

**Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung
in der vertragsärztlichen Versorgung¹**

**von
Günter Ollenschläger und Wolfgang Mohr**

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, Fischer Verlag Jena
1997; 91: 59-67)

¹ Nach einem Vortrag im Rahmen der Baden-Württembergischen BKK-Tage 1996

Zusammenfassung

Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement werden zunehmend zu beherrschenden Themen des deutschen Gesundheitswesens. Dabei wird Qualität in den gesundheitspolitischen Diskussionen von Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen, Politikern als vorrangiges Versorgungsziel genannt, allerdings zunehmend unter den unterschiedlichsten Vorzeichen ordnungspolitischer, ökonomischer und fachbezogener oder partikularer Interessenpositionen.

Um eine einseitige Diskussion der Qualitätsfragen (nur unter der Zielsetzung einer Effizienzsteigerung und Kostendämpfung) zu vermeiden legten die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Frühjahr 1996 in einer gemeinsamen

Bestandsaufnahme 10 Thesen zur medizinischen Qualitätssicherung und

Qualitätsverbesserung vor: (1) Medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

stehen im Dienste der Patientenversorgung. (2) Medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung dienen nicht primär der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.

(3) Qualitätssicherungsprogramme müssen problemorientiert und koordiniert sein, die Qualität im ambulanten und im stationären Versorgungsbereich kann nicht unterschiedlich sein. Die Angemessenheit von Qualitätssicherungsprogrammen muß konsequent evaluiert werden. (5)

Transparenz, Kommunikation und Kooperation sind Voraussetzungen erfolgreicher

Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. (6) Umfassende interne Qualitätssicherung ist

die Basis der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. (7) Externe Qualitätssicherung soll den

Anstoß zur vorrangigen Entwicklung interner Qualitätssicherungsverfahren geben. (8)

Qualitätssicherung hat nur dann eine Chance auf Verwirklichung, wenn sie von der

Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen getragen wird, qualitativ hochwertige

Leistungen zu erbringen, das eigene Tun einer kontinuierlichen Überprüfung und

Verbesserung zu unterziehen und es mit anderen zu vergleichen. (9) Qualität hat ihren Preis.

(10) Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung sind die Eckpfeiler einer

Qualitätspolitik im Gesundheitswesen. Die aktuelle Situation und zukünftige Entwicklungen

der Qualitätssicherung im ambulanten Versorgungsbereich werden im vorliegenden Aufsatz

diskutiert.

Schlagwörter:

Qualitätssicherung, Umfassendes Qualitätsmanagement, Qualität im Gesundheitswesen, Gesundheitspolitik

Zum Stand der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen um den Stellenwert der Qualitätssicherung wurde wiederholt die Behauptung aufgestellt, daß die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich erheblich im Rückstand sei (2, 30). Im Gegensatz hierzu wird von anderer Seite hervorgehoben, daß "aus vielen Eindrücken unter Berücksichtigung des internationalen Vergleichs und aus einer Reihe von Kenndaten geschlossen werden (kann), daß die medizinische Versorgung in Deutschlandin vielerlei Hinsicht vorbildlich ist. Das kommt auch in Umfragen über die Zufriedenheit der Versicherten und Patienten mit den Versorgungsverhältnissen zum Ausdruck"(4). Mehrfach wurde angemerkt, daß das deutsche Gesundheitssystem - gemessen an der Situation in den meisten vergleichbaren Ländern - über ein ausgesprochen umfassendes Regelwerk zur Steuerung der Strukturqualität verfüge (13, 29). Weißbauer wies auf dem Chirurgenkongreß 1995 gar darauf hin, daß in Deutschland auf dem Gebiet der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung die Überreglementierung und Bürokratisierung bereits offensichtlich seien (33).

In der Vielzahl der Vorschriften für die Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland spiegeln sich die unterschiedlichen Zuständigkeiten, Pluralität und föderale Strukturen des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems wider. Dabei dominieren traditionell Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität gegenüber Instrumenten der Prozeß- und Ergebnisqualität (11). Dieses Ungleichgewicht ist unschwer durch die Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens zu erklären:

- Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität / ärztlichen Qualifikation sind in der Mehrzahl bundeseinheitlich geregelt und werden durch die ärztliche Selbstverwaltung organisiert (zum Beispiel das ärztliche Weiterbildungssystem durch Bundesärztekammer und Ärztekammern, Regelwerke der vertragsärztlichen Versorgung mit Einfluß auf die ärztliche Qualifikation durch Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen).
- Instrumentarien zur Sicherung der Prozeß- und/oder Ergebnisqualität sind - mangels Akzeptanz und gesellschaftlichen Anreizes - für viele Bereiche noch nicht routinereif entwickelt oder, wenn vorhanden, aufgrund fehlender vertraglicher Strukturen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern nicht in die Routineversorgung integriert worden.

