

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung am Beispiel Hessen

Zusammenfassung

Qualitätssicherung zählt seit Jahrzehnten zu den Kernaufgaben einer Kassenärztlichen Vereinigung. Am Beispiel der KV Hessen wird die Vielzahl der angewandten Instrumente, Einsatzgebiete und konzeptionellen Ansätze ebenso wie der gesetzliche Rahmen aufgezeigt. Dabei wird deutlich, dass der in der Vergangenheit bevorzugte Strukturansatz immer mehr um prozess- und ergebnisorientierte Verfahren ergänzt wird. Ein Ausblick zeigt die zukünftigen Megatrends im deutschen Gesundheitswesen und deren Bedeutung für die Qualitätssicherung auf. Neue Vergütungsformen sowie technische Innovationen werden zu Schlüsselfaktoren.

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung · Qualitätsmanagement · Ambulante Versorgung · Angemessenheit · Evidenzbasierung

Neben der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, der Honorarverteilung sowie der berufspolitischen Vertretung zählt die Qualitätssicherung zu den Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen nimmt diese Aufgabe seit vielen Jahrzehnten war. Ringversuche im Laborbereich, die Durchführung von Kolloquien sowie Stichprobenprüfungen im Einzelfall sind Beispiele für Qualitätssicherungsverfahren, die teilweise seit über 30 Jahren durchgeführt werden.

Zunächst werden in diesem Beitrag die juristischen Rahmenbedingungen skizziert. Es folgt eine Übersicht über die Art der verwendeten Instrumente und deren Einsatzgebiete, wobei an einzelnen Beispielen Ergebnisse demonstriert werden. Der Beitrag schließt mit einem Ausblick, der die Auswirkung der Megatrends im Gesundheitswesen auf den Bereich Qualitätssicherung beleuchtet.

Rechtliche Vorgaben als Basis der Qualitätssicherung

Das V. Sozialgesetzbuch (SGB V) enthält mehrere Paragraphen, welche die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich regeln. § 70 SGB V fordert unter der Überschrift „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ die Krankenkassen sowie die Leistungserbringer auf, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende

Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung soll dabei ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. Der Gesetzgeber bringt damit auch den Gesichtspunkt der Effizienz ins Spiel.

§ 135a SGB V regelt die Verpflichtung zur Qualitätssicherung. Danach sind die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Auch hier fordert der Gesetzgeber erneut, dass die Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden müssen. Dabei regeln die Richtlinien der Bundesausschüsse nach § 92 SGB, was konkret unter einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten zu verstehen ist. Nach § 92 SGB V werden folgende Richtlinien unterschieden:

Richtlinie zur/zu:

1. Ärztlichen Behandlung,
2. zahnärztlichen Behandlung,
3. Früherkennung von Krankheiten,
4. Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,

Dr. Harald Herholz
Kassenärztliche Vereinigung Hessen,
Stabsstelle Qualitätssicherung,
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt
E-Mail: harald.herholz@kvhessen.de

H. Herholz

Quality Assurance and Quality Management in the German Ambulatory Sector: The Case of Hessen

Abstract

Quality management has been one of the main functions of the KV for decades. Using the KV Hessen as an example, the range of methods used, their areas of application and the underlying concepts as well as the legal framework are illustrated. It is evident that the structural approach of the past is being complemented by process and outcome orientated methods. Impending major developments in the German health system and their significance for quality assurance are discussed. Key factors in this process will be new forms of remuneration and technical innovations.

Keywords

Quality Assurance · Quality Management · Appropriateness · Outcome Orientation · Evidence based Medicine

Leitthema: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslichen Krankenpflege und Soziotherapie,
7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
8. Verordnung von Leistungen zur Rehabilitation,
9. Bedarfsplanung,
10. medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b (Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation und Empfängnisverhütung).

Entscheidende Bedeutung hat in diesem Zusammenhang der Koordinierungsausschuss nach § 137e SGB V, welcher auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten je Jahr beschließen soll. Zudem gibt er Empfehlungen zu den zur Umsetzung und Evaluierung der Kriterien notwendigen Verfahren, insbesondere bzgl. der Dokumentation durch die Leistungserbringer.

Übersicht 1 Regelungsbereiche der KV Hessen zur Qualitätssicherung – strukturbedrogen

- Konventionelles Röntgen,
- invasive Kardiologie,
- Computertomographie,
- LDL-Apharese,
- Kernspin,
- Schlafapnoe-Diagnostik,
- Ultraschall,
- otoakustische Emissionen,
- Zytologie,
- Sozialpsychiatrie,
- Labor,
- Diabetes mellitus,
- Langzeit-EKG,
- Methadon-Substitution,
- Strahlentherapie,
- Chirotherapie,
- Psychotherapie,
- Schmerztherapie,
- Ambulantes Operieren,
- Herzschrittmacherkontrolle,
- Photodynamische Therapie,
- Soziotherapie,
- Belastungs-EKG.

Übersicht 2 Regelungsbereiche der KV Hessen zur Qualitätssicherung – prozessbezogen

- Ultraschall,
- Sozialpsychiatrie,
- Nuklearmedizin,
- Pharmakotherapie,
- Belastungs-EKG,
- ambulantes Operieren,
- Röntgen-Langzeit-EKG,
- Methadon-Substitution,
- Schlafapnoe-Diagnostik,
- Labor,
- LDL-Apharese,
- Psychotherapie,
- Dialyse,
- Schmerztherapie,
- TNF-Inhibitoren.

