KBV

KBV

Positionen zur ambulanten Versorgungsqualität

1. Patientensicherheit und Qualität sind Grundpfeiler für das Selbstverständnis der Ärzte und Psychotherapeuten

Eine hohe Versorgungsqualität liegt im ureigenen Interesse von Ärzten und Psychotherapeuten* und ist seit jeher Teil ihres professionellen Handelns. So richtet sich die ambulante Versorgung an den Bedürfnissen der Patienten und dem Stand der medizinischen Erkenntnisse aus. Qualitätssicherung ist kein Selbstzweck, sondern soll einer effektiven, effizienten und sicheren Patientenbehandlung dienen. Die intrinsische Motivation von Ärzten und Psychotherapeuten darf nicht durch Überregulierung gestört werden.

Ärzte haben sich mit dem Hippokratischen Eid und im Zuge der Entwicklung ihres Berufsbildes den Zielen einer hohen Versorgungsqualität und einer größtmöglichen Patientensicherheit verschrieben. Dieser Selbstverpflichtung haben sich die Psychotherapeuten angeschlossen. Das Berufsethos von Ärzten und Psychotherapeuten ist einer der Gründe für ihre gute Reputation und für das Vertrauen, das die Bevölkerung in Verantwortungsträger der ambulanten Versorgung setzt. Die nunmehr achte Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigt, dass 92 Prozent der Befragten die fachliche Kompetenz und das Vertrauensverhältnis zum zuletzt besuchten Arzt oder Psychotherapeuten mit „gut“ und „sehr gut“ bewerten.

Eine stetige Weiterentwicklung und, sofern möglich, eine Verbesserung der Versorgung sind Teil des professionellen Selbstverständnisses von Ärzten und Psychotherapeuten. Daraus resultiert eine konsequente Qualitätsorientierung, die maßgeblich von ihnen ausgeht und vorangetrieben wird. Qualitätssicherung und -förderung können aber nur dann nachhaltig wirken, wenn sie an diese intrinsische Motivation anknüpfen. Darüber hinaus müssen sie unmittelbar am Versorgungsprozess ansetzen und praktikabel sein sowie sich am Stand der aktuellen medizinischen Entwicklung ausrichten. Nur so entfalten sie einen praxisrelevanten Nutzen und können nachhaltige Effekte erzielen. Es ist deshalb von herausragender Bedeutung, dass die Beteiligten solche Maßnahmen selbst gestalten, durchführen und verantworten.

Die intrinsische Motivation ist eine grundlegende und unabdingbare Ressource für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung. Durch überbordende Kontrolle und Verantwortungsabgabe kann sie leicht korrumpiert und letztlich nachhaltig gestört werden. Kontrollen können ein notwendiges Korrekturinstrument sein, dürfen aber nicht individuelle „Verfehlungen“ in den Vordergrund stellen und sollten auf ein Minimum beschränkt bleiben. Gemäß der Devise „Qualitätsförderung vor Sanktionen“ sollten strafende Maßnahmen, sofern sie notwendig sind, erst nachrangig folgen, da sie oft nur kurzzeitig wirksam sind und im schlimmsten Fall „Ausweichstrategien“ auslösen. Auch im Sinne einer geschützten Arzt/Patienten-Beziehung hat das Prinzip „Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser“ zu gelten.

*Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die weibliche Schreibweise verzichtet, wenngleich das weibliche Geschlecht selbstverständlich stets gleichermaßen gemeint ist. Der Begriff Psychotherapeuten bezieht sich auf Psychologische Psychotherapeuten sowie auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sie bilden gleichsam mit Ärzten anderer Fachrichtungen eine „Facharztgruppe“ und nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

2. Facharztstatus, Genehmigungsvorbehalt und Fortbildungsverpflichtung sind Garant für eine qualitativ hochwertige ambulante Gesundheitsversorgung

Voraussetzung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung sind eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt bzw. eine abgeschlossene Ausbildung zum Psychotherapeuten. Zudem unterliegt etwa die Hälfte der abrechenbaren ambulanten Leistungen spezifischen Qualitätsanforderungen, die erfüllt und nachgewiesen werden müssen. Konsequenzen nicht oder nicht mehr eingehaltener Anforderungen reichen bis zum Widerruf der Genehmigung. Strenge Auflagen gelten auch für die Fortbildungsverpflichtung. Für die Umsetzung tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags und ihrer Gewährleistungspflicht Sorge. Qualität in der ambulanten Versorgung ist deshalb maßgeblich auf die ärztliche Selbstverwaltung angewiesen.