Darüber hinaus wird häufig die Tatsache ignoriert, daß die medizinische Qualitätssicherung eine moderne Bezeichnung für ärztliche Maßnahmen darstellt, die zum obligatorischen Bestandteil ärztlichen Handelns gehören. Qualität ist ein Merkmal des alltäglichen Versorgungsgeschehens in Klinik und Praxis. Ärztinnen und Ärzte waren seit jeher, vor allem aus ihrer Verpflichtung gegenüber den sich ihnen anvertrauenden Patientinnen und Patienten heraus, gehalten, auf die Qualität ihrer Leistung zu achten, diese Qualität zu garantieren und weiterzuentwickeln.

Dementsprechend sind Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung herausragende Aufgaben der ärztlichen Berufsausübung und somit zentrale Anliegen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften, der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände.

Stand der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

Die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften der vertragsärztlichen Selbstverwaltung als eine der wichtigsten Voraussetzungen für den Erhalt und die Weiterentwicklung des Niveaus der ambulanten Gesundheitsversorgung angesehen (16). Qualität in der ambulanten Gesundheitsversorgung bedeutet demnach eine bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte, dabei an der Lebensqualität orientierte Betreuung eines Patienten zur Lösung seiner somatischen und psychischen Probleme auf hohem Leistungsniveau. Die Sicherung der Qualität der ärztlichen Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung hat zum Ziel, die Qualität der Arbeitsprozesse und der Arbeitsergebnisse zu wahren und zu verbessern. Zur Erreichung dieses Zieles sind Problembereiche rechtzeitig zu identifizieren und zu analysieren, geeignete Problemlösungsansätze zu entwickeln und diese dann erfolgreich umzusetzen.

Ausschüsse und Arbeitskreise, die sich systematisch mit Fragen der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung beschäftigen, existieren bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereits seit über 20 Jahren. Die rechtlichen Grundlagen zur Erfüllung ihrer Aufgaben sind im SGB V sowie den hieraus abgeleiteten Richtlinien und Verträgen geregelt (15-22).

Bundesweite Geltung haben neben dem SGB V selbst die Richtlinien des Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen, der EBM sowie die Bundesmantelverträge mit Primärkassen und Ersatzkassen. Dabei liegt die Definition von Instrumenten zur Qualitätssicherung bestimmter vertragsärztliche Tätigkeiten seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes zum 1.1.1989 nicht mehr in der alleinigen Zuständigkeit der KBV, sondern in der gemeinsamen Zuständigkeit der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen (im Falle des ambulanten Operierens zusätzlich der Deutschen Krankenhausgesellschaft). Einzige Ausnahme ist die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V, die von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschlossen wird.

Tab.1: Regelungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung gemäß SGB V (Quelle: KBV-Tätigkeitsbericht)

Regelungen	QS-Bereiche	Regelungsinhalte
Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b Abs.1	Struktur-/ Ergebnisqual.	fachliche, apparative, räumliche Voraussetzungen sowie Anforderungen an die Dokumentation
Richtlinien für neue Untersuchungs-/ Behandlungsmethoden nach § 135 Abs.1°.	Strukturqual. Prozeßqual.	fachliche und apparative Voraussetzungen
Qualifikationserfordernisse für besondere vertragsärztl.Leistungen nach §135Abs.2	Strukturqual.	fachliche, apparative, räumliche, organisatorische Voraussetzungen
KBV-Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 3	Prozeßqual.	organisat. Voraussetzungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, Regelungen für die Durchführung der Maßnahmen nach § 135 Abs. 1,2 und § 136
Qualitätssicherung bei ambulanten Vorsorgeleistungen / Rehabilitationsmaßnahmen nach § 135 a	u.a. Strukturqual.	sind im einzelnen noch nicht festgelegt
Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien nach § 136° für die Durchführung von Stichproben im Einzelfall	Ergebnisqual.	Anforderungen an die Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen (z.B. diagnostische Bildqualität)

°) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Nach § 91 Abs. 1 SGB V bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Dieser Ausschuß beschließt - gemäß § 92 SGB V - die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.