Ferner fordert der § 136 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen, deren Auswahl, Umfang im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wird. Hier wiederum kommen die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach § 92 zum tragen, welche durch die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen entwickelt werden. Tabelle 1 gibt auf Basis der juristischen Grundlagen eine Übersicht über die

Übersicht 3 Regelungsbereiche der KV Hessen zur Qualitätssicherung – ergebnisbezogen

- Labor,
- ambulantes Operieren,
- konventionelles Röntgen,
- Linksherzkatheter/PTCA,
- Computertomographie,
- Gastroskopie,
- Kernspin,
- Koloskopie,
- Ultraschall,
- Belastungs-EKG,
- Langzeit-EKG,
- Diabetes mellitus,
- Nuklearmedizin,
- Darmkrebscreening.

Tabelle 1

Beispiele für Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der KV Hessen, AEV: Arbeiter-Ersatzkassenverband, KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung, KVH: Kassenärztliche Vereinigung Hessen, VdAK: Verband der Angestellten-Krankenkassen

Qualitätssicherungsmaßnahme/Gebiet	Diabetes mellitus
Kommissionsbesetzung	Ärzte/KVH
rechtliche Grundlage	Diabetesvereinbarung zwischen VdAK/AEV und KV Hessen in Ergänzung der Anlage 8 zum Arzt/Ersatzkassenvertrag (Diabetes-Vereinbarung) als Anlage 6 zum Gesamtvertrag vom 10. Mai 1996. Unter Bezugnahme auf § 7 Abs. 1 Satz 2 der Diabetesvereinbarung treffen die hessischen Gesamtvertragspartner Regelungen zur Schulung von Typ-I-Diabetikern in Schwerpunktpraxen sowie zu Diabetikerbehandlungen und -betreuung in Schwerpunktpraxen.
Kommentar	Umsetzung der Diabetesvereinbarungen und der darin geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 3 und § 6. Dies umfasst auch die Dokumentation der Behandlungsergebnisse, die statistische Auswertung sowie die Beurteilung der Daten durch die Qualitätssicherungskommission.
Qualitätssicherungsmaßnahme/Gebiet	Onkologie
Kommissionsbesetzung	Ärzte/KVH
rechtliche Grundlage	Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung (Anlage 7 Ersatzkassenvertrag) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem VdAK/AEV i.d.F. vom 7. Juli 1994).
Kommentar	Umsetzung in Hessen der auf Bundesebene geschlossenen Vereinbarung.
Qualitätssicherungsmaßnahme/Gebiet	Schmerztherapie
Kommissionsbesetzung	Ärzte/KVH
rechtliche Grundlage	Schmerztherapievereinbarungen in Hessen auf der Grundlage der Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (Anlage 12 zum Arzt/Ersatzkassenvertrag), geschlossen zwischen der KBV sowie dem VdAK/AEV.
Kommentar	Umsetzung der Schmerztherapievereinbarungen und der darin geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen (u.a. Überprüfung der fachlichen Qualifikation, Kommissionsarbeit, Qualitätszirkel). Eine umfangreiche wissenschaftliche externe Evaluation der Qualitätssicherungsmaßnahme durch Prof. Basler/Universität Marburg in Kooperation mit der KV Hessen dokumentiert die Effektivität der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der Schmerztherapievereinbarungen.
Qualitätssicherungsmaßnahme/Gebiet	Radiologie
Kommissionsbesetzung	Ärzte/KVH
rechtliche Grundlage	Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik gemäß § 136 SGB V
Kommentar	Sehr umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahme der KV Hessen, die seit vielen Jahren erfolgreich durchgeführt wird. Überprüfung der Bildqualität durch eine Kommission.
Qualitätssicherungsmaßnahme/Gebiet	Langzeit-EKG/Belastungs-EKG
Kommissionsbesetzung	Ärzte/KVH
rechtliche Grundlage	Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-Elektrokardiographischen-Untersuchungen vom 12. Dezember 1991 (Anlagen zum Bundesmantelvertrag und Ersatzkassenvertrag).
Kommentar	Diese Qualitätssicherungsmaßnahme umfasst nicht nur die Strukturqualität im Sinne von Qualifikationsvoraussetzungen, sondern auch die stichprobenartige Beurteilung der Ergebnisqualität durch die Kommission.
Qualitätssicherungsmaßnahme/Gebiet	Invasive Kardiologie
Kommissionsbesetzung	Ärzte/KVH
rechtliche Grundlage	Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)
Kommentar	Umsetzung in Hessen der auf der Bundesebene kürzlich geschlossenen neuen umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen für das Gebiet der invasiven Kardiologie. Als innovativer Ansatz werden hier zum ersten Mal auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung Mindestzahlen der Leistungserbringung definiert, um so eine ausreichende Erfahrung und damit auch Prozess- und Ergebnisqualität sicherzustellen. [1]

Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der KV Hessen

Qualitätssicherungsgebiete und deren methodische Ansätze

Die zahlreichen Qualitätssicherungsverfahren lassen sich nach Avedis Donabedian [2] thematisch in einen Strukturansatz, Prozessansatz sowie Ergebnisansatz unterteilen (Übersicht 1, 2 und 3). Historisch hat die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich einen Schwerpunkt auf dem Strukturansatz. Hier setzen die meisten Qualitätssicherungsverfahren immer noch an. Der Grund hierfür liegt in dem Vorteil, dass strukturelle Qualitätssicherungsmaßnahmen relativ konstant sind und einfacher überprüft werden können als prozess- oder ergebnisbezogene Qualitätssicherungsmaßnahmen. Trotzdem haben sich im Laufe der Jahre immer mehr prozess- und ergebnisorientierte Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickelt. Die Übersicht der ergebnisbezogenen Qualitätssicherungsmaßnahmen macht deutlich, dass es sich vor allem um Gebiete handelt, in denen Ergebnisse vergleichsweise einfach messbar und zurechenbar sind.

