
Ambulantes Operieren  
Arthroskopie  
Computertomografie  
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (ESWL)  
Funktionsstörung Hand  
Gesund schwanger  
HIV/AIDS  
Holmium-Laser  
Interventionelle Radiologie  
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)  
Invasive Kardiologie  
Kernspintomografie (MRT)  
Künstliche Befruchtung  
MR-Angiografie  
Nuklearmedizin  
Onkologie  
Palliativmedizin  
PET, PET/CT  
Photodynamische Therapie (PDT)  
Phototherapeutische Keratektomie (PTK)  
Röntgendiagnostik  
Sonografie  
Strahlentherapie  
Tonsillotomie

*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**

**Genehmigungspflichtige Leistungen III**

- Autogenes Training
- Beratung Empfängnisregelung
- Delegationsvereinbarung
- Dialyse
- Entnahme von Venenblut
- Entwicklungsneurologische Untersuchung
- Früherkennung Krebserkrankung der Frau
- Hautkrebs-Screening
- Hilfeleistungen NäPa
- Hörgeräteversorgung
- Hypnose
- LDL-Apherese
- Neuropsychologische Therapie
- Otoakustische Emissionen
- Polygrafie/Polysomnografie
- Psychosomatische Grundversorgung
- Psychotherapie
- Relaxationstherapie nach Jacobson
- Schmerztherapie
- Sozialpädiatrie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Substitution Opiatabhängiger



**Team 5**

**Qualitätsmanagement**

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



**Team 6**

**Ärztliche Stellen**

- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin
- Mammographie
- Röntgendiagnostik



**Weitere Geschäftsbereiche**

- Fortbildungsveranstaltungen
- Qualitätsbericht
- Referat Qualitätsförderung/
- Qualitätszirkel
- Sektorenübergreifende QS

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

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

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

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

**IM DIENSTE DER QUALITÄT**

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

Mit der steigenden Zahl neuer Qualitätssicherungs-Richtlinien und Vereinbarungen (siehe Seite 8) wächst auch die Zahl der Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung. Im Berichtsjahr wurden deshalb Aufgaben umverteilt – neue Teams sind entstanden.

# Postoperative Wundinfektionen auf dem Prüfstand

*Zweites sektorenübergreifendes QS-Verfahren im Jahr 2017 gestartet*



Die Vermeidung von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen ist Zielsetzung eines neuen Qualitätssicherungsverfahrens in Praxen und Kliniken.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dieses Verfahren bereits im Jahr 2010 in der Richtlinie über einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Qesü-Richtlinie) beschlossen. Der erste Teil der Richtlinie beinhaltet Rahmenbedingungen zu Strukturen und Datenflüssen und legt beispielsweise das Vorgehen bei Auffälligkeiten aber auch die Finanzierung fest. Der zweite Teil der Richtlinie wird nach und nach um themenspezifische Bestimmungen zu einzelnen Qualitätssicherungsverfahren erweitert.

Mit der Entwicklung geeigneter Instrumente zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität ist das zuständige Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt. Startschuss für das neue Verfahren „postoperative Wundinfektionen“ war im Januar 2017.

## ZWEI SÄULEN DES VERFAHRENS

Das Verfahren beinhaltet im Detail zwei nebeneinander ablaufende Prozesse: Postoperative Wundinfektionen, die zu einem Krankenhausaufenthalt geführt haben werden fallbezogen erfasst und mit den Sozialdaten, die den Krankenkassen vorliegen, verknüpft. So lässt sich zurückverfolgen, ob der verursachende Eingriff ambulant oder stationär stattgefunden hat.

Außerdem dokumentieren operierende Ärzte in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäusern, die sogenannte Tracer-Eingriffe durchführen, jährlich Fragen zum Hygiene- und Infektionsmanagement ihrer Einrichtung. Diese Abfrage erfolgt im

## SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG:

Der Gesetzgeber hat 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.

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.

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.

vertragsärztlichen Bereich webbasiert. Die Dokumentationspflicht beginnt erstmalig im ersten Quartal 2018 und bezieht sich auf das einrichtungsbezogene Hygiene- und Infektionsmanagement des Jahres 2017.

**BETEILIGTE FACHARZTGRUPPEN**

Das sQS-Verfahren Postoperative Wundinfektionen betrifft in der vertragsärztlichen Versorgung operativ tätige Ärzte der unten genannten Fachrichtungen, sofern diese sogenannte Tracer-Eingriffe durchführen. Tracer-Eingriffe sind Operationen bzw. invasive Eingriffe, die sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden und vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen für die vergleichende Qualitätssicherung ausgewählt wurden.

**FACHRICHTUNGEN:**

- Chirurgie/Allgemeinchirurgie
- Gefäßchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Urologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Plastische Chirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe

**DATENAUSWERTUNG/BERICHTERSTATTUNG**

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.

Arztpraxen und Krankenhäuser erhalten vergleichende Berichte zu den jeweiligen Behandlungsergebnissen. Die Auswertungen werden zur konkreten Qualitätsverbesserung genutzt und kommen damit zukünftigen Patientinnen und Patienten zugute.

Außerdem werden die Ergebnisse der Qualitätssicherung einmal jährlich aggregiert und vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) veröffentlicht. Ein Rückschluss auf einzelne Einrichtungen ist dabei nicht möglich.

**ERPROBUNGSPHASE – REGELBETRIEB ERST NACH FÜNF JAHREN**

Zunächst wird das neue sQS-Verfahren fünf Jahre lang erprobt. Grund ist die sehr komplexe Zusammenführung der erhobenen Daten aus Arztpraxen, Krankenhäusern und von Krankenkassen. Während dieser Zeit gelten auch die Maßnahmen bei Auffälligkeiten in der Qualität oder fehlender bzw. verspäteter Dokumentation nur eingeschränkt (Vergl. Qesü-Richtline Teil 1 Paragraf 17 und Teil 2 Verfahren 2, Paragraf 12 „Bewertung der Auffälligkeiten“ und Paragraf 18 „Fehlende Dokumentation der Datensätze“).



Lebensqualität durch Palliativmedizin

# Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

*Schwerstkranken und sterbenden Patienten mehr Lebensqualität zu geben, ist das Ziel der Palliativmedizin, gemäß der Aussage von Dame Cicely Mary Stode Saunders, englische Ärztin und Begründerin der modernen Palliativmedizin: „Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“*

Die Vereinbarung ist seit 1. Januar 2017 in Kraft. Aufgrund der Aufnahme von neuen Gebührenordnungspositionen zum 1. Oktober 2017 benötigen Ärzte für die Durchführung und Abrechnung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Diese erfordert, dass ein Arzt jeweils mindestens eine Voraussetzung aus den Feldern Theorie und Praxis erfüllt:

## THEORETISCHE ERFAHRUNGEN

- 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin oder
- Vertragsärzte mit Fortbildungshintergrund in der „Geriatrischen Grundversorgung“ und „Psychosomatischen Grundversorgung“ weisen die Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach oder
- Vertragsärzte mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ weisen die Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung (unter anderem „Psychosoziale und spirituelle Aspekte“) nach.

## PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN

- Eine mindestens zweiwöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) oder
- Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre.

Eine weitere Voraussetzung und Besonderheit der ambulanten palliativ-medizinischen Versorgung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team, die von allen beteiligten Kooperationspartnern schriftlich fixiert und unterschrieben vorliegen muss. Da Betäubungsmittel in der Schmerzbehandlung zum Einsatz kommen, muss ein Arzt über gültige Betäubungsmittelrezepte verfügen.

## WELCHE PATIENTEN SCHLIESST DIE VEREINBARUNG MIT EIN?

Schwerstkranken und sterbende Patienten, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass nach Bewertung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Monate, Wochen oder Tage gesunken ist.

## WELCHE AUFGABEN ÜBERNIMMT DER TEILNEHMENDE ARZT?

Der Arzt koordiniert die medizinische und pflegerische Versorgung der schwerstkranken Patienten. Auch längere Hausbesuche, Fallkonferenzen sowie die Erreichbarkeit des Arztes in kritischen Phasen müssen sichergestellt werden.

Gestellte Anträge	59
Beschiedene Anträge	35
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ davon genehmigt</li> <li>■ davon abgelehnt</li> </ul>	29
	6
Anträge in Bearbeitung zum 31.12.2017 aufgrund fehlender Unterlagen	24



DIMINI – DIABETES MELLITUS? ICH NICHT!