Um sich als Arzt oder Psychotherapeut in Deutschland niederzulassen und im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen zu dürfen, bedarf es einer mit der Facharztprüfung abgeschlossenen Weiterbildung bzw. einer abgeschlossenen Ausbildung zum Psychotherapeuten an einem staatlich anerkannten Ausbildungsinstitut (sog. „Facharztstatus“ bzw. Fachkundenachweis). Ausschließlich entsprechend zugelassene Fachärzte bzw. Psychotherapeuten dürfen Patienten gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, d. h. dem ambulanten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, behandeln und diese Leistungen abrechnen. Zudem dürfen etwa 50 Prozent dieser Leistungen nur dann von Vertragsärzten abgerechnet werden, wenn sie zusätzliche Qualitätsanforderungen erfüllen und der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen: Es gilt ein sogenannter Genehmigungsvorbehalt. Können die entsprechenden Anforderungen nicht dauerhaft erfüllt werden oder werden bei Überprüfungen der Qualität Mängel festgestellt, drohen Sanktionen bis zum Widerruf der Genehmigung.

Eine weitere Qualitätsanforderung besteht in der allgemeinen Fortbildungsverpflichtung. Danach müssen alle Ärzte und Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ihre Fachkenntnisse durch regelmäßige Fortbildung erhalten und fortentwickeln und dies alle fünf Jahre gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. Erfüllen sie diese Pflichten nicht, zieht dies strenge Maßnahmen nach sich – von Honorarkürzungen bis hin zum Entzug der Zulassung.

Für die Einhaltung der genannten Anforderungen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags und ihrer Gewährleistungspflicht verantwortlich. Das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V)* regelt dazu, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufgabe haben, die ambulante Versorgung der Versicherten sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag) und den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen (Gewährleistungspflicht), dass die Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und in der gebotenen Qualität erbracht wird (§ 75 i.V.m. § 73 Abs. 2 SGB V). Sie haben die Erfüllung der den Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten obliegenden Pflichten zu überwachen bzw. diese zur Erfüllung ihrer Pflichten anzuhalten. So regelt z.B. § 95d SGB V die Pflicht zur fachlichen Fortbildung, § 135 Abs. 2 SGB V sieht Qualitätssicherungsvereinbarungen für Leistungen mit Genehmigungsvorbehalt vor.

*Aktueller Gesetzesstand mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes, die im Weiteren zitierten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben einen alten Gesetzesbezug, da sie noch nicht aktualisiert sind.

3. Die Kassenärztlichen Vereinigungen setzen externe Qualitätssicherung auf der Grundlage langjähriger Erfahrung um

Weite Teile der ambulanten Versorgung unterliegen einer externen Qualitätssicherung. Die verschiedenen Vorgaben setzen die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag um. Ihnen steht dabei je nach Leistungsbereich ein breites Spektrum von unterschiedlichen Instrumenten zur Verfügung. Die hierfür aufgebauten Strukturen und Prozesse haben sich bewährt und sind auch in Zukunft zu nutzen und auszubauen.

Seit Jahrzehnten führen die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch. Bereits mit Aufnahme der ersten diesbezüglichen Vorschriften in das Sozialgesetz im Jahre 1989 wurden sie beauftragt, die Qualität vertragsärztlicher Leistungen durch Stichproben zu prüfen. In nachfolgenden Reformen wurden die Aufgaben schrittweise erweitert.

Grundlage der meisten Qualitätssicherungsmaßnahmen im vertragsärztlichen Bereich sind bundesweit einheitliche Qualitätssicherungsvereinbarungen zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Fester Bestandteil solcher Vereinbarungen ist die Festlegung von Anforderungen an die Versorgungsqualität, insbesondere zur Strukturqualität, welche regelhaft und systematisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft werden. Vereinbarungen wurden z. B. für zytologische Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung, für die spezialisierte Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung, für die Hörgeräteversorgung und für die Versorgung chronisch Schmerzkranker geschlossen. Neben „großen“ Leistungsbereichen, die viele Vertragsärzte betreffen, wie Ultraschalldiagnostik, ambulante Operationen oder Röntgendiagnostik, existieren Vereinbarungen auch für Bereiche, in denen nur wenige Ärzte tätig sind, z. B. die Vakuumbiopsie der Brust oder Laserbehandlungen der Hornhaut am Auge. Zudem gibt es Vorgaben zur Qualitätssicherung in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs.1, § 136 Abs. 2 (mit Krankenhausstrukturgesetz neu: § 135b Abs. 2), § 137 Abs. 1 (mit Krankenhausstrukturgesetz neu: § 136 Abs.1 SGB V) oder spezielle Anlagen zum Bundesmantelvertrag, z. B. zur Onkologie, Dialyse oder dem Mammographie-Screening. Weitere Beispiele sind die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien zu verschiedenen Verfahren der bildgebenden Diagnostik oder die Qualitätssicherungs-Richtlinie zu Dialyse-Behandlungen.