Qualitätssicherungsinstrumente der KV Hessen

Ebenso zahlreich wie die Einsatzfelder und Ansätze der verschiedenen Qualitätssicherungsmaßnahmen sind die verwendeten Instrumente innerhalb der KV Hessen. Sie umfassen:

- Ringversuche,
- Kolloquien,
- Stichprobenprüfung im Einzelfall,
- Qualitätszirkel,
- Zweitmeinungsverfahren,
- Arzneiverordnungsanalysen,
- Benchmarking/statistische Vollerhebung,
- Monitorbesuche,
- unterstützende Instrumente.

Ringversuche

Ringversuche im Laborbereich werden durch die KV Hessen seit Jahrzehnten regelmäßig durchgeführt. Dabei wird eine Probe bekannten Inhalts den einzelnen Laboratorien zugesandt, mit der Aufforderung, diese Probe zu analysieren und möglichst exakt ihren tatsächlichen In-

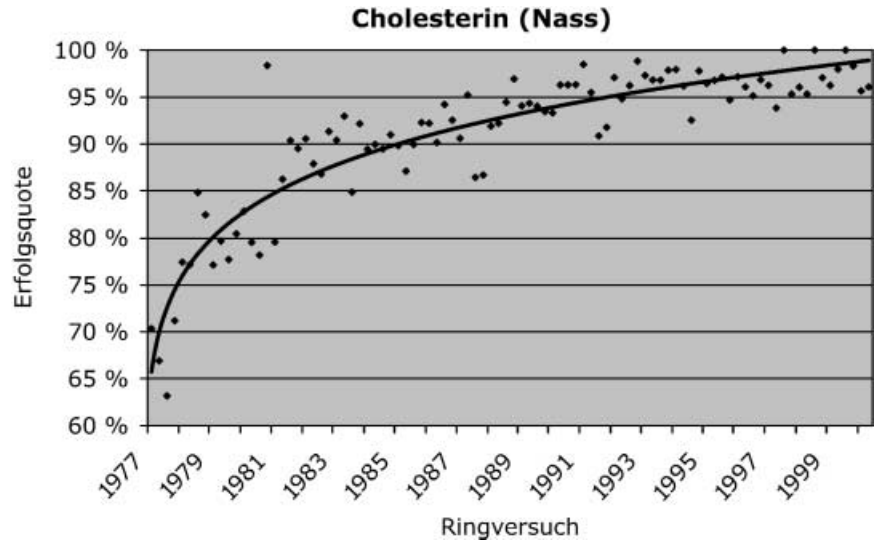


Abb. 1 ▲ Entwicklung der Erfolgsquoten von Ringversuchen seit 1977 am Beispiel der Analyse einer Probe auf Cholesterin

halt zu ermitteln. Grundlage für die Qualitätssicherung bei der Erbringung von Laborleistungen sind die Eichordnung sowie die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien (RiliBÄK). Nach diesen Richtlinien ist jeder für ein medizinisches Laboratorium verantwortliche Arzt, der quantitative Laboratoriumsuntersuchungen durchführt, verpflichtet, eine Qualitätskontrolle entsprechend der RiliBÄK durchzuführen.

Die interne Qualitätssicherung dient der fortlaufenden Überwachung der analytischen Arbeiten im Labor und der Überprüfung des Analysystems. Für die im Rahmen der laborinternen Qualitätskontrolle gewonnenen Messergebnisse besteht eine Dokumentationspflicht. Die Aufzeichnungen sind über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren aufzubewahren.

Die externe Qualitätssicherung (Ringversuche) ergänzt die internen Maßnahmen und dient zugleich der Objektivierung der Zuverlässigkeit der einzelnen medizinischen Laboratorien sowie der Prüfung und Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Laboratorien. Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer ist eine jährlich mindestens zweimalige Teilnahme an Ringversuchen nachzuweisen. Auch diese Unterlagen sind für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren.

Die Eichbehörden prüfen im Rahmen ihrer Kompetenzen punktuell einzelne Laboratorien auf die Einhaltung der in den RiliBÄK geforderten Maßnahmen.

Auch die KV Hessen wird sich in Zukunft verstärkt über die Einhaltung der RiliBÄK durch Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben) vergewissern.

Entwicklung

Die KV Hessen führt seit 1977 Ringversuche für nasschemische Parameter und seit 1995 auch Ringversuche für trockenchemische Parameter durch. Jährlich werden jeweils vier Ringversuche für die Nasschemie und für die Trockenchemie angeboten. Damit soll sichergestellt werden, dass allen Ärzten, die quantitative Laboratoriumsuntersuchungen durchführen, die nach den Richtlinien geforderte jährliche zweimalige Teilnahme an den Ringversuchen ermöglicht wird.