Tab.2: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Regelungen	QS-Bereiche	Regelungsinhalte
Arzneimittel-Richtlinien	Struktur-/ Prozeßqual.	Qualität der Therapeutika Definition der Maßnahmen
Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien	Prozeßqual. Strukturqual.	Definition der Maßnahme Dokumentation, Auswertung
Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien	Struktur-/ Prozeßqual.	Qualifikation der Therapeuten, Qualität der Therapeutika Definition der Maßnahmen Empfehlungen für die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung
Kinder-Richtlinien	Prozeßqual. Strukturqual.	Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung, Dokumentation, Qualifikation Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen
Krebsfrüherkennungs-Richtlinien	Prozeßqual. Strukturqual.	Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung, Dokumentation
Richtlinien über künstliche Befruchtung	Struktur-/ Prozeßqual.	fachl. Voraussetzung , Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung
Mutterschafts-Richtlinien	Struktur-/ Prozeßqual.	fachliche Voraussetzung, Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung, Dokument.
NUB-Richtlinien (neue Unter- suchungs- und Behandlungsmethoden)	Strukturqual Prozeßqual.	fachl. Voraussetzung, Definition der Maßnahme. Dokumentation
Psychotherapie-Richtlinien	Strukturqual. Prozeßqual.	fachliche Voraussetzungen, Therapieformen

Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über

- (1) ärztliche Behandlung,
- (2) Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- (3) ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- (4) Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- (5) Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung,
- (6) Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
- (7) Verordnung von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen und die Beratung über die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation,

- (8) Bedarfsplanung,
- (9) medizinische Maßnahmen zum Herbeiführen einer Schwangerschaft nach § 27 a Abs. 1 SGB V.

Tab.3: Qualifikationsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Stand 1.4.95)

Regelungsbereich	Fundstelle (Deutsches Ärzteblatt)			
Arthroskopische Operationen				1994, Heft 39
Herzschrittmacher-Nachsorge				1992, Heft 8
Kernspintomographische Untersuchungen		1992, Heft 8		1993, Heft 9
Laborrichtlinien		1992, Heft 50		1994, Heft 39
Langzeit-elektrokardiographische Diagnostik				1992, Heft 8
Strahlendiagnostik / -therapie		1993, Heft 7	1993, Heft 14	1994, Heft 13
Ultraschalldiagnostik	1993, Heft 8	1993, Heft 12	1994, Heft 39	1994, Heft 49
Zytologie im Bereich der gynäkologischen Krebsvorsorge			1992, Heft 15	1994, Heft 42

Qualifikationserfordernisse für besondere vertragsärztliche Leistungen

Für *bestehende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten des Arztes voraussetzen, vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen (nach § 135 Abs. 2 SGB V) bundesweit einheitliche fachliche und apparative Qualifikationserfordernisse. Die Erfüllung der festgelegten Anforderungen ist Voraussetzung dafür, daß die entsprechenden Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeführt und abgerechnet werden können. Erarbeitet werden diese Qualifikationserfordernisse im Gemeinsamen Ausschuß "Qualitäts-sicherung KBV / Spitzenverbände der Krankenkassen" nach Vorbereitung durch fachspezi-fische Beraterkreise (s. Tab 3).

Regelungen zur Qualitätssicherung in den Bundesmantelverträgen

Gemäß § 82 Abs. 1 SGB V schließt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Verbänden der Primärkassen und denen der Ersatzkassen jeweils einen Bundesmantelvertrag, in dem als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge der Umfang der vertragsärztlichen Versorgung geregelt wird. Auf diese Weise werden die Vorgaben des SGB V und der Richtlinien der Ärzte und Krankenkassen zu direkten Verpflichtungen der Vertragsärzte.

Der Bundesmantelvertrag Ärzte / Ersatzkassen enthält zusätzlich Vereinbarungen für spezielle Versorgungsmaßnahmen mit der Angabe spezieller Qualitätsanforderungen (s. Tab. 4).