Zu den Instrumenten, die die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der externen Qualitätssicherung einsetzen, gehören

- Einzelfallprüfungen mittels Stichproben: Mit diesem Verfahren wird die ärztliche Behandlungsdokumentation in verschiedenen Leistungsbereichen überprüft.
- Frequenzregelungen: Sie entsprechen Mindestmengen und gewährleisten, dass Vertragsärzte Maßnahmen oder Eingriffe, die besondere Routine und/oder manuelle Fertigkeiten erfordern, nur durchführen und abrechnen, wenn diese mit einer bestimmten Häufigkeit und Regelmäßigkeit erbracht werden.
- Praxisbegehungen: Sie können zur Prüfung von Strukturanforderungen oder im Rahmen einer kollegialen Beratung von den Qualitätssicherungs-Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden.
- Kolloquien bzw. kollegiale Beratungen: Sie dienen dem fachlichen Austausch zwischen Vertragsärzten oder haben die Aufgabe, die fachliche Befähigung eines Antragstellers zu prüfen.
- Spezifische Fortbildungen: als Eingangsvoraussetzung oder als regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln

- Rezertifizierungen: d. h. regelmäßig wiederkehrende Nachweisverpflichtungen
- Gerätebezogene Prüfungen: Abnahme- und Konstanzprüfungen, Wartungsprotokolle. Sie sind für verschiedene diagnostische Verfahren verpflichtend vorgeschrieben.

Können die in den Vereinbarungen oder Richtlinien definierten Anforderungen an die Versorgungsqualität nicht oder nicht mehr erfüllt werden oder werden bei Überprüfungen der Qualität Mängel festgestellt, reichen die Konsequenzen der Kassenärztlichen Vereinigung von der Verpflichtung zur Beseitigung der Mängel über Wiederholungsprüfungen, die Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen bis hin zum Widerruf der Genehmigung. Dass die Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Durchgriffsmöglichkeiten Gebrauch machen, verdeutlicht die Tatsache, dass 2013 ungefähr 1.000 Genehmigungen entzogen wurden.

4. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen Ärzte und Psychotherapeuten bei der Umsetzung ihres internen Qualitätsmanagements

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten sind gesetzlich verpflichtet, praxisintern Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Der Stand der Umsetzung wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich erhoben und bewertet. Die Ergebnisse sind seit Jahren bundesweit homogen und stabil und belegen eine konsequente Umsetzung. Einer der Gründe hierfür ist, dass sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen schon vor Einführung der gesetzlichen Pflicht für das Qualitätsmanagement stark gemacht haben. Die von ihnen entwickelten Serviceangebote sind seit vielen Jahren etabliert und werden von Ärzten und Psychotherapeuten intensiv genutzt.

Seit 2004 sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren nach § 135a Abs. 2 Nr.2 i.V.m. § 136 Abs. 1 Nr.2 SGB V verpflichtet, Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. 2006 trat dazu die Qualitätsmanagement-Richtlinie zur vertragsärztlichen Versorgung in Kraft, mit welcher der Gemeinsame Bundesausschuss die grundsätzlichen Anforderungen an einrichtungsinternes Qualitätsmanagement regelt. Ab 2016 werden die Anforderungen für alle Sektoren in einer gemeinsamen Richtlinie zusammengeführt.

Seit 2007 wird der Stand der Umsetzung und der Entwicklung von Qualitätsmanagement in Vertragspraxen von den Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich erhoben und in sogenannten Qualitätsmanagement-Kommissionen bewertet. Dabei werden die in Medizinischen Versorgungszentren tätigen Vertragsärzte ebenso wie ermächtigte Krankenhausärzte in die Grundgesamtheit integriert. Ein einheitliches Software-Tool der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unterstützt die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Durchführung und Auswertung. Die Ergebnisse werden in einem Bericht zusammengefasst und auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses veröffentlicht. Bundesweit wurden bis 2014 über 26.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der Vertragsärzte und -psychotherapeuten Qualitätsmanagement als Organisations- und Führungsinstrument inzwischen fest in ihren Praxisalltag etabliert hat.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen Ärzte und Psychotherapeuten bei dieser Aufgabe seit vielen Jahren. Bereits vor Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses entwickelte die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit Kassenärztlichen Vereinigungen, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Medizinischen Fachangestellten und Experten das Unterstützungsinstrument QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen®. In den vergangenen zehn Jahren haben mehr als ein Drittel aller Praxen mit Hilfe der verschiedenen, modular anwendbaren QEP-Bausteine Qualitätsmanagement implementiert und weiterentwickelt. Andere spezifische Qualitätsmanagement-Verfahren sind z. B. das European Practice Assessment oder das KV Praxis Qualitätsmanagement. Darüber hinaus bieten die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbände ein vielfältiges Angebot an Fortbildungen, Beratungen und Services, um Management- und Praxisführungskompetenzen der Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Fachangestellten zu fördern und ihre Mitglieder bei der Umsetzung von Maßnahmen zum Qualitätsmanagement zu unterstützen.