Zuverlässigkeit der Laborergebnisse

Im Verlauf der vergangenen Jahre hat sich gezeigt, dass in Bezug auf die Zuverlässigkeit laborchemischer Untersuchungen ein großer Fortschritt zu verzeichnen ist. Aktuell lässt sich sagen, dass die Ergebnisse der Untersuchungen aus Individuallaboratorien, Zentrallaboratorien und Kliniken in hohem Maße übereinstimmen. Das Vertrauen der Ärzte in die für sie wichtigen laborchemischen Grundlagen ist also berechtigt. Gleichzeitig kann heute ein Patient sicher sein, dass seine Behandlung auf einem hohen vergleichbaren Standard erfolgt. Die Sicherung der Zuverlässigkeit laborchemi-

Tabelle 2

Beispiele für Qualitätszirkel im Bereich der KV Hessen mit Angaben ihrer wissenschaftlichen Evaluatoren

Qualitätszirkel	Evaluator
Pharmakotherapie-zirkel	PD Dr. von Ferber/Universität Köln & Prof. Szecsenyi/Göttingen [7, 8]
Hausärztliche Qualitätszirkel	Prof. Kaltwasser/Universität Frankfurt & WIDO/Bonn [9, 10]
Schmerztherapie-zirkel	Prof. Basler/Universität Marburg [11]
Diabetologische Qualitätszirkel	Prof. Siebolds/FH Köln [12]

scher Untersuchungen wurden von der KV Hessen im Hinblick auf die Absicherung von Diagnostik und Therapie, konsequent vorangetrieben [3]. Abbildung 1 zeigt beispielhaft die Entwicklung der Erfolgsquoten aller Teilnehmer an den Ringversuchen Nasschemie seit 1977 für den Bestandteil Cholesterin.

Kolloquien

Kolloquien, also mündliche Prüfungen, werden benutzt, um die fachliche Qualifikation von Leistungserbringern zu ermitteln. Dieses Instrument wird in erster Linie für Leistungen angewandt, die eine bestimmte Abrechnungsgenehmigung erfordern und die nicht zum regulären Leistungskatalog einer bestimmten Facharztgruppe gehören. Die Kolloquien werden üblicherweise von einer Kommission durchgeführt, deren Mitglieder durch den Vorstand der KV Hessen benannt werden. Die Mitglieder verfügen über umfangreiche Erfahrungen auf dem zu prüfenden Gebiet.

Stichprobenprüfung im Einzelfall

Dieses Verfahren wird beispielsweise im Rahmen der Qualitätsprüfung in der Sonographie durchgeführt. Stichprobenartig werden Ärzte aufgefordert, Ultraschallbilder von bestimmten Patienten an die Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung einzusenden. Eine Vorprüfung bewertet zunächst die Bilder. Auffällige Ultraschallbilder werden der Sonographiekommission vorgelegt. Je nach Votum der Kommission werden qualitätsfördernde Hinweise erteilt, der betroffene Arzt zu einem kollegialen Gespräch geladen, eine Hospitation auferlegt oder dem Vorstand der KV Hessen Konsequenzen aus dem Prüfungsergebnis empfohlen im Sinne des Entzugs der Abrechnungsgenehmigung. Dieses ge-

stufte Vorgehen gilt für sämtliche Qualitätssicherungskommissionen der KV Hessen.

Stichprobenartig werden ferner Praxisbegehungen im Rahmen der Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren durchgeführt. In der Vereinbarung gemäß § 14 des Vertrages nach § 115b, Abs. 1, SGB V sind konkrete Anforderungen im Hinblick auf bauliche, apparativ-technische, hygienische und personelle Voraussetzungen formuliert. Eine fachkompetente Kommission führt die Praxisbegehungen durch und überprüft die Einhaltung der Anforderungen. Bei Nichterfüllung der vertraglich geforderten Qualitätsstandards sieht der Vorstand der KV Hessen eine sofortige Entziehung der Abrechnungsgenehmigung für ambulante Operationen und Anästhesien vor.

Qualitätszirkel

Im Jahre 1990 bildete sich unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau PD Dr. Liselotte von Ferber (Universität Köln) der erste Qualitätszirkel niedergelassener Ärzte in Deutschland. Dieser hatte die Pharmakotherapie zum Thema. Das Projekt wurde intensiv evaluiert [4]. Dabei zeigte sich, dass ein signifikanter Effekt im Ordnungsverhalten der am Qualitätszirkel teilnehmenden Ärzte auftrat. Dieser Effekt war nach einem Jahr wie auch nach zwei Jahren messbar. 1995 beschloss der Vorstand der KV Hessen, Qualitätszirkel im ambulanten Bereich zu implementieren. Gemeinsam mit der Landesärztekammer Hessen wurden folgende Merkmale festgelegt, die einen Qualitätszirkel definieren:

- freiwillige Teilnahme,
- selbstgewählte Themen,
- gleichberechtigte Diskussion, unterstützt durch einen Moderator,

- regelmäßige Sitzungen (mindestens 6x im Jahr),
- sechs bis 15 Teilnehmer,
- Möglichkeit der Hinzuziehung von Fachexperten.