## Diabetes-Präventionsprojekt startet in Schleswig-Holstein

### Diabetes – größte Volkskrankheit

Aktuell sind knapp sieben Millionen Menschen in Deutschland an Diabetes mellitus erkrankt. Pro Jahr entstehen durch Diabetes und seine Folgekrankheiten Kosten von rund 35 Milliarden Euro für Behandlung, Pflege, Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Ziel des neuen länderübergreifenden Projektes Dimini ist es, die Neuerkrankungsrate messbar zu senken: „Fatal ist, dass Diabetes sich schleichend entwickelt. Die Krankheit wird oft nicht bemerkt, weil sie zunächst keine Schmerzen oder wenig Beeinträchtigung auslöst“, so Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH. „Wer Anzeichen für Diabetes aber ernst nimmt und rechtzeitig mit gesunder Ernährung und ausreichend Sport gegensteuert, kann eine Therapie mit Medikamenten und vor allem Folgeerkrankungen zumindest als Typ-2-Diabetiker mit großer Wahrscheinlichkeit vermeiden.“

### Länderübergreifendes Projekt unter der Federführung der KVSH

Das unter Federführung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein stehende Kooperationsprojekt setzt auf Prävention durch Lebensstiländerung. Mit Hilfe eines speziellen Fragebogens ermitteln die an dem Projekt teilnehmenden Hausärzte zunächst das individuelle Diabetes-Risiko der Versicherten. Im Anschluss finden je nach Risiko eine oder mehrere Beratungen statt. Dabei unterstützt der Hausarzt seinen Patienten dabei, seinen Lebensstil zu ändern und gibt ihm Tipps für eine gesündere Ernährung und mehr Bewegung.

Dimini richtet sich an Menschen über 18 Jahre, die bei einer der beteiligten Krankenkassen versichert sind. Das Präventionsprogramm dauert 15 Monate, die Teilnahme ist für Patienten kostenfrei. Das Projekt, das wissenschaftlich begleitet und zeitgleich auch in Hessen erprobt wird, wird mit rund vier Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Bundes gefördert.

Besonders ist, dass bei Arbeitssuchenden eine Anmeldung über das jeweilige Jobcenter möglich ist. Im Anschluss wird dann eine an Dimini teilnehmende Hausarztpraxis eingebunden.

Partner in Schleswig-Holstein sind neben der KVSH und vier teilnehmenden Krankenkassen unter anderem der ärztliche Projektinitiator und Diabetologe Dr. Carsten Petersen aus Schleswig, die Deutsche Diabetes Gesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation.

Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg ist Schirmherr des Projektes, das Gesundheitsministerium unterstützt das Projekt fachlich im Rahmen einer Diabetes-AG Schleswig-Holstein.

Alle Informationen zum Projekt Dimini im Internet unter [www.dimini.org](http://www.dimini.org).

QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE

## Marginale Änderungen in der Dokumentationspflicht

Die Dialyse ist eine lebenswichtige Behandlung für nierenkranke Patienten. Das Blutreinigungsverfahren ist neben der Nierentransplantation die wichtigste Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen. Derzeit sind ca. 80.000 Menschen in Deutschland dauerhaft auf die Dialyse angewiesen.

Ziel der QS-Richtlinie Dialyse ist die Unterstützung eines kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesses, der durch Zusammenwirken von externer Qualitätssicherung, Einrichtungsvergleichen und von Beratung gekennzeichnet ist. Im Mittelpunkt steht dabei immer die Patientenversorgung, deren Qualität auf einem hohen Niveau sichergestellt werden soll.

Die Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren existiert bereits seit 1997. Mit der 2006 in Kraft getretenen Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialysebehandlungen (gemäß Paragraphen 136 und 136a SGB V, ab 1. Juli 2008 Paragraf 137 SGB V) wurde dann das erste datengestützte Qualitätssicherungsverfahren im vertragsärztlichen Bereich aufgelegt. Es beinhaltet unter anderem die verpflichtende Erfassung diverser vordefinierter Dokumentationsparameter zur Bestimmung der Qualität der Dialysebehandlung. Es folgten seitdem einige Anpassungen der Richtlinie – so auch im Berichtsjahr.

Seit April 2017 gelten folgende Änderungen der Dokumentationspflicht:

- Festlegung zu dokumentierender Begleiterkrankungen unter Angabe des Schweregrades wie zum Beispiel koronare Herzkrankheiten (KHK) oder therapiebedürftiger Diabetes mellitus (gemäß Anlage 4 Nr. 3.8 der Richtlinie)
- Die Laborparameter „Parathormon“ und „C-reaktives Protein (CRP)“ müssen zukünftig einheitlich in der Maßeinheit Nanogramm pro Liter (ng/l) bzw. in Milligramm pro Liter (mg/l) vom Labor übermittelt werden.

Für die Analyse der übermittelten Daten und das Erstellen der Quartals- und Jahresberichte ist ab dem 1. April 2018 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt. Diese Berichte werden von den KVen zur Stichprobenprüfung genutzt, ermöglichen den Praxen aber gleichzeitig eine Einordnung ihrer Qualität.

Anzahl Genehmigungen Ärzte/Praxis	
Anzahl Ärzte	Anzahl Praxen
57	22
Anzahl gestellte Anträge im Berichtsjahr	
Anzahl gestellte /beschiedene Anträge	
3	
Davon genehmigt	Davon abgelehnt
2	1

## NEUE DOKUMENTATIONSVORGABEN

## Neuregelung beim Disease-Management-Programm Brustkrebs



Der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat im Berichtsjahr das Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs überarbeitet. Die neuen Dokumentationsvorgaben müssen in den Praxen spätestens im Oktober 2018 umgesetzt sein.

Im Zuge der Überarbeitung hatte sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung im G-BA dafür eingesetzt, dass mehr Wert auf die Nachsorge für Patienten mit Brustkrebs gelegt wird. Bisher lag der Schwerpunkt des DMP Brustkrebs auf der Primärtherapie.

Im Ergebnis werden nun längerfristige Neben- und Folgewirkungen der Erkrankung und auch der Therapie in größerem Maß berücksichtigt. Die mögliche Teilnahmedauer wird entsprechend der aktuellen Leitlinienempfehlungen auf zehn Jahre verlängert, um die Patienten insbesondere bei langandauernden Therapien zu unterstützen, eine bessere Mitwirkung zu erreichen und die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patientin zu verbessern. Psychosoziale Aspekte sind in der überarbeiteten Version des DMP Brustkrebs besser berücksichtigt, die vom Arzt zu erhebenden Daten (Qualitätsindikatoren) wurden folglich angepasst.

## QS-VEREINBARUNG ZUR HERZSCHRITTMACHERKONTROLLE WIRD AKTUALISIERT

## Herz intakt

Herzrhythmusstörungen sind weitverbreitet. Die Ursachen dafür, dass das Herz außer Takt gerät – zu langsam, zu schnell oder unregelmäßig schlägt – sind vielfältig. Beispielsweise können ein erlittener Herzinfarkt, Herzmuskelentzündungen oder Herzklappenfehler ursächlich für Unregelmäßigkeiten im Herzschlag sein.

Neben der medikamentösen Behandlung kommen bei Rhythmusstörungen auch elektrische implantierbare Impulsgeber wie Herzschrittmacher, Kardioverter-Defibrillatoren (ICD) oder Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) zum Einsatz, deren Funktion regelmäßig vom Arzt überprüft werden muss. Auch die auf den Patienten eingestellte Programmierung der Impulsgeber muss regelmäßig gecheckt und gegebenenfalls angepasst werden.

### Herzschrittmacher:

Gerät zur Behandlung von Patienten mit zu langsamen Herzschlägen (bradykarde Rhythmusstörungen)

**Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (Abkürzung ICD):** Gibt bei lebensbedrohlichem Herzrasen oder Kammerflimmern Impulse oder Elektroschocks (Defibrillation) ab, die den normalen Herzrhythmus wieder herstellt

**Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (Abkürzung CRT-Systeme):** gleichen unrunde Herzbewegungen z. B. bei fortgeschrittener Herzschwäche (Herzinsuffizienz) aus. Ein CRT-Gerät unterstützt das Zusammenziehen des Herzmuskels

Die Überprüfung des Gerätetyps Herzschrittmacher erfolgt vor Ort in der Praxis. Für die beiden anderen Gerätetypen ermöglicht der Einstieg in die Telemedizin (seit 2016) zwei Möglichkeiten der Kontrolle: konventionell (der Patient sucht die Praxis auf) oder telemedizinisch. Die telemedizinische Kontrolle funktioniert drahtlos – ohne Arzt-Patienten-Kontakt. Der Arzt kann die Daten zu ausgewählten Zeitpunkten online aus der Ferne abrufen und dadurch Auffälligkeiten früh erkennen. Hier profitieren vor allem ältere, wenig mobile Patienten mit weiten Anfahrtswegen.