Tab.4: Qualitätsanforderungen in den Vereinbarungen des Bundesmantelvertrages Ärzte / Ersatzkassen, Stand 1.4.95

Regelungen	QS-Bereiche	Regelungsinhalte
Hausarzt-Vertrag	Struktur-/ Prozeßqual.	fachliche Voraussetzung, Beschreibung der Versorgungsfunktionen,
Diabetes-Vereinbarung	Struktur-/ Prozeßqual.	fachliche Voraussetzung, Durchführung der Maßnahme, Organisation, Qualität Betreuung
Onkologie-Vereinbarung	Strukturqual./ Prozeßqual.	fachl. Voraussetzg., Organisation, Dokumentation Durchführung der Maßnahmen, strukturelle Voraussetzungen, Teilnahme an QS-Maßnahmen
Schmerztherapie-Vereinbarung	Strukturqual. Prozeßqual.	fachl. Voraussetz., Durchführung der Maßnahme Teilnahme an Fortbildungen, Organisation,
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	Strukturqual./ Prozeßqual./ Ergebnisqual.	fachl. Voraussetzung, Kooperationverpflichtung Durchführung der Maßnahme, Evaluation

Regelungen zur Qualitätssicherung im einheitlichen Bewertungsmaßstab

Gemäß § 87 SGB V vereinbart die KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab, durch den der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander festgelegt wird. Der EBM ist in bestimmten Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertung noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen (21).

Die Struktur des EBM ist unter anderem darauf angelegt, die Effizienz der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen. In diesem Zusammenhang vereinbarten die Vertragspartner die Einführung zusätzlicher Maßnahmen der Qualitätssicherung in den EBM. Gedacht ist an

Qualifikationskriterien als Abrechnungsvoraussetzung in Ergänzung zu den in einzelnen Kapiteln bereits vorhandenen Fachkundanforderungen.

Tab.5: Qualitätsanforderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

Maßnahme	Kapitel
Qualifikationsnachweise	Physikalisch-medizinische Leistungen (E) Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie (G II) Phoniatrie und Pädaudiologie (L IV) Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen (N X).
Anforderung an Ausstattung, personelle Bedingungen	ambulante Operationen (B VI) ambulante Anästhesien (B VI,VII) sonographische Untersuchungen (C VII) Anästhesien und Narkosen (D)
Dokumentations-Anforderung	Prävention (B IX) Empfängnisregelung (B X) Anästhesien und Narkosen (D) .
Histologische Untersuchung Qualitätssicherung im Labor	Chirurgie der Körperoberfläche (NII) Quantitative Laborleistungen (O)

Qualitätssicherungsrichtlinien der KBV

Nach zweijähriger Vorarbeit wurden im Mai 1993 die Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV auf der Grundlage des § 135 Abs. 3 SGB V beschlossen (17). Hiermit war unter anderem die Zielsetzung verbunden

- Qualitätssicherung als Aufgabe des einzelnen Arztes und der ärztlichen Selbstverwaltung ausdrücklich zu bestätigen,
- einheitliche inhaltliche und rechtliche Voraussetzungen für die Qualitätssicherungsmaßnahmen auf regionaler Ebene zu schaffen,
- einen größtmöglichen Gestaltungsspielraum für die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Durchführung der Richtlinien zu wahren,
- bereits regional praktizierte Qualitätssicherungsmaßnahmen zu bündeln,
- Qualitätszirkel als anerkanntes Verfahren zur Qualitätssicherung durch Eigeninitiative der Ärzte zu verankern,
- eine Grundlage für Verhandlungen zur Finanzierung der Kosten, die mit der Einführung von Verfahren zur Qualitätssicherung verbunden sind, zu formulieren.

www.ollenschlaeger.net

Tab.6:Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV

<p>A. Organisatorische Voraussetzungen</p> <ol style="list-style-type: none">1. Qualitätssicherungsbeauftragter der KV2. Qualitätskommission der KV3. Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei der KV <p>B. Verfahren zur Qualitätssicherung</p> <ol style="list-style-type: none">1. Qualitätszirkel (Ziele, Methodik, Dokumentation, Evaluation, organisatorische Unterstützung der Arbeit)2. Ringversuche (z.B. für Laboratorien)3. Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Ziele, Umfang, Ablauf, Überprüfung am Ort der Leistungserbringung, Widerruf der Durchführungs- und Abrechnungsgenehmigungen)4. Kolloquien (Definition, Ziele, Ablauf, Prüfungsinhalte, Auflagen)
--

Diese Richtlinien beschreiben Verfahren, die - in Ergänzung zu den umfassenden Regelungen zur strukturellen Qualitätssicherung - die Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung zum Ziel haben.

Die Richtlinien beschreiben vier gebräuchliche Qualitätssicherungsinstrumente (Qualitätszirkel-arbeit, Ringversuche, Stichproben im Einzelfall, Kolloquien - s. Tab. 6) und enthalten Vor-gaben für die administrativen Voraussetzungen zur kontinuierlichen Anwendung dieser Maßnahmen. Es ist geplant, die Richtlinien je nach Bedarf um weitere Qualitätssicherungs-verfahren und um einen speziellen Teil mit Regelungen zu bestimmten Versorgungsbereichen zu ergänzen.