Neben der Sicherung eines hohen Niveaus ärztlichen Handelns und dessen Verbesserung zielt ein Qualitätszirkel auch auf eine größere Arbeitszufriedenheit sowie die Weiterqualifikation der Teilnehmer. In regelmäßigen Abständen bietet die KV Hessen zweitägige Seminare für Moderatoren von Qualitätszirkeln an. Vermittelt werden in erster Linie Methoden zur Steuerung der Kommunikation der Gruppe, zur Einbeziehung aller Mitglieder, zur Herbeiführung eines Konsenses und somit zur Erhöhung der Effizienz der Zirkelsitzungen. Der Moderator ist ein methodischer Helfer. Die hierfür notwendigen Moderationstechniken sowie Motivationsfragen werden in dem Seminar geschult.

Themen von Qualitätszirkeln sind typischerweise Fälle und Probleme aus dem eigenen Arbeitsbereich, d.h. der eigenen Praxis [5]. Darüber hinaus befassen sich Qualitätszirkel mit der Erstellung von Leitlinien oder von Positivlisten für den Arzneimittelbereich. Häufige Themen sind zudem Schnittstellen zum stationären Bereich sowie innerärztliche Kommunikationsfragen (Arztbriefe, Überweisungen, Terminvergabe, Gutachten).

Die KV Hessen fördert seit 1995 die Einrichtung von Qualitätszirkeln, indem jedem Moderator pro Zirkelsitzung eine Aufwandsentschädigung von EUR 204,52 gewährt wird. Die Vergütung ist jedoch an die Einreichung eines Protokolls gebunden. Ebenso muss der Qualitätszirkel den Grundsätzen der Landesärztekammer Hessen und der KV Hessen entsprechen [6] und offiziell anerkannt sein. Über die Anerkennung befindet regelmäßig der gemeinsame Ausschuss Qualitätssicherung der Landesärztekammer und der KV Hessen. Anfang November 2001 existierten in Hessen 560 offiziell anerkannte Qualitätszirkel. Bezogen auf die ca. 10.000 Mitglieder der KV Hessen nimmt Hessen somit einen Spitzenplatz hinsichtlich der Qualitätszirkeldichte in Deutschland ein.

Qualitätszirkel sind effektiv. Mehrere wissenschaftliche Evaluationen haben dies unabhängig voneinander im Bereich der KV Hessen belegt (Tabelle 2).

Zweitmeinungsverfahren

Die im angloamerikanischen Sprachgebrauch als sog. Second-Opinion-Programme bezeichneten Qualitätssicherungsverfahren wurden in Deutschland für die Bewertung ärztlicher Leistungen bzw. für die Verordnung von Medikamenten bislang nicht eingesetzt. Für den Bereich der Alpha-TNF-Inhibitoren bietet die KV Hessen jetzt aber sämtlichen Vertragsärzten ein Zweitmeinungsverfahren an. Hintergrund hierfür waren die zum Teil schwerwiegenden Nebenwirkungen bei nicht sachgerechter Indikationsstellung sowie die extrem hohen Therapiekosten von annähernd 50.000 DM pro Jahr und Patient [13, 14, 15].

Die Kommission Zweitmeinungsverfahren setzt sich aus Vertretern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen, niedergelassenen Fachärzten für Rheumatologie und Gastroenterologie, und Vertretern aus dem stationären Bereich sowie aus der klinischen Forschung (Universitäten) zusammen. Im Rahmen eines formalisierten Antragsverfahrens prüft die Kommission regelmäßig die eingehenden Anträge auf deren Angemessenheit. Antragssteller, die ein positives Kommissionsvotum erhalten, können dieses Votum im Rahmen einer Richtgrößenprüfung bzw. Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit geltend machen.

Arzneiverordnungsanalysen

Die im angloamerikanischen Bereich als Drug-Utilisation-Reviews (DUR) [16] bezeichneten Arzneiverordnungsanalysen werden seit vielen Jahren niedergelassenen Ärzten seitens der KV zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um statistische Analysen, die das Ordnungsverhalten des einzelnen Arztes mit einer definierten Gruppe vergleicht. Überlicherweise stellt diese Vergleichsgruppe die gesamte hessische Facharztgruppe dar. Auf Wunsch ist jedoch auch die Hinzuziehung anderer Vergleichsgruppen möglich, wie beispielsweise Qualitätszirkel oder Ärztenetze. Ferner erhält der Arzt einen Überblick über sein Ordnungsverhalten im zeitlichen Trend. Als Datenquelle werden die Apothekenrechenzentren bzw. Krankenkassendaten benutzt. Zum Einsatz kommen hier mehrere Systeme, beispielsweise

PharmPro[®], InfoNet[®], X-Trend[®], X-potent[®] oder das IfAp-Analyse-System. Idealerweise werden die praxisspezifischen Arzneiverordnungsanalysen im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit besprochen.

Benchmarking/statistische Vollerhebung

Ein statistisches Benchmarking wird derzeit für die Bereiche ambulantes Operieren, Diabetes mellitus, invasive Kardiologie sowie Gastroenterologie durchgeführt. Anhand eines definierten Datensatzes werden relevante Qualitätsparameter in Form von papiergebundenen Dokumentationsbögen per Diskette oder internetbasiert erhoben. Dabei handelt es sich um Vollerhebungen, bei denen jede erbrachte Leistung dokumentiert werden muss. Die Teilnehmer erhalten in regelmäßigen Abständen die Auswertungen der eingereichten Daten. Ähnlich wie bei den Arzneiverordnungsanalysen wird hier der einzelne Leistungserbringer mit dem Fachgruppennormdurchschnitt je relevantem Qualitätsparameter verglichen. Graphiken und Diagramme veranschaulichen die wichtigsten Qualitätsparameter. Für die oben genannten Einsatzbereiche existieren darüber hinaus Kommissionen, welche die Benchmarking-Ergebnisse bewerten und dem Vorstand etwaige Konsequenzen empfehlen.

