

# Qualitätsförderung und Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung

FRANZISKA DIEL

Dr. med. Franziska Diel, MPH, ist Leiterin des Dezernates Sektorenübergreifende Qualitätsförderung, Versorgungskonzepte, Qualitätsmanagement, Patientensicherheit in der Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

**Mehr Qualität wagen! – heißt auch, vom vertragsärztlichen Sektor zu lernen: hohe Standards sichern und daneben der Freiwilligkeit vertrauen. Der Werkzeugkasten der ambulanten Qualitätsinstrumente ist vielfältig. Passgenau zugeschnitten auf das Versorgungsspektrum, ausgehend von belegten Verbesserungspotentialen und zielgerichtet eingesetzt werden freiwillige Qualitätsinitiativen gefördert und mit verpflichtenden Vorgaben kombiniert.**

## 1. Verständigung über den Qualitätsbegriff

Mehr Qualität wagen? Um sich einer Antwort auf diese Frage anzunähern, muss zunächst geklärt sein, was unter Qualität verstanden wird, woran diese festgemacht wird, wie diese spürbar wird für alle Beteiligten. Erst dann wird deutlich, ob ein „Mehr“ an Qualität überhaupt vonnöten, ob es geboten ist. Eine dem Ziel angemessene Qualität wird nie ein Wagnis sein. Sie ist eine zufriedenstellende Selbstverständlichkeit. So stellen sich alle Ärzte und Psychotherapeuten, nicht nur ambulant tätige, seit jeher dieser Herausforderung. Sie ist quasi Teil ihrer job description.

In Zeiten, in denen mit dem Begriff Qualität nahezu inflationär umgegangen wird – gemeint ist vermutlich gute Qualität, gegen die kaum jemand etwas haben wird – lohnt es kurz zu beleuchten, was sich hinter diesem Konstrukt verbirgt. Da sind zunächst die unterschiedlichen Akteure, die Patienten, deren Angehörige, die Versorgenden, Krankenversicherungen, Krankenhausträger, Kommunen, Politiker, Ministerien usw. Jede dieser Gruppen hat eine andere Perzeption von dem, was sie unter Qualität versteht. Aber auch in-

nerhalb einer dieser Gruppen können sich das Verständnis und die Erwartungen über die Zeit wandeln. Neben objektivierbaren Kriterien spielen gerade im sensiblen Gebiet der Gesundheitsversorgung subjektive Aspekte eine große Rolle.

Häufig wird der Begriff ‚Qualität der Gesundheitsversorgung‘ synonym verwendet mit Qualitätsmessung, Einrichtungsvergleichen oder Qualitätstransparenz; in der Konnotation verbunden mit einer Art Heilserwartung: Wenn wir doch nur mehr Transparenz oder endlich sektorenübergreifende Qualitätssicherung (QS) hätten, bräuchten wir uns um die Güte der Versorgung keine Gedanken mehr zu machen. Dabei wird häufig übersehen, dass zuallererst erforderlich ist, einen Standard als SOLL-Größe zur Verfügung zu haben, gegenüber dem das IST eingeordnet werden muss. Wird hier ein Delta festgestellt, kann es sich lohnen darüber nachzudenken, ob und wenn ja wie dieses behoben werden könnte. Stets müssen zu Beginn dieses Vorhabens ein klares und überprüfbares Ziel festgelegt und geeignete Instrumente bzw. Verfahren ausgewählt werden. Unerlässlich ist es dabei, die Praktikabilität sowie die Aufwand-Nutzen-Relation im Auge zu

haben. Eine Qualitätspolitik, die vor lauter Engagement und Selbstbefassung aus dem Auge verliert, dass sie lediglich Mittel zum Zweck ist, dass sie ihre Berechtigung einzig daraus herleitet, dass immer noch Versorgung von Patienten stattfindet, hat ihren Sinn verfehlt.

Zu Beginn muss folglich zwischen den oben genannten Akteuren ein gesellschaftlicher Konsens darüber hergestellt werden, was unter guter Versorgung verstanden wird, was angemessen ist und wieviel davon unsere Gesellschaft finanzieren will. Hier lohnt ein Blick ins Ausland, der schnell verdeutlicht, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland sich auf einem hohen Niveau befindet. Gleichzeitig ergeben sich Anregungen für vertiefende Analysen. Dabei weist nicht jede internationale oder regionale Varianz unmittelbar auf ein Problem oder Defizit hin. Zielkonflikte bestehen häufig zwischen individueller und populationsbezogener Perspektive ebenso wie zwischen ökonomischer, patienten- und arztbezogener Perspektive. Erst ein solcher Diskurs mit wechselseitiger Offenlegung der Erwartungen erzeugt das erforderliche Verständnis und Vertrauen, um zusammen, jeder in seiner Rolle, orientiert an einem gemeinsamen Ziel und weitgehend frei von einer Bestrafungsmentalität Qualitätsentwicklung voranzutreiben. Profitieren können und sollen dabei alle. Das Wesen von Qualitätsförderung und -sicherung liegt eben genau darin, der Patientenversorgung zu nützen. Qualität ist kein „Extra“.

Anknüpfend an Qualitätsdefinitionen von WHO, OECD oder Commonwealth Fund ist eine zentrale Qualitätsdimension das Vorhandensein eines flächendeckenden, erreichbaren Versorgungsangebotes, zu dem jeder Bürger Zugang hat. Der Umfang bzw. Inhalt des sogenannten Leistungskatalogs in der GKV beschreibt einen weiteren Qualitätsaspekt, sind diese Leistungen doch in ihrem Nutzen bewertet worden. Eine wirkungslose und unangemessene Leistung qualitativ hochwertig zu erbringen, verschafft dieser keinen Qualitätsvorteil. Handelt es sich jedoch um eine in ihrem Nutzen belegte Leistung oder Maßnahme gilt es diese korrekt durchzuführen. Zu der entsprechenden Prozessqualität gehört selbstverständlich die Einbeziehung der Patientenpräferenzen ebenso wie die Kooperation und Kommunikation mit anderen am Versorgungsgeschehen

Beteiligten. Gute Versorgung macht sich fest am Nutzen, den die Patienten ebenso wie die Versorgenden, die Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegekräfte usw., wahrnehmen.

Nach dieser grundsätzlichen Verständigung muss eine spezifische Beschreibung des Versorgungsstandards beispielsweise in Form von möglichst sektorenübergreifenden, evidenzbasierten Leitlinien erfolgen. Erst wenn diese Festlegungen und Definitionen stattgefunden haben, können ein klar strukturiertes theoretisches Konzept verbunden mit sauberer Nutzung der Begrifflichkeiten, frei von jedem moralisierenden Pathos, entwickelt und messbare Ziele abgeleitet werden. Sinnvollerweise sollte hierbei eine Fokussierung auf die vorrangigen Gesundheitsthemen oder risikobehafteten Versorgungsaspekte stattfinden. Eine gesamthafte Befassung mit der Behandlung von Krankheitsbildern anstelle von technischen Prozeduren ist künftig dringend angeraten.

## 2. Spezifika der ambulanten Versorgung

Neben einer sauberen Analyse der Verbesserungspotentiale und einer daraus abgeleiteten operationalisierbaren Ziel-

beschreibung ist es essentiell für eine erfolgreiche Qualitätsentwicklung, die Instrumente passgenau auszuwählen. Dies kann nur gelingen, wenn der Kontext, in welchem diese Instrumente eingesetzt werden, berücksichtigt wird, wenn also die Instrumente dem Anwendungsgebiet angemessen sind. Interkulturelle bzw. intersektorale Kompetenz auf Systemebene ist gefragt.

Mehr Qualität wagen? Den ambulanten Sektor kennenlernen! Krankheitsspektrum und Versorgungsgeschehen im ambulanten Sektor spiegeln in weiten Teilen die gesundheitlichen Herausforderungen der kommenden Dekaden wider. Die Versorgung eines hohen Anteils chronischer Krankheiten, die Koordination der unterschiedlichen Akteure, aber auch Krankheitsprävention sind wesentliche Aufgabengebiete im ambulanten Bereich. Überwiegend ältere bis hochbetagte, oftmals multimorbide Patienten werden kontinuierlich über lange Zeitverläufe in wiederholten Kontakten versorgt. Anders als meist im stationären Sektor steht in vielen der 580 Mio. Fälle nicht bereits zu Beginn der Behandlung eine Diagnose fest. Es handelt sich häufig vielmehr um sogenannte Beratungsanlässe, bei denen zunächst Symptome eingeordnet werden müssen. Psychosoziale Begleitung spielt eine wichtige Rolle ebenso wie ge-

Abb. 1: Besonderheiten der ambulanten Versorgung



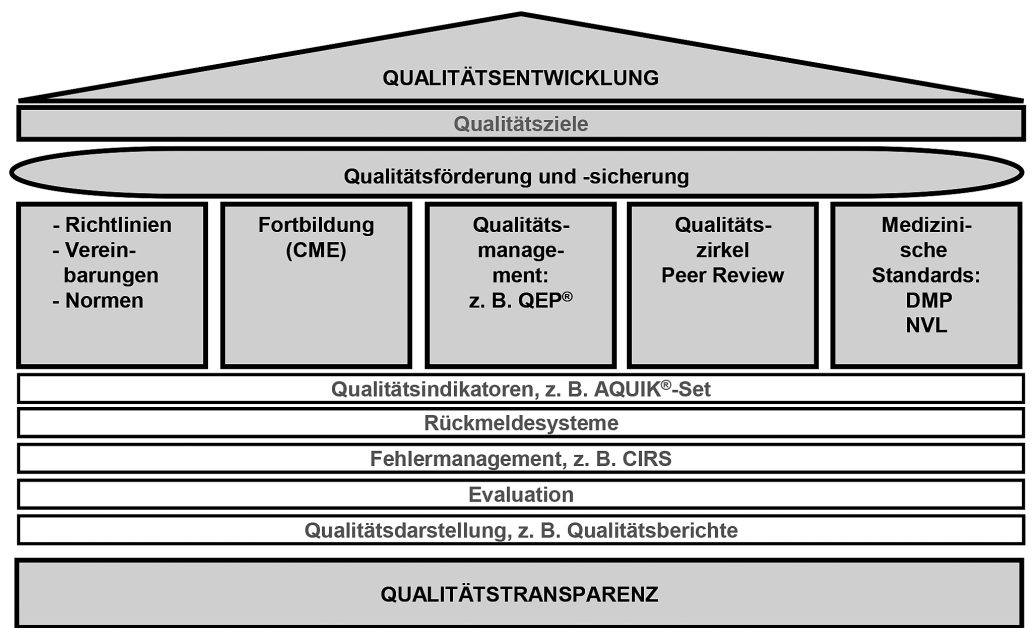
Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

lungene Kommunikation sowohl mit den Patienten als auch mit den Kooperationspartnern, den vielen Mitversorgenden. Unverändert sind die rund 160.000 Ärzte und Psychotherapeuten in den ca. 103.000 Praxen überwiegend selbstständig tätig. Dabei handelt es sich um kleine Einheiten, meist Einzelpraxen.

Wichtig in Bezug auf Qualitätsmessung ist, dass im ambulanten Sektor die Ereigniszahlen für schwerwiegende Ereignisse i. d. R. niedrig sind (bspw. Fußamputation bei Diabetikern). Vor diesem Hintergrund lassen sich oft keine belastbaren bzw. validen Bewertungen zur Ergebnisqualität bezogen auf einzelne Praxen vornehmen. Auch müssten die häufig vorkommenden Mehrfacherkrankungen berücksichtigt werden.

Diese Besonderheiten und Beispiele zeigen, dass eine pauschale Gleichschaltung der ambulanten und stationären Qualitätsförderung und -sicherung weder sinnvoll noch umsetzbar ist. Vielmehr muss wohl überlegt werden, wie das angestrebte Ziel mit dem größtmöglichen Effekt und geringstem Aufwand erreicht werden kann. Meist wird dies bedeuten, die eingesetzten Instrumente auf die Spezifika des Versorgungssektors zuzuschneiden. Darüber hinaus müssen Prioritäten gesetzt werden, indem bspw. periodische Schwerpunktsetzungen erfolgen. Diese sollten sich sowohl an den erwähnten Herausforderungen der Gesundheitsversorgung auf der Meta- und Mesoebene orientieren als auch auf Bereiche fokussieren, in denen Qualitätsdefizite belegt sind. Nur weil etwas messbar ist, ist es noch nicht relevant, genauso wenig wie es sinnvoll ist, reflexartig Vollerhebungen von allem und jedem zu fordern. Gleichzeitig kann nicht alles, was gute Qualität ausmacht, gemessen werden – hier zeigt sich, dass jenseits technisch-operativer Prozeduren noch viele Fragen zu beantworten sind. Genau die chronisch-internistischen und psychischen Erkrankungen sind es aber, denen wir unsere Aufmerksamkeit geben sollten, sind sie es doch, die einen Großteil unserer aktuellen und künftigen Krankheitslast ausmachen.

Abb. 2: Ansätze und Instrumente der ambulanten Qualitätsförderung



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

### 3. Ansätze und Instrumente der Qualitätsförderung und -sicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

Mehr Qualität wagen? Vom ambulanten Sektor lernen! Vor dem Hintergrund der Heterogenität der Versorgungsstrukturen und des Versorgungsgeschehens in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung sind vielfältige Ansätze, Instrumente und Maßnahmen entwickelt worden, die bedarfsbezogen kombiniert werden können. Das Portfolio reicht mit allen Zwischenstufen von freiwilligen motivationsorientierten Initiativen an einem Ende der Skala bis zu normativ festgelegten, sanktionsbewährten Maßnahmen am anderen Ende.

Neben verpflichteten Vorgaben zur Qualitätssicherung (QS) in Form von Richtlinien oder Vereinbarungen, die häufig mit Qualitätskontrollen verbunden sind, gehören auch die kontinuierliche Fortbildung, das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, freiwillige Qualitätsinitiativen wie Qualitätszirkel oder Peer Review mit Vor-Ort-Besuch sowie medizinisch-fachliche Standards in Form von Nationalen Versorgungsleitlinien bzw. operativ umgesetzt in Form von Disease-Management-Programmen (DMP) dazu.

Die Sicherung und Weiterentwicklung dieses hohen Qualitätsstandards ist nach § 75 SGB V eine der zentralen

Aufgaben und Anliegen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie überwachen die Erfüllung der den Vertragsärzten und -psychotherapeuten obliegenden Pflichten bzw. halten diese dazu an (Sicherstellungsauftrag und Gewährleistungspflicht). Bereits 1989 wurden die KVen im SGB V zur Durchführung von Stichprobenprüfungen beauftragt und haben seitdem wertvolle Expertise in der Qualitätsförderung und -sicherung aufgebaut.

#### 3.1 Regelungen zur Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure: vom Gesetzgeber, über staatliche Normgeber wie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Aufsichtsbehörden, die Ärztekammern bis hin zu den Kassenärztlichen Vereinigungen im vertragsärztlichen Bereich. Dabei müssen unterschiedliche rechtliche Regelungen beachtet und eingehalten werden wie das Vertragsarztrecht, staatliche Normen (z. B. Röntgenverordnung, Medizinprodukte-Betreiberverordnung, Infektionsschutzgesetz), untergesetzliche Normen (Richtlinien des Robert-Koch-Institutes) oder das Berufsrecht (z. B. Berufsordnung, Weiterbildungsordnung).

Bereits für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung (Akkreditierung) werden die ersten Qualitätsstandards postuliert, indem eine abgeschlossene Facharztweiterbildung bzw. eine Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten vorausgesetzt wird. Darüber hinaus unterliegen etwa 50% der Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab einem Genehmigungsvorbehalt (z. B. Koloskopien oder Sonografien) – ohne Labor und ambulantes Operieren sind dies immer noch ca. 30% ggü. ca. 20% im stationären Sektor – und dürfen nur abgerechnet werden, wenn bestimmte spezielle Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Dies wird durch die KVen systematisch überprüft. In 2013 wurden ca. 46.000 Neu- und Änderungsanträge für Genehmigungen geprüft und ggf. bewilligt; allein für die Ultraschalldiagnostik haben ca. 80.000 Ärzte eine Genehmigung und erfüllen somit die apparativen und fachlichen Voraussetzungen. An den bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen mit den Krankenversicherern zur Qualitätssicherung, den sogenannten QS-Vereinbarungen gemäß § 135 (2) SGB V, müssen alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten teilnehmen. Außerdem gibt es spezielle Anlagen zum Bundesmantelvertrag bspw. zur Onkologie sowie die QS-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 136 (2) oder § 135 (1) SGB V. Insgesamt sind zu mehr als 50 Leistungsbereichen Qualitätsanforderungen festgelegt. Durch diese Regelungen sind alle Ärzte und Psychotherapeuten, die gesetzlich Versicherte behandeln, an einen hohen Qualitätsstandard gebunden. Nicht bindend dagegen sind diese Anforderungen für Ärzte, die ausschließlich Privatpatienten und Selbstzahler behandeln.

Die einzelnen QS-Vereinbarungen beinhalten Elemente wie Frequenz- und Mengenregelungen als Nachweis entsprechender Erfahrungen, die Überprüfung der Indikationsqualität, Leistungsüberprüfungen bspw. der Dokumentationsqualität oder korrekt durchgeführter Untersuchungen oder fachliche und strukturelle Rezertifizierungen. Wo sinnvoll, sollten diese konsequent verbunden werden mit einem Feedback an die überprüften Vertragsärzte. Dieses Feedback erst setzt ggf. Veränderungsimpulse und ist damit die Grundlage für eine Verhaltensmodifikation oder bestärkt die bisherige Vorgehensweise.

**Tab. 1: Auswahl ambulanter Qualitätsinstrumente und Anwendungsbeispiele**

Instrument	Anwendungsbeispiele
Akkreditierungsvoraussetzungen	Nachweis der Mindestanforderungen ggü. KV; Eingangsprüfung der fachl. Befähigung durch Fallsammlungs- oder Präparateprüfung
Einzelfallprüfung mittels Stichproben	Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung anhand Behandlungsdokumentation, z. B. Korrelation zw. bildgebender Diagnostik und histopathologischen Befunden (z. B. bei MR-Angiographie, Arthroskopie)
Vollerhebungen	Datengestützte QS-Dialyse
Frequenzregelungen	bei Erfordernis von manuellen Fertigkeiten/Routine: Mindestanzahlen an Untersuchungen und Behandlungen (z. B. invasive Kardiologie, interventionelle Radiologie)
Praxisbegehungen	Prüfung von Strukturanforderungen; im Rahmen von Beratungsgespräch durch die QS-Kommissionen
Kolloquien (Kollegiales Beratungsgespräch mit der QS-Kommission)	Bei Qualifikationsvorbehalt Prüfung der fachl. Befähigung durch die QS-Kommissionen; bei Dokumentationsbeanstandungen (=letzte Instanz vor Genehmigungsentzug)
Spezifische Fortbildungsverpflichtungen	Als Eingangsvoraussetzung (z. B. bei Kapselendoskopie, HIV/AIDS, Hörgeräteverordnung)
Rezertifizierungen (wiederkehrende Nachweispflichten)	Fallsammlungsprüfungen (z. B. kurative Mammographie alle 2 Jahre), Hygieneprüfungen (z. B. Koloskopie alle 6 Monate)
Gerätebezogene Prüfungen	Abnahme- und Konstanzprüfung von Ultraschallsystemen: apparative Mindestanforderungen, Bildqualität

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Einen ausführlichen Einblick bietet der jährliche Qualitätsbericht<sup>1</sup>, der über die Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzurufen ist.

War die Qualitätssicherung im ambulanten Sektor in der Vergangenheit geprägt von einem Fokus auf Strukturqualität, so wurden bereits in den vergangenen Jahren schrittweise Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität einbezogen. Mit der QS-Richtlinie des G-BA zu Dialyse wurde das erste datengestützte Verfahren als Vollerhebung etabliert. Die Auswertungen werden den Dialyseeinrichtungen und den KVen vierteljährlich widergespiegelt; G-BA sowie Öffentlichkeit werden über die Ergebnisse in Jahresberichten informiert. Auch die zweiseitigen QS-Vereinbarungen beinhalten datengestützte QS-Maßnahmen (z. B. Zervix-Zytologie, Kapselendoskopie, Hörgeräteversorgung). Bestandteil der QS-Dokumentation im Rahmen der Hörgeräteversorgung ist ein standardisierter Patientenfragebogen, der den Hörgewinn erfragt. Nach Auswertung werden die Ergebnisse in Feedbackberich-

ten vierteljährlich an die Ärzte, auch im Vergleich zu anderen Kollegen der KV (Benchmarking), gespiegelt.

Überprüft werden die mit den Krankenkassen vereinbarten QS-Anforderungen in themenbezogenen Qualitätssicherungskommissionen, an denen neben ungefähr 3.600 Ärzten mit entsprechender Expertise ca. 500 Fachleute der KVen und häufig auch Vertreter der Kassen aktiv mitwirken. Bei Leistungen, die von Ärzten und Psychotherapeuten nur unter einem Qualitätsvorbehalt erbracht und abgerechnet werden dürfen, wird von den QS-Kommissionen die fachliche Befähigung des Antragstellers geprüft und den KVen eine Entscheidungsempfehlung vorgelegt. Anschließend wird die Leistung kontinuierlich in Stichproben beurteilt, bspw. wird die Indikationsstellung anhand von Videosequenzen, Fotos, Vorbefunden, Op-Bericht, Befunddokumentation etc. begutachtet. Sollte das Ergebnis der

1 <http://www.kbv.de/html/1748.php> (Zugriff am 15.4.2015)

Stichprobe den Qualitätsmaßstäben nicht genügen, werden die geprüften Vertragsärzte in einem interkollegialen Gespräch (Kolloquium) beraten oder andere Maßnahmen eingeleitet. Ggf. muss die Eingangsprüfung erneut abgelegt werden.

Werden die in den QS-Vereinbarungen formulierten Qualitätsstandards oder die verpflichtenden QS-Maßnahmen nicht eingehalten bzw. nicht umgesetzt, gibt es einen abgestuften Kanon an möglichen Konsequenzen. Diese reichen von Wiederholungsprüfungen, zeitlich terminierten Auflagen zur Mängelbeseitigung, Nichtvergütung oder Honorarrückforderung bis hin zum Genehmigungswiderruf. Allein in 2013 wurden 2.000 Genehmigungen entzogen.

### 3.2 Fortbildung und Qualitätsmanagement

Alle Ärzte und Psychotherapeuten müssen sich regelmäßig fortbilden. Als Nachweis hierüber müssen innerhalb von 5 Jahren 250 Fortbildungspunkte gesammelt werden. Die in der vertragsärztlichen Versorgung Tätigen müssen diesen Nachweis gemäß § 95d SGB V der jeweiligen KV vorlegen. Andernfalls drohen Honorarkür-

### **Qualitätszirkel sind seit 20 Jahren eine etablierte Form der Fortbildung und eine anerkannte Methode der Qualitätsförderung.**

zungen von unmittelbar 10%, nach vier Quartalen sogar 25% und im schlimmsten Fall der Entzug der Zulassung. Gut 97% der Vertragsärzte und -psychotherapeuten erfüllen diese Anforderungen zum Stichtag, die meisten Nachzügler holen schnell nach. Seit 2004 besteht darüber hinaus für Niedergelassene die Pflicht, einrichtungsintern Qualitätsmanagement (QM) einzuführen. Auch dies wird jährlich von den KVen in Stichproben geprüft. Seit Jahren werden die Anforderungen stabil von ca. 80% der Praxen erfüllt – und das, obwohl hier für Niedergelassene gar keine Sanktionen bei einer unzulänglichen Umsetzung vorgesehen sind. Dies unterstreicht die vorhandene intrinsische Motivation und hohe Bereitschaft zur Teilnahme an Angeboten der Qualitätsförderung.

Zur Unterstützung der Praxen und Medizinischen Versorgungszentren bei der Ein-

führung von Qualitätsmanagement hat das KV-System ein spezifisch auf Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zugeschnittenes QM-Verfahren entwickelt: QEP® (Qualität und Entwicklung in Praxen)<sup>2</sup>. Dieses deckt nicht nur alle gesetzlichen Vorgaben zum einrichtungsinternen QM für Praxen und MVZ ab, sondern bietet auch Hilfestellungen und Tipps in Bezug auf die zahlreichen weiteren gesetzlichen Vorgaben sowie zu wichtigen Praxisabläufen. Es ist der Anspruch von QEP nicht nur organisatorische Prozesse zu betrachten, sondern die Patientenversorgung und Patientensicherheit in den Mittelpunkt zu stellen und bspw. die Leitlinienorientierung durch die Implementation von Behandlungspfaden zu fördern. Über 35.000 Teilnehmer haben QEP-Einführungseminare besucht und stabil ein gutes Drittel aller Praxen nutzen QEP als Grundlage für ihr QM. Optional besteht mit QEP die Möglichkeit einer Zertifizierung durch neutrale Dritte – quasi als Kür, auch wenn dies gesetzlich nicht vorgeschrieben ist. Daneben bietet die KBV zahlreiche Werkzeuge an wie das Online-Tool „Mein PraxisCheck“, das ein niedrigschwelliges Lern- und Informationsangebot zu den Themen Informationssicherheit, Hygiene und Impfen ist. Knapp 50.000 Anwender haben das Serviceangebot bislang genutzt. Weitere Themen sollen folgen.

Um die Bedeutung von Risiko- und Fehlermanagement zu unterstreichen, hat die KBV bereits 2004 als anonymes Berichts- und Lernsystem ein „Critical Incident Reporting-System“ (CIRS) etabliert, dem sich später die Bundesärztekammer angeschlossen hat. So können Ärzte und Psychotherapeuten aus den kritischen Ereignissen oder ggf. Fehlern anderer lernen. Monatlich gibt es knapp 3.000 Zugriffe auf Cirsmedical.de.

### 3.3 Qualitätszirkel und Peer Review mit Vor-Ort-Besuch

Unter den vielen freiwilligen Qualitätsinitiativen<sup>3</sup>, die zeigen, dass niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten über die gesetzlichen Vorgaben hinaus Interesse daran haben, sich aktiv mit der Qualität ihrer Arbeit zu befassen, sind die mehr als 9.000 Qualitätszirkel (QZ) und zunehmend auch Peer Review Verfahren mit Vor-Ort-Besuch am bekanntesten. Ungefähr 70.000 Vertragsärzte und -psycho-

therapeuten reflektieren in moderierten Arbeitskreisen ihre tägliche Arbeit, um die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Besonders effektiv ist hierbei der unmittelbare Praxisbezug. Teilweise nehmen auch Krankenhauskollegen oder Praxismitarbeiter teil. Die Qualitätszirkel sind seit 20 Jahren eine breit etablierte Form der Fortbildung und eine anerkannte Methode der Qualitätsförderung. KBV und KVen unterstützen die QZ-Arbeit durch ein strukturiertes Konzept inkl. didaktischer Materialien (themenspezifische Module). In den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Qualitätssicherungsrichtlinien) wurden einheitliche Kriterien für Qualitätszirkel festgelegt: sie arbeiten auf freiwilliger Basis, mit selbstgewählten Themen, erfahrungsbezogen, auf der Grundlage von Peer Review, mit Moderator/-in, mit Evaluation der Ergebnisse, kontinuierlich (mind. 4x pro Jahr) sowie mit festem Teilnehmerkreis. Die Themenpalette der für die Sitzungen zur Verfügung gestellten QZ-Module reicht von Pharmakotherapie über Patientensicherheit, Hygienemanagement, Häusliche Gewalt bis zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. Viele Qualitätszirkel arbeiten dabei mit Echtdateien aus ihren Praxen oder nutzen aufbereitete Daten, zum Beispiel aus den Feedbackberichten der Disease-Management-Programme. So kann Versorgungsqualität abgebildet, mit verfügbaren Evidenzquellen abgeglichen und auf diese Weise verbessert werden.

Die Zirkel werden durch ausgebildete Moderatoren geleitet, die ihrerseits im Rahmen eines Train-the-Trainer-Prinzips von sogenannten Qualitätszirkeltutoren ausgebildet werden. Inhalte dieser Ausbildung sind:

- Grundlagen der Gruppenleitung
- Patientenfallkonferenz
- Methoden und Techniken der evidenzbasierten Medizin
- Erstellung evidenzbasierter Verfahrensanweisungen<sup>4</sup>.

Um kollegiales Lernen geht es auch beim Peer Review mit Vor-Ort-Besuch. Dabei

2 <http://www.kbv.de/html/qep.php> (Zugriff am 15.04.15)

3 Datenbank der BÄK zu freiwilligen ärztlichen Qualitätsinitiativen (<http://www.aeqsi.de/content/index.php>) (Zugriff am 23.03.2015)

4 <http://www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php> (Zugriff am 25.03.15)

können sich Ärzte und Psychotherapeuten von Kollegen (speziell ausgebildeten Peers) aus regionalen Arztgruppen, Qualitätszirkeln, Arztnetzen, etc. in der eigenen Praxis besuchen und beobachten lassen. Hierfür ist ein besonderes Vertrauen unter den Kollegen erforderlich. Im Anschluss wird das Praxishandeln kritisch reflektiert. Lern- und Veränderungsimpulse für die eigene Arbeit und die Praxisorganisation erfahren somit beide Seiten. Von der KBV wurden Empfehlungen<sup>5</sup> für die Implementierung fachgruppenspezifischer und speziell auf die Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung ausgerichteter Peer-Review-Verfahren entwickelt. Peer-Review-Verfahren sind in besonderem Maße geeignet, eine ganzheitliche Betrachtung der ambulanten Medizin durchzuführen, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einschließt.

### 3.4 Disease-Management-Programme

Von den Fachgesellschaften interdisziplinär konsenterte, evidenzbasierte S-3 Leitlinien bzw. die Nationalen Versorgungsleitlinien beschreiben den ‚state of the art‘ guter Versorgung. Als SOLL-Vorgabe hoher Qualität sind sie operationalisiert worden in Form der Disease-Management-Programme (DMP). In diese strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke waren Ende 2013 rund 6,4 Millionen Patienten eingeschrieben. Das DMP Diabetes mellitus Typ 2 war dabei mit etwa 3,9 Millionen Patienten das größte Programm. Neben fachlichen Inhalten werden Kooperations- und Überweisungsregeln beschrieben. Aktuell gibt es für folgende Indikationen, die relevante gesundheitliche Herausforderungen adressieren, DMP:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Modul Herzinsuffizienz zum DMP KHK
- Diabetes mellitus Typ 1
- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Ein wesentliches Element der DMP ist eine standardisierte und strukturierte elektronische Dokumentation, die von

den Koordinatoren, also den Ärzten, quartalsweise oder halbjährlich erhoben werden. Anschließend werden die Daten pseudonymisiert und an eine gemeinsame Einrichtung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung weitergeleitet und ausgewertet. Jährlich werden ca. 90.000 Feedbackberichte für die an DMP-teilnehmenden Ärzte erstellt. Anhand des Berichts können diese erkennen, ob die durch Indikatoren mit Referenzbereichen definierten Qualitätsziele erreicht wurden und wo sie im Vergleich zu Kollegen stehen. Außerdem werden kassenübergreifende Auswertungsberichte erstellt.

Nicht nur die Ärzte und Krankenkassen erfahren, ob sie „gute Qualität“ geliefert haben. Auch die DMPs selbst werden evaluiert. Diverse Studien belegen mittlerweile eindrücklich die Wirksamkeit von DMP in Hinblick auf verschiedene outcome-Parameter. Dies hat den Gemeinsamen Bundesausschuss motiviert erneut ein Vorschlags- und Priorisierungsverfahren für weitere Indika-

tionen durchzuführen; ebenso wie der Gesetzgeber plant, die Selbstverwaltung mit der Umsetzung für zwei Krankheitsbilder (Rückenschmerz, Depression) zu beauftragen.

### 4. Ausgewählte Herausforderungen der ambulanten Versorgung und erfolgreiche Lösungsansätze

Letztendlich geht es bei allen Qualitätsbestrebungen um Verhaltensänderungen. Die Messung von Qualitätsindikatoren allein kann nicht der Endpunkt sein, wenn die umfangreichen Zahlenwerke auch beeindruckend erscheinen mögen. Beispiele für unterschiedliche Arten von Interventionen und Lösungsansätzen zu ausgewählten Versorgungsherausforderungen sind in der folgenden Tabelle dargestellt. Dies zeigt, dass i. d. R. ein Zusammenspiel verschiedener Angebote und Maßnahmen zum Erfolg, d. h. einer Verhaltensänderung und Qualitätsverbesserung, wo sinnvoll, beiträgt.

Tab. 2: Herausforderungen ambulanter Versorgung und Lösungsansätze

Herausforderung	Beispiele für erfolgreiche Lösungsansätze
1.1 Leitlinienorientierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ DMP</li> <li>■ QM</li> <li>■ QZ</li> <li>■ Angebote zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)</li> </ul>
1.2 Versorgungskoordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ DMP</li> <li>■ Arztnetze</li> <li>■ QM</li> </ul>
1.3 Qualitätssicherung von Leistungen/Versorgungsangeboten	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ QS-Dialyse</li> <li>■ QS-Koloskopie</li> <li>■ QS-HIV/AIDS</li> <li>■ QS-Ultraschall</li> <li>■ QS-Schmerztherapie</li> <li>■ QS-Kernspintomografie</li> <li>■ QS-Richtlinien des G-BA</li> <li>■ Weitere Beispiele: Qualitätsbericht der KBV</li> </ul>
1.4 Pharmakotherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ QZ</li> <li>■ KV-Beratung</li> <li>■ Arzneimittel-Infoservice (AIS)</li> <li>■ Wirkstoff-AKTUELL (Fortbildungsportal)</li> <li>■ AMTS</li> <li>■ Projekt ARMIN (KBV-ABDA Konzept zur Arzneimittelverordnung: Medikationsmanagement, Medikationskatalog, Wirkstoffverordnung)</li> </ul>
1.5 Transparenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Qualitätsbericht der KBV/ der KVen</li> <li>■ Versorgungsatlas.de</li> <li>■ DMP-Evaluationen</li> <li>■ Veröffentlichungen des G-BA zu den Ergebnissen gemäß ambulanter QS-Richtlinien</li> </ul>

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

5 <http://www.kbv.de/html/10848.php>  
(Zugriff am 25.03.15)

## 5. Perspektiven für die ambulante Qualitätsentwicklung

### 5.1. Leitlinien/ Nationale Versorgungsleitlinien

Viele Krankheitsbilder erfordern eine sektorenübergreifende Versorgung mit abgestimmter Kooperation der Beteiligten und Vermeidung von Qualitätsbrüchen an den jeweiligen Nahtstellen im Sinne praktizierter Patientenorientierung. Dies setzt die Beschreibung durch Leitlinien und sektorenübergreifende Versorgungspfade voraus. Erst auf dieser Grundlage können echte Qualitätsdefizite identifiziert und Angebote bzw. Maßnahmen der Qualitätsförderung und -sicherung erfolgreich realisiert werden. Unstrukturierte, beliebige Qualitätssicherung aufgrund vermutterter Defizite ist Ressourcenvergeudung.

### 5.2 Regionale Qualitätsverantwortung

Hieraus ergibt sich, dass insbesondere in der Versorgung komplexerer Krankheitsbilder i. d. R. mehrere Akteure an der Behandlung beteiligt sind. Somit sind die Ergebnisse kaum nur einem einzelnen Arzt/ Psychotherapeuten zuschreibbar. Auch kann nicht jedes Ergebnis von den Versorgenden unmittelbar beeinflusst werden, häufig spielen die Patienten-Adherence oder Komorbiditäten eine relevante Rolle. Ein Lösungsansatz hierfür kann es sein, Strukturen und Netzwerke für gemeinsame Qualitätsverantwortung auf regionaler Ebene zu organisieren, wofür die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit Ärztenetzen eine Plattform sein und Verantwortung übernehmen könnten. Durch die Erhebung sogenannter regionaler Qualitätsindikatoren/ Area-Indikatoren könnten viele der methodischen Schwierigkeiten von Qualitätsmessung behoben, Transparenz geschaffen und ein integrierter Versorgungsansatz befördert werden.

### 5.3 Ambulantes Know-How und Portfolio von Qualitätsinstrumenten

Die Vielfalt an erprobten Instrumenten der vertragsärztlichen Versorgung sollte genutzt werden für die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätsbestrebungen und Stärkung der Patientensicherheit. Dies gilt gleichermaßen für die Strukturen und das Know-how der KVen, das in dieser Form sonst nirgendwo vorhanden ist.

## 5.4 Zielgerichtete Auswahl der Instrumente

Noch stärker als bisher müssen sich Instrumente der Qualitätsförderung und -sicherung an priorisierten und konkretisierten Zielen orientieren und auf die Rahmenbedingungen ihres Anwendungskontextes zugeschnitten sein. Die Umsetzung muss datensparsam und aufwandsarm erfolgen. Maßnahmen der Qualitätsentwicklung sollten als Teil der Patientenversorgung betrachtet und somit auch vergütet werden. Freiwilligen Initiativen und Qualitätsförderung ist stets ein Vorrang vor Sanktionen zu geben, denn nur so lassen sich nachhaltige Effekte

erzielen. Tatsächliche Qualitätsverbesserungen müssen im Vordergrund stehen; Qualitätssicherung ist kein Selbstzweck!

## 5.5 Evaluation und Aussetzung von Maßnahmen

Qualitätsförderung und -sicherung generieren Aufwände und müssen sich daher aus ökonomischen wie ethischen Gründen kontinuierlich einer Evaluation unterziehen. Wenn ein Verbesserungspotential ausgeschöpft oder nicht mehr prioritär ist, müssen verpflichtende und sanktionsbewehrte Maßnahmen wieder ausgesetzt werden, um die Ressourcen an anderer Stelle einsetzen zu können. ■

## Literatur

- Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN):** <http://www.arzneimittelinitiative.de/grundlagen/>, (Zugriff am 14.04.2015)
- Diel F, Gibis B (Hrsg) (2011):** QEP Qualitätsziel-Katalog®, Version 2010. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Fessler J, Gross J, Papendick H, Schubert I (2004):** Leitlinienimplementierung und Evaluation in einem Ärztenetz, Hessisches Ärzteblatt, Frankfurt/M
- Fessler J, Gross J, Papendick H, Schubert I (2006):** Qualitative und ökonomische Auswirkungen der Implementierung hausärztlicher Leitlinien in ein Ärztenetz, ZaeFQ, München
- Fuchs S, Henschke C, Blümel M, Busse R (2014):** Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland: Abschätzung der Effektivität anhand einer systematischen Literaturübersicht, Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 453–63. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0453, Köln
- Grol R. (1994):** Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide, Quality in Health Care 1994, 3, 147-152, London
- Hering R, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum (2014):** Entwicklung der ambulanten Antibiotikaverordnung im Zeitraum 2008 bis 2012 im regionalen Vergleich, Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Versorgungsatlas, Berlin
- Hildebrandt H, Pimperl A, Schulte T, Hermann Ch, Riedel H, Schubert I, Köster I, Siegel a, Wetzel M (2015):** Triple Aim- Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal-Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit, Bundesgesundheitsblatt 2015, Heidelberg
- IGES Institut (2014):** Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V), Berlin
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014):** Peer-Review-Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung - Empfehlungen für Praxen, Ärztenetze und Qualitätszirkel, Berlin
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2013):** Handbuch Qualitätszirkel, 3. erweiterte Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2014):** Qualitätsbericht 2014, Berlin
- Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement der MDK-Gemeinschaft und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2012):** Internes Qualitätsmanagement, Dresden
- Löhler J (2012):** Der APHAB-Fragebogen (deutsche Version) Qualitätssicherung bei der Hörgeräteversorgung. HNO-Mitt 2012;62:19-24, Neumünster
- Pfandzelter R. (2014):** Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung, Fortbildungsheft Nr. 11, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Bern
- Schulte T, Pimperl A, Fischer a, Dittmann B, Wendel P, Hofmann L, Mund M (2014):** Pilotstudie zur Evaluation des DMP KHK-Diskussion des Matching-Verfahrens sowie Vorstellung erster Ergebnisse, Posterpräsentation, AGENS-Workshop 2015, Freiburg
- Stock S, Drabik A, Büscher G, Graf C, Ullrich W, Gerber A, Lauterbach KW, Lungen M (2010):** German diabetes management programs improve quality of care and curb costs, Health Affairs, Bethesda MD
- Szecsényi J, Miksch A, Ose D, Heiderhoff M, Rölz A, Trischmann J, Riens B, Kaufmann-Kolle P, Broge B (2011):** Evaluation des DMP Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen der ELSID-Studie, Abschlussbericht für den AOK-Bundesverband, Heidelberg
- Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2014):** ZI-Praxis-Panel, Jahresbericht 2012; 3. Jg., Berlin