Eine QS-Vereinbarung die Anforderungen an Ärzte definiert, die Herzschrittmacher-Kontrollen durchführen, existiert bereits seit 1991 – eine der ersten Vereinbarungen überhaupt. Aufgrund der fortschreitenden technischen Möglichkeiten und der Verschiedenheit der Impulsgeber wird die jetzige QS-Vereinbarung (aus dem Jahr 2006) aktualisiert. Zum einen wird es eine gesonderte QS-Vereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardioverter-Defibrillatoren und CRT-Systemen geben, zum anderen wird eine QS-Vereinbarung zu den technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die telemedizinische Funktionsanalyse erarbeitet.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) – das Abrechnungssystem der Ärzte – unterscheidet bereits seit dem 1. Oktober 2017 zwischen den oben genannten drei Gerätetypen.

Sobald die neue QS-Vereinbarung in Kraft tritt, gelten die jetzigen Übergangsregelungen nicht mehr. Ärzte benötigen dann jeweils gesonderte Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigung für die Funktionsanalyse von Kardioverter-Defibrillatoren und CRT-Systemen, außerdem für die Kontrolle im Rahmen der telemedizinischen Versorgung.

# Chronische Erkrankungen und psychische Störungen im Fokus

*„Die große Diabetesepidemie“, „Volksleiden Koronare Herzkrankheit“, „steigende Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen“ – in regelmäßigen Abständen sind solche Schlagzeilen in den Medien zu lesen und zu hören. Sowohl chronische Erkrankungen also auch psychische Störungen sind wesentliche Faktoren, die das Gesundheitssystem in Deutschland in besonderem Maße belasten. Nicht nur in finanzieller Hinsicht: Ärzte und Psychotherapeuten sehen sich einer wachsenden Zahl von Patienten gegenüber, deren Versorgung sichergestellt sein muss.*

In seinem Bericht „Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen“ stellt das Robert Koch-Institut fest, dass mit der höheren Lebenserwartung auch die Prävalenz chronischer Krankheiten in der Bevölkerung ansteigt.

Umso wichtiger ist es, hier besonderen Wert auf die Qualität der Versorgung zu legen, Prozesse im Gesundheitswesen gut zu strukturieren, den chronisch kranken Patienten durch das System zu lotsen und gegebenenfalls präventive Maßnahmen einzuleiten, die „Schlimmeres“ verhindern. Der Patient soll sich gut, möglichst rasch und nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen versorgt wissen.

Das Kapitel „Qualitätssicherung im Fokus“ beleuchtet im diesjährigen Bericht zwei wichtige Bereiche der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung:

Zum einen geht es um Disease-Management-Programme (DMP), die zum Ziel haben, die Versorgung chronisch Kranker zu optimieren. Zum anderen beleuchten wir die im Berichtsjahr reformierte Psychotherapievereinbarung. Hier hat es unter anderem strukturelle Veränderungen gegeben, die Patienten mit psychischen Störungen oder Erkrankungen den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erleichtern sollen.

*Mit dem Rückgang der Infektionskrankheiten und durch verbesserte Therapien hat die Lebenserwartung deutlich zugenommen. Dadurch gewinnen chronische Krankheiten an Bedeutung.“*

GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND –  
DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGEN, RKI  
(2015)

Im Berichtsjahr zählte die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holsteins etwa 5.300 Mitglieder – niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, die sich um die körperliche und psychische Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger Schleswig-Holsteins kümmern.

*„Psychische und körperliche Gesundheit sind wichtig für das Wohlbefinden und Voraussetzung für hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Fast jeder muss heute hohe Anpassungsleistungen an sich immer wieder ändernde Arbeits- und Sozialbeziehungen erbringen. Soziale und kommunikative Kompetenzen gewinnen an Bedeutung.“*

GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND –  
DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGEN, RKI  
(2015)

*„Depressive Symptome und Depressionen haben eine besondere Bedeutung, weil sie häufig in Folge oder zusammen mit anderen psychischen Störungen, körperlichen Erkrankungen oder auch chronischem Stress und lebensverändernden Ereignissen auftreten.“*

GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND –  
DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGEN, RKI (2015)

Zusammen mehr erreichen

# Chronisch krank – optimal versorgt mit strukturierten Behandlungsprogrammen

*Ursprünglich stammt die Idee des Disease-Managements – übersetzt Krankheitsmanagement – aus den USA. Unter dem Begriff Disease-Management-Programm, in Deutschland auch strukturiertes Behandlungsprogramm, versteht man die standardisierte Behandlung von chronisch kranken Menschen.*



© istock.com/BaRiBG

Als chronisch krank gilt, wer eine fortdauernde medizinische Versorgung benötigt, die

*„ ... ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.“*

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Gleichzeitig bedeutet die Behandlung chronisch kranker Menschen auch eine enorme finanzielle Belastung für unser Gesundheitssystem. In einem Grundsatzpapier der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (2009) wird der Anteil der Gesundheitsausgaben für chronische Erkrankungen weltweit mit 50-80 Prozent angegeben. Auch in Deutschland entfällt der größte Anteil der Gesundheitsausgaben auf die Behandlung und Prävention von

chronischen Erkrankungen. Im Bericht „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts von 2015 heißt es:

*„In unserer (alternden) Bevölkerung bestimmen chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen und Diabetes zunehmend das Krankheitsgeschehen.“*

Strukturierte Behandlungsprogramme sind eine Möglichkeit dieser Herausforderung zu begegnen.

Im Jahr 2002 wurden mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ die ersten Disease-Management-Programme (DMP) für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs aufgelegt.

Innerhalb eines strukturierten Behandlungsprogramms werden alle Therapieabschnitte bis hin zur Rehabilitation und Pflege unter Anwendung von Leitlinien (siehe Glossar) aufeinander abgestimmt und vom Arzt koordiniert. Die Therapieziele und den Behandlungsverlauf legt der koordinierende Arzt gemeinsam mit dem Patienten fest.

Ziel ist es, eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und Institutionen, beispielsweise zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten oder Fachkliniken und Rehazentren zu fördern. Dadurch soll eine optimal aufeinander abgestimmte Behandlung für den Patienten gewährleistet sein – unnötige und doppelte Untersuchungen werden so außerdem vermieden. Disease-Management-Programme sind aber immer als unterstützende Maßnahme anzusehen, sie sind kein Ersatz für die individuelle Therapie durch den Arzt.

Die Teilnahme an einem DMP ist für Patienten freiwillig und kostenlos, häufig wird durch Bonusprogramme ein Anreiz zur Teilnahme geschaffen. Voraussetzung für die Einschreibung ist eine gesicherte Diagnose durch den betreuenden Arzt und die Bereitschaft des Patienten, sich aktiv am DMP zu beteiligen. Die Mitarbeit des Patienten ist wesentlich für den Erfolg im DMP. Das Hauptaugenmerk liegt auf strukturierten Schulungen und Präventionsangeboten zu denen der Patient motiviert wird. Die Behandlung der Patienten im DMP unterliegt einer laufenden Qualitätskontrolle. Dazu werden alle wichtigen Behandlungsdaten erfasst und ausgewertet.

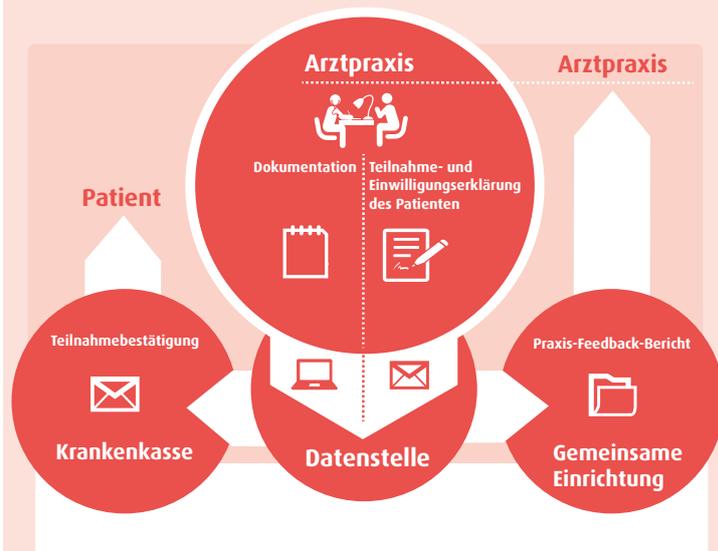
Patienten, die an einem DMP teilnehmen, unterzeichnen eine Teilnahmeerklärung. Damit willigen sie in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung persönlicher und medizinischer Daten ein. Kommt ein Patient seiner Verpflichtung zur aktiven Mitarbeit nicht nach, kann er durch die Krankenkasse aus einem Programm ausgeschrieben werden. Patienten können die Teilnahme an einem DMP jederzeit ohne Begründung beenden. Dadurch dürfen dem Patienten keine Nachteile in der Behandlung entstehen.

Für Ärzte ist die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen ebenfalls freiwillig. Um Leistungen im Rahmen des DMP abrechnen zu können, muss der koordinierende Arzt seine Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erklären. Die KVSH erteilt bei erfüllten Voraussetzungen die entsprechende Genehmigung. Da dem koordinierenden Arzt im DMP zusätzlicher Verwaltungsaufwand durch ausführliche Dokumentation entsteht, werden die Leistungen gesondert vergütet.

### DIE DOKUMENTATION – BASIS DER BEHANDLUNGSPROGRAMME

Die vom Arzt dokumentierten Patientendaten werden für die Erstellung der sogenannten Feedbackberichte genutzt. Aus diesen Berichten ist für den Arzt erkennbar, ob und in welchem Maß er die vereinbarten Qualitätsziele erreicht hat und wie er im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Praxen steht.

Erstellt werden die halbjährlichen Berichte von der Gemeinsamen Einrichtung der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Daten pseudonymisiert von einer externen Datenstelle erhalten.



Die Grafik zeigt den Datenfluss innerhalb eines Behandlungsprogramms. Die teilnehmenden Ärzte leiten die elektronisch erfassten DMP-Dokumentationen an die Datenstelle weiter. Diese prüft die Daten und bittet den Arzt gegebenenfalls, fehlerhafte Dokumentationen zu korrigieren.

Danach übermittelt die Datenstelle die Daten an die Gemeinsame Einrichtung von Ärzten und Krankenkassen, die für die ärztliche Qualitätssicherung (Feedback- und Qualitätsberichte) verantwortlich ist. Die Krankenkassen erhalten die Daten als Grundlage für die Steuerung der Programmabläufe sowie für die Betreuung und Information der teilnehmenden Versicherten.

Darüber hinaus müssen die Krankenkassen die dokumentierten Daten für die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten des Behandlungsprogramms zur Verfügung stellen. Bevor die Daten an einen externen Sachverständigen weitergegeben werden, müssen sie pseudonymisiert werden. Dadurch können keine Rückschlüsse auf einzelne Patienten oder Ärzte gezogen werden. Der Umgang mit den Patientendaten durch die beteiligten Stellen unterliegt strengen Datenschutzbestimmungen.

Quelle: AOK Niedersachsen

Auch für die Gemeinsame Einrichtung werden Halbjahresberichte erstellt. Hier werden im Unterschied zu den praxisindividuellen Berichten, die auswertbaren Daten aller Patienten\* zur Qualitätssicherung der DMP erfasst.

### GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND INHALTLICHE SCHWERPUNKTE

Die gesetzliche Grundlage der strukturierten Behandlungsprogramme bilden die Paragraphen 137f und g des Fünften Sozialgesetzbuches. Details und Anforderungen werden seit dem 1. Januar 2012 vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien festgelegt.

Inhaltliche Schwerpunkte von Disease-Management-Programmen sind:

- Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien (einschließlich Therapieempfehlung)
- Qualitätssicherung (qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie)
- Indikation und andere Voraussetzungen für die Einschreibung

\* Patienten, die mindestens ein halbes Jahr eingeschrieben sind

- Schulungen und Gesundheitsbildung
- Dokumentation (vollständig und plausibel)
- Evaluation

**AKTUELL GIBT ES FÜR FOLGENDE ERKRANKUNGEN DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME:**

- Diabetes mellitus Typ 2 (seit Juli 2002)
- Brustkrebs (seit Juli 2002)
- Koronare Herzkrankheiten – KHK (seit Mai 2003/Aktualisierung 2008)
- Diabetes mellitus Typ 1 (seit März 2004/Aktualisierung 2008)
- Asthma bronchiale (seit Januar 2005)
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung – COPD (seit Januar 2005)

Außerdem hat der Gemeinsame Bundesausschuss Ende 2016 ein Disease-Management-Programm für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz auf den Weg gebracht. Vorbereitet werden außerdem zwei weitere Behandlungsprogramme für Depression und Rückenschmerz.

**DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM DIABETES MELLITUS TYP 1 + 2**  
Typ-1-Diabetes ist eine Autoimmunerkrankung und gekennzeichnet durch einen zunehmenden bis absoluten Mangel an Insulin infolge der sukzessiven Zerstörung der Betazellen des Pankreas.

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch relativen Insulinmangel bei gestörtem Zuckerstoffwechsel (gestörte Insulinsekretion) entsteht. Daher wird diese Form auch als „erworbener“ Diabetes bezeichnet.

Die Therapie innerhalb des DMP Diabetes mellitus soll die Lebenserwartung erhöhen, sowie die Lebensqualität für den Patienten erhalten und verbessern.

**Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten individuelle Therapieziele anzustreben:**

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. erhöhte Urinausscheidung, gesteigerter Durst, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder wiederkehrende Unterzuckerung), sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie)
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen

Für Kinder und Jugendliche wurde im DMP Diabetes mellitus Typ 1 außerdem gesondert vereinbart:

- Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie)
- Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium, sowie die frühzeitige

- Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen)
- altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit
- möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken

**ÜBERSICHT: IN SCHLESWIG-HOLSTEIN EINGESCHRIEBENE PATIENTEN /ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG IM JEWEILIGEN DMP**

Diabetes Typ 1	Durchschnittsalter Patienten	45 Jahre
	Genehmigungsinhaber	67 Ärzte
	Anzahl eingeschriebene Patienten	8.525 Patienten

Diabetes Typ 2	Durchschnittsalter Patienten	68 Jahre
	Genehmigungsinhaber	1.715 Ärzte
	Anzahl eingeschriebene Patienten	118.383 Patienten

Koronare Herzkrankheit (KHK)	Durchschnittsalter Patienten	72 Jahre
	Genehmigungsinhaber	1.696 Ärzte
	Anzahl eingeschriebene Patienten	59.047 Patienten

Asthma	Durchschnittsalter Patienten	53 Jahre
	Genehmigungsinhaber	1.648 Ärzte
	Anzahl eingeschriebene Patienten	30.298 Patienten

COPD	Durchschnittsalter Patienten	68 Jahre
	Genehmigungsinhaber	1.503 Ärzte
	Anzahl eingeschriebene Patienten	21.537 Patienten

Brustkrebs	Durchschnittsalter Patienten	63 Jahre
	Genehmigungsinhaber	335 Ärzte
	Anzahl eingeschriebene Patienten	4.784 Patienten

SCHLESWIG-HOLSTEIN  
STAND: 31.12.2017

**DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM BRUSTKREBS**

Brustkrebs ist in Deutschland der häufigste bösartige Tumor, vor allem bei Frauen. Während jüngere Frauen nur sehr selten betroffen sind, steigt das Risiko mit zunehmendem Alter stark an. Besonders Frauen ab dem 40. und vor allem ab dem 50. Lebensjahr erkranken am sogenannten „Mammakarzinom“. Dies betrifft laut der Deutschen Krebsgesellschaft jährlich zirka 70.000 Frauen. Bei Männern sind es bundesweit jährlich nur rund 600 Fälle. Rechtzeitig erkannt und behandelt, sind die meisten Erkrankungen heilbar. Pro Jahr sterben aber immer noch über 17.000 Frauen an dieser Krebsart, so dass Brustkrebs bei Frauen die häufigste krebserkrankte Todesursache in Deutschland darstellt (Quelle der Zahlen: Deutsche Krebsgesellschaft und Robert Koch-Institut).

Der Schwerpunkt des Disease-Management-Programms (DMP) Brustkrebs liegt seit seiner Einführung im Juli 2002 auf der Primärtherapie. Der Gynäkologe ist der koordinierende Arzt, er arbeitet eng mit zertifizierten Brustzentren zusammen. Die Brustzentren unterliegen strengen Qualitätsanforderungen und entscheiden über die Therapieoptionen, wie zum Beispiel Operation, Chemotherapie, Radiotherapie oder Hormontherapie.

### Wesentliche Ziele des DMP Brustkrebs sind:

- Versorgung nach aktuellem Stand medizinisch gesicherter Erkenntnisse
- Vermeidung von Rezidiven
- Vermeidung eines Fortschreitens der Erkrankung
- Vermeidung von Folgekomplikationen
- Verbesserung der Lebensqualität der Patienten
- Kooperation aller an der Behandlung Beteiligten

### DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM KORONARE HERZKRAKHEITEN (KHK)

Als koronare Herzkrankheit (kurz KHK) bezeichnet man eine chronische Erkrankung des Herzens, die durch die Ablagerung von Plaques in den Koronararterien ausgelöst wird. Die betroffenen Arterien verengen sich zunehmend, der Herzmuskel ist nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt.

Die KHK ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

- Senken der Sterblichkeitsrate
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz
- Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit

### DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM ASTHMA BRONCHIALE

Asthma bronchiale ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege, die charakterisiert ist durch eine Überempfindlichkeit der Bronchien, welche zu Atemnot und Hustenreiz führt.

Durch optimale Symptomkontrolle dient die Therapie insbesondere der Steigerung der Lebenserwartung, außerdem der Erhaltung und der Verbesserung der Lebensqualität.

Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:

- Reduktion der asthmabedingten Sterblichkeit
- Vermeidung/Reduktion von:
  - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Asthma-Anfälle)
  - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen
  - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag
  - des Fortschreitens der Krankheit
  - unerwünschten Wirkungen der Therapie

### DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM CHRONISCHE OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNGEN (COPD)

Unter einer COPD (chronic obstructive pulmonary disease) versteht man eine chronisch fortschreitende Erkrankung der Lunge, die auf entzündeten und dauerhaft verengten Atemwegen beruht. Typische COPD-Symptome sind Husten mit Auswurf und Atemnot bei Belastung.

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der Lebensqualität.

Folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben – Vermeidung/Verminderung von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Krankheitsverschlechterung, Begleit- und Folgeerkrankungen)
- krankheitsbedingter Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag
- eines raschen Fortschreitens der Erkrankung; angestrebt wird die bestmögliche Lungenfunktion bei gleichzeitiger Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie
- Reduktion der COPD-bedingten Letalität
- adäquate Behandlung der Begleiterkrankungen

Neue Psychotherapievereinbarung

# Zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen – ambulantes Therapieangebot Psychotherapie erweitert

*Psychische Störungen zählen laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI 2016) seit 20 Jahren zu den häufigsten Ursachen krankheitsbedingter Fehlzeiten am Arbeitsplatz – Tendenz steigend. In Schleswig-Holstein sehen sich knapp 1500 Vertragspsychotherapeuten, die die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen übernehmen, einer zunehmenden Zahl von Patienten gegenüber. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz – das ist kein Geheimnis – sind lang. Zu lang für Menschen, die sich in einer psychischen Krise befinden. Der Gesetzgeber hat bereits im Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die ambulante psychotherapeutische Versorgung auf den Prüfstand zu stellen, notwendige Reformen vorzunehmen und in der Psychotherapierichtlinie festzulegen.*

## **DIE NEUE PSYCHOTHERAPIERICHTLINIE IST AM 1. APRIL 2017 IN KRAFT GETRETEN**

Diese legt fest, unter welchen Voraussetzungen und in welcher Form Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden kann. Sie regelt auch, bei welchen Erkrankungen ein gesetzlich Versicherter Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung hat, welche psychotherapeutischen Verfahren und Methoden eingesetzt und welche diagnostischen und therapeutischen Leistungen erbracht werden können.

## **NEU – DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE SPRECHSTUNDE**

Die wesentliche Änderung der neu gefassten Richtlinie ist die Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden. Sie ermöglichen Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen eine direkte und schnellere erste Kontaktaufnahme zum Therapeuten. In dieser Sprechstunde wird zeitnah abgeklärt, ob eine psychische Störung mit Krankheitswert vorliegt und welches weitere Vorgehen ratsam ist: Ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung notwendig? Reichen gegebenenfalls spezielle Beratungsangebote aus? Dem Therapeuten kommt hier also eine wichtige neue Aufgabe zu – er weist dem Patienten den weiteren Weg für die Behandlung. Entsprechend der Richtlinie müssen Psychotherapeuten künftig mindestens 100 Minuten Sprechstundenzeit bzw. 50 Minuten (bei halbem Versorgungsauftrag) pro Woche anbieten.

## **SCHNELLE HILFE IN DER AKUTEN KRISE**

Menschen in akuten Krisen können künftig kurzfristig Hilfe in Form einer Akutbehandlung in Anspruch nehmen. Sie ist für psychisch kranke Menschen gedacht, die möglicherweise ohne psychotherapeutische Hilfe schwerer erkranken würden, ggf. ihrer Arbeit nicht mehr nachkommen könnten oder gar in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssten. Die „Soforthilfe im Ausnahmezustand“ kann die Chronifizierung der Erkrankung verhindern und strebt primär

die Besserung der akuten Krise an. Sie dient nicht der umfassenden Bearbeitung der zugrundeliegenden Einflussfaktoren. Eine Akutbehandlung im Sinne der Richtlinie ist im Regelfall erst nach Abklärung in der psychotherapeutischen Sprechstunde möglich.

## **ENGERE KOOPERATION ZWISCHEN KVSH UND PSYCHOTHERAPEUTEN**

Für die Therapeuten bedeutet die Strukturreform in der Psychotherapie natürlich auch Veränderungen im Praxisalltag: Sie melden der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in welcher Form sie die Sprechstunden anbieten – mit Terminvereinbarung oder innerhalb eines bestimmten Zeitfensters.

Eine engere Kooperation zwischen Therapeuten und Kassenärztlichen Vereinigungen kommt außerdem dadurch zustande, dass seit Inkrafttreten der neuen Psychotherapievereinbarung Termine über die Terminservicestellen der KVSH vergeben werden. Sowohl für die psychotherapeutische Sprechstunde, als auch für eine indizierte Akutbehandlung kann sich der Patient an die Terminservicestelle wenden. Sie ist zunächst behilflich einen Termin in einer geeigneten psychotherapeutischen Sprechstunde zu vermitteln. Besteht im Anschluss die Indikation für eine weiterführende Akutbehandlung, können die Servicestellen ebenfalls bei der Vermittlung eines Behandlungsplatzes helfen.

Zusätzlich wurde die telefonische Erreichbarkeit psychotherapeutischer Praxen definiert. Diese umfasst pro Woche 200 Minuten telefonische Erreichbarkeit bei vollem und 100 Minuten bei halbem Versorgungsauftrag. Die genauen Zeiten müssen seit dem 1. April 2017 den Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt gegeben werden. Die jeweiligen Krankenkassen erhalten diese Daten, um im Bedarfsfall ihre Patienten informieren zu können.

### WENIGER BÜROKRATIE FÜR DEN THERAPEUTEN

Die Neufassung der Richtlinie bringt etwas weniger Bürokratie mit sich. So ist zum Beispiel der Beginn der oben genannten Akutversorgung nicht genehmigungspflichtig, sondern lediglich bei der jeweils zuständigen Krankenkasse anzeigepflichtig. Zusätzlich wurden einzelne Bewilligungsschritte verkürzt und die Therapiesitzungskontingente einer antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie teilweise erweitert.

### WEITERE NEUERUNGEN

Es steht sowohl Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen psychotherapeutische Hilfe in Form einer Kurz- oder Langzeittherapie zur Verfügung. Welche Vorgehensweise oder Therapieform sich im individuellen Fall als besonders unterstützend erweist, bringt der jeweilige Einzelfall mit sich. Seit der Reform können für die Behand-

lung von Kindern- und Jugendlichen auch „relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld“ miteinbezogen werden, beispielsweise Lehrer oder Erzieher.

Nach Beendigung einer Langzeittherapie besteht die Möglichkeit einer Rezidivprophylaxe. Diese dient der Vermeidung von Rückfällen und ermöglicht einen schnelleren Zugang zum Therapeuten. Sie kann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie durchgeführt werden. Dabei können Stunden aus dem Langzeittherapiekontingent genutzt werden.

## In Schleswig-Holstein tätige Psychotherapeuten

Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren Stand 31.12.2017	
Ärzte	Psychologen
385	660

## Therapeuten nach Therapieverfahren

	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	497	22	134
davon Ärzte	290	10	44
Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	394	23	82
davon Ärzte	67	2	24
Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	66	3	29
davon Ärzte	28	1	0

# Übersicht: Psychotherapeutische Versorgung seit dem 1. April 2017

*Eine entsprechende Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung erfolgte im Mai 2017*

## TELEFONISCHE ERREICHBARKEIT PSYCHOTHERAPEUTISCHER PRAXEN:

- 200 Minuten pro Woche bzw. 100 Minuten bei halbem Versorgungsauftrag
- Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind behilflich bei der Terminvermittlung in eine geeignete psychotherapeutische Praxis

## SPRECHSTUNDE:

- 100 Minuten Sprechstunde pro Woche bzw. bei halbem Versorgungsauftrag 50 Minuten pro Woche
- für Kinder, Jugendliche und deren Eltern sind bis zu 10 x 25-minütige Termine möglich
- für Erwachsene sind 6 x 25-minütige Termine möglich
- vor einer möglichen Weiterbehandlung sind 50 Minuten Sprechstundenzeit verpflichtend

## AKUTBEHANDLUNG:

- wird möglich, nachdem mindestens 50 Minuten Sprechstunde absolviert wurden, d. h. Voraussetzung ist die Einholung eines Konsiliarberichtes im Rahmen der Sprechstunde
- bis zu 24 x 25-minütige Termine
- erfolgt als Einzeltherapie

Besteht nach der Akutbehandlung die Indikation zu einer Richtlinien-Therapie erfolgen probatorische Sitzungen.

## PROBATORIK:

- Erwachsene: mindestens 2 bis maximal 4 Sitzungen
- Kinder und Jugendliche: mindestens 2 bis maximal 6 Sitzungen

Kein weiterer Behandlungsbedarf

## VERMITTLUNG WEITERER/ANDERER BEHANDLUNGSMETHODEN:

- andere Fachärzte (z. B. Psychiater)
- Krankenhaus
- Beratungsstellen
- Suchthilfe
- Rehabilitation, usw.
- gemeindepsychiatrische Einrichtungen

## KURZZEITTHERAPIE (BIS ZU 24 SITZUNGEN):

Einzeltherapie oder Gruppentherapie (3-9 Teilnehmer) möglich

### Therapieeinheiten:

- Einzeltherapie 25 oder 50 Minuten
- Gruppentherapie 100 Minuten

### Behandlungsformen:

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

### Behandlungsumfang bei übenden und suggestiven Interventionen:

- Autogenes Training
- Jacobsonsche Relaxationstherapie
- Hypnose

außerdem: EMDR\* ausschließlich für Erwachsene mit posttraumatischer Belastungsstörung

## LANGZEITTHERAPIE (JE NACH THERAPIEVERFAHREN BIS ZU 300 SITZUNGEN):

Einzeltherapie oder Gruppentherapie (3-9 Teilnehmer) möglich

### Therapieeinheiten:

- Einzeltherapie 25 oder 50 Minuten
- Gruppentherapie 100 Minuten

### Behandlungsformen/ Behandlungsumfang bei übenden und suggestiven Interventionen:

siehe Kurzzeittherapie

## REZIDIVPROPHYLAXE:

- nach Beendigung einer Langzeittherapie
- bis zu 2 Jahre nach Therapieende nutzbar, um ggf. Rückfälle zu vermeiden

# FACH FACHÜBERGREIF PSYCHOTHERAPEU INDIKATIONEN HAUSÄRZTLICH 35

## Qualitätszirkel – Qualitätsentwicklung

*Neben der Qualitätssicherung gehört die Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung zu den Kernaufgaben der KVSH. Exemplarisch für Qualitätsförderung und Fortbildungsmaßnahmen steht die Arbeit der ärztlichen und psychotherapeutischen Qualitätszirkel (QZ). Ärzte und Psychotherapeuten tauschen sich zu einer Vielzahl von Themen aus – von A wie Akupunktur bis Z wie Zytologie.*

•  
**ÄRZTLICH 59**  
**FEND 75**  
**TISCH 69**  
**BEZOGEN 80**  
**SONSTIGE 28**

Qualitätsmanagement 5

DIABETES 26

In den Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind Qualitätszirkel neben den Ringversuchen, Stichprobenprüfungen und Kolloquien als anerkanntes Qualitätsverfahren beschrieben. Diese Richtlinien bilden wiederum die Grundlage für regionale Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die Ausgestaltung der Qualitätszirkelarbeit. In Schleswig-Holstein finden sie sich wieder in den Grundsätzen des Vorstandes der KVSH zur Gestaltung, Durchführung und Anerkennung von Qualitätszirkeln. Dort werden die für die Anerkennung notwendigen Voraussetzungen genannt und detailliert Kriterien festgelegt, wie diese ausgestaltet sein müssen. So sollen die Treffen unter anderem kontinuierlich stattfinden, eine feste Teilnehmergruppe von mindestens fünf Teilnehmern aus der vertragsärztlichen Versorgung umfassen, durch einen geschulten ärztlichen Moderator geleitet und gegenüber der KVSH dokumentiert werden.

Im Herbst 1993 – vor mehr als zwei Jahrzehnten – trafen sich die ersten Hausärzte zu Qualitätszirkeltreffen. Seitdem hat sich die Arbeit der Qualitätszirkel in Schleswig-Holstein nicht nur etabliert, sondern in der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung flächendeckend verbreitet und ständig weiterentwickelt.

Regelmäßig, auf freiwilliger Basis und frei von Interessen Dritter, treffen sich Vertragsärzte und –psychotherapeuten, um in kleineren Gruppen aktuelle Themen aus dem Praxisalltag zu diskutieren, gemeinsam Therapiekonzepte zu erarbeiten, ihre tägliche Arbeit zu reflektieren, kritisch zu hinterfragen und gemeinsam nach Lösungen für besondere Fälle aus der Praxis zu suchen. Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung. Von den Erfahrungen aus dem interkollegialen Diskurs profitieren letztlich die Patienten in der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung.

Der kollegiale fachliche Austausch direkt an der Versorgungsbasis ist nur durch das hohe ehrenamtliche Engagement von ausgebildeten Moderatoren möglich. Diese strukturieren und begleiten die Gruppe, auch im interdisziplinären Austausch.

Als Unterstützung für die Tätigkeit der Moderatoren hat die KBV bereits mehr als 35 Themen-Module entwickelt. Diese dienen der Zirkelarbeit als Unterstützung, geben Impulse und bieten den Moderatoren Leitfäden für die Moderation von Qualitätszirkeln an. Präsentationen, Musterdokumente und Moderationshilfen werden zur Verfügung gestellt, die nach Bedarf individuell angepasst werden können. Im

Jahr 2017 wurden die Module „Ambulante Palliativversorgung“ und „Arzt-Patienten-Kommunikation“ neu entwickelt. Seit März 2017 sind alle Module zum freien Download auf der Internetseite der KBV verfügbar ([www.kbv.de/Qualitätszirkel](http://www.kbv.de/Qualitätszirkel)).

Die positiven Auswirkungen dieses ursprünglich rein ärztlichen Instrumentes der Qualitätszirkelarbeit auf die Gesundheitsversorgung haben auch die gesetzlichen Krankenkassen und die Gesundheitspolitik entdeckt. Dies spiegelt sich insbesondere darin wieder, dass inzwischen immer mehr Verträge die Teilnahme an Qualitätszirkeln fordern wie z. B. die Verträge zu Disease Management Programmen (DMP), siehe Seite 20 und in der Palliativversorgung, siehe Seite 16.

Die KVSH hat die Tätigkeit von Beginn an in vielfältiger Hinsicht gefördert:

- finanziell durch die Aufwandsentschädigung für die Moderatoren
- materiell durch die Bereitstellung von Arbeitsmaterialien z. B. durch den Verleih von Moderatorentafeln und Flip Charts
- inhaltlich durch die Ausbildung von Moderatoren, die Verwaltung der Zirkeltreffen und die Weiterleitung der Fortbildungspunkte für die teilnehmenden Ärzte

Seit 2005 stehen den Moderatoren zudem von der KBV ausgebildete Tutoren zur Seite. Sie haben als Vertragsärzte und langjährige Mode-

ratoren Erfahrungen sammeln können und bieten ihren Kollegen inhaltliche und organisatorische Hilfe an. Aufgrund ihrer Erfahrungen aus der praktischen Arbeit als Moderator können sie zudem neue Impulse geben.

Eine Besonderheit in Schleswig-Holstein stellt die vereinfachte Akkreditierung dar, die die KVSH mit der Ärzte- und Psychotherapeutenkammer vereinbart hat. Die Mitarbeit in den von der KVSH anerkannten Qualitätszirkeln wird mit vier Fortbildungspunkten bewertet. Der Moderator erhält einen Zusatzpunkt für jedes moderierte Treffen. Diese Punkte werden von der KVSH für die an der vertragsärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten an die Kammern weitergeleitet.

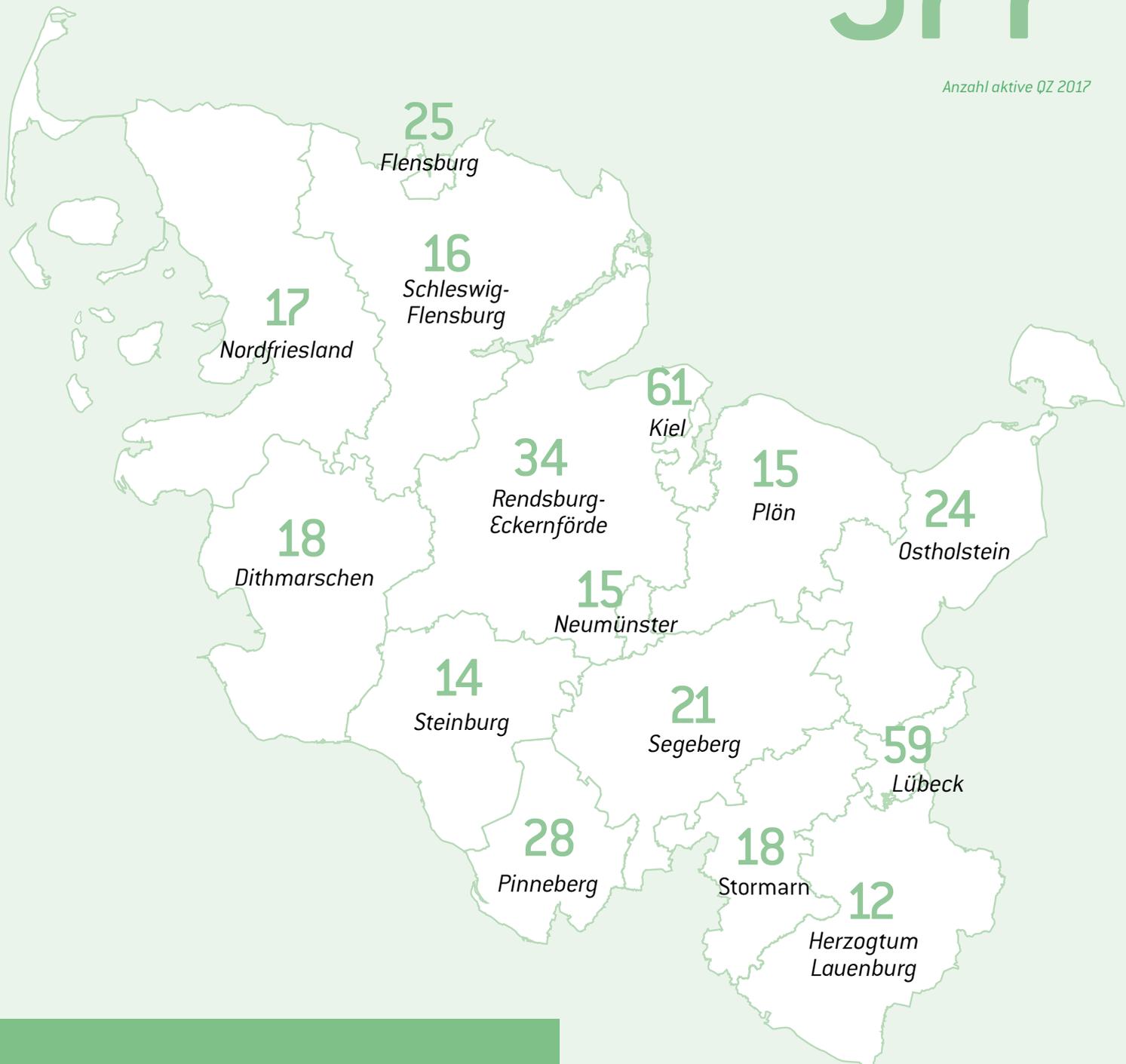
Im Jahr 2017 existierten in Schleswig-Holstein 377 Zirkel mit 2.746 Teilnehmern. Aktiv beteiligt waren dabei 222 Moderatoren. Sechzehn neue Moderatoren wurden im September 2017 in einem Seminar von drei Tutoren ausgebildet

# Qualitätszirkelarbeit in Zahlen

QUALITÄTSZIRKEL-LANDSCHAFT SCHLESWIG-HOLSTEIN

# 377

Anzahl aktive QZ 2017



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

[www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) ▶ Praxis ▶ Qualität und Fortbildung ▶ Qualitätszirkel

Quelle: KVSH

# Fortbildungsangebot 2017

## SEMINARE FÜR ÄRZTE

319 Teilnehmer

PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG ONKOLOGIE

132 Teilnehmer

REFRESHERKURS SONOGRAFIE SÄUGLINGSHÜFTE

31 Teilnehmer

ERFAHRUNGSAUSTAUSCH SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

26 Teilnehmer

HAUTKREBSSCREENING

52 Teilnehmer

QUALITÄTSANFORDERUNGEN IN DER KONVENTIONELLEN RÖNTGENDIAGNOSTIK

78 Teilnehmer

## SEMINARE FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

32 Teilnehmer

TELEFONTRAINING

32 Teilnehmer

## ÄRZTE UND PRAXISPERSONAL (DMP)

81 Teilnehmer

DIABETES OHNE INSULIN

57 Teilnehmer

DIABETES MIT INSULIN

10 Teilnehmer

KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK)

14 Teilnehmer

## ÄRZTE UND PRAXISPERSONAL (QUALITÄTSMANAGEMENT)

109 Teilnehmer

QEP- QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN - EINFÜHRUNGSSEMINAR

36 Teilnehmer

QEP- QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN - SPEZIAL

73 Teilnehmer

## ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN (QUALITÄTSZIRKEL)

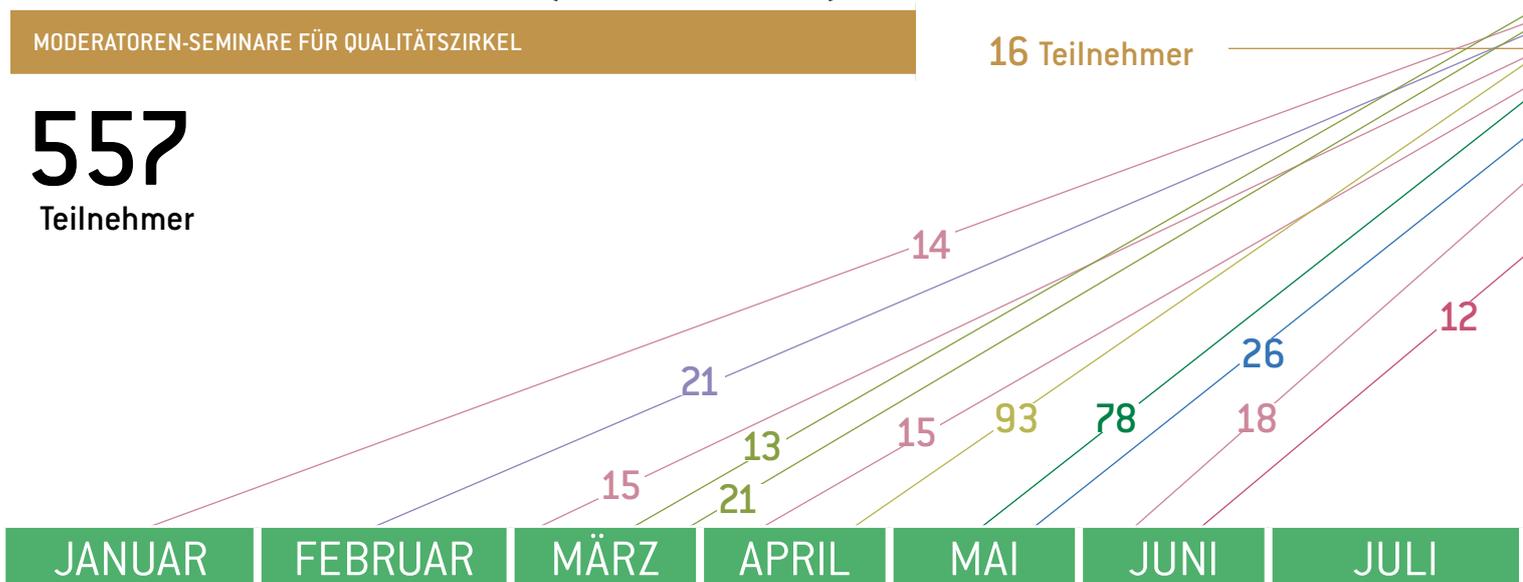
16 Teilnehmer

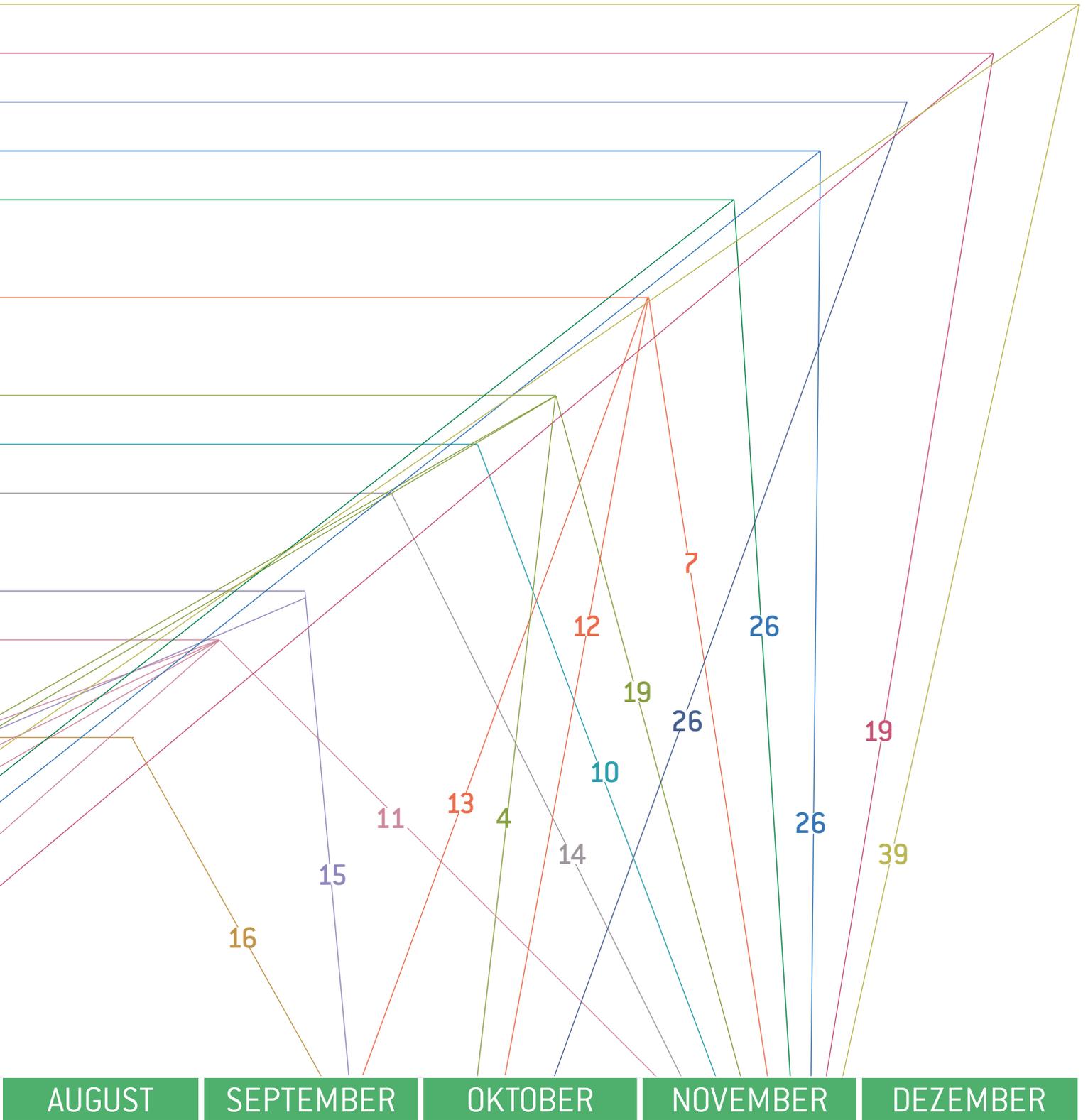
MODERATOREN-SEMINARE FÜR QUALITÄTSZIRKEL

16 Teilnehmer

# 557

Teilnehmer





# Hilfreiche Internetseiten

## [WWW.KVSH.DE](http://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](http://WWW.KBV.DE)

Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

## [WWW.KBV.DE/QEP](http://WWW.KBV.DE/QEP)

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

## [WWW.G-BA.DE](http://WWW.G-BA.DE)

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

## [WWW.AEKSH.DE](http://WWW.AEKSH.DE); [WWW.PKSH.DE](http://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](http://WWW.BAEK.DE); [WWW.BPTK.DE](http://WWW.BPTK.DE)

Homepages der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer

## [WWW.AEZQ.DE](http://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](http://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 Paragraph 136ff. SGB V und Paragraph 137a SGB V im Speziellen. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses entwickelt das Institut Instrumente zur externen Qualitätssicherung und zur verständlichen Veröffentlichung der Ergebnisse. Auf der Homepage des Instituts werden unter anderem die Ergebnisse der laufenden Qualitätssicherungsverfahren aber auch Ausschreibungen veröffentlicht.

**WWW.RKI.DE**

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

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

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

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

**WWW.HYGIENE-MEDIZINPRODUKTE.DE**

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

**WWW.BGW-ONLINE.DE**

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

**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 Paragraph 135 Abs. 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

## ANGIOGRAFIE

Röntgendiagnostisches Verfahren zur Darstellung von Blutgefäßen unter Einsatz von Kontrastmittel

## APHERESEN

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

## ARTHROSKOPISCHE UNTERSUCHUNGEN

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

## AUDIT

Das Audit ist ein systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von 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 geringstmöglichem Ressourceneinsatz erreicht oder alternativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert wird. Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.



### **EINHEITLICHER BEWERTUNGSMASSTAB (EBM)**

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

### **EKG (ELEKTROKARDIOGRAMM)**

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

### **ENDOSKOP**

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

### **ENDOSKOPIE**

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

### **ERADIKATION**

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

### **ERGEBNISQUALITÄT**

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

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

### **EVALUATION**

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

### **EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (EbM)**

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

### **FACHARZT**

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

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

### **FEEDBACK**

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

### **FORTBILDUNG**

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

### **GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (G-BA)**

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

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

### HÄMATOLOGIE

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

### HAUSARZT

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

### HYGIENEPRÜFUNGEN

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

Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen.

### INDIKATION

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

### INDIKATOR

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

### INVASIVE KARDIOLOGIE

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

### IVM

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

### KERNSPINTOMOGRAFIE/ MAGNETRESONANZTOMOGRAFIE (MRT)

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

### KOLLOQUIUM

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

### KOLOSKOPIE

Darmspiegelung mittels Endoskop

### LEITLINIEN

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

### MAMMOGRAPHIE

Radiologische Untersuchung der Brust

### MEDIZINPRODUKTEGESETZ (MPG)

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

### MODERATOR

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

### MOLEKULARGENETIK

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

### MRSA

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

### NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIEN

Nationale Versorgungsleitlinien sind ärztliche Entscheidungshilfen für die strukturierte medi-

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

### NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE

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

### NEPHROLOGIE

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

### NUKLEARMEDIZIN

Diagnostische und therapeutische Anwendung radioaktiver Substanzen

### ONKOLOGIE

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

### OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN (OAE)

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

### PHOTODYNAMISCHE THERAPIE (PDT)

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

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

### PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE (PTK)

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

### POLYGRAFIE

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

### POLYPEKTOMIE

Endoskopische Entfernung von Darmpolypen

### POLYSOMNOGRAFIE

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

### PROZESSQUALITÄT

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



### PSYCHOTHERAPIE

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

### PTCA (PERKUTANE TRANSLUMINALE KORONARANGIOPLASIE)

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

### QUALITÄT

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

### QUALITÄTSINDIKATOR

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

### QUALITÄTSMANAGEMENT

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

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

### QUALITÄTSSICHERUNG

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

### QUALITÄTSSICHERUNGS-KOMMISSIONEN

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

### QUALITÄTSMANAGEMENT-SYSTEM (QM-SYSTEM)

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

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

### QUALITÄTSSCHLEIFEN

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

### QEP®

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

### RADIOLOGIE

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

### REZERTIFIZIERUNG

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

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

### RICHTLINIEN

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

### SCHLAFAPNOE

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

### SCREENING

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

### SONOGRAFIE

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

### SOZIALPSYCHIATRIE

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

### SOZIOThERAPIE

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

### STANDARDISIERUNG

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

### STOSSWELLENLITHOTRIPSIE

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

### STRUKTURQUALITÄT

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

### SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG 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 (Ausgabe 4, 2007),  
Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([www.kbv.de](http://www.kbv.de))  
und Qualitätsbericht der KVSH (2005).

§ 135

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

§ 135a

Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

§ 135b

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

§ 136

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

§ 136d

Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

§ 137

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

§ 137a

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

§ 137b

Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

§ 137f

Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

# Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung

## ZUSTÄNDIGKEIT UND ORGANISATION

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

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

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

- das Vertragsarztrecht (SGB V sowie abgeleitete Normen, zum Beispiel Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)
- staatliche Normen (zum Beispiel 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. Paragraf 140f Abs. 2 SGB V regelt, dass den Interessenvertretungen der Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird.

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

#### § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss

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

#### § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Nach § 135 Abs. 1 SGB V dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu Richtlinien erlassen hat. Diese Richtlinien müssen Empfehlungen enthalten:

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

Sollte die Überprüfung der oben genannten Kriterien ergeben, dass diese nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden.

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

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

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

#### § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

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

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

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Deren Ziele und Ergebnisse müssen die Organisationen dokumentieren und jährlich veröffentlichen. Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in allen Kassenärztlichen Vereinigungen Standard. Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen, in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig.



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

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

### § 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

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

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

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

### § 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

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

### § 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

### § 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

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

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

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



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

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

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

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

## § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für welche strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

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

## § 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

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

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

## Impressum

### Herausgeber

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

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

Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH

### Redaktion

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

### Grafik

Borka Totzauer

### Druck

Grafik & Druck, Kiel

### Foto

istockphoto.com, Dirk Schnack

Die Publikation, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. 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](http://www.kvsh.de)