Qualitätszirkel in der vertragsärztlichen Versorgung

Von den in den Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV genannten Maßnahmen sind seit 1993 vorrangig die vertragsärztlichen Qualitätszirkel etabliert worden. Obwohl in der Richtlinie sehr präzise Vorgaben über Ziele, Methoden und Erfolgskontrolle der Arbeit in Qualitätszirkeln gemacht wurden, hat sich mittlerweile unter der Bezeichnung „Qualitätszirkel“ ein breites Spektrum ganz unterschiedlicher Formen ärztlicher Gruppenarbeit entwickelt (1, 34). Dies liegt weitgehend an den sehr stark differierenden Konzepten, nach denen die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen den Aufbau der

Qualitätszirkelarbeit gesteuert haben (6, 14,15, 23, 31). Die Form der Arbeit wird dabei häufig durch die Moderatoren der Zirkel geprägt, die wiederum auf unterschiedlichste Weise geschult worden sind (5,32).

Tab.7: Vorgaben der Qualitätssicherung-Richtlinien der KBV für Qualitätszirkel

<p>A. Ziel der Qualitätszirkelarbeit <i>Weiterqualifizierung durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit</i> mittels</p> <ul style="list-style-type: none">• Beschreibung und Abbildung der eigenen Tätigkeit• Vergleich mit Kollegen und Erfahrungsaustausch• Analyse und Bewertung der eigenen Tätigkeit nach Qualitätskriterien• Feststellung von Übereinstimmung mit bestehenden Leitlinien• Identifizierung und Begründung von Abweichungen• Modifikation vorhandener Leitlinien gemäß den Bedingungen der ambulanten Praxis• Entwicklung und Anwendung praktikabler Problemlösungen• Überprüfung der Ergebnisse angewandter Problemlösungen <p>B. Arbeitsmethoden der Qualitätszirkelarbeit</p> <ul style="list-style-type: none">• auf freiwilliger Basis• mit selbstgewählten Themen• erfahrungsbezogen• auf der Grundlage des kollegialen Diskurses• mit Moderatoren• mit Evaluation ihrer Ergebnisse• kontinuierlich• mit festem Teilnehmerkreis• mit Ärzten gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen <p>C. Dokumentation (Datenbasis)</p> <ul style="list-style-type: none">• Verwendung der Praxisdokumentation der Teilnehmer als Arbeitsgrundlage der Qualitätszirkel• Dokumentation von Terminen, Themen, Teilnehmerzahl, Diskussionsverlauf der Qualitätszirkel <p>D. Evaluation der Qualitätszirkelarbeit</p> <ul style="list-style-type: none">• Bewertung ihrer Wirkung ist Voraussetzung für Qualitätssicherung mit Hilfe von Qualitätszirkeln• Evaluation durch Stichproben• Evaluationsziele: Arbeitsweise, Veränderung in der Versorgungszufriedenheit der Patienten• Veränderung in der beruflichen Lebensqualität der Teilnehmer•
--

Eine Standardisierung der Qualitätszirkelarbeit ist für die Zukunft zu erwarten, da eine zunehmende Anzahl von KV'en Arbeitsempfehlungen und Arbeitsmaterialien für die Moderatoren und Teilnehmer erarbeiten. Nach einer aktuellen Umfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sind seit 1993 mehr als 1100 vertragsärztliche Moderatoren geschult worden (34). Die Anzahl der Vertragsärzte, die systematisch in Qualitätszirkeln arbeiten, ist bisher nicht bekannt. Allerdings zeigen die Ergebnisse zweier Umfragen aus den Jahren 1994 und 1995, daß - gemessen an der Zunahme der Qualitätszirkel - bei Vertragsärzten ein steigendes

Interesse an dieser Art der Qualitätssicherungsarbeit besteht. Einzelne KV'en berichten, daß bereits mehr als 20 % aller Vertragsärzte in Qualitätszirkeln arbeiten (34). Einige KV'en haben in letzter Zeit Modelle für die Evaluation der Qualitätszirkelarbeit entwickelt (z.B. 32).

Qualitätsbeurteilungsrichtlinien

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen auf der Grundlage des § 136 SGB V die Qualität der in der ambulanten Versorgung erbrachten Leistungen durch einzelfallbezogene Stichproben. Den Umfang und das Verfahren legt die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen fest. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen entwickelt in Richtlinien Kriterien zur Qualitätsbeurteilung, die Grundlage der Stichprobenprüfung sind. Es bestehen derzeit Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Röntgendiagnostik (einschließlich Computertomographie). In Vorbereitung sind Richtlinien für die Ultraschalldiagnostik und Kernspintomographie. Laut einer 1995 durchgeführten Umfrage führen Kassenärztliche Vereinigungen schwerpunktmäßig Stichprobenprüfungen in der Röntgendiagnostik, Ultraschalldiagnostik, Langzeit-EKG, nuklearmedizinischen In-vivo-/vitro-Diagnostik und arthroskopischen Chirurgie durch.

Fachausschuß "Ärztliche Fachkundenachweise"

Im Jahre 1992 wurde eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines gemeinsamen Fachausschusses "Ärztliche Fachkundenachweise" zwischen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen (7, 16). Ziel des Ausschusses ist die Bemühung um eine einheitliche Strukturqualität unter Berücksichtigung des Vorranges von Berufsrecht vor Sozialrecht. Dabei wird die inhaltliche Gleichstellung von Anforderungen im Weiterbildungsrecht und von Qualifikationsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V angestrebt, um zu vermeiden, daß sich Ärzte zum gleichen Gegenstand unterschiedlichen Qualifizierungsregelungen unterwerfen müssen. An Beratungen des Ausschusses nehmen auch Vertreter der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen teil.

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung

Zur Koordination der ärztlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Berufsrecht und Kassen-(Vertrags-)arztrecht gründeten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereini-

www.ollenschlaeger.net

gung im März 1995 die "Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin" (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung:"ÄZQ") als gemeinsame und paritätisch besetzte Einrichtung (7,16). Die beiden Vertragspartner formulierten in der Gründungsvereinbarung unter anderem folgende Ziele, die sie mit der Etablierung der ÄZQ verknüpften:

- Wahrung der Einheitlichkeit qualitätssichernder Regeln für die ärztliche Berufsausübung,
- wirksame und einheitliche Entwicklung und Ausführung der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung im Interesse der Patienten und der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Die ÄZQ berät Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung bezüglich der Effizienz, Evaluation und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Zentralstelle übernimmt insbesondere die Vorbereitung und Abstimmung von Entwürfen für Empfehlungen der BÄK oder für Regelungen der KBV, welche im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben der Landesärztekammern sowie der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung betreffen. Sie soll die Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Wahrnehmung beschlossener Qualitätssicherungsmaßnahmen unterstützen. Weiterhin koordiniert die Zentralstelle die Entwicklung wissenschaftlich begründeter und praktisch anwendbarer ärztlicher Handlungsempfehlungen und -leitlinien unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

Perspektiven der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

Im Gegensatz zu den kontroversen Diskussionen um die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im stationären Bereich besteht weitgehender Konsens über die Perspektiven der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung (9).

Grundlagen der zukünftigen Qualitätspolitik für die ambulante Versorgung sind demnach

- (1) Motivation der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an wirksamen Qualitätssicherungsprogrammen,

- (2) Weiterentwicklung von Programmen zur Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität,
- (3) Evaluation und Modifikation eingeführter Qualitätssicherungsprogramme.

Vorrangig sollen wissenschaftlich begründete und praktisch anwendbare Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung weiter entwickelt und ausgebaut werden, die Arbeitsabläufe in der alltäglichen Praxis beeinflussen können. Es handelt sich vor allem um Instrumente für die Sicherung und Verbesserung von Prozeß- und Ergebnisqualität, wie zum Beispiel Ärztliche Handlungsleitlinien, Qualitätsindikatoren, Qualitätskriterien, Qualitätszirkel und problemorientiertes Qualitätsmanagement in ambulanten Einrichtungen (3,5,10,12,24,28).

Etablierte und geplante Maßnahmen müssen auf Wirksamkeit hin untersucht und gegebenenfalls modifiziert oder verlassen werden. Insbesondere müssen die Effekte der Instrumente zur Sicherung der Strukturqualität analysiert werden.

Die neuen Möglichkeiten der kontinuierlichen, systematischen Dokumentation und Bewertung der Praxistätigkeit auf der Grundlage der Praxis-EDV gilt es, umfassend zu nutzen.

Zur Verbesserung der Strukturqualität ist die ärztliche Fortbildung besser auf Praxiserfordernisse auszurichten. Elektronische Informationssysteme müssen zu diesem Zweck systematisch ausgebaut werden.

Die Arbeit in Qualitätszirkeln ist weiter zu fördern. Die methodische und organisatorische Unterstützung ist weiter zu entwickeln. Dabei sollten die Abläufe stärker systematisiert und ihre Effekte konsequent evaluiert werden. Die Einschätzung der Ergebnisqualität durch die Patienten sollte zukünftig stärker in die Arbeit der Qualitätszirkel integriert werden. Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, Instrumente zur Patientenbefragung für den ambulanten Bereich zu entwickeln.

Alle die genannten Einzelfaktoren zur Qualitätsverbesserung sollten zu einem umfassenden Konzept des Qualitätsmanagements in der ambulanten Versorgung zusammengefaßt werden. Es sollten zukünftig Anreize geschaffen werden, um zur Teilnahme an einem solchen System zu motivieren. Insbesondere muß durch intensive Information und durch Training der Nutzen für die Berufsqualität vermittelt werden, der aus der Berücksichtigung des Qualitätsmanagements in der Berufspraxis resultiert. Der zusätzliche Aufwand für die

Teilnahme an umfassendem, kontinuierlichem Qualitätsmanagement muß im Honorierungssystem der ambulanten Versorgung berücksichtigt werden.

Die traditionell ausgeprägte Trennung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung ist eines der bedeutendsten Probleme für die umfassende Sicherung der Versorgungsqualität. Nachdem diese herkömmlichen Grenzen nun in Bewegung geraten sind, können zukünftig die Instrumente der medizinische Qualitätssicherung besser koordiniert und an den Problemen und Bedürfnissen der Patienten und Leistungserbringer orientiert werden. So müssen zum Beispiel bereichsübergreifend gleiche Tatbestände nach gleichen Methoden und Kriterien bewertet werden.

Für einzelne Indikationsbereiche sollten bereichsübergreifende Strukturen unterstützend tätig werden. So haben sich z.B. in der Betreuung onkologischer und rheumatologischer Patienten Leit- bzw. Koordinationstellen bewährt, die Versorgungsprozesse koordinieren, Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität auswerten und hieraus Vorgaben für Fortbildung und Training entwickeln.

Ausblick: Von der Qualitätssicherung zur Kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

Qualität ist ein stets aktuelles Thema - nicht nur in der Medizin. Die Forderungen nach Qualitätsnachweisen, nach Qualitätssicherung sind ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, das nicht nur die Medizin betrifft, aber auch nicht vor ihr haltmacht. Sie sollten nicht primär als eine Unterstellung bisherigen schlechten Handelns aufgefaßt werden. Ärztinnen und Ärzte sind seit jeher verpflichtet auf Qualität zu achten, und die Ärzteschaft hat Beachtliches auf dem Gebiet der Qualitätssicherung geleistet. Es reicht allerdings nicht aus, auf die bisherigen Leistungen zu verweisen. Qualitätssicherung muß als ständige Herausforderung begriffen werden. Ziel ist die Gewährleistung gleichbleibend hoher Qualität und kontinuierliche sowie systematisch betriebene Qualitätsverbesserung einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Die Grundprinzipien hierfür lauten: Freiwilligkeit, Selbstkontrolle, Methodik, Verbesserung von Information, Kommunikation und Kooperation, Entwicklung eines positiven Umgangs mit Fehlern in einem selbst lernenden System. Effektive Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung setzen voraus, daß die hierfür notwendigen Maßnahmen systematisch, berufs- und institutionsübergreifend im Sinne eines problemorientierten Qualitätsmanagements durchgeführt werden. Dies bietet die Möglichkeit, Probleme in Klinik und Praxis zu lösen, alltägliche Arbeitsabläufe zu optimieren und letztlich www.ollenschlaeger.net

die Zufriedenheit der Patienten, aber auch die eigene Arbeitszufriedenheit zu steigern.

Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung werden aus diesem Grund nicht als Bürde, sondern als Teil des ärztlichen Selbstverständnisses verstanden (27).

Literatur:

1. Anonym (1995) Ergebnisse einer Umfrage der Brendan-Schmittmann-Stiftung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Qualitätszirkelarbeit. Niedergelassene Arzt 1/96, 13-16
2. Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten und -beamtinnen der Länder - "AGLMB" (1995) Gewährleistung und systematische Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen, Beratungsunterlagen für die 68. Gesundheitsministerkonferenz, Potsdam November 1995
3. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - "AWMF" (1995) Prävention, Standards und zukünftige Entwicklungen in den medizinischen Spezialgebieten, - Leitlinien in Diagnostik und Therapie. Z ärztl Fortbild 89: 859-874
4. Arnold M (1995) Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende. 2. Auflage. Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag
5. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (1995) Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
6. Bausch J (1995) Pharmakotherapie zirkel - ein erfolversprechender Weg zur Verbesserung der Qualität der primärärztlichen Versorgung. ZaeF 89: 406-414
7. Bundesärztekammer (1955 bis 1996) Tätigkeitsberichte. Köln: Eigenverlag oder Deutscher Ärzteverlag
8. Bundesärztekammer, Deutscher Ärztetag (1994) Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft, beschlossen vom 97. Deutschen Ärztetag. Köln, 1994
9. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1996) Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung: Grundlagen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung - Gemeinsame Bestandsaufnahme über die Aktivitäten der ärztlichen Selbstverwaltung auf dem Gebiet der medizinischen Qualitätssicherung 1955 bis 1995. München, Zuckschwerdt Verlag
10. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1996) Curriculum Qualitätssicherung. Band 1: Ärztliches Qualitätsmanagement. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Band 10. Köln
11. Bundesministerium für Gesundheit (1994) Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Bestandsaufnahme; Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit / Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen. Schriftenreihe des Baden-Baden, Nomos-Verlag
12. Field MJ, Lohr KN (1990) Clinical Practice Guidelines. Washington DC: National Academy Press
13. Grol R (1996) Quality improvement: an international commodity? Quality in Health Care 5:1-2
14. Hartmann P, Grüßer M, Jörgens V (1995) Strukturierte kassenärztliche Qualitätszirkel zum Thema Diabetikerbetreuung in der Praxis. ZaeF 89: 415-418
15. Herzog U (1995) Die Aktivitäten in der Qualitätszirkelarbeit. Niedersächs Ärztbl 68 (10/1995) 4-6
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung (1976-1995) Tätigkeitsberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1976-1994. Köln: Eigenverlag
17. Kassenärztliche Bundesvereinigung (1993) Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 135 Abs. 3 SGB V. Dtsch Ärztbl 90 (Heft 21) C1045-1048
18. Kassenärztliche Bundesvereinigung (1995) Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Sozialversicherungs- und anderen Kostenträgern sowie Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und Belegarztgrundsätze Band 1 und 2. Köln: Deutscher Ärzteverlag, Loseblattsammlung
19. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dienstaufgabe (1996) Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
20. Krimmel L, Schirmer HD (1993) Handbuch für den Kassenarzt. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
21. Moewes M, Effer E, Hess R (1996) Kölner Kommentar zum EBM. Kommentierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. 2. Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag
22. Peters H, Mengert G (1995) Peters Handbuch der Krankenversicherung. Teil II - Sozialgesetzbuch V, 19. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer
23. Prettin C, Schulze J, Rothe U (1996) Konzept und Ergebnisse hausärztlicher Qualitätszirkel zum Thema Diabetes mellitus. ZaeF 90: 428-433
24. Röhrig P (1996) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Z Allg Med 72: 371-374

25. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994) Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sachstandbericht 1994. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
26. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995) Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sondergutachten 1995. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
27. Schäfer OP, Herholz H (1996) Qualitätssicherung - eine Herausforderung für Ärzte. Dtsch Ärztebl 93: A238-240
28. Schwartz FW, Jakobi U, Klein-Lange M (1996) Qualitätssicherung in einem stärker wettbewerblich orientierten Gesundheitswesen. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Hannover, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, unveröffentlichtes Manuskript
29. Selbmann HK, Überla KK (1982) Quality assessment of medical care. Materialien und Berichte der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Bleicher Verlag
30. Selbmann HK (1995) Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin. Materialien und Berichte der Robert Bosch Stiftung 30. Stuttgart: Bleicher Verlag
31. Szecsenyi J, Gerlach M (1995) Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. Nationale und internationale Perspektiven. Stuttgart: Hippokrates Verlag
22. Tausch B, Härter M (1996) Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung: evaluation des Modellprojektes der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden. München: Arcis Verlag
33. Weißbauer W (1995) Rechtliche Konsequenzen der Qualitätssicherung. Langenbecks Arch Chir Suppl II (Kongreßbericht 1995) 815-819
34. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1996) Ergebnisse einer Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Zahl und zu den Themen etablierter ärztlicher Qualitätszirkel (Stand: Ende 1995). Köln: Unveröffentlichtes Manuskript

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Günter Ollenschläger
Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
Aachener Str. 233-237
50931 Köln