Monitorbesuche

Um die Validität der erhobenen Daten im Rahmen des Benchmarkings zu gewährleisten, führt die KV Hessen regelmäßig Monitorbesuche durch. Aufgabe der Monitore ist es, in den Praxen stichprobenartig die Dokumentation zu überprüfen. Für den Bereich invasive Kardiologie bedeutet dies beispielsweise, dass im Rahmen eines Monitorbesuches eine Koronarangiographie, die dazugehörige Patientenakte, der Arztbericht sowie der ausgefüllte Dokumentationsbogen hinsichtlich der Übereinstimmung überprüft werden.

Unterstützende Instrumente

Weitere Qualitätssicherungsinitiativen, die häufig unterstützenden Charakter zu den bisherigen Qualitätssicherungsinstrumenten haben, sind in der Übersicht 4 aufgeführt.

Übersicht 4

Weitere Qualitätssicherungsinitiativen der KV Hessen

- Supervision der Qualitätszirkel-Moderatoren,
- Leitlinien-Workshops,
- Evidence-based-Medicine-Seminare,
- Qualitätsmanagementkurse,
- Seminare Internet & Qualitätssicherung,
- Kooperation mit Selbsthilfegruppen,
- individuelle Pharmakotherapieberatung,
- Publikation KVH aktuell Pharmakotherapie,
- Literaturservice (InfomedScreen[®], Arzneiverordnungsreport, Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft),
- Pharmakotherapie-Informationsveranstaltungen,
- Therapiesymposien,
- spezielle Pharmakotherapiezirkel.

Qualitätssicherung in Ärztenetzen

Unter dem Stichwort „Integrierte Versorgung“ bildeten sich in den vergangenen Jahren zahlreiche Ärztenetze. Qualitätssicherungsmaßnahmen haben in diesen Netzen eine besondere Bedeutung. Sie stellen zum einen Ein- bzw. Ausschlusskriterien für Mitglieder des Netzes dar. Zum anderen sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig, um eine etwaige, Budgetverantwortung, also eine finanzielle Verantwortung für Arzneimittel oder Honorare zu übernehmen [17]. Qualitätszirkel stellen in fast allen Ärztenetzen ein Qualitätssicherungsinstrument dar, an denen sich Ärzte per Netzsatzung beteiligen müssen. Im Gegensatz zum vertragsärztlichen Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung ist die Teilnahme nicht mehr freiwillig. Netzeigene Leitlinien bilden einen weiteren wichtigen Baustein im Qualitätssicherungskonzept von Ärztenetzen. Um stabile Prozesse innerhalb eines Ärztenetzes zu erreichen, werde häufig in Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkeln interne Diagnose- oder Therapieleitlinien erstellt [18]. Die Überprüfung der Anwendung dieser Leitlinien im Sinne eines Controlling geschieht insbesondere für den Arzneimittelbereich über die bereits oben erwähnten Arzneiverordnungsanalysensysteme (Drug-Utilisation-Reviews). Wenigen

Übersicht 5 Qualitätssicherungsmaßnahmen in Netzen

- Qualitätszirkel,
- Arzneiverordnungsanalysen (DUR): PharmPro & InfoNet,
- Leitlinien,
- Zweitmeinungsverfahren,
- Positivlisten,
- retrospektive Fallbetrachtung (bes. Klinik-einweisungen),
- alle sonstigen obligatorischen QS-Maßnahmen der KV.

Netzen ist es hingegen bisher gelungen, sektorübergreifende Leitlinien mit Krankenhäusern abzustimmen.

Die beiden am häufigsten verwandten Instrumente sind PharmPro® und InfoNet®. Ebenso spielen als weiteres Instrument Positivlisten eine große Rolle. Gelegentlich werden in Ärztenetzen auch Zweitmeinungsverfahren für risiko- oder kostenträchtige diagnostische oder therapeutische Verfahren durchgeführt, wie beispielsweise PET-Scan oder Kernspintomographie. Ein weiteres Instrument bilden die retrospektiven Fallbetrachtungen insbesondere für Klinik-einweisungen im Rahmen einer Netzkonferenz. Selbstverständlich gelten alle sonstigen obligatorischen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung auch in Netzen (Übersicht 5).

Sektorübergreifende Qualitätssicherung

Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor vollzieht sich an mehreren Stellen:

- Qualitätszirkel,
- ambulantes Operieren,
- Gastroenterologie,
- invasive Kardiologie,
- Zweitmeinungsverfahren.

Bereits zu Beginn der ersten Qualitätszirkelgründungen wurde ihre hervorragende Eignung zur Bearbeitung von Schnittstellenproblemen erkannt. Sektorübergreifende Qualitätszirkel zeichnen sich durch eine Rekrutierung der

Teilnehmer aus dem stationären sowie dem ambulanten Bereich aus. Üblicherweise werden dort Probleme der Entlassungsmedikation, der Arztbriefe, der Einweisungsdiagnosen und ähnliche Fragestellungen besprochen. Einweisende niedergelassene Ärzte sowie Assistenzärzte, Oberärzte und Chefarzte aus den jeweiligen Abteilungen der Krankenhäuser bilden den entsprechenden Qualitätszirkel.

Der auf der Bundesebene beschlossene Basisdokumentationsbogen zum ambulanten Operieren wird nicht nur im vertragsärztlichen Bereich, sondern ebenso für ambulante Operationen eingesetzt, welche im Krankenhaus erbracht werden. Die gemeinsame Geschäftsstelle Ambulantes Operieren, angesiedelt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Marburg, wertet diese Bögen seit nunmehr fünf Jahren aus. Aufgrund des einheitlichen Dokumentationssystems bzw. Datensatzes sind sektorenübergreifende Auswertungen ebenso möglich wie Vergleiche zwischen den einzelnen Sektoren.

Gleiches gilt für den seit zwei Jahren zusätzlich eingeführten erweiterten Dokumentationsbogen zum Strukturvertrag ambulantes Operieren in Hessen. Dieser erweiterte Bogen erlaubt im Gegensatz zum Basisdokumentationsbogen jedoch auch fachspezifische Auswertungen. Insbesondere sind detaillierte Aussagen zur Ergebnisqualität sowie zur Indikationsstellung, also zur Frage der Angemessenheit der medizinischen Leistungen möglich.

Die internetbasierte Qualitätssicherung der Gastroenterologie bezieht sich auf die beiden Leistungen Gastroskopie und Koloskopie. Hieran nehmen ermächtigte Kliniken teil. Prinzipiell können sich auch nicht ermächtigte Kliniken nach vorheriger Vereinbarung beteiligen. Durch den internetbasierten Onlinezugang lassen sich technische Schnittstellenprobleme, wie sie bei einer Diskettenlösung und vorgegebener Software häufig auftraten, vermeiden. Eine Dokumentationssoftware wird somit überflüssig. Dies trägt zur Akzeptanz des Qualitätssicherungsverfahrens auf stationärer Seite bei.

Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung wird – wie jetzt schon im stationären Bereich – eines der zentralen The-

men in Praxen niedergelassener Ärzte werden. Dabei gilt es zu beachten, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen unter dem Begriff Qualitätssicherung oft die Gesamtheit aller qualitätsorientierten Maßnahmen verstanden wird. Hingegen wird Qualitätsmanagement gewöhnlich mit einrichtungsinternen Qualitätsmaßnahmen gleichgesetzt. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat sich derzeit noch nicht für die Empfehlung eines bestimmten Qualitätsmanagementsystems für den niedergelassenen Bereich festgelegt. Vielmehr wartet man die Entwicklung auf der Bundesebene ab. Interessierten Ärzten wird jedoch die Teilnahme am Kurs „Curriculum ärztliches Qualitätsmanagement“ an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Bad Nauheim, empfohlen. Inhalt und Ablauf des Kurses entspricht dem Lehrplan, der auf der Bundesebene zwischen der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart wurde [19]. Mindestens 30% der Teilnehmer an diesem 200-stündigen Kurs, der gemeinsam von der Landesärztekammer Hessen und der KV Hessen durchgeführt wird, stammen aus dem ambulanten Bereich. Hier wird das notwendige Werkzeug erworben, um in Praxen ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen.

Leitlinien und Richtlinien

Leitlinien

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen erstellt selbst keine Leitlinien. Allerdings bietet sie niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten Unterstützung bei der Suche nach geeigneten, qualitativ hochwertigen Leitlinien an. In regelmäßigen Abständen wird ein Leitliniensymposium durchgeführt – insbesondere Qualitätszirkeln wird somit ein Forum geboten, um lokale Leitlinien zu vergleichen und Erfahrungen auszutauschen. Zudem stellt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen niedergelassenen Ärzten die Therapieempfehlungen bzw. Leitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zur Verfügung. Ferner unterstützt die KV Hessen eine Leitliniengruppe bestehend aus niedergelassenen Hausärzten. Diese entwickelt Leitlinien zu ausgewählten,

hausärztlich relevanten Indikationsgebieten. Die Leitlinien sind Bestandteil des Projekts „Hausärztliche Qualitätszirkel Pharmakotherapie“. Sie dienen vorrangig der Schulung der Moderatoren der Pharmakotherapiezirkel. Die Leitlinien werden in gedruckter Form (KVH aktuell) veröffentlicht. Schließlich ist die KV Hessen Kooperationspartner im Rahmen des Modellprogramms zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung des Bundesministeriums für Gesundheit „Implementierung interdisziplinärer Leitlinien für wichtige Versorgungsbereiche mit Hilfe des Leitlinien-Clearingverfahrens der Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen“. Im Zentrum stehen dabei einerseits die Unterstützung von niedergelassenen Ärzten, welche interdisziplinäre Leitlinien im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit erstellen [20], andererseits die Frage der Implementierung und Evaluation der Leitlinien.

Richtlinien

Richtlinien sind Verfahrensregelungen, die von einer rechtlich legitimierten Institution fixiert und öffentlich gemacht wurden, für den Rechtsraum der Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung Sanktionen nach sich ziehen [21]. Richtlinien unterscheiden sich von Leitlinien vor allem durch den Grad der Verbindlichkeit. Typische Richtlinien im Bereich der KV Hessen sind die Mutterschaftsrichtlinie, die Arzneimittelrichtlinien, die Psychotherapie-richtlinie sowie weitere Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen (siehe oben). Über die Einhaltung der Richtlinien wachen die jeweiligen Kommissionen der KV.

Darstellung einzelner Qualitätssicherungsverfahren

Internetbasierte Online-Qualitätssicherung

Mit der internetbasierten Online-Qualitätssicherung auf dem Gebiet der Gastroenterologie hat die KV Hessen vollkommen neue Wege beschritten. Hintergrund hierfür ist ein Vertrag mit der Techniker Krankenkasse, der eine Einzelleistungsvergütung mit festem Punktwert ohne Budget garantiert. Das Morbiditätsrisiko wurde somit wieder

bei den Krankenkassen angesiedelt. Allerdings fordert das Risiko der Mengenentwicklung eine Qualitätssicherung, die zeitnahe Aussagen zur Ergebnisqualität und Angemessenheit der medizinischen Leistungen erlaubt. Diese Anforderungen werden durch den internetbasierten Ansatz erfüllt. Voraussetzungen zur Teilnahme an der internetbasierten Qualitätssicherung sind ein PC, ein Internetzugang (Standard Browser) sowie die initiale Registrierung und Passwortvergabe. Die Vorteile dieses neuen technischen Zugangs gegenüber alt hergebrachten Verfahren wie papiergebundenen Dokumentationsbögen oder Diskettenlösungen sind offensichtlich: Das Dokumentationssystem ist vollkommen unabhängig vom Praxisverwaltungssystem, bietet eine hohe Flexibilität hinsichtlich der Weiterentwicklung des Datensatzes und erlaubt aktuelle, tagesgleiche Auswertungen.

Teilnehmende Ärzte erhalten auf Wunsch täglich eine statistische Auswertung. Umfassende Spezialauswertungen werden quartalsweise durchgeführt und von einer vom Vorstand der KV Hessen benannten Kommission bewertet. Der Datenschutz ist durch die Passwortvergabe, Registrierung, Firewalls sowie die Anonymisierung der Daten gewährleistet. Bislang wurden über 18.000 Untersuchungen dokumentiert. Die Terminologie ist standardisiert und wurde mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft abgestimmt. Als Unterstützung steht den Ärzten täglich eine 24-stündige Hotline zur Verfügung. Zukünftige Einsatzfelder der internetbasierten Qualitätssicherung sind das Darmkrebscreening, die Bronchoskopie und Lungenfunktionsprüfungen, der Diabetes mellitus, die invasive Kardiologie sowie unter Umständen die Psychotherapie. Weitere Informationen finden sich unter www.kvhessen.de.

Qualitätssicherung Psychotherapie

Zur Umsetzung der in der derzeit gültigen Fassung der Psychotherapie-Richtlinien geforderten Einführung einer prozess- und ergebnisorientierten Qualitätssicherung wurde von der KV Hessen eine Qualitätssicherungskommission Psychotherapie einberufen. Diese Kommission erarbeitete einen Dokumentationsdatensatz, der Aussagen zur Ergebnisqualität aus Patienten- und Therapeutesicht zulässt und

ebenso Urteile zur Frage der Angemessenheit der Psychotherapie ermöglicht. Aktuelle Planungen sehen vor, diesen Dokumentationsbogen in einem Bereich der KV Hessen demnächst zu testen. Nach positiver Evaluation und Verhandlungen mit den Krankenkassen wird dieser Dokumentationsdatensatz in ganz Hessen für alle Richtlinienverfahren eingesetzt.

Pharmakotherapiezirkel

Pharmakotherapiezirkel (PTZ) bezeichnet eine Gruppe von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung, die sich für eine begrenzte Zeit regelmäßig und freiwillig trifft, um unter der Moderation zweier Kollegen auf der Grundlage von themen- oder indikationsgruppenbezogenen Verordnungsanalysen ihre jeweiligen Therapiekonzepte zu diskutieren und Strategien für eine rationale Arzneitherapie zu entwickeln.

Teilnehmer sind interessierte Hausärzte oder hausärztlich tätige Internisten sowie Ärzte, die von der Kassenärztlichen Vereinigung angesprochen wurden, da sie durch hohe Verordnungskosten auffielen und von Regressforderung bedroht waren. Die Moderatoren sind ebenfalls niedergelassene Hausärzte, die sich in Pharmakotherapie fortgebildet haben und sich schon seit vielen Jahren mit ihrer Ordnungsweise und Strategien der Optimierung befassen. Sie bilden einen eigenen Pharmakotherapiezirkel und erarbeiten darüber hinaus hausärztliche Leitlinien.

Das Konzept beruht auf der Erfahrung, dass eine wirksame Qualitätssicherung, die auf eine Veränderung des Ordnungsverhaltens zielt, an den Problemen und Besonderheiten des primärärztlichen Handelns ansetzen muss. Hierzu bedarf es jedoch eines Verfahrens, das Alltagsroutinen – in diesem Fall des Ordnungsverhaltens – für den Arzt sichtbar macht. Ein geeignetes Instrument ist hierfür die Ordnungsanalyse aller oder einer Stichprobe der Rezepte eines Arztes. Diese themen- bzw. indikationsgruppenspezifische Ordnungsanalyse eröffnet jedem Teilnehmer Einblick in sein reales Ordnungsverhalