

Qualitätsbericht 2011

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg



Alles Gute.

KVBW 

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Jahr 2011 brachte die Bundesregierung das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) auf den Weg. Neben einer individuelleren Bedarfsplanung, einer deutlichen Reduktion von Regressverfahren in der Arznei- und Heilmitteltherapie ermöglicht es eine deutlich bessere Vergütung in der Zukunft. Die wohnortnahe und bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgung durch Niedergelassene ist eine der wichtigsten Leistungen unseres Gesundheitssystems. Die bestehende qualitativ hochwertige Versorgung gilt es langfristig zu sichern.



Dass sich die Patienten trotz der schwierigen Rahmenbedingungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf eine hohe Qualität verlassen können, belegt der aktuelle Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) für das Berichtsjahr 2011. Wir Ärzte und Psychotherapeuten sind stolz darauf. Gleichzeitig trägt er dem Anspruch der Patienten auf Transparenz der Qualität der medizinischen Versorgung Rechnung. Diesem Anspruch kommen wir gerne nach.

In der Rubrik "Berichte aus der Versorgung" berichten wir in diesem Jahr über die Qualitätssicherungselemente bei den Disease Management Programmen (DMP). Hier wird exemplarisch die Erreichung der vereinbarten Qualitätsziele im DMP Diabetes mellitus Typ 2 dargestellt und differenziert betrachtet. Dass die Patienten bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz von den strukturierten Behandlungsprogrammen profitieren, konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden.

Im Kapitel „Aktuelle Themen“ wird unter anderem über die ersten Evaluationsergebnisse zum Mammographie-Screening berichtet. Zusammenfassend zeigt die erste Evaluation des Screeningprogramms den Trend, dass vermehrt Brustkarzinome im Anfangsstadium entdeckt werden. Weitere Themen des Berichtes sind beispielsweise die Stichprobenergebnisse zur Einführung des Qualitätsmanagements in den Praxen. Hier hat sich erneut gezeigt, dass die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg bei der Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement bestens aufgestellt sind. Weitere Beiträge zu diversen Qualitätsfördermaßnahmen und Serviceangeboten der KVBW runden den redaktionellen Teil des Qualitätsberichts ab.

Verschaffen Sie sich durch die Lektüre des Qualitätsberichts selbst einen vollständigen Überblick über die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung im Lande. Gesellschaft und Politik haben uns zu danken.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dr. med. Norbert Metke". The signature is written in a cursive style.

Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes
der KV Baden-Württemberg

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	01
1. Einführung	04
1.1 Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen	05
1.2 Theorie und Umsetzung	06
1.3 Entwicklung Genehmigungspflichtiger Leistungsbereiche 1989 – 2011	13
2. Berichte aus der Versorgung	15
2.1 Qualitätssicherungselemente bei den Disease Management Programmen	14
3. Qualitätsförderung	17
3.1 Aktuelle Themen	17
3.1.1 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	17
3.1.2 MRSA	18
3.1.3 Aufbau des Landeskrebsregisters	19
3.1.4 Die Präventionsinitiative / Präventive Koloskopie	20
3.1.5 Mammographie-Screening	21
3.1.6 Vertrag über die hausärztlich-pädiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73b SGB V (Starke Kids)	22
3.1.7 Qualitätsmanagement-Richtlinie: Ergebnisse der Stichprobe 2011	23
3.1.8 Fortbildungsverpflichtung	25
3.2 Projekte der KVBW	27
3.2.1 Vernetzung lokaler Angebote im Rahmen „Früher Hilfen“ mit vertragsärztlichen Qualitätszirkeln - Das Projekt der KVBW bewährt sich	27
3.2.2 Qualitätszirkel	29
4. Qualitätssicherung Vertragsärztlicher Leistungen	31
4.1 Erteilte Genehmigungen 2011 im Vergleich zu 2010	32
5. Service	35
5.1 Fortbildungsveranstaltungen	35
5.1.1 Informationsbroschüre zur Dokumentationsprüfung im Ultraschall	36
5.2 Patientensicherheit: Hygiene- und Medizinprodukte	37
5.3 Patientenservice	41
5.3.1 Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen	41
5.3.2 Patienteninformation MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit	42
Impressum	44

Anhang

Die Themen und Tabellen des Anhangs finden Sie auf der CD „Qualitätsbericht 2011 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg“, die diesem Bericht beiliegt.

1. EINFÜHRUNG

Garantiert hohe Qualität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg

Dass sich die Bevölkerung in Baden-Württemberg auf eine garantiert hohe Qualität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verlassen kann, dafür sorgt die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) mit Ihren Mitgliedern, den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten.

Zentraler Punkt in der Qualitätssicherung ist die Prüfung der persönlichen und betriebsstättenbezogenen Qualifikation der Leistungserbringer (Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten) durch die KVBW. Dabei hat sich die Anzahl der genehmigungspflichtigen (qualifikationsgebundenen) vertragsärztlichen Leistungen in den letzten rund zehn Jahren mehr als verdoppelt. Diese genehmigungspflichtigen Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst dann erbracht und abgerechnet werden, wenn eine Abrechnungsgenehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung erteilt wurde. Nach Erteilung der Genehmigung unterliegen die Leistungserbringer permanenten Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung, beispielsweise im Rahmen von Dokumentations- oder Frequenzprüfungen.

Förderung und Sicherung der Versorgungsqualität durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Der Qualitätsbericht 2011 gibt einen umfassenden Überblick über die vielfältigen Qualitätsförderungsmaßnahmen und -ergebnisse der KVBW. Er gibt einen detaillierten Einblick in das gesamte Genehmigungs- und Prüfgeschehen.

Kommissionen der Qualitätssicherung

Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Genehmigungsbereiche (zum Beispiel Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen einrichten. Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung berufen.

In den Kommissionen für Radiologie, Kernspintomographie, Dialyse, Substitution und Qualitätsmanagement sind auch Krankenkassenvertreter beteiligt. Die landesweiten Kommissionen koordinieren die einheitliche Umsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarungen durch die regionalen Qualitätssicherungskommissionen.

Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung vorzubereiten.

Eine Übersicht aller Qualitätssicherungskommissionen finden Sie im Anhang im Kapitel A auf der beiliegenden CD-Rom.

1.1 ANZAHL DER AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDEN ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN NACH FACHGRUPPEN

Fachgebiet	Anzahl*
Allgemeinmedizin	5.565
Anästhesiologie	507
Augenheilkunde	696
Chirurgie	798
Frauenheilkunde	1.530
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	499
Haut- und Geschlechtskrankheiten	471
Innere Medizin - hausärztlich	1.589
Innere Medizin - fachärztlich	1.435
Kinder- und Jugendmedizin	963
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	113
Kinder- u. Jugendpsychotherapie	452
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	189
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	152
Nervenheilkunde/ Neurologie/Psychiatrie	787
Neurochirurgie	91
Nuklearmedizin	76
Orthopädie	792
Pathologie	115
Physikalische und Rehabilitative Medizin	63
Psychologische Psychotherapie	1.784
Psychotherapeutische Medizin	850
Radiologie/ Strahlentherapie	539
Urologie	360
Gesamtzahl	20.416

Quelle: KVBW Mitgliederstruktur (Stand 31.12.2011)

* Inklusive angestellte und ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten

1.2 THEORIE UND UMSETZUNG

Das Richtige richtig tun...

Dieses Motto drückt vielleicht am Besten aus, was Qualität in der Medizin bedeutet. Oder etwas allgemeiner gesprochen: Die Sicherung und Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche medizinische Versorgung. Jeder Patient soll sicher sein, dass für ihn alle notwendigen, zweckmäßigen und ausreichenden medizinischen Maßnahmen im Fall einer erforderlichen Behandlung ergriffen werden – und das mit einer überprüfbaren Qualität.

Qualität setzt sich aus verschiedenen Teilaspekten zusammen. Eine seit Jahren international verwendete Systematik, die Qualität in der Medizin in ihrer Begrifflichkeit zu strukturieren, geht auf Avedis Donabedian (amerikanischer Arzt und Gesundheitssystemwissenschaftler) zurück. Er unterteilte schon vor 40 Jahren den Begriff „Qualität“ in der Medizin in die drei Dimensionen der Qualitätssicherung:

- **Strukturqualität**
- **Prozessqualität**
- **Ergebnisqualität**

Strukturqualität

Strukturqualität ist der Inbegriff der „klassischen“ Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie definiert sich ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes und der Praxismitarbeiter. Sie umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an Organisation und Hygiene. Eine gute Struktur garantiert nicht automatisch gute Ergebnisse, ist aber die Basis dafür. Anforderungen an die Strukturqualität sind in allen Richtlinien und Vereinbarungen festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und sein Praxisteam besitzen müssen, um ambulant operieren zu dürfen. Falls erforderlich, kann durch Praxisbegehungen überprüft werden, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den Anforderungen genügt und ob Hygienestandards eingehalten werden.

Prozessqualität

Die Qualität der Abläufe in der Praxis wird als Prozessqualität bezeichnet. Hierbei geht es um die Art und Weise der Diagnostik und Therapie. Dazu zählen unter anderem die Medikamentenverordnung, die Anamneseerhebung, die ärztliche Dokumentation sowie die Beachtung von empfohlenen Behandlungspfaden und Vorgaben zur Indikationsstellung. Ein Urteil über das „Wie“ der Behandlung ist oft schwieriger als die Bewertung der Struktur, wo Zeugnisse, Qualifikationsnachweise und Gewährleistungserklärungen zur apparativen Ausstattung ein klares Urteil erlauben.

Ergebnisqualität

Am schwierigsten ist die Beurteilung der Ergebnisqualität, also der Güte der Behandlung. Sie umfasst die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie zum Beispiel an der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Heilung von Erkrankungen, der Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden. Die Prozessqualität und gewisse Aspekte der Ergebnisqualität werden jeweils im Einzelfall überprüft. Dies geschieht in der Regel im Rahmen von Stichproben, deren Verfahren und Beurteilungskriterien leistungsspezifisch ebenfalls in Richtlinien geregelt sind. Zur umfassenden Bewertung der Ergebnisqualität helfen Auswertungs- und Evaluationsverfahren anhand von Daten der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Das Zusammenwirken der drei Dimensionen

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

Instrumente der Qualitätssicherung

Strukturqualität

bei der Erteilung der Genehmigung:

- Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
- Eingangsprüfungen
- Prüfung apparativer und räumlicher Vorgaben
- Prüfung organisatorischer Voraussetzungen
- Prüfung von Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter zur Erhaltung der Genehmigung
- Prüfung vorgegebener Frequenzen
- Nachweis von Fortbildungen
- Rezertifizierungen

Prozessqualität

Zur Erhaltung der Genehmigung:

- Einzelfallprüfungen durch Stichproben
- Dokumentationsprüfungen
- Präparateprüfungen
- Hygieneprüfungen
- Qualitätsmanagement

Ergebnisqualität

- Benchmarkberichte
- Rückmeldesysteme
- Jahresstatistiken

Beispiele sind hier:

- Dialyse
- Disease-Management-Programme
- Zytologie Jahresstatistik

Standards

Wenn Qualitätssicherung vereinfacht gesagt bedeutet: „Das Richtige richtig zu tun“, so muss das Richtige in verbindliche Standards für Diagnose und Therapieverfahren definiert sein. Nur so kann gemessen werden, dass/ob die richtigen Rahmenbedingungen eingehalten und ob „das Richtige“ getan wurde. Diese Vorgabe von Standards für diagnostische und therapeutische Verfahren in der Medizin legen Richtlinien und Vereinbarungen fest, die von

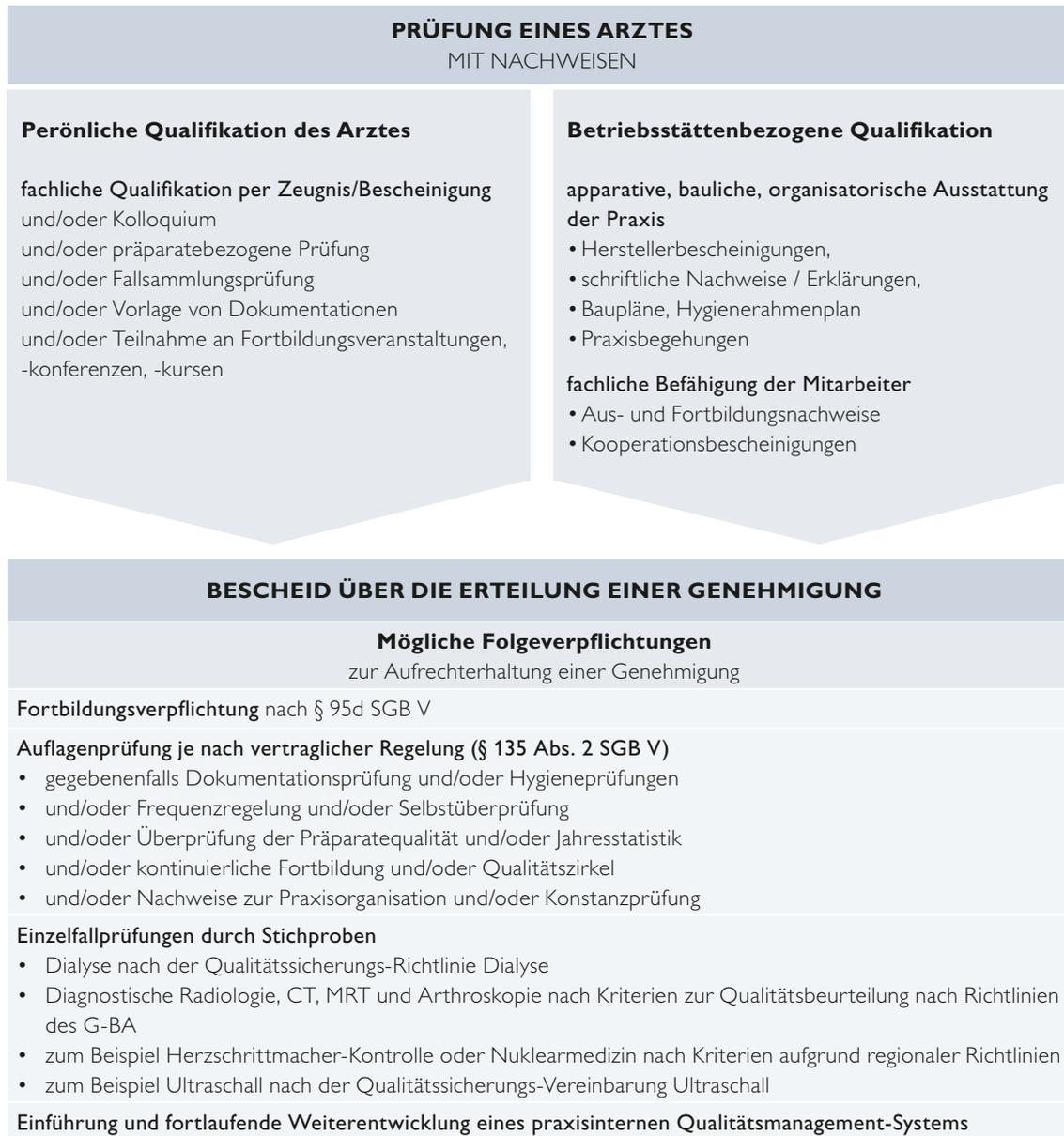
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss aber auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen selbst erarbeitet werden. Sie basieren im Wesentlichen auf Erkenntnissen aus der medizinischen Wissenschaft und Forschung insbesondere auf Leitlinien, die aus evidenzbasierten Studien abgeleitet wurden. Sie sind aber auch Ergebnisse der unterschiedlichen Verhandlungspositionen der Vertragspartner.

Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse

Der größte Teil aller Regelungen in der Qualitätssicherung betrifft die Strukturqualität der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Hier sind geeignete Prüfparameter verhältnismäßig einfach zu bestimmen. Aber auch prozess- und ergebnisorientierte Verfahren werden stufenweise mit einbezogen. So werden beispielsweise bei den bildgebenden Verfahren (Röntgen, CT, Ultraschall, Kernspintomographie) regelmäßig die technische Bild- und die Befundungsqualität von unabhängigen Fachleuten beurteilt oder der hygienische Zustand von Koloskopen überprüft.

Die Ergebnisqualität ist abhängig von der vorhandenen Struktur- und Prozessqualität. Die gewünschte Ergebnisqualität (zum Beispiel rasche Wundheilung) kann nur erreicht werden, wenn eine entsprechende Strukturqualität (zum Beispiel geeignete Arznei- und Verbandsmittel) mit guter Prozessqualität (zum Beispiel steriles Arbeiten, regelmäßiger Verbandswechsel) gekoppelt ist.

Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens



Sehr schwierig ist es, Prüfmerkmale für therapeutisches Vorgehen zu ermitteln, die einen Rückschluss auf die Qualität der erbrachten Leistung zulassen. Hier ist das grundsätzlich gewünschte Therapieziel – ein verbesserter Gesundheitszustand – von diversen, schwer kontrollierbaren Faktoren abhängig. Beispiele für solche Faktoren sind die Kooperationsbereitschaft oder der Lebensstil des Patienten. Um seitens der Ärzte Einfluss auf möglichst gute Therapieergebnisse zu nehmen, wird unter anderem der regelmäßige fachliche Austausch innerhalb der Qualitätszirkelarbeit (Prozessqualität) gefördert.

Die KV Baden-Württemberg setzt schwerpunktmäßig folgende Qualitätssicherungsinstrumente ein:

Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen

In der vertragsärztlichen Versorgung gibt es zahlreiche Leistungen, die vom Vertragsarzt bzw. dem Vertragspsychotherapeuten einen speziellen Qualifikationsnachweis erfordern. Über die ärztliche Weiterbildung hinaus müssen weitere Zusatzqualifikationen und Strukturen in den Praxen nachgewiesen werden, ehe von der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung onkologischer Leistungen erteilt wird.

Eingangsprüfung

In einigen Bereichen wird über die Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung gefordert. Dies betrifft für den vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie und die Zervix-Zytologie.

Einzelfallprüfungen durch Stichproben/Dokumentationsprüfungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den geltenden Richtlinien und nach Maßgabe eigener Beschlüsse die Qualität von Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Bei den Qualitätssicherungsbeiräten Diagnostische Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie werden in der KVBW jährlich mindestens vier Prozent, bei der Arthroskopie jährlich mindestens zehn Prozent und

beim Ultraschall jährlich mindestens drei Prozent der Vertragsärzte zur Überprüfung von Dokumentationen herausgefiltert. Bei der Koloskopie, der Mammographie, der substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen, der Zytologie und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist die Kontrolle noch umfangreicher bis hin zu einer Vollerhebung.

Feedbacksysteme

Feedbacksysteme helfen dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Durch die Bereitstellung von „Feedback-Berichten“ ist außerdem ein Vergleich der Behandlungsqualität zwischen mehreren Praxen möglich. Dazu werden die von den Praxen erstellten Dokumentationen ausgewertet. Feedback-Systeme sind zum Beispiel Teil der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) und Bestandteil der Qualitätssicherung Dialyse. Darüber hinaus erhalten koloskopierende Ärzte jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen durch das von den KVen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung.

Die Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen zu den DMP's finden Sie im Internet unter www.kvbawue.de. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung Dialyse sind unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/45/ veröffentlicht.

Frequenzregelungen

Ein wesentlicher Qualitätsfaktor kann die Häufigkeit und Regelmäßigkeit sein, mit der ein Vertragsarzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für Leistungen für die invasive Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Darmspiegelungen, für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust, der interventionellen Radiologie und der Vakuumbiopsie festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Vertragsärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Un-

tersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen.

Rezertifizierung

Bei Vertragsärzten, die Mammographien (Röntgenuntersuchungen der weiblichen Brust) durchführen, beinhaltet die Qualitätssicherungs-Vereinbarung Mammographie zusätzlich eine Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sich diese einer „Selbstüberprüfung“ unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Werden die Anforderungen nicht erfüllt und kann die Qualifikation auch nicht in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nachgewiesen werden, darf diese Leistung vom betreffenden Vertragsarzt nicht mehr für gesetzlich Versicherte erbracht werden.

Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

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

Praxisbegehungen können beispielsweise in Praxen stattfinden, in denen ambulant operiert wird und die dafür besondere bauliche Strukturen vorhalten müssen.

Kontinuierliche Fortbildung

Die Berufsordnungen schreiben eine kontinuierliche Fortbildung zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen fachlichen Kompetenzen vor. Daneben besteht seit dem Jahr 2004 für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten die gesetzliche Verpflichtung zum Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung (§ 95d SGB V). Der

Nachweis ist alle fünf Jahre gegenüber der KVBW in der Regel durch ein Kammerzertifikat zu führen.

Darüber hinaus schreiben viele der bundeseinheitlichen und regionalen Verträge oder Vereinbarungen eine spezielle fachliche Fortbildung vor; wie etwa Disease Management Programme, die Schmerztherapievereinbarung, Onkologievereinbarung oder hausarztzentrierte Versorgungsverträge. In der Schmerztherapie gilt dies sogar für Konferenzen mit persönlicher Vorstellung von Patienten. Der Nachweis der erforderlichen Fortbildung muss im Rahmen solcher Verträge teilweise jährlich erfolgen.

Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind seit mehr als fünfzehn Jahren eine etablierte Form ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung: Ärzte sowie Psychotherapeuten tauschen sich in moderierten Arbeitskreisen über ihre Tätigkeit aus, um die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Qualitätszirkel sind damit ein wichtiges Instrument der Qualitätsförderung und -sicherung.

Die KVBW unterstützt die Qualitätszirkelarbeit durch die Gewährung einer Moderatoren-Aufwandsentschädigung und durch gezielte Fortbildungsangebote für QZ- Moderatoren.

Kolloquium/Beratung

Die Qualitätssicherungs-Kommissionen haben unter anderem die Aufgabe, bei Leistungen, die einen speziellen Qualifikationsnachweis erfordern, die fachliche Befähigung des Vertragsarztes im Rahmen eines Kolloquiums zu prüfen: Dies ist dann der Fall, wenn entweder trotz der vorgelegten Zeugnisse begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung bestehen oder ein Kolloquium obligat vorgesehen ist. Des Weiteren kann die Durchführung eines Kolloquiums auch dazu dienen, die in einer Stichprobenprüfung beanstandeten Dokumentationen mit dem betroffenen Arzt zu erörtern und gegebenenfalls Hinweise für eine Verbesserung der Leistungserbringung zu geben beziehungsweise um zu überprüfen, ob der

Vertragsarzt die fachlichen Anforderungen an die Leistungserbringung in dem speziellen Leistungsbe-
reich noch erfüllt. Der Vertragsarzt hat dann die
Möglichkeit seine fachliche Befähigung in diesem
Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen.

Qualitätsmanagement

Mit dem zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen
Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden alle

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten
verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanage-
ment (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln.

Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisab-
läufe nach fachlichen Standards und wissenschaftli-
chen Erkenntnissen effizienter zu gestalten, Fehler
zu vermeiden und Qualität weiterzuentwickeln.
Näheres hierzu im Kapitel „Aktuelle Themen“

Qualitätssicherung – die tägliche Arbeit der Selbstverwaltung

Kommissionsarbeit in den KVen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in
der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Einbindung
derjenigen, die selbst in ihrem Alltag mit diesen
Qualitätssicherungsregelungen leben müssen. Denn
die Qualitätssicherungskommissionen, die die Ent-
scheidungen der KV vorbereiten, sind mit Mitglie-
dern der KV besetzt, die selbst eine Genehmigung
für den betreffenden Bereich haben und damit auch
die alltägliche Umsetzung der gestellten Anforde-
rungen aus eigenem Erleben kennen. Die Kommis-
sionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qua-
lifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des
Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und
Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches
Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Ent-
scheidung der KV in Form von Empfehlungen vor-
zubereiten. Auch in Dokumentations- und Stich-
probenprüfungen sind die Kommissionen je nach
Maßgabe der zu Grunde liegenden Vereinbarung/
Richtlinie eingebunden.

Besetzung der Kommissionen

Die Qualitätssicherungskommission muss aus min-
destens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfah-
renen ärztlichen Mitgliedern zusammengesetzt
sein, von denen mindestens eines eine abgeschlos-
sene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet ha-
ben soll. Bei Gebieten mit diversen Subspezialisie-
rungen können die Kommissionen die Möglichkeit
nutzen, weitere Mitglieder zu benennen oder für

Spezialfragen Sachverständige zu einer Sitzung hin-
zuziehen. Zudem ist es möglich KV-Bereich- oder
themenübergreifende Kommissionen zu bilden.

Neben dem Vorsitzenden der Kommission neh-
men in der Regel mindestens zwei weitere ärztli-
che Mitglieder an der Sitzung teil. Bei einigen Qua-
litätssicherungsvereinbarungen ist des Weiteren
die Teilnahme von Vertretern der gesetzlichen
Krankenkassen vorgesehen (zum Beispiel Substitu-
tion, Onkologie).

Geschäftsstellen

Die Arbeit in der Kommission wird unterstützt
durch eine Geschäftsstelle bei der Kassenärztlichen
Vereinigung, die die Geschäftsführung der Quali-
tätssicherungskommission übernimmt. Dazu gehö-
ren verschiedene vorbereitende und begleitende
Aufgaben, zum Beispiel:

- Anforderung der Dokumentationen bei den zu
prüfenden Vertragsärzten,
- Aufbereitung der Unterlagen für die Kommissi-
onsarbeit und Vorbereitung der Entscheidungen
- Organisation der Kommissionssitzungen
- Erstellung der Ergebnisniederschrift
- Erstellen der Bescheide

Diese Verknüpfung ärztlichen Sachverständes mit
einer professionellen Verwaltung ist in allen Kas-
senärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde
Maßnahme institutionell verankert.

1.3 ENTWICKLUNG GENEHMIGUNGSPFLICHTIGER LEISTUNGEN 1989 – 2011

Jahr	Leistungen
2010-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur • Amb. Operieren • Apherese • Arthroskopie • Balneophototherapie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Asthma/COPD • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 1 • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Hautkrebs-Screening • Herzschrittmacher • Histopathologie HKS • HIV/AIDS • Homöopathie • Intervent. Radiologie • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Mam.-Screening • MR-Angiographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • PTK • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Sozialtherapie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
2006-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur • Amb. Operieren • Apherese • Arthroskopie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Asthma/COPD • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 1 • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Hautkrebs-Screening • Herzschrittmacher • Histopathologie HKS • HIV/AIDS • Homöopathie • Intervent. Radiologie • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Mam.-Screening • MR-Angiographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • PTK • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Sozialtherapie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
2002-2005	<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Operieren • Apherese • Arthroskopie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Herzschrittmacher • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Sozialtherapie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
1998-2001	<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Operieren • Apherese • Arthroskopie • Chirotherapie • Dialyse • Herzschrittmacher • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
1994-1997	<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Operieren • Apherese • Arthroskopie • Chirotherapie • Dialyse • Herzschrittmacher • Kernspintomographie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PTK • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
1990-1993	<ul style="list-style-type: none"> • Apherese • Chirotherapie • Dialyse • Herzschrittmacher • Kernspintomographie • Labor • Langzeit-EKG • Mammographie • Onkologie • Psychotherapie • Röntgen • Schlafapnoe • Psychotherapie • Schlafapnoe • Substitution • Ultraschall • Zytologie
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Chirotherapie • Kernspin • Labor • Langzeit-EKG • Onkologie • Psychotherapie • Röntgen • Ultraschall • Zytologie

Genehmigungsbereiche in Fettdruck: Neue Vereinbarung gegenüber dem vorherigen Zeitraum

2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG

2.1 QUALITÄTSSICHERUNGSELEMENTE BEI DEN DISEASE MANAGEMENT PROGRAMMEN

2.1.1 Indikationsspezifische Berichte

Die Disease-Management-Programme (DMP) wurden vom Gesetzgeber mit dem Ziel eingeführt, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Grundpfeiler dieser Programme sind

- die Einbindung der chronisch Kranken und die Stärkung ihrer Selbstkompetenz durch krankheitsspezifische Schulungen,
- die regelmäßige Vorstellung beim Hausarzt und Überprüfung der aktuellen Befunde
- die frühzeitige und strukturierte Einbindung der fachärztlichen Ebene zur Vermeidung von Folgeerkrankungen und Komplikationen
- die kontinuierliche Dokumentation der Befunde und die regelmäßige Auswertung der in der Praxis erhobenen Daten.

Mittlerweile gibt es sechs Programme zu folgenden Indikationen:

1. **DMP Diabetes mellitus Typ 1**
2. **DMP Diabetes mellitus Typ 2**
3. **DMP Koronare Herzkrankheit**
4. **DMP Asthma**
5. **DMP COPD**
6. **DMP Brustkrebs.**

Ein wesentliches Grundelement der Qualitätssicherung im DMP stellt dabei die Auswertung der erhobenen Dokumentationsdaten dar. Organisato-

risch ist dies bei der Gemeinsamen Einrichtung angesiedelt, die paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung besetzt ist. Die Gemeinsame Einrichtung erstellt auf der Basis der Dokumentationsdaten zweimal jährlich für jede Praxis und jede Indikation einen Bericht. Dieser Bericht spiegelt zum einen das individuelle Geschehen in der eigenen Praxis wider; zum anderen ermöglicht er einen Vergleich mit allen in Baden-Württemberg teilnehmenden Praxen. Die Berichte werden den Vertragsärzten über das Mitgliederportal zur Verfügung gestellt.

So kann jeder teilnehmende Arzt in seinem persönlichen indikationsspezifischen Bericht unmittelbar erkennen, ob und in welcher Weise er die vertraglich vereinbarten Qualitätsziele erreicht hat und wie seine individuellen Zielreichungsergebnisse im Verhältnis zu den Ergebnissen aller Ärzte in Baden-Württemberg (sogenannte Grundgesamtheit) aussehen. Viele Ärzte besprechen auch die Ergebnisse in ihren regionalen Qualitätszirkeln. Durch den Austausch können sie ihre individuellen Behandlungsmethoden überprüfen und dadurch ihre Behandlung weiter optimieren.

Der Gesamtbericht für ganz Baden-Württemberg bildet die Ergebnisse aller Ärzte in Baden-Württemberg ab. Er wird halbjährlich auf der Homepage der KVBW www.kvbawue.de veröffentlicht.

2.1.2 DMP-spezifische Fortbildungsveranstaltungen

Die KVBW bietet regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu allen DMP-Indikationen an. Damit können alle Ärzte, die an einem DMP teilnehmen,

sich regelmäßig fortbilden und zudem im Rahmen der vertraglich geforderten Strukturqualität ihre jährlichen Fortbildungsnachweise erwerben.

2.1.3 Diabetes-Kommission

Der Vorstand der KVBW hat für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit speziell eine Kommission (Diabetes-Kommission) berufen. Dieses Gremium berät den Vorstand der KVBW in komplexen Fragestellungen

der Diabetologie und beantwortet insbesondere auch medizinische Fragen der Ärzte zu den indikationsspezifischen Berichten und dem breiten Feld der Diabetologie insgesamt.

2.1.4 Was wurde erreicht

Im Folgenden werden exemplarisch die Ergebnisse des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg vorgestellt. Die für das Jahr 2011 angegebenen Zahlen beziehen sich dabei auf den zweiten Bericht der Gemeinsamen Einrichtung für Baden-Württemberg.

Von den zwölf vereinbarten Qualitätszielen werden 2011 sieben erreicht (individuellen HbA1c-Wert einhalten, Anteil der Patienten mit einem HbA1c-Wert unter 8,5 %, Vermeiden von Hypoglykämien und stationären Diabetes-Behandlungen, Blutdruck unter 140/90 mmHg bei Hypertonie, Überprüfen der Nierenfunktion, Verordnen von Metformin bei Übergewicht).

Unterschritten wird die gewünschte Quote bei dem Anteil der bei der Verordnung von Thrombozyten-Aggregationshemmern in der Gruppe von Patienten mit spezifischen Indikationen, der Überprüfung der Netzhaut sowie der Überweisung von Patienten mit einer schweren Fußläsion sowie bei den Patientenschulungen. Dies werden wir in die Qualitätzirkelarbeit einbringen.

Eine differenziertere Betrachtung lohnt:

Es ist ein zentrales Ziel des DMP für Typ-2-Diabetiker, die Blutdruckeinstellung in einem normotensiv-nahen Bereich zu halten. Im Jahr 2011 erreichten dies 52,3 Prozent der Patienten. Vergleicht man diesen Wert mit dem aus dem Jahr 2006, fällt eine Steigerung des Anteils um 5,5 Prozentpunkte auf. Diese Steigerung kann nicht nur daran liegen, dass seither

vermehrt jüngere Diabetiker eingeschrieben wurden. Die Zahl der übergewichtigen und mit einer oralantidiabetischen Monotherapie versorgten Typ-2-Diabetiker, welche Metformin erhalten, ist seit 2006 von 69,1 Prozent auf 80,8 Prozent in 2011 gestiegen.

Ein Thrombozytenaggregationshemmer soll bei mindestens 80 Prozent aller Patienten mit einer Makroangiopathie verordnet werden. Der in Baden-Württemberg erreichte Zielwert liegt bei 78,8 Prozent, damit wurde das Ziel nur unmaßgeblich verfehlt.

Positiv stellt sich auch die Entwicklung bei den Patientenschulungen dar. Hier werden seit Jahren die Zielwerte nicht erreicht. Als Qualitätsziel wurde hier definiert, dass mindestens 85 Prozent der Patienten innerhalb von vier Quartalen nach Verordnung an einer Schulung teilnehmen. Während dies im Jahr 2008 nur 43,1 Prozent bei den Diabetes-Schulungen und 32,1 Prozent bei den Hypertonie-Schulungen waren, lagen die Werte im Jahr 2011 bei 75,7 Prozent (Diabetes) beziehungsweise 64,9 Prozent (Hypertonie). Diese Entwicklung ist sehr erfreulich.

Zur Früherkennung ist für alle in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Versicherten mindestens einmal im Jahr eine ophthalmologische Netzhautuntersuchung in Mydriasis oder eine Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) durchzuführen. Das Ziel gilt als erreicht, wenn bei mindestens 90 Prozent der Patienten in den letzten zwölf Monaten eine augenärztliche Untersuchung durchgeführt und im Dokumentationsbogen festgehalten

wurde. Der Wert hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert und liegt für das Jahr 2011 mit jetzt 78,6 Prozent nur noch wenig unter dem vertraglich vereinbarten Qualitätsziel.

Im Jahr 2011 wurden 30,6 Prozent (statt wie vorgesehen 75 Prozent) der Patienten mit auffälligem Fußstatus und Wagner 2-5 oder Armstrong C/D in eine entsprechende Einrichtung überwiesen. Es gibt im Verhältnis zum Bundesgebiet überdurch-

schnittlich viele Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg, die berechtigt sind, diese Leistung selbst zu erbringen. Damit entfällt das Überweisungserfordernis. Hinzu kommt, dass es sich bei dieser Gruppe von Patienten um eine sehr kleine Untergruppe handelt. Dort sind möglicherweise dokumentationstechnisch nur schwer abbildbare Sachverhalte in einem Ausmaß relevant, die zu einer Verfälschung des Ergebnisses führen. Dies bedürfte weiterer Analysen.

2.1.5 Ausblick

In zahlreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass die Disease Management Programme vor allem bei schweren Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Diabetes Verbesserungen bewirken. In den strukturierten Behandlungsprogrammen werden die erforderlichen Untersuchungen und Behandlungsintervalle bereits vorgegeben. Das empfinden zahlreiche Ärzte als Vorteil. Der Dokumentationsbogen wird elektronisch ausge-

füllt. Dadurch werden die regelmäßig erforderlichen Untersuchungen und Schulungsmaßnahmen abgefragt und durchgeführt.

Weiterhin tragen die Patientenschulungsmaßnahmen bei den DMP in einem hohen Maße dazu bei, dass Patienten frühzeitig lernen, mit ihrer Erkrankung umzugehen und ihren Lebensstil zu verändern.

3. QUALITÄTSFÖRDERUNG

3.1 AKTUELLE THEMEN

3.1.1 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Ende 2010 ist die Rahmen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) in Kraft getreten. Damit wurden die rechtlichen Voraussetzungen für die Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards in der ambulanten und stationären Versorgung geschaffen. Behandlungsergebnisse können sektorenübergreifend erfasst und bewertet werden. Mit der Richtlinie wird zugleich die Längsschnittbetrachtung von Daten etabliert, die die Aussagekraft von Qualitätsdarstellungen zum Leistungsgeschehen erhöht.

Die Richtlinie beschreibt die Strukturen, die zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) erforderlich sind, und legt die Aufgaben der beteiligten Organisationen fest.

Die Umsetzung der Verfahren und ihre Überführung in den Regelbetrieb setzt eine Reihe von Arbeitsschritten voraus. Dazu zählen die EDV-technische Aufbereitung und die Durchführung von Machbarkeitsprüfungen mit einer kleinen Anzahl freiwilliger Praxen, an die sich ein Probebetrieb mit einer größeren Anzahl freiwilliger Praxen anschließt. Parallel dazu werden durch den G-BA die Rechtsnormen zu den Verfahren in Form der themenspezifischen Richtlinien erarbeitet. Ausgehend vom jetzigen Zeitplan sollen die ersten Verfahren zu Beginn des Jahres 2014 in den Regelbetrieb überführt werden. Wahrscheinlich werden als erstes themenspezifische Richtlinien zur Konisation und zum Katarakt in Kraft treten.

Auf Landesebene erfordert die Umsetzung der Rahmen-Richtlinie zur sektorenübergreifenden Quali-

tätssicherung einschließlich ihrer themenspezifischen Verfahren die Bildung regionaler Landesarbeitsgemeinschaften durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankengesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen. Die Landesarbeitsgemeinschaften haben die Aufgabe, im Rahmen länderbezogener sQS-Verfahren die Ergebnisse zu bewerten und über die Einleitung von QS-Maßnahmen zu entscheiden.

Im Jahr 2011 haben mehrere Gespräche unter Beteiligung aller betroffenen Organisationen stattgefunden. Insbesondere der Sitz der für die sQS einzurichtenden Geschäftsstelle und die Finanzierung der zusätzlich entstehenden Ausgaben wurden dabei diskutiert. Aufgrund des hohen verwaltungstechnischen und bürokratischen Überaufwandes bezweifelt die KBV aktuell die Umsetzbarkeit der sektorübergreifenden Qualitätssicherung nachdem sie eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben hat.

Für Praxen wird sich der Übergang zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung über einen längeren Zeitraum vollziehen. Für die Umsetzung der sQS-Verfahren müssen die Praxen der beteiligten Fachgebiete über eine entsprechende Praxisverwaltungssoftware zur Dokumentation und Übermittlung der QS-Daten verfügen, die von den Praxisverwaltungssoftware-Herstellern noch entwickelt werden muss. Obwohl in Abhängigkeit von den jeweils beschlossenen themenspezifischen Richtlinien immer nur bestimmte Arztgruppen betroffen sein werden, ist zu befürchten, dass durch die Einführung der sQS für die Praxen ein zusätzlicher Aufwand entsteht, der nicht durch eine angemessene Erhöhung der Vergütung abgedeckt sein wird.

3.1.2 MRSA (sogenannter multi-resistenter Staphylococcus-aureus)

In Deutschland infizieren sich jährlich 400.000 bis 600.000 Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Ansteckung mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus (MRSA). Die vor allem durch ungezielten Einsatz von Antibiotika und auch durch Antibiotika in der Nahrungskette wahrscheinlich hervorgerufene Resistenz dieses Erregers schränkt die Behandlungsmöglichkeiten erheblich ein. Dadurch wird die Genesung des Patienten hinausgezögert und die Verbreitung der Keime begünstigt.

Durch striktes Einhalten definierter Bedingungen kann die Weiterverbreitung solcher Erreger in medizinischen Einrichtungen und Heimen zumindest deutlich verlangsamt werden. Der Vorteil eines solchen Vorgehens besteht in der Erhöhung der Patientensicherheit sowie mittelfristig in der Einsparung von Kosten bei der Versorgung betroffener Patienten.

Die Entwicklung der vergangenen zehn Jahre war durch eine zunehmende Ausbreitung von MRSA auch außerhalb von Krankenhäusern und Pflegeheimen gekennzeichnet („community-acquired“ [CA-] MRSA). Besonders betroffen von dieser Entwicklung sind die hochentwickelten Industrienationen, allen voran die USA. Deutschland bewegt sich mit einem geschätzten Anteil von ca. 20 Prozent MRSA an allen identifizierten Staphylococcus-aureus etwa im Mittelfeld einer weiten Spanne, während Länder wie Dänemark oder die Nieder-

lande mit Raten bis zwei Prozent dieses Infektionsproblem deutlich besser im Griff haben.

Vor diesem Hintergrund sah der Gesetzgeber Handlungsbedarf: Im Sommer 2011 wurde eine Änderung des Infektionsschutz-Gesetzes verabschiedet. Es enthält den Auftrag an die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, sich über eine Vergütung zur ambulanten Diagnostik und Therapie von mit MRSA besiedelten bzw. infizierten Patienten zu verständigen. Damit soll ein Beitrag geleistet werden zur Reduktion der relativ hohen MRSA-Infektionsraten in Deutschland.

Dieser gesetzliche Auftrag mündete Anfang 2012 in eine Vereinbarung zur zusätzlichen Vergütung der Diagnostik und Therapie von MRSA bei besonders gefährdeten Patientengruppen. Es handelt sich hierbei um eine genehmigungspflichtige Leistung; vor Genehmigung muss der Arzt eine in der Regel internetbasierte Schulung absolvieren. Wir werden im Qualitätsbericht für das Jahr 2012 hierüber detailliert berichten.

Die Bedeutung der MRSA-Infektionen hat sich 2011 auch in der Tätigkeit des Bereichs Medizinprodukte und Hygiene niedergeschlagen. Es zeigt sich, dass im täglichen Umgang mit den Patienten immer wieder Fragen auftauchen. Diese haben ein breites Spektrum, angefangen bei der Frage nach dem nächsten MRSA-Netzwerk oder wo man Merkblätter für Patienten finden kann.

3.1.3 Aufbau des Landeskrebsregisters

Entsprechend den Regelungen im Landeskrebsregistergesetz (LKrebsRG) ist seit dem 1. Oktober 2011 jeder Arzt in Baden-Württemberg verpflichtet, alle neu diagnostizierten und diagnostisch gesicherten Krebserkrankungen auf ausschließlich elektronischem Weg an das Krebsregister zu melden.

Der Aufbau eines klinischen und epidemiologischen Krebsregisters ist notwendig, um auf der Basis von belastbaren Daten Risikofaktoren analysieren zu können und um eine Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu schaffen. Nur so können beispielsweise Früherkennungsmaßnahmen wie das Mammographie-Screening in Bezug auf einen der primären Endpunkte, nämlich die Reduktion der Mortalität, ausgewertet werden. Durch Aufbau regionaler Qualitätskonferenzen sollen die erhobenen Daten evaluiert und daraus Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgungsqualität abgeleitet werden.

Bevor die Meldung an das Krebsregister erfolgen kann, muss der Patient ausreichend informiert werden, indem er ein standardisiertes Merkblatt erhält, aus dem auch die Möglichkeit eines Patientenwiderspruchs hervorgeht. Für jeden gemeldeten Patienten wird eine eindeutige Identifikationsnummer nach einem vorgegebenem Schlüssel generiert. So wird sichergestellt, dass auch bei Meldung von mehreren Ärzten zum selben Patienten (beispielsweise aus dem Krankenhaus, vom Pathologen oder vom behandelnden Arzt) die Meldung eindeutig zugeordnet werden kann. Nur so kann die Diagnose und der Therapieverlauf vollständig abgebildet werden.

Es kann davon ausgegangen werden, dass fast alle Ärzte grundsätzlich den Aufbau eines funktionierenden Krebsregisters inhaltlich unterstützen, zumal da es in Deutschland vergleichsweise relativ wenig Daten über Inzidenzen und Prävalenzen von Tumorerkrankungen gibt.

Zur Verärgerung hat allerdings das komplizierte Anmeldeverfahren geführt: Wer das erste Mal als Melder aktiv wird, muss aus Datenschutzgründen eine ganze Reihe von Verfahren über sich ergehen lassen (beispielsweise Beantragung der Zugangsdaten, Erhalt einer Melder-ID per Post, Zusendung eines Authentifizierungscodes per E-Mail etc.). Sobald der Melder erfolgreich registriert ist, sind dann aber die Folgemeldungen innerhalb kurzer Zeit durchführbar. Der Zeitaufwand für die Meldung, die grundsätzlich auch an qualifizierte Fachangestellte delegiert werden kann, dürfte daher mit zunehmender Routine immer geringer werden.

Empört reagieren die Ärzte angesichts des Aufwandes auf die groteske Vergütung die sie so nicht tolerieren werden: Der Arzt erhält in der Regel pro gemeldetem Patienten zwei Euro für die Grundmeldung und einen Euro als „Qualitätsbonus“. Diese Honorierung wird von vielen Ärzten als nicht kostendeckend eingeschätzt.

Ausführliche Informationen zum Stand und Aufbau des Krebsregisters in Baden-Württemberg sind im Internet unter www.krebsregister-bw.de abrufbar.

3.1.4 Die Präventionsinitiative / Präventive Koloskopie

Ab dem 50. Lebensjahr können gesetzlich Versicherte eine Darmkrebsfrüherkennung mittels Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhlgang (Stuhlbrieftest) und ab dem 55. Geburtstag eine Dickdarmspiegelung (Vorsorgekoloskopie) durchführen lassen. Ergeben sich bei der Untersuchung keine Auffälligkeiten, ist eine derartige Vorsorgeuntersuchung nach Ablauf von zehn Jahren wieder vorgesehen. Unabhängig davon kann der Arzt bei Krankheitsverdacht jederzeit eine Untersuchung des Dickdarms veranlassen.

Die Ergebnisse der Darmspiegelungen sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Als Komplikationen werden unerwartete Ereignisse während der Untersuchung bezeichnet. Dazu zählen sehr selten Verletzungen des Darms, die eine Operation erforderlich machen. Etwas häufiger treten Blutungen im Rahmen endoskopischer

Maßnahmen wie z. B. bei Polypenabtragungen auf. Diese Blutungen werden in aller Regel endoskopisch im Verlauf der gleichen Untersuchung gestillt.

Die Auswertung zeigt, dass bei jedem dritten untersuchten Mann und bei jeder fünften untersuchten Frau Polypen, aus denen sich eine Krebserkrankung entwickeln kann, gefunden wurden. Bei jeder 160. Untersuchung wird eine bösartige Veränderung (Krebs) festgestellt. Die Komplikationsrate beträgt 1: 500; schwerwiegende Komplikationen mit weitergehender Therapie sind sehr selten. Die Gesamt-Teilnahmeraten liegen in Baden-Württemberg etwas unter den bundesweiten Zahlen, insbesondere nahmen 1,6 Prozent weniger Frauen diese Untersuchung wahr. Dagegen nahmen in Baden-Württemberg etwas mehr Männer (17,7 Prozent gegenüber 17,1 Prozent im gesamten Bundesgebiet) an den Vorsorgekoloskopien teil.

Vorsorgekoloskopien in Baden-Württemberg

Geschlecht	Anzahl der dokumentierten Vorsorgekoloskopien	Teilnahme (55-74 Jahre)	Entfernung von Polypen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Aufgetretene Komplikationen
Frauen	216.524	17,3 %	23,5 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %
Männer	188.689	17,7 %	34,3 %	0,7 %	0,4 %	0,3 %
Gesamt	405.213	17,5 %	28,5 %	0,6 %	0,3 %	0,2 %

Vorsorgekoloskopien Gesamtes Bundesgebiet

Geschlecht	Anzahl der dokumentierten Vorsorgekoloskopien	Teilnahme (55-74 Jahre)	Entfernung von Polypen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Aufgetretene Komplikationen
Frauen	1.891.104	18,9%	23,7%	0,5%	0,2%	0,2%
Männer	1.520.549	17,1%	34,0%	0,7%	0,5%	0,3%
Gesamt	3.411.653	18,0%	28,3%	0,6%	0,3%	0,2%

Vorsorgekoloskopien in Baden-Württemberg im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet
 Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Berlin (2010)

Trotz aller bisherigen Anstrengungen, die Bevölkerung für die Vorsorgekoloskopie zu gewinnen, wird dieses Angebot in Baden-Württemberg nur von einem Viertel der Berechtigten in Anspruch genommen.¹ Vor dem Hintergrund dieser insgesamt unzu-

reichenden Teilnahme hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Anfang des Jahres 2012 die Präventionskampagne „Große Probleme fangen winzig an“ gestartet. Wir werden das Thema im Qualitätsbericht für das Jahr 2012 aufgreifen.

¹ Hochrechnung der 17,5 %igen Inanspruchnahme der Jahre 2003 – 2009 auf den gesamten Zehn-Jahres-Zeitraum von 2003 – 2012

3.1.5 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Etwa zehn Prozent der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens daran, die meisten nach dem 50. Lebensjahr. Internationale Studien haben gezeigt: Ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie für die Altersgruppe der 50 bis 69-jährigen Frauen, das so genannte Mammographie-Screening, kann die Sterblichkeit an Brustkrebs senken. Voraussetzung ist die hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote.

Seit Dezember 2006 wird in Baden-Württemberg allen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre die kostenlose Teilnahme am Mammographie-Screening angeboten.

Besondere Anforderungen werden an die so genannten Programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die Screening-Aufnahmen erstellt, sie organisieren die obligate Doppelbefundung von Screening-Aufnahmen und sichern die Diagnosen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik (Assessments). Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme der Tätigkeit als Programmverantwortlicher eine einmalige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie u. a. die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

Alle anspruchsberechtigten Frauen erhalten von der Zentralen Stelle in Baden-Baden automatisch eine Einladung zur Teilnahme. Aus organisatorischen Gründen sind Ort und Zeitpunkt der Untersuchung vorgegeben.

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit der so genannten „Selbsteinladung“: die anspruchsberechtigte Frau muss nicht abwarten bis sie die Einladung erhält, sondern kann sich direkt bei der Zentralen Stelle registrieren lassen und erhält dann bevorzugt eine Einladung.

Im Jahr 2011 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 631.399 Frauen eingeladen, davon haben 331.419 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von rund 52 Prozent).

In dem ersten von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie veröffentlichtem Evaluationsbericht, der die Jahre 2005 bis 2007 umfasst, konnte gezeigt werden, dass die durch eine EU-Leitlinie vorgegebenen Referenzwerte mit Ausnahme der Teilnehmerate (angestrebt wird eine Beteiligung von mindestens 70 Prozent) erreicht wurden: So waren annähernd 20 Prozent der entdeckten Karzinome so genannte In-Situ-Karzinome und bei fast 70 Prozent der Patientinnen mit invasiven Karzinomen waren die Lymphknoten nicht befallen. Zusammengefasst zeigt die erste Evaluation des Früh-

erkenntnisprogramms den Trend, dass vermehrt Brustkarzinome im Anfangsstadium entdeckt werden. Daraus kann die Hoffnung abgeleitet werden, dass durch das Mammographie-Screening tatsächlich eine Reduktion der Brustkrebsmortalität erreicht werden kann. Ein Nachweis für diese Aussage liegt allerdings noch nicht vor, da die bisher ausgewerteten Indikatoren nur Surrogatparameter sind. Erst nach Aufbau der epidemiologischen und klinischen Krebsregister, mit dann systematischer Er-

fassung der Intervallkarzinome und harten Daten in Bezug auf die Überlebenszeit der Frauen mit Brustkrebsdiagnose, wird eine zuverlässige Aussage möglich sein.

Weitere Informationen zum Thema Mammographie-Screening finden Sie im Internet bei folgenden Adressen: www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de und www.mammascreen-bw.de

3.1.6 Vertrag über die hausärztlich-pädiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73b SGB V (Starke Kids)

Der in seiner Neufassung am 1. Oktober 2010 in Kraft getretene Vertrag zwischen der Service-Gesellschaft des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg (BKK-VAG) legt besonderes Gewicht auf eine optimierte hausärztlich-pädiatrische Versorgung für Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 14 Jahren. Der Vertrag fördert die koordinierte Behandlung auf qualitativ besonders hochwertigem Niveau, soll Doppeluntersuchungen vermeiden und zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise beitragen. Er gilt für zugelassene Kinder- und Jugendärzte sowie für Fachärzte für Allgemeinmedizin mit vollständiger, fünfjähriger Weiterbildung in Pädiatrie mit Praxissitz in Baden-Württemberg. Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig, jedoch an bestimmte qualifizierende Maßnahmen gebunden (zum Beispiel regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln zu pädiatrischen Themen, jährlicher Erwerb von Zertifizierungspunkten im Fach Pädiatrie).

Auch für Versicherte ist die Teilnahme am Vertrag freiwillig. Sie beinhaltet die Verpflichtung, den Untersuchungen gemäß den Kinder-Richtlinien, der Jugendgesundheitsuntersuchung sowie den zusätzlich angebotenen Vorsorgeuntersuchungen U 10

und U 11 nachzukommen und die von der STIKO empfohlenen Impfungen vornehmen zu lassen, soweit keine Kontraindikationen bestehen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ist nicht als Partner an diesem Vertrag beteiligt, sondern übernimmt gemäß einer mit der BKK-VAG geschlossenen Vereinbarung als Dienstleister die Abrechnung des Vertrages und die in diesem Zusammenhang erforderliche Datenaktualisierung und -bereitstellung. Die Zahl der teilnehmenden Ärzte ist in der Zeit vom 1. Oktober 2010 bis zum 31. Dezember 2011 von 594 auf 614 gestiegen. Die Anzahl der teilnehmenden Patienten hat sich in diesem Zeitraum von ca. 44.600 auf ca. 66.500 erhöht. Daraus resultiert ein beträchtliches Abrechnungs- und Datenvolumen, das von der KVBW quartalsbezogen zu bearbeiten ist.

3.1.7 Qualitätsmanagement-Richtlinie: Ergebnisse der Stichprobe 2011

Qualitätsmanagement – trotz guter Stichprobenergebnisse am Ball bleiben

Qualitätsmanagement (QM) ist in den Praxen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten längst angekommen. Das belegen die Stichproben der letzten Jahre, die von der KV Baden-Württemberg durchgeführt wurden.

Die auf der Basis einer Selbstauskunft ermittelten Ergebnisse waren durchweg gut bis sehr gut. Aus der letzten, für das Jahr 2011 erfolgten Berichterstattung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht hervor, dass eine große Mehrheit der baden-württembergischen Ärzte und Psychotherapeuten ein QM-System etabliert und damit ihre QM-Pflicht erfüllt hat. Nur 0,5 Prozent aller Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Stichprobe 2011 ausgewählt wurden, haben sich noch nicht mit QM beschäftigt.

Gerade in diesem Stadium gilt es nun, mit dem eingeführten QM-System am Ball zu bleiben. Qualitätsmanagement ist kein starrer Prozess. Jedes einrichtungsinterne Qualitätsmanagement hat einen Anfang, aber kein Ende. QM wird getragen von der Idee des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Das heißt: Die Qualität der eigenen Arbeit soll immer wieder aufs Neue unter die Lupe genommen werden, mit dem Ziel, die eigene Leistungsqualität zu sichern und zu verbessern.

Auf die Einführungsphase folgt die Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung

Nach Vorgabe der QM-Richtlinie des G-BA soll die Einführung von QM in den Praxen in vier Phasen erfolgen. Am Anfang stehen zwei Jahre der Planung, gefolgt von zwei Jahren der Umsetzung. Im fünften Jahr wird das QM überprüft und ab dem sechsten Jahr in der vierten und letzten Phase kontinuierlich weiterentwickelt. Dieser Zeitplan be-

gann mit Inkrafttreten der QM-Richtlinie am 1. Januar 2006. Für diejenigen, die später ihre Praxis gegründet haben oder noch gründen, laufen die Fristen erst ab dem Zeitpunkt der Niederlassung. Im Stichprobenjahr 2011 und damit im sechsten Jahr der QM-Verpflichtung befand sich demzufolge eine große Mehrheit der Praxen in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung.

Was heißt kontinuierliche Weiterentwicklung des praxisinternen QM-Systems?

In der Einführungsphase von QM werden alle Bereiche der Praxis, wie „Patientenversorgung“, „Praxisführung“, „Mitarbeiter“, „Organisation“ einer näheren Analyse unterzogen. Es werden Praxisroutinen hinterfragt, Rückschlüsse gezogen und Arbeitsabläufe neu organisiert. Weil das nur schrittweise erfolgen kann, formuliert man eine überschaubare Anzahl von Zielen, mit einem realistischen Zeithorizont, und geht in der Zielerreichung strukturiert (PDCA-Zyklus) vor. Die QM-Richtlinie nennt für diese systematische Vorgehensweise nicht nur die Grundelemente, die für ein einrichtungsinternes QM relevant sind (§ 3), sondern auch beispielhaft bewährte QM-Instrumente (§ 4).

Nachweise und Messungen der Qualität mit QM-Instrumenten

Jedes erreichte Ziel stellt für die Praxis einen Erfolg dar. Spätestens in Phase 4, der fortlaufenden Weiterentwicklung, werden die Ergebnisse und Erfolge der geleisteten Arbeit sichtbar. Die verschiedenen Instrumente, wie regelmäßige Teambesprechungen, Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement usw. sind etabliert, es liegen erste Erkenntnisse über den praktischen Nutzen vor. In der Weiterentwicklungsphase geht es darum, das „Verbesserungsprogramm“ fortzusetzen und die Wirksamkeit eingesetzter Instrumente zu messen; zum Beispiel:

- Wie viele Verbesserungen konnten im Anschluss an eine Patientenbefragung umgesetzt werden?
- Wie viele Maßnahmen konnten aus Mitarbeiterbefragungen umgesetzt werden?
- Welche nachweisbaren Auswirkungen hat ein eingeführtes Beschwerdemanagement in der Praxis?
- Wie viele telefonische Rückfragen waren auf Grund unzureichender Patienteninformatio- nen zu verzeichnen?

PDCA-Zyklus ist das „Herzstück“ der kontinuierlichen Weiterentwicklung

Unerlässlich ist auch in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung eine mindestens jährliche Selbstbewertung der Praxis. Sie bestimmt die QM-Strategie der Praxis. Daraus lassen sich jedes Mal aufs Neue konkrete Ziele ableiten, die in einem professionellen QM nach dem gleichen Zyklus umgesetzt werden:

- Festlegen konkreter Qualitätsziele (P=plan)
- strukturiertes und planmäßiges Umsetzen (D=do)
- effizientes Überprüfen (C=Check)
- kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungsqualität (A=act)

Der PDCA-Zyklus als „Herzstück“ jedes QM-Systems ist Bedingung und Voraussetzung für ein fortlaufendes und gelungenes QM in der Praxis. Seine Relevanz wird auch in der QM-Richtlinie verdeutlicht, „PDCA“ ist das erstgenannte QM-Instrument in § 4.

Durchführung der Stichprobe 2011

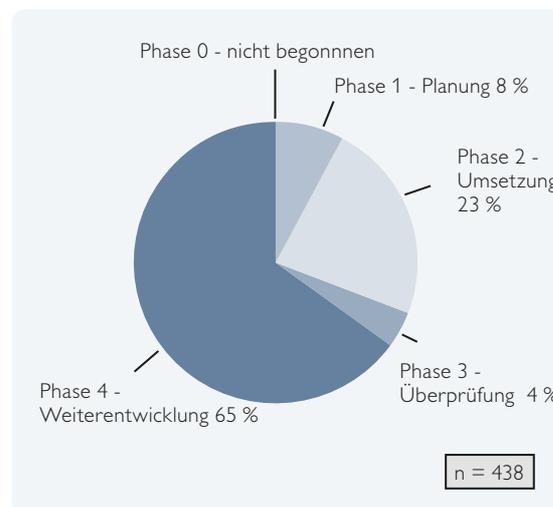
Im Dezember 2011 wurden 2,5 Prozent der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der KVBW zufällig ausgewählt und gebeten, ihre Fortschritte bei der Einführung von QM schriftlich darzulegen. Hierzu erhielten 464 Teilnehmer einen Fragebogen und einen Selbstbewertungsbogen, auf dem die QM-Aktivitäten dokumentiert werden sollten. Die zufällige Auswahl ergab folgende Verteilung: 387 Vertragsärzte, 74 Vertragspsychotherapeuten und 3 Medizinische Versorgungszentren.

Wie bereits in den Vorjahren war die Rücklaufquote sehr hoch: Nach zwei Erinnerungsrunden haben von den 464 befragten Stichprobenteilnehmern 438 geantwortet. Das ergab eine Rücklaufquote von 94,4 Prozent.

Die Auswertung der zurückgesandten Fragebögen hat gezeigt, dass Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg bei der Einführung und Weiterentwicklung von QM bestens aufgestellt sind. Insgesamt waren die Ergebnisse der Befragung sehr positiv.

Im Einzelnen sah der Umsetzungsstand folgendermaßen aus:

Stand der QM-Umsetzung in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Baden-Württemberg 2011

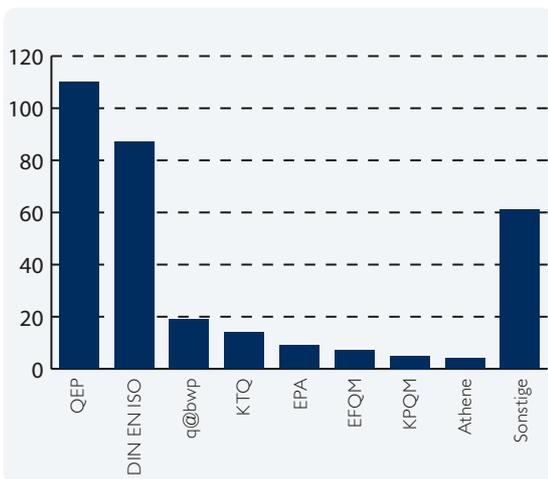


Die Teilnehmer an der Stichprobe werden auf Phasenkonformität überprüft – und zwar ausgehend vom Zeitpunkt der Niederlassung und dem von der Richtlinie vorgesehenen Zeitplan. Phasenkonformität ist dann gegeben, wenn sich der Stichprobenteilnehmer in der Phase befindet, in der er laut Richtlinie sein soll. Diese Fragestellung ergab folgende Ergebnisse:

- 23,1 Prozent: nicht phasenkonform, das heißt mit der jeweiligen Phase noch nicht begonnen
- 71,3 Prozent: phasenkonform, davon
 - 9,9 Prozent: in der jeweiligen Sollphase, aber noch nicht abgeschlossen
 - 61,4 Prozent: alle Anforderungen der jeweiligen Sollphase erfüllt und abgeschlossen

Einer näheren Analyse wurden auch die freiwilligen Angaben zu einem gewählten QM-System unterzogen. Die QM-Richtlinie ist systemoffen, das heißt, es kann auch eine eigenständige QM-Systematik in der Praxis entwickelt werden. Die Stichprobe hat gezeigt, dass eine klare Mehrheit auf die etablierten QM-Systeme setzt. Insgesamt 328 Stichprobenteilnehmer teilten mit, dass sie ein QM-System nutzen. 316 Befragte gaben das gewählte System konkret an. Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

Ausgewählte QM-Systeme (n=316)



3.1.8 Fortbildungsverpflichtung

Zum 1. Januar 2004 wurde die Fortbildungsverpflichtung auch in das SBG V aufgenommen (§ 95 d SGB V) und ist nicht mehr nur eine berufsrechtliche Anforderung. Für Vertragsärzte sowie Vertragspsy-

Fazit

Die guten bis sehr guten Ergebnisse der drei bisher durchgeführten Stichproben belegen, dass Sanktionen zur Einführung und Weiterentwicklung von QM nicht notwendig, sondern eher kontraproduktiv sind.

Unabhängig von der gesetzlichen Verpflichtung ist heute unstrittig, dass ein etabliertes QM eine große Chance bietet für:

- Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung
- Wettbewerbsfähigkeit der Praxis
- Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und der Mitarbeiter.

Unterstützung durch die KVBW

Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder in jeder Phase der QM-Einführung und -Weiterentwicklung. Qualitätsmanagement in der Praxis ist mehr als nur die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen. Deshalb bietet das QM-Beraterteam im Geschäftsbereich Service & Beratung ein umfassendes Serviceangebot an: Neben der persönlichen Beratung zu allen Fragen rund ums QM, schauen die QM-Berater gerne auch auf erstellte Praxishandbücher oder einzelne QM-Dokumente und geben Verbesserungsvorschläge, stellen Mustervorlagen zum Ausfüllen oder Ergänzen zur Verfügung, unterstützen Sie und geben Tipps bei der Durchführung von Patientenbefragungen oder helfen bei der Entscheidung für ein bestimmtes QM-System.

chotherapeuten bedeutet dies, dass sie alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis über ihre Fortbildung führen müssen. Die Regelung gilt auch für Ermächtigte und Angestellte.

Der Fünf-Jahres-Zeitraum berechnet sich nach dem Datum, das der Zulassungsausschuss als frühesten Beginn der Tätigkeit festsetzt. Der Nachweis musste erstmals zum 30. Juni 2009 geführt werden. Dies betraf alle Mitglieder der KVBW, die seit dem 30. Juni 2004 in der vertragsärztlichen Versorgung tätig waren.

Wird der Nachweis nicht fristgerecht geführt, wird in den ersten vier Quartalen, die auf den Fünf-Jahres-Zeitraum folgen, das Honorar jeweils um zehn Prozent gekürzt. In den darauf folgenden Quartalen erfolgt eine Kürzung um jeweils 25 Prozent (§ 95d Abs. 3 Satz 3 SGB V). Die Honorarkürzung endet erst nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wurde. Ist nach zwei Jahren der Nachweis noch nicht erbracht, soll die KV laut Gesetz beim Zulassungsausschuss unverzüglich einen Antrag auf Entzug der Zulassung stellen (§ 95 d Abs. 3 S. 7 SGB V).

Innerhalb des Fünfjahreszeitraums sind mindestens 250 Fortbildungspunkte über ein Zertifikat der je-

weiligen Kammer nachzuweisen. 50 Punkte werden über das Literaturstudium anerkannt, der Rest kann sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden.

Einen Überblick über ihren Punktestand erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Punktekonten, die bei den Berufskammern auf Antrag geführt werden.

Im Jahr 2011 mussten insgesamt 826 Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber der KV Baden-Württemberg den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung führen, 41 konnten den Nachweis zum Stichtag nicht erbringen. Eine Übersicht zeigt die Entwicklung von 2009 (erstmaliger Nachweis) bis 2011:

Jahr	Nachweispflichtig	Davon fristgerecht erfüllt	Antrag auf Entzug der Zulassung
2009 (erstmaliger Nachweis zum 30.6.2009)	14.787	14.435	29
2010	859	849	3
2011	826	785	Noch kein Antrag gestellt, da die zweijährige Nachholfrist erst im Laufe des Jahres 2013 endet

3.2 PROJEKTE DER KVBW

3.2.1 Vernetzung lokaler Angebote im Rahmen „Früher Hilfen“ mit vertragsärztlichen Qualitätszirkeln – Das Projekt der KVBW bewährt sich

Im Qualitätsbericht 2010 berichteten wir bereits über das in jenem Jahr begonnene Vernetzungsprojekt zwischen Vertragsärzten/ Vertragspsychotherapeuten und Mitarbeitern der Jugendhilfe.

Ziel des Projekts ist die bessere Verständigung und Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen. Als Forum für die interdisziplinäre Zusammenarbeit dienen tandemgeleitete Qualitätszirkel. Hierzu wurden je ein Mitarbeiter aus der Jugendhilfe und ein Arzt/Psychotherapeut aus einem Landkreis/ einer Stadt darin geschult, gemeinsam und interdisziplinär einen schon bestehenden oder neu gegründeten Qualitätszirkel zu moderieren. Der Austausch der unterschiedlichen professionellen Sichtweisen wird durch systematische Analyse von Einzelfällen erreicht, die am Ende in einen weiteren Versorgungsauftrag für den Arzt/Psychotherapeuten münden soll.

Der inhaltliche Schwerpunkt des Projektes zielt auf die bessere Annahme von Frühen Hilfen seitens der betroffenen Familien ab. Es handelt sich hierbei vorwiegend um präventive, niederschwellige und unbürokratisch vermittelbare Unterstützungsangebote (Familienhebammen, Willkommensbesuche durch Paten etc.). Sie sollen Schwangeren und Familien mit Kindern unter drei Jahren zukommen, bei denen psychosoziale Belastungen bestehen oder absehbar sind.

Am 16. November 2011 wurden im Rahmen eines Symposiums in Stuttgart erste Ergebnisse des Projektes vorgestellt (www.kvbawue.de/praxisalltag/qualitaetssicherung/fruehe_hilfen/). Folgende Effekte konnten durch die gemeinsame Arbeit im Qualitätszirkel festgestellt werden:

- mit der Familienfallkonferenz wächst die Kompetenz zur Fallarbeit
- die Teilnehmer haben in der Kommunikation mit der anderen Berufsgruppe einen Kompetenzzuwinn

- das professionelle Bewusstsein zu eigenen Handlungsgrenzen wird gefördert
- es entsteht ein respektvolleres Verständnis für die berufliche Situation der anderen Profession
- das Bewusstsein über die Komplexität von Problemlagen steigt
- das steigende Bewusstsein führt aber auch zu Verunsicherung im Hinblick auf präzisere Risikoeinschätzung und das eigene Handeln

Gerade der letzte Punkt weist darauf hin, dass Ärzte/Psychotherapeuten ein Indikationsinstrument brauchen, um in vertretbarer Zeit den weiteren Handlungsbedarf zu überprüfen.

Dem Projekt kommt mit dem Inkrafttreten des neuen Bundeskinderschutzgesetzes im Januar 2012 zunehmend Bedeutung zu. Danach sollen alle Heilberufler, die mit der genannten Zielgruppe zu tun haben, sich in Netzwerke zur gegenseitigen Information und Kooperation einbringen. Im Fall einer Kindeswohlgefährdung gibt es zukünftig für Geheimnisträger ein Verfahren zur Vorgehensweise und einen Anspruch auf Beratung durch eine insofern erfahrene Fachkraft (§ 8a und b SGB VIII) über das Jugendamt.

Dass die KVBW mit ihrem Projekt auf dem richtigen Weg ist, zeigt sich auch daran, dass die Laufzeit des Projektes bis zum 31. August 2013 verlängert wurde. Die Förderung übernimmt weiterhin das über das Bundesfamilienministerium geförderte Nationale Zentrum Frühe Hilfen.

Inzwischen konnten weitere 14 und damit jetzt insgesamt 29 interdisziplinäre Tandems zusammengestellt werden. Diese werden im Jahr 2012 an jeweils zwei Tagen für die zukünftige Zusammenarbeit und das Erlernen der Methode „Familienfallkonferenz“ geschult. Für 2013 ist noch eine weitere Tandemschulung geplant. Eine Übersicht über den aktuellen Stand bietet die folgende Abbildung:

3.2.2 Qualitätszirkel

Eine ausgesprochen erfolgreiche Qualitätssicherungsmaßnahme im ambulanten Bereich sind die Qualitätszirkel. Hier treffen sich Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in kleinen Gruppen zum moderierten Erfahrungs- und Wissensaustausch sowie zur strukturierten Besprechung von Fällen aus dem Praxisalltag. Konkret geht es um die kollegiale Wissensvermittlung in einem Freiraum, der weder durch die Politik noch durch die Industrie unmittelbar beeinflusst ist. Die Qualitätszirkelarbeit ist ein auf Eigenverantwortung basierendes Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Die KVBW misst der Qualitätszirkelarbeit eine zentrale Bedeutung für die Sicherung der Qualität in der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg bei. Vor diesem Hintergrund wird die Arbeit der Qualitätszirkel von der KVBW finanziell gefördert. Seit 2006 erhält der Moderator des Qualitätszirkels eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 75,- Euro pro Sitzung.

Die hohe Bedeutung, die der Qualitätszirkelarbeit zukommt, ist auch daran zu erkennen, dass von der KVBW eine Kooperationsberatungsstelle für Ärzte und Selbsthilfegruppen (KOSA) gegründet wurde. Die Aufgabe der KOSA besteht darin, gemeinsame Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Selbsthilfegruppen anzubieten sowie

ärztliche Referenten an Selbsthilfegruppen zu vermitteln. Ärzte können bei der KOSA Informationen über das jeweilige regionale Angebot von Selbsthilfegruppen erhalten oder sich an Selbsthilfekontaktstellen wenden. Die KVBW stellt ihrerseits interessierten Selbsthilfegruppen Informationen über kooperationsbereite Qualitätszirkel zur Verfügung. Im Gegenzug können sich bei der KOSA auch Selbsthilfegruppen melden, die Interesse an einer Zusammenarbeit mit Ärzten in Qualitätszirkeln haben.

Die ersten Qualitätszirkel wurden in Deutschland Anfang der Neunziger Jahre gebildet. Bundesweit gibt es mittlerweile über 8.000 Qualitätszirkel.

Zum 31. Dezember 2011 bestanden in Baden-Württemberg insgesamt 869 aktive Qualitätszirkel, das heißt Qualitätszirkel, die im Jahr 2011 regelmäßig (= mindestens viermal) getagt und die zwischen fünf bis 20 Teilnehmer (inklusive Moderator) hatten.

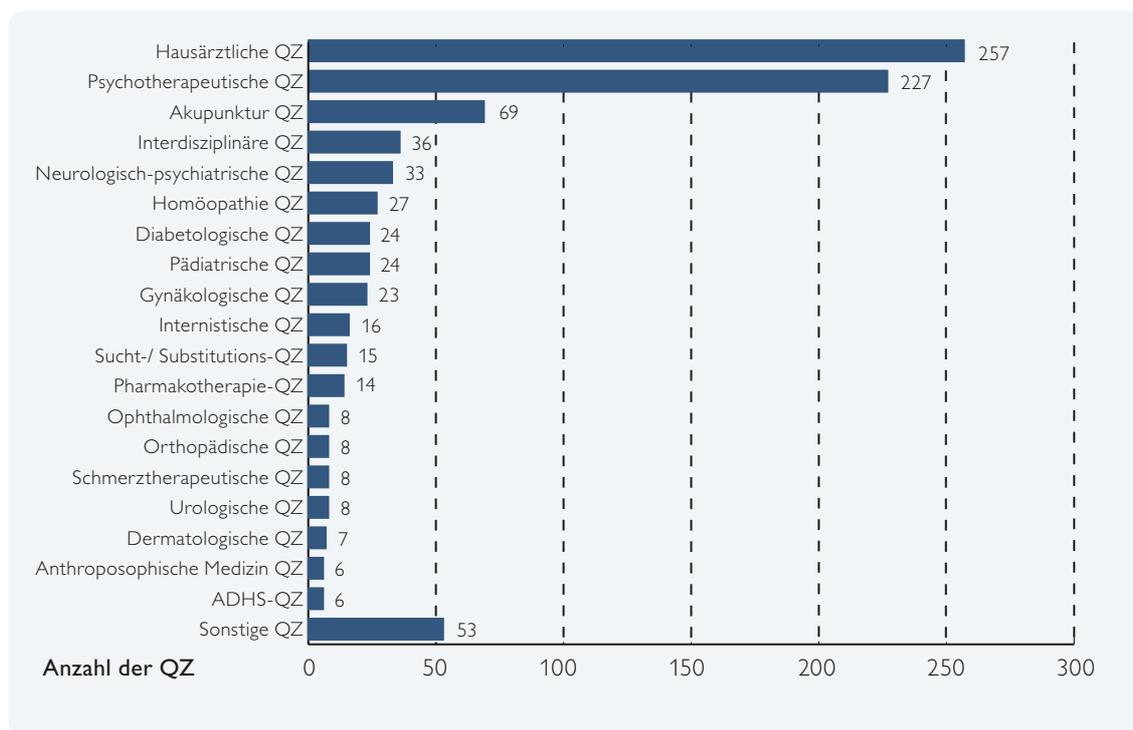
Die Zahl der von der KVBW anerkannten und entsprechend finanziell geförderten Qualitätszirkel ist im Jahr 2011 landesweit um circa sechs Prozent gestiegen (von 819 auf 869). Wie auch bereits im Vorjahr wurden mehr hausärztliche als psychotherapeutische Qualitätszirkel verzeichnet.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anzahl von Qualitätszirkeln im Jahresvergleich 2011 zu 2010, jeweils aufgeteilt nach Bezirksdirektionen:

Bezirksdirektion	Anzahl Qualitätszirkel 2011	Anzahl Qualitätszirkel 2010	Veränderung im Jahresvergleich
Freiburg	201	193	+4 %
Karlsruhe	214	185	+15 %
Stuttgart	247	223	+11 %
Reutlingen	207	218	-5 %
Gesamt Baden-Württemberg	869	819	+6 %

Die 869 aktiven Qualitätszirkel wiesen ein breites Spektrum auf. Einen Überblick hierzu bietet die nachfolgende Abbildung.

Fachliche Verteilung der Qualitätszirkel in Baden-Württemberg 2011



30 |

Die Eingruppierung unter „sonstige Qualitätszirkel“ wurde vorgenommen, wenn in einem Themenbereich bisher ≤ 5 Qualitätszirkel gegründet wurden. Im Jahresvergleich fällt der deutliche Anstieg bei den „sonstigen Qualitätszirkeln“ von 35 im Jahr 2010 auf 53 im Jahr 2011 auf. Hier scheint sich ein Trend zu stärkerer Spezialisierung abzuzeichnen

und die Bereitschaft sich interkollegial zu eher außergewöhnlichen Themen auszutauschen, scheint angestiegen zu sein. So gab es beispielsweise Qualitätszirkel zur Flug- oder Tauchermedizin und sechs Qualitätszirkel haben sich die anthroposophische Medizin als Thema ausgewählt.

4. QUALITÄTSSICHERUNG VERTRAGS- ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Die Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung basiert im Wesentlichen auf Vereinbarungen und Richtlinien auf der Grundlage von § 135 Absatz 2 SGB V und § 136 Absatz 2 SGB V. Diese Vereinbarungen und Richtlinien sind oft Grundlage für die Umsetzung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen auf Grund dieser Regelungen die persönlichen und betriebstättenbezogenen Qualifikationen, die Voraussetzung für eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen ist. Oft ist die Genehmigungserteilung zusätzlich verbunden mit Auflagen, wie beispielsweise Dokumentations- und Frequenzprüfungen und speziellen Fortbildungsverpflichtungen.

Die genehmigungspflichtigen Leistungen dürfen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ohne Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nicht erbracht und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Im Jahr 2011 hat der Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KV Baden-Württemberg 8.841 Anträge auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für genehmigungspflichtige Leistungen auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vereinbarungen bekommen, wovon

- 8.353 Abrechnungsgenehmigungen in 45 verschiedenen Genehmigungsbereichen erteilt wurden
- 488 ablehnende Bescheide erstellt wurden, weil die Ärzte die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt haben
- 52 Abrechnungsgenehmigungen in vier verschiedenen Genehmigungsbereichen wegen Qualitätsmängeln beziehungsweise Wegfall der Qualifikationsvoraussetzungen widerrufen werden mussten.

Dazu kommen noch Genehmigungen auf der Grundlage von regionalen Vereinbarungen wie Disease Management Programme, Genehmigungen zur Durchführung von akkreditierten Patientenschulungsprogrammen (zum Beispiel Diabetes und Hypertonie), Genehmigungen zur Teilnahme an regionalen Zusatzverträgen der Krankenkassen und Hausarztverträgen.

4.1 Erteilte Genehmigungen 2011 im Vergleich zu 2010

Qualitätssicherungs- bereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	
							2011
Akupunktur	93	74	0	9	10	8	1.741
Apheresen	12	8	0	0	0	0	98
Ambulante Operationen	317	341	0	0	0	0	4.434
Arthroskopie	35	44	0	0	0	0	545
Balneophototherapie	18	62	2	-	0	0	74
Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	47	58	0	0	4	8	219
Herzschrittmacher- kontrolle	26	24	1	0	0	0	334
Histopathologie	4	2	0	3	0	0	81
Hautkrebs-Screening							
• Hausärzte	262	248	1	3	0	0	5.371
• Hautärzte	36	21	1	0	0	0	426
HIV-Infektionen/Aids- Erkrankungen	2	1	0	1	1	0	27
Interventionelle Radiologie	2	1	0	0	3	3	56
Invasive Kardiologie	9	1	1	10	3	0	78
Koloskopie	23	42	0	0	21	13	371
Künstliche Befruchtung	Genehmigung wird durch Ärztekammer erteilt						91
Laboratoriums- untersuchungen	78	65	5	7	0	323	1.595
Langzeit-EKG- Untersuchungen	178	143	2	0	1	0	2.930
Magnetresonanztomographie	75	26	3	0	28	2	410
Magnetresonanztomographie	40	18	6	2	0	0	282
Mammographie (kurativ)	46	46	3	8	0	1	318
Medizinische Rehabilitation	316	492	0	0	0	0	7.325
Onkologie-Vereinbarung	57	274	1	53	Keine Angaben möglich	2	431

Qualitätssicherungs- bereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	
Otoakustische Emissionen	28	47	0	0	0	0	414
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	0	2	0	0	2	1	42
Phototherapeutische Keratektomie	2	1	0	0	2	0	18
Psychosomatische Grundversorgung	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	10.641
Psychotherapie	2.116	1.265	1	4	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	3.825*
Schlafbezogene Atmungsstörungen	59	37	0	0	0	1	384
Schmerztherapie	14	16	0	0	1	0	157
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	59	37	0	0	0	1	384
Soziotherapie	24	15	0	0	0	0	466
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	24	14	0	0	0	0	151
Strahlendiagnostik/-therapie							
• Konventionelle Röntgendiagnostik	334	332	21	13	12	8	2.677
• Computertomographie	92	104	8	5	0	1	466
• Osteodensitometrie	50	50	9	1	0	2	370
• Strahlentherapie	23	31	0	0	0	0	158
• Nuklearmedizin	32	52	0	0	0	0	230
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	7	5	0	0	8	11	346
Ultraschalldiagnostik	3.684**	3.242**	401**	304**	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	10.488

Bemerkungen:

* Ärzte und Psychotherapeuten

** Anwendungsbereiche

Qualitätssicherungs- bereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte	83	79	7	2	Keine Angaben möglich	56	1.016
Vakuumbiopsie der Brust	2	19	0	0	0	0	33
Zytologische Untersu- chungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitales	6	5	0	4	0	5	147
Genehmigungen auf Grundlage des EBM:							
Diabetischer Fuß	42	63	10	19	0	0	1.505
Funktionsstörungen der Hand	37	26	1	0	0	0	461
Orientierende ent- wicklungsneurologische Untersuchung	6	22	1	5	0	0	364
Krebsfrüherkennung bei der Frau	2	8	1	2	0	0	887
Empfängnisregelung	3	9	2	5	0	0	868
Neurophysiologische Übungsbehandlung	0	0	0	0	0	0	90
Physikalische Therapie	2	0	0	2	0	0	114

5. SERVICE

5.1 FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

Mit ihren für Ärzte, Psychotherapeuten und der Praxismitarbeiter maßgeschneiderten Fortbildungen hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg über ihre zertifizierte Management Akademie (MAK) im Jahr 2011 wieder ein interessantes Seminarangebot zusammengestellt.

Nahezu 300 Fortbildungsveranstaltungen aus den Bereichen Betriebswirtschaft, Praxisorganisation, Qualitätsmanagement und Informationstechnologie sowie zur Qualitätsförderung- und -sicherung wurden durchgeführt. Die meisten Seminare werden von der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg auf das Fortbildungszertifikat anerkannt.

Viele Seminarangebote aus dem Bereich der Qualitätssicherung und -förderung dienen dem Erwerb von Qualifikationen zur Erbringung und Abrechnung qualifikationsgebundener (genehmigungspflichtiger) Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder dem Nachweis vertraglich festgelegter regelmäßiger Fortbildungsverpflichtungen.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Themen und Anzahl der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen und Teilnehmer:

Fortbildungsangebot der KVBW	Anzahl Fortbildungen	Anzahl Teilnehmer
Themen der Qualitätssicherung und -förderung im Einzelnen		
Patienten-Schulungsprogramme für Diabetiker, Hypotoniker und Asthmatiker/COPD-Erkrankte	20	373
DMP-Fortbildungen	8	256
DiSko-Schulungen	4	79
Strahlenschutzkurs für Arzthelferinnen	4	100
Auffrischungskurs zur Aktualisierung der Fachkunde / der Kenntnisse nach Röntgenverordnung / Strahlenschutzverordnung	4	245
Moderatorentaining für Qualitätszirkel	6	92
Symposium „Frühe Hilfen“	1	137
Projekt „Frühe Hilfen“	2	36
Fortbildungskurse für Moderatoren von Qualitätszirkeln	3	53
Sachkundekurs zur Aufbereitung und Instandsetzung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis	14	412
Onkologische Fortbildung für medizinisches Fachpersonal	2	168
Fortbildungsveranstaltung für Hausärzte zum Hautkrebs-Screening	4	151
Erfahrungsaustausch substituierender Ärzte	2	68
Sonographie der Säuglingshüfte	3	102
Kompaktkurs Fallkonferenz chronische Schmerzen	3	113

Fortbildungsangebot der KVBW	Anzahl Fortbildungen	Anzahl Teilnehmer
Themen der Qualitätssicherung und -förderung im Einzelnen		
Weitere Themen in zusammengefasster Form:		
Einzelseminare für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	62	1.359
Betriebswirtschaftliche Seminare	29	843
Seminare für das Praxisteam	61	1.271
Qualitätsmanagement-Kurse	35	770
EDV-Kurse	16	130
Gesamt-Anzahl:	283	6.758

5.1.1 Informationsbroschüre zur Dokumentationsprüfung im Ultraschall

Zum 1. April 2009 ist eine Neufassung der Qualitätssicherungsvereinbarung für die Durchführung sonographischer Untersuchungen in Kraft getreten. Neben einer Aktualisierung im Hinblick auf das Weiterbildungsrecht ergaben sich grundlegende Neuerungen im apparativen Teil. Es wurde – analog zum Röntgen – eine Abnahme- und eine Konstanzprüfung zur Überwachung der technischen Bildqualität eingeführt.

In Baden-Württemberg zeigte eine Zwischenbilanz der Dokumentationsprüfungen in der Ultraschalldiagnostik ein klares Bild: In vielen Fällen bedarf es nur weniger Änderungen an der Einstellung des Sonographiegerätes oder des Druckers, um die technische Qualität des vorgelegten Sonographiebildes zu optimieren und damit Beanstandungen zu vermeiden.

Die KVBW hat deshalb ihren Mitgliedern, die im Besitz einer Sonographie-Genehmigung sind, eine Broschüre mit den wesentlichen Informationen zur Prüfung der ärztlichen Dokumentation, zur Abnahme- und Konstanzprüfung zur Verfügung gestellt. Neben theoretischen Informationen gibt Herr Prof. Dr. med. Peter Haber von der Universitätskinderklinik Tübingen, Seminarleiter der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)

und Mitglied der Sonographie-Kommission der KVBW wertvolle Tipps und Hinweise zur Verbesserung der technischen Bildqualität.

Die Broschüre kann über die Homepage der KVBW herunter geladen werden unter: www.kvbawue.de.



5.2 PATIENTENSICHERHEIT: HYGIENE UND MEDIZINPRODUKTE

Überwachung und Begehungen von Arztpraxen durch verschiedene Behörden

Aus den Vorgaben verschiedener Gesetze, Verordnungen und Richtlinien leiten sich Überwachungsaufgaben und Praxisbegehungen durch staatliche Behörden ab.

I. Gesundheitsamt

Ambulant operierende Einrichtungen unterliegen nach dem Infektionsschutzgesetz der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Auch Arztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, können durch das zuständige Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden (§ 23 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz). Diese Überwachung durch das Gesundheitsamt schließt Praxisbegehungen mit ein.

Wenn Tatsachen festgestellt werden, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können oder der Verdacht besteht, dass solche Tatsachen vorliegen, kann das Gesundheitsamt zur Durchführung von Ermittlungen und zur Überwachung von angeordneten Maßnahmen Praxisbegehungen vornehmen und Unterlagen einsehen.

Situation in Baden-Württemberg:

- Das zuständige Gesundheitsamt überwacht die Einhaltung der Infektionshygiene.
- Begehungen durch das Gesundheitsamt sind meistens nur anlassbezogen (zum Beispiel nach einer Patientenbeschwerde).
- Begehungen werden im Regelfall angekündigt.
- Für Begehungen durch das zuständige Gesundheitsamt können (je nach hausinterner Gebührensatzung) Gebühren erhoben werden.

II. Regierungspräsidium

Einrichtungen, in denen Medizinprodukte betrieben oder angewendet oder Medizinprodukte aufbereitet werden, unterliegen gemäß Medizinproduktegesetz (MPG) der Überwachung der zuständigen Behörde (§ 26 MPG). Auch für diese Überwachung

hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen für Praxisbegehungen geschaffen. Im Rahmen einer Begehung kann die Behörde Räumlichkeiten besichtigen, Medizinprodukte prüfen, Unterlagen einsehen, aber auch Proben entnehmen.

Die zu erfüllenden Anforderungen richten sich nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (Sachkunde, Dokumentationen, räumliche Voraussetzungen etc.) Zuständige Behörden für die Durchführung des Medizinproduktegesetzes sind in Baden-Württemberg die Regierungspräsidien (§ 3 Pharmazie- und Medizinprodukte-Zuständigkeitsverordnung)

Situation in Baden-Württemberg:

- Alle vier Regierungspräsidien in Baden-Württemberg - Freiburg, Karlsruhe, Stuttgart, Tübingen - überwachen Arztpraxen, die Medizinprodukte aufbereiten.
- Die Begehungen der Regierungspräsidien haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen.
- Die Begehungen sind nicht nur anlassbezogen: Es ist davon auszugehen, dass sukzessive alle ambulant operierenden Arztpraxen begangen werden.
- Die Begehungen werden angekündigt.
- Hinsichtlich Auswahlverfahren und Vorgehensweisen sind regionale Unterschiede feststellbar.
- Die Begehungen der Regierungspräsidien sind kostenpflichtig.

III. Eichämter

Darüber hinaus finden auch noch Begehungen durch die Eichämter statt. Diese Begehungen finden in aller Regel unangekündigt statt.

Unterstützungsangebote durch die KVBW

Die Vielzahl und Komplexität der rechtlichen Vorgaben auf dem Gebiet der Hygiene und Medizinprodukte stellt für Arztpraxen eine besondere Herausforderung dar. Aus diesem Grund hat die

KVBW ein umfassendes Service- und Beratungsangebot zum Thema Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten zusammengestellt.

Die KVBW hat im Jahr 2011 Praxen zu folgenden Themen beraten und unterstützt:

- Umsetzung von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Normen in der Praxis
- Erstellung und Erarbeitung von Hygiene- und Desinfektionsplänen, Handschuh- und Hautschutzplänen
- Umsetzung der Inhalte des praxisinternen Hygieneplans (Hände- und Hauthygiene, Flächenreinigung- und Flächendesinfektion, Instrumentendesinfektion, Wäsche und Abfallentsorgung) im praktischen Alltag
- Risikoeinstufung von Medizinprodukten in der Praxis
- Aufbereitung von Medizinprodukten, d.h. Reinigung, Desinfektion, Verpackung und Sterilisation, sowie zu Überwachungsmöglichkeiten des Aufbereitungsprozesses durch hygienisch – mikrobiologische und/oder physikalische Routinekontrollen
- Umgang mit übertragbaren Krankheiten und deren Meldepflicht
- Umgang mit und Erfassung von nosokomialen Infektionen und Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
- Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit
- Vorbereitung und Nachbereitung einer behördlichen Begehung und Umsetzung von eventuellen Auflagen
- Erstellung und Erarbeitung von Verfahrensweisungen und Standardarbeitsanweisungen, sowie deren Umsetzung in die Praxis
- Beratung bei Neubau- und Umbauvorhaben in der Praxis

Fortbildungsangebote

Die KVBW hat für ihre Mitglieder auf dem Gebiet Hygiene und Medizinprodukte im Jahr 2011 wieder in Zusammenarbeit mit der Management Akademie zwei Fortbildungsreihen angeboten:

- Zehn halbtägige Kurse „Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis.“
- Vierzehn fünftägige Sachkundekurse nach § 4 Abs. 3 Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung zur Aufbereitung von Sterilgut.

Der Kurs „Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis.“ dient der Auffrischung und Vertiefung der Hygienekenntnisse in den Arztpraxen. In diesem Kurs werden insbesondere die Inhalte eines Hygieneplans besprochen. Im Jahr 2011 nahmen an den zehn Veranstaltungen insgesamt 250 Personen teil.

Entscheiden sich Praxisbetreiber für die Aufbereitung in der eigenen Praxis, so tragen diese die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Prozesses (§ 4 Abs. 1 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)). Wird die Aufgabe nicht selbst durchgeführt, muss vom Inhaber der Praxis eine fachlich verantwortliche (= beauftragte Person) für die Aufbereitung schriftlich bestellt werden. Die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten Beauftragten müssen eine Fortbildung und ein Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) nachweisen. Das Vorhandensein dieses DGSV-Zertifikats wird von den Aufsichtsbehörden (Regierungspräsidien) bei den Praxisbegehungen überprüft.

Seit 2007 haben Praxen die Möglichkeit, die geforderte Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 der MPBetreibV für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis im Rahmen eines 5-tägigen Sachkundekurses bei der KVBW zu erwerben.

Diese Sachkundekurse wurden in Kooperation mit der Akademie für Infektions-Prävention – (AFIP) e.V., Tübingen sowie dem Brandenburgischen Bildungswerk für Medizin und Soziales e.V., Potsdam angeboten. Beide Fortbildungseinrichtungen sind bei der DGSV akkreditiert und arbeiten nach deren Curriculum. Der Sachkundekurs schließt mit einer Kenntnisprüfung ab. Die Teilnehmer erhalten nach erfolgreich bestandener Prüfung das Zertifikat der DGSV.

Die Inhalte des Sachkundekurses sind nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

Inhalte des Sachkundekurses zur Aufbereitung von Sterilgut

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

Im Jahr 2011 wurden insgesamt **412 Mitarbeiter** in 13 Sachkundekursen für ambulant operierende Arztpraxen sowie einem Sachkundekurs für endoskopierende Arztpraxen erfolgreich fortgebildet. Die Teilnehmer kamen aus insgesamt 399 Arztpraxen in Baden-Württemberg. Die Verteilung der

teilnehmenden Praxen auf die Fachgebiete im Vergleich zu den Jahren 2008 - 2011 ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Der Sachkundekurs wurde als sehr effiziente Unterstützung der Qualitätsanstrengungen in der Praxis empfunden.

Verteilung der an den Sachkundekursen der KVBW in den Jahren 2008 - 2011 teilgenommenen Praxen nach Fachgebieten

Facharztpraxen für	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2008	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2009	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2010	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2011
Allgemeinmedizin	18	66	26	15
Anästhesiologie	4	6	6	6
Augenheilkunde	22	17	9	27
Chirurgie	39	36	43	62*
Frauenheilkunde und Geburtsgmedizin	22	38	35	41
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	10	10	25	40
Haut- und Geschlechtskrankheiten	31	41	58	93
Innere Medizin (hausärztlich)	-	-	6	4
Innere Medizin (fachärztlich)	57	29	19	20
Kinder- und Jugendmedizin	-	5	1	2
Laboratoriumsmedizin	-	-	1	-
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	11	8	5	13
Neurologie	1	-	-	-
Orthopädie	20	21	5	21
Physikalische und Rehabilitative Medizin	1	-	-	-
Urologie	26	27	27	55
Notfallpraxis	-	1	1	-
Summe der Teilnehmer	262	305	267	399

Bemerkung:

* einschließlich jeweils zwei Praxen für Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie Neurochirurgie

Bundesweite Projekte

Die KVBW beteiligt sich auch an bundesweiten Projekten zur Verbesserung der Praxishygiene: Als Mitglied der Arbeitsgruppe MRSA beim Kompe-

tenzzentrum für Patientensicherheit der KVWL und beim Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KV'en und KBV mit Sitz bei der KVBW.

5.3 PATIENTENSERVICE

5.3.1 Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen werden von Ärzten und Psychotherapeuten zunehmend als ergänzende Hilfe in Anspruch genommen und haben sich so zu einer weiteren wichtigen Säule im Gesundheitswesen entwickelt. Dort wo sich professionelle fachliche Kompetenz von Ärzten und Psychotherapeuten mit der erlebten Kompetenz und den Erfahrungswerten der Selbsthilfegruppe verbindet, zeigen sich Synergieeffekte und damit ein Mehr an Qualität und Transparenz. Außerdem erfahren die Praxen eine zeitliche Entlastung und eine zuverlässigere Mitwirkung der Patienten bei der Therapie.

Zur Unterstützung der Kooperation von Ärzten, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg im Geschäftsbereich Service und Beratung, Sachgebiet Bürgerservice, die Kooperationsberatung für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen (KOSA) eingerichtet. Auf der Grundlage einer Mitgliederbefragung konnte die KVBW eine Datenbank errichten, die ausschließlich kooperationsinteressierte Ärzte und Psychotherapeuten enthält. Unter der Telefonnummer 07121 - 9172396 können sowohl Selbsthilfegruppen als auch Ärzte und Psychotherapeuten einen Kooperationspartner finden, der zu ihnen, das heißt zum Krankheitsbild der Selbsthilfegruppe oder zum Fachgebiet des Arztes beziehungsweise Psychotherapeuten passt.

Die KOSA bietet immer wieder neue Anreize und Möglichkeiten für Praxen, sich an einer Zusammenarbeit zu beteiligen und organisiert mehrmals im Jahr verschiedene Veranstaltungen. Zudem werden regelmäßig Artikel in der Mitgliederzeitschrift „ergo“ veröffentlicht und die Vorteile und die Ressourcenersparnis für Ärzte verdeutlicht.

Auch seitens der Selbsthilfegruppen und ihrer Verbände ist das Interesse an einer Zusammenarbeit mit den Ärzten und Psychotherapeuten beziehungsweise ihrer Organisation, der KVBW, groß. Zu den Serviceangeboten gehören maßgeschnei-

derte Beratungsangebote, gemeinsame Fachtagungen für Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Fachangestellte und Selbsthilfegruppen, zertifizierte Fortbildungsseminare für Ärzte und Psychotherapeuten im Rahmen der Management Akademie sowie die Vermittlung ärztlicher und psychotherapeutischer Referenten an Selbsthilfegruppen.

Unter dem Titel "Selbsthilfe – Unterstützung für Patienten und Entlastung für die Praxis", hat die KOSA in Kooperation mit den regionalen Selbsthilfekontaktstellen im Jahr 2011 acht Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte angeboten:

Fortbildungen 2011

Ort	Datum
Stuttgart	13. April 2011
Freiburg	11. Mai 2011
Stuttgart	1. Juni 2011
Freiburg	8. Juni 2011
Konstanz	21. September 2011
Karlsruhe	28. September 2011
Mannheim	9. November 2011
Reutlingen	23. November 2011
Teilnehmer gesamt	128
Anzahl vertretende Praxen	81

Evaluationsergebnisse

Soll-Wert 4,0 von maximal 5,0 Punkten	Ist-Wert
Gesamteindruck	4,72
Weiterempfehlungsquote	95,88 %
Fachl. Kompetenz der Referenten	4,79
Art der Präsentation durch Referenten	4,68

Weitere Informationen zur KOSA sind im Internet unter www.kvbawue.de/buerger/selbsthilfegruppen/ abrufbar.

5.3.2 Patienteninformation „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“

Die telefonische Patienteninformation „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ ist dem Geschäftsbereich Service und Beratung, Sachgebiet Bürgerservice, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zugeordnet. Med-Call hat sich bei Bürgern und Mitgliedern der KVBW derart etabliert, dass die Mitarbeiterinnen im Oktober 2011 bereits auf das zehnjährige Bestehen der Patienteninformation zurückblicken konnten.

Das medizinische Fachpersonal leistet den Anrufern Hilfestellung unter anderem bei der Suche nach Haus- oder Fachärzten (wohntnah),

- Ärzten mit einem speziellen Tätigkeitsschwerpunkt oder besonderen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten,
- Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten,
- Praxen mit einem behindertengerechten Zugang und entsprechenden Parkmöglichkeiten,
- Ärzten, Therapeuten sowie Praxispersonal mit speziellen Fremdsprachenkenntnissen,
- Krankenhäusern sowie stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen,

- Selbsthilfegruppen, Gesundheitssportverbänden und Beratungsdiensten.

Die Koordinierung freier Psychotherapiekapazitäten durch MedCall unterstützt die Ärzte und Psychotherapeuten der KVBW in der Praxisführung. Gemeinsames Ziel mit den Mitgliedern ist es zudem, die Versorgungssituation der Patienten in Baden-Württemberg zu optimieren.

Darüber hinaus informiert der telefonische Beratungsservice über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, die Strukturen des Gesundheitswesens sowie die Organisation der Verwaltungsorgane und deren Leistungserbringer.

Der telefonische Beratungsservice ist unter der Rufnummer **01805 – 6 33 22 55*** montags bis donnerstags von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr sowie freitags von 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr zu erreichen.

(*14 Cent/pro Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk maximal 42 Cent/Minute)

Statistische Auswertung MedCall 2011

Anruferzahlen nach Themenbereichen:

Anrufgrund:	1/11	2/11	3/11	4/11	Gesamt
Arztadressen	5.508	5.236	5.289	5.136	21.169
Diagnostik-/Therapieverfahren	570	511	518	420	2.019
Krankenhaus / Reha / Selbsthilfegruppen	115	89	132	63	399
Beschwerden	563	498	525	531	2.117
Individueller Beratungswunsch	84	67	60	39	250
Sonstige Fragen	966	868	1.051	897	3.782
Praxisgebühr	39	52	73	55	219
Adresslistenversand	4	5	9	0	18
schriftliche Anfragen	57	67	61	67	252
Summe:	7.906	7.393	7.718	7.208	30.225

Monatliche geführte Telefonate

Zeitraum	Summe/ Monat	Arbeitstage/ Monat	Anrufe Tages Ø
Januar 2011	2.447	17	144
Februar 2011	2.652	20	133
März 2011	2.807	23	115
April 2011	2.338	19	123
Mai 2011	2.887	23	126
Juni 2011	2.168	19	114
Juli 2011	2.734	21	130
August 2011	2.545	22	130
September 2011	2.439	23	106
Oktober 2011	2.494	21	119
November 2011	2.494	20	137
Dezember 2011	1.976	17	116
Summe:	30.225	245	123

Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements werden die telefonischen Beratungsgespräche stichprobenweise mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens evaluiert.

Evaluationsergebnisse

Mitgliederbewertung	
Soll-Wert 4,2 von maximal 5,0 Punkten	Ist-Wert
Praktischer Nutzen	4,8
Beratungsaufwand	4,9
Verständlichkeit der Beratung	4,9
Freundlichkeit der Mitarbeiter	5,0
Zufriedenheit	4,6
Weiterempfehlungsquote	100 %
Bewertung der psychotherapeutisch tätigen Mitglieder zur Koordinierungsstelle	
Soll-Wert 80%	Ist-Wert
Praktischer Nutzen	97 %
Zufriedenheit	97 %
Weiterempfehlungsquote	92 %

Weitere Informationen zum Patiententelefon „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ sind im Internet unter www.kvbawue.de/bu-erger/patiententelefon_medcall/ abrufbar.

IMPRESSUM

Qualitätsbericht 2011 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Redaktion

Dr. med. Norbert Metke (verantwortlich)
Dr. med. Michael Viapiano
Wolfgang Wiedlin
Ute Noack
Eva Frien

Autoren KVBW

Karin Artz
Dr. med. Michael Dierich
Susanne Flohr
Sigrun Häußermann
Roland Müller
Corinna Pelzl
Klaus Rees
Wolfgang Wiedlin

Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Sundguallee 27
79114 Freiburg
Telefon: 0761 / 884-4380
Telefax: 0761 / 884-483831
E-Mail: Qualitaetsbericht@kvbawue.de

Erscheinungstermin

September 2012

Gestaltung und Realisation

Uwe Schönthaler

Auflage

1.500 mit CD-Beilage

Anmerkung:

Die Begriffe „Arzt“ und „Psychotherapeut“ im Text stehen immer sowohl für die männliche als auch für die weibliche Berufsbezeichnung.

Anhang:

CD-Version des Qualitätsberichtes 2011 der
KV Baden-Württemberg mit umfassendem Datenteil

Sollte die CD hier fehlen, wenden Sie sich bitte an die Redaktion:

Ute Noack

Telefon: 0761 / 884-4389

Telefax: 0761 / 884-483831

E-Mail: Ute.Noack@kvbawue.de

www.kvbawue.de

Alles Gute.