5. Die Kassenärztlichen Vereinigungen fördern freiwillige Qualitätsinitiativen von Ärzten und Psychotherapeuten

Freiwillige Vorhaben zur Förderung der Versorgungsqualität, wie Qualitätszirkel und Peer-Review-Verfahren, werden innerhalb der Ärzteschaft und von den psychotherapeutischen Kollegen rege praktiziert. Dabei ist eine nachhaltige Förderung der Qualität nur möglich, wenn sich die Auswahl eines Konzepts oder Instruments am Qualitätsziel orientiert und ein vertretbares Verhältnis von Aufwand zu Nutzen vorliegt. Entsprechende Konzepte sollten unmittelbar an der Versorgung ansetzen sowie von den Beteiligten selbst gestaltet und verantwortet werden. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützten Initiativen stehen allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten offen. Sie werden kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut.

Neben den im SGB V verpflichtend vorgegebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen beinhaltet § 135b SGB V die allgemeine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, Maßnahmen zur Förderung der Qualität durchzuführen. Diesem Auftrag kommen die Kassenärztlichen Vereinigungen nach – und tun dies auch aus fachlicher Überzeugung. Es gibt eine Vielzahl von freiwilligen Qualitätsinitiativen, die überwiegend aus innerärztlichem Engagement hervorgegangen sind und die von den Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt werden.

Insbesondere sind hier die bundesweit etablierten Qualitätszirkel zu nennen. Seit mehr als 20 Jahren finden sich Ärzte und Psychotherapeuten in kleineren Gruppen zusammen, um ihre tägliche Arbeit zu reflektieren, auszuwerten und gemeinsam nach bestmöglichen Lösungen für die Patientenversorgung zu suchen. Qualitätszirkel bieten eine Struktur, in der die Teilnehmenden freiwillig und selbstbestimmt Themen der Qualitätsförderung bearbeiten können – im Sinne des kollegialen Peer Reviews und nach dem Best-Practice-Prinzip. Dadurch wird der Transfer von Wissen in die Praxis und zwischen den Praxen unterstützt. Viele Qualitätszirkel arbeiten dabei mit Echtdaten aus ihren Praxen oder nutzen aufbereitete Daten, zum Beispiel aus den Feedbackberichten der Disease-Mangement-Programme. Auf diese Weise kann Versorgungsqualität abgebildet, mit verfügbaren Evidenzquellen abgeglichen und weiter verbessert werden. Inzwischen gibt es bundesweit ca. 9.500 registrierte Zirkel, in denen sich mehr als 68.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten für die Weiterentwicklung der Patientenversorgung und die Stärkung der Patientensicherheit engagieren.

Neben Qualitätszirkeln gewinnen Peer-Review-Verfahren mit Vor-Ort-Besuchen immer stärker an Bedeutung – sie sind eine etablierte Methode der kollegialen Reflektion und Rückspiegelung. Besonders im Rahmen von Arztnetzen oder Qualitätszirkeln nutzen Vertragsärzte diesen Ansatz, um das eigene Handeln durch Kollegen beobachten und kritisch bewerten zu lassen. Dabei stehen gegenseitiges Lernen und der Austausch auf Augenhöhe im Fokus, um Potentiale für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu erschließen.

Der Erfolg dieser von den Kassenärztlichen Vereinigungen geförderten Initiativen belegt, dass Konzepte und Instrumente der Qualitätsförderung dann nachhaltig wirken, wenn sie unmittelbar an der Patientenversorgung ansetzen, von den Beteiligten selbst gestaltet und verantwortet werden und Nutzen und Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zueinander stehen. Die bewährte KV-Struktur bietet eine Garantie dafür, dass die politische Rahmensetzung mit den vielfältigen individuell ärztlichen Aktivitäten nahtlos zu einem flächendeckenden und abgestuften System der ambulanten Versorgungsqualität zusammengeführt werden kann. Als Organ der Selbstverwaltung sehen es die Kassenärztlichen Vereinigungen deshalb als ihre besondere Aufgabe an, freiwillige Qualitätsinitiativen weiter zu etablieren und kontinuierlich auszubauen.

6. Qualitätssicherung und -förderung in der ambulanten Versorgung müssen die sektorspezifischen Besonderheiten berücksichtigen

Die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung in über 100.000 Praxen (meist Einzelpraxen) reicht von haus- und fachärztlicher Grundversorgung bis hin zu hochspezialisierten Leistungen. Sie ist geprägt von einer intensiven Beziehung zu den Patienten, die häufig chronische oder mehrfache Erkrankungen haben, und vielfältigen Koordinationsaufgaben. Qualitätssicherung und -förderung müssen auf diese Besonderheiten zugeschnitten sein. Methodische Ansätze, wie sie aus der stationären Qualitätssicherung bekannt sind, können nur in seltenen Fällen in die ambulante Versorgungssituation übertragen werden.

Eine sinnvolle Ausgestaltung und Anwendung von Konzepten und Instrumenten zur Förderung und Sicherung der Versorgungsqualität kann nur stattfinden, wenn Vielfalt, Spezifität und Komplexität von Krankheitsspektrum und Versorgungsgeschehen Berücksichtigung finden.

Die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung wird durch 163.000 niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten sichergestellt. Von den insgesamt ca. 102.000 Praxen werden ca. 82.000 als Einzelpraxen geführt. Weitere Organisationsformen sind u. a. Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder Medizinische Versorgungszentren. Das ambulante Versorgungsangebot zeigt ein vielschichtiges Bild, das von haus- und fachärztlicher Grundversorgung bis hin zu hochspezialisierten Leistungen reicht.

Mit wachsender Tendenz entfällt auf den ambulanten Versorgungsbereich ein Großteil der Krankheitslast in Deutschland. Pro Jahr werden rund 518 Mio. Fälle ambulant vertragsärztlich behandelt. Dem stehen 16,6 Mio. stationäre Behandlungsfälle von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber, die von etwas mehr als 180.000 Ärzten in ca. 1.980 Krankenhäusern versorgt werden. Während jedoch im Krankenhaus überwiegend vordiagnostizierte und vorbehandelte Patienten versorgt werden, stellen sich im ambulanten Bereich häufig Patienten mit uneindeutigen Beschwerdebildern vor, deren Verdachtsdiagnosen erst im Verlauf der Behandlung bestätigt bzw. ausgeschlossen werden. Viele dieser Patienten sind chronisch und mehrfach erkrankt. Dank des medizinischen Fortschritts können zudem viele Erkrankungen, die vor wenigen Jahren noch ausschließlich stationär behandelt werden mussten, heute ambulant versorgt werden. In den letzten 20 Jahren hat sich die durchschnittliche stationäre Verweildauer auf 7,5 Tage nahezu halbiert. Damit hat auch die Zahl poststationärer Behandlungsanlässe und akuter Nachbehandlungen deutlich zugenommen.

Zusätzlich nehmen ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten sozialmedizinische und psychosoziale, aber auch Koordinations- und Abstimmungsaufgaben wahr und fungieren oftmals als Lotsen im Gesundheitssystem. Gleichzeitig unterliegen sie einer Fülle an Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Vereinbarungen. Untersuchungen und Umfragen zeigen, dass sie mit Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben extrem belastet sind. Im Durchschnitt wendet ein niedergelassener Arzt oder Psychotherapeut acht Stunden pro Woche für Verwaltungstätigkeiten auf.

Im Vergleich dazu unterliegt die stationäre Gesundheitsversorgung anderen, eigenen Gesetzmäßigkeiten. Z. B. stellen Krankenhäuser, Abteilungen und Stationen meist größere Behandlungseinheiten dar; Anfangs- und Endpunkte der stationären Behandlung sind durch Aufnahme und Entlassung meist klar umrissen; in vielen Einrichtungen werden Dokumentationsaufgaben Dokumentationsassistenten und Verwaltungspersonal übertragen.

Aus den jeweiligen Unterschieden und Besonderheiten ergeben sich grundlegend unterschiedliche Anforderungen für die Qualitätsförderung und -sicherung in der stationären und ambulanten Versorgung. Sektorspezifische Ausgestaltungen und kontextgerechte Anpassungen sind daher sinnvoll und notwendig. Pauschale Übertragungen von einem Versorgungssektor auf den anderen können aufgrund der grundsätzlich unterschiedlichen Versorgungssituationen nicht geleistet werden und sind daher nicht zielführend.

7. Qualitätssicherung und -förderung in der ambulanten Versorgung müssen sich auf Struktur- und Prozessqualität vor Ergebnisqualität stützen

Qualitätssicherung und -förderung im ambulanten Bereich müssen überwiegend auf Struktur- und Prozessqualität ausgerichtet sein, da valide Aussagen zur Ergebnisqualität aufgrund der Besonderheiten ambulanter Versorgung (chronische Erkrankungen mit langen Verläufen, kleine Ereigniszahlen, unklare Endpunkte) nur eingeschränkt möglich sind. Außerdem erfordert insbesondere die Messung von Ergebnisqualität hohe methodische Standards (z. B. adäquate Risikoadjustierung). Für die Patienten wären nicht valide falsch-positive Verzerrungen jedoch genauso wenig hilfreich wie falsch-negative Ergebnisse. Daher sollten die Potenziale von Prozess- und Strukturqualität weiter ausgeschöpft werden.

Spezifika und Komplexität der ambulanten Versorgung stellen eine Herausforderung für die Messung von Qualität dar. So lässt sich die Qualität operativer Eingriffe oder technischer Prozeduren mittels Indikatoren, auch zur Ergebnisqualität, grundsätzlich gut operationalisieren. Die Leistungsbereiche der externen stationären Qualitätssicherung beziehen sich daher nahezu vollständig auf solche relativ leicht messbaren Aspekte. Hingegen ist Qualitätsmessung bei der Behandlung chronischer Erkrankungen, die zudem häufig mit Multimorbidität verbunden sind, deutlich anspruchsvoller. Auch andere relevante Aspekte einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung wie die Bedeutung einer langfristigen Arzt-Patienten-Beziehung, die Therapieadhärenz von Patienten oder die Effekte einer partizipativen Entscheidungsfindung auf den Behandlungserfolg können mit Indikatoren zur Ergebnisqualität nicht oder nur unzureichend erfasst werden.

Eine weitere Hürde sind die methodischen Anforderungen an indikatorenbasierte Messungen für externe Qualitätsberichterstattung oder vergleichende Zwecke. Bereits im Gutachten des Sachverständigenrates 2012 wird dieser Aspekt als zentrales Hindernis einer validen ambulanten Qualitätsmessung ausführlich dargestellt. So wird – anders als in stationären Einrichtungen – eine aussagekräftige Messung in der einzelnen Praxis aufgrund oftmals unklarer Endpunkte bei langen Verläufen sowie kleiner Fall- bzw. Ereigniszahlen zumeist nicht möglich sein. Dies bedeutet, dass auch bei insgesamt großen Fallzahlen die Ereignishäufigkeiten pro Indikation und Praxis als kleinster Beobachtungseinheit zu gering sind, um statistisch signifikante Aussagen treffen zu können. Patienten können jedoch von falsch-positiven genau so wenig wie von falsch-negativen Ergebnissen profitieren. Damit scheiden Indikatoren zu seltenen Ereignissen, wie zum Beispiel Sterblichkeit oder Komplikationsraten für eine einrichtungsbezogene Messung der Ergebnisqualität im ambulanten Bereich zumeist aus.

Valide Aussagen zur Ergebnisqualität erfordern zudem einen hohen methodischen Aufwand, beispielsweise eine sogenannte Risikoadjustierung. Selbst bei messbaren und statistisch relevanten Aspekten der ambulanten Versorgung ist deshalb immer zu fragen, ob bestimmte Kennzahlen oder Dokumentationsparameter überhaupt mit vertretbarem Aufwand erhoben werden können. Dies wird nur dann der Fall sein, wenn ein Indikator für den jeweiligen Leistungsbereich tatsächlich versorgungsrelevant und darüber hinaus im Kontext der Gesundheitsversorgung direkt positiv beeinflussbar ist.

Vor dem Hintergrund dieser Limitationen sollte das Potenzial von Struktur- und Prozessqualität auch künftig genutzt und, wo sinnvoll und möglich, ausgebaut werden. Dafür spricht auch, dass bei der Bewertung von Struktur- oder Prozessqualität aufwändige Risikoadjustierungen entbehrlich sind.

8. Qualitätssicherung und -förderung in der ambulanten Versorgung müssen finanziert werden

Qualitätssicherung und -förderung verursachen einen Mehraufwand für den Arzt oder Psychotherapeuten und seine Praxis – etwa einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand oder unmittelbaren finanziellen Aufwand. Kosten und Nutzen müssen deshalb stets gegeneinander abgewogen werden. Qualität ist kein Selbstzweck und darf nur in vertretbarem Maße zu Lasten der Zeit gehen, die für die Patienten zur Verfügung steht. Mehraufwand, der tatsächlich notwendig ist, muss adäquat refinanziert werden. An der Finanzierung sollten sich alle Kostenträger angemessen beteiligen.

Qualitätssicherung und -förderung sollen immer und in erster Linie der Patientenversorgung nützen. Wird dieser Grundsatz missachtet, werden Qualitätssicherung und -förderung zur Belastung und verlieren an Akzeptanz. Deshalb muss sichergestellt sein, dass den Vertragsärzten und -psychotherapeuten ausreichend Zeit für die Behandlung ihrer Patienten bleibt und die limitierten Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung zweckmäßig und wirtschaftlich eingesetzt werden. Kosten und Nutzen von Qualitätssicherungsmaßnahmen sind aus dieser Perspektive stets gegeneinander abzuwägen. Sowohl der Gemeinsame Bundesausschuss als auch die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung stehen in der Pflicht, Wirtschaftlichkeitsaspekte zu beachten. Unnötige Kosten und unnötige Bürokratie sollten in jedem Falle vermieden werden.

Derjenige administrative und finanzielle Mehraufwand, der sowohl den Vertragsärzten und -psychotherapeuten als auch den Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen unvermeidlich entsteht, sollte dagegen bereits bei deren Planung und Entwicklung ermittelt und berücksichtigt sowie gegebenenfalls eine adäquate finanzielle Kompensation sichergestellt werden.

Gleichzeitig sollte die Möglichkeit geschaffen werden, bei nachhaltig erreichter guter Qualität Dokumentations- und Prüfanforderungen abzusenken, indem Qualitätssicherungsverfahren angepasst (z.B. Verlängerung von Prüfintervallen), ausgesetzt oder beendet werden. Auch gilt es zu beachten, dass durch Gesetze oder Verordnungen bereits ausreichend geregelte Qualitätsanforderungen nicht ein weiteres Mal durch die gemeinsame Selbstverwaltung festgelegt und abgeprüft werden müssen.

Da Vertragsärzte und -psychotherapeuten auch privat krankenversicherte Patienten behandeln, profitieren diese ebenfalls von den Qualitätsförderungsmaßnahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems.

9. Für sektorenübergreifende Verfahren der Qualitätssicherung müssen erforderliche Grundlagen geschaffen werden

Die gesetzliche Verpflichtung, einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung künftig sektorenübergreifend auszugestalten, stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen. So fehlt es bisher an sektorenübergreifenden Versorgungspfaden als notwendiger Grundlage. Auch viele technische und methodisch-inhaltliche Probleme harren einer Lösung. Gleichzeitig erscheint es weder machbar noch sinnvoll, die Qualität sämtlicher Versorgungsprozesse stets sektorenübergreifend zu sichern. Eine Alternative könnte in der Nutzung regionaler Qualitätsindikatoren liegen.

Viele Patienten insbesondere mit schwerwiegenden Erkrankungen werden konsekutiv oder synchron sowohl stationär als auch ambulant versorgt. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss daher verpflichtet, Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung künftig grundsätzlich sektorenübergreifend und an der Ergebnisqualität ausgerichtet zu erlassen. Ziel einer solchen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist es, die Patientenversorgung in ihrem Verlauf über Zeit, Einrichtungen, Versorgungsebenen sowie Sektorengrenzen hinweg zu betrachten.

Aufgrund der unterschiedlich gewachsenen Strukturen und des unterschiedlichen Versorgungsgeschehens in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung stehen alle Beteiligten vor großen Herausforderungen. Abgesehen davon, dass keineswegs für sämtliche Versorgungsprozesse Bedarf besteht, deren Qualität sektorenübergreifend zu sichern und zu verbessern, wäre es notwendig, zunächst Leitlinien zu konsentieren, sektorenübergreifende Versorgungspfade zu definieren und Versorgungskonzepte, quasi als Soll-Größe, zu beschreiben. Diese Herangehensweise zur Verbesserung der Versorgungsqualität wurde beispielsweise bei der Entwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V (DMP), bei der Integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V oder im Rahmen des Bundesmantelvertrages praktiziert. Momentan wird jedoch der zweite Schritt vor dem ersten getan.

Es zeigt sich, dass die bisherigen stationären Qualitätssicherungsverfahren nicht eins zu eins auf den ambulanten Sektor übertragen werden können. Zudem müssen vorhandene Lösungsoptionen für die bestehenden technischen und inhaltlichen Herausforderungen umgesetzt werden. Eine solche Herausforderung ist beispielsweise, dass der (nach-)behandelnde Arzt ein Signal erhalten muss (sogenannte Fallauslösung), wann er bei welchen Patienten im Rahmen eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens spezielle Informationen erheben, dokumentieren und weiterleiten soll. Ein Lösungsansatz hierfür könnte ein Qualitätssicherungsmarker auf der elektronischen Gesundheitskarte sein. Hingegen sind die teilweise vorgeschlagenen Kodierrichtlinien für die Fallauslösung keine Lösung. Dies wird deutlich, wenn man das damalige Regelwerk analysiert.

Eine Alternative zur fallbezogenen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung könnte in der Nutzung regionaler Qualitätsindikatoren liegen, die einerseits die sektorenübergreifende Perspektive beinhalten und andererseits einen echten Populationsbezug herstellen. Sie sind vor allem ein Lösungsansatz für das relevante Problem, dass sich Behandlungsergebnisse häufig nicht einem einzelnen Arzt, einer einzelnen Einrichtung bzw. einem Versorgungssektor zuordnen lassen. Gleichzeitig fördern sie eine gemeinsame Qualitätsverantwortung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten regionale Qualitätsindikatoren zum Zwecke der Qualitätsförderung und des Versorgungsmanagements nutzen. Dafür könnten Verbesserungspotenziale ermittelt und Versorgungsziele definiert sowie zeitliche Trends beobachtet werden.

10. Qualitätstransparenz und qualitätsorientierte Vergütung in der ambulanten Versorgung müssen mit Augenmaß erprobt und ausgestaltet werden

Qualitätstransparenz ist wichtig. Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlichen deshalb seit mehr als zehn Jahren eigene Qualitätsberichte. Für einrichtungsbezogene Veröffentlichungen zur Ergebnisqualität fehlt es im ambulanten Bereich jedoch an den für eine stabile und valide Datengrundlage notwendigen Ereigniszahlen je Versorgungseinheit. Freiwillige Veröffentlichungen zur Struktur- und Prozessqualität, in einer auch für Patienten verständlichen Form, sollten hingegen weiter erprobt und gezielt gefördert werden. Eine solche qualitätsorientierte Vergütung mit Augenmaß könnte an die besondere Darlegungsbereitschaft qualitätsorientierter Ärzte und Psychotherapeuten geknüpft werden.

Durch öffentliche Berichterstattung von Qualitätsergebnissen, dem sogenannten Public Reporting, sollen Versicherten bzw. Patienten sowie überweisenden Ärzten Entscheidungshilfen gegeben werden. Eine seit mehr als zehn Jahren gut etablierte, externe Qualitätstransparenz für den ambulanten Bereich existiert durch die Qualitätsberichte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Zu mehr als 50 Themen und Leistungsbereichen der ambulanten Versorgung wird jährlich detailliert über Art, Umfang und Ergebnis von Qualitätsförderungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen sowohl auf Bundesebene als auch auf KV-Ebene transparent berichtet. Darin enthalten sind auch die aggregierten Ergebnisse der Prozess- und Ergebnisqualität für über 6,5 Millionen Versicherte, die sich in Disease-Management-Programme eingeschrieben haben.

Anders als Krankenhäuser unterliegen Vertragsärzte und -psychotherapeuten nicht der gesetzlichen Pflicht, Qualitätsberichte einrichtungsbezogen zu erstellen. Angesichts der im ambulanten Bereich begrenzten Möglichkeiten, Messungen speziell zur Ergebnisqualität aussagekräftig und valide durchzuführen, würde eine solche allgemeine Verpflichtung auch keinen belastbaren Beitrag für ein Mehr an Qualitätstransparenz leisten. Vergleiche mit dem stationären Sektor sind – wie bereits angedeutet – allenfalls für ausgewählte Bereiche sinnvoll, etwa im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung oder sektorengleicher Leistungen im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Die Veröffentlichung individueller Qualitätsberichte insbesondere zu Praxisstrukturen, zum Leistungsspektrum, zu Fallzahlen, zum internen Qualitätsmanagement oder zu Kooperationsbeziehungen findet jedoch bereits jetzt vielfach auf freiwilliger Basis statt. Hierzu sollten Praxen und medizinische Versorgungszentren auch künftig motiviert und bei der Umsetzung unterstützt werden.

Eine solche für Patienten verständliche Qualitätsdarlegung könnte schließlich auch den Anknüpfungspunkt zu einer qualitätsorientierten Vergütung darstellen. Die Förderung einer überdurchschnittlichen Darlegungsbereitschaft („pay for transparency“) würde die transparente Darstellung von Qualitätsinitiativen befördern, woraus sich wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Qualitätsförderung insgesamt ableiten ließen. Investitionen, die an dieser Stelle getätigt werden, kommen der Versichertengemeinschaft und damit dem gesamten System der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar zugute. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt daher vor, ein Konzept zur Verankerung von Qualitätszuschlägen zu entwickeln, welches auf der Darlegung besonderer Qualitätsorientierung basiert. Kriterien könnten z.B. die Wahrnehmung besonderer Koordinationsaufgaben, die Teilnahme an Versorgungsprogrammen, Lehrtätigkeit, spezielle Patientenangebote, die Teilnahme an freiwilligen Qualitätsinitiativen, die freiwillige Anwendung von Qualitätsindikatoren, die Mitgliedschaft in einem Arztnetz, die Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen oder Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen sein.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Stand: 22. Februar 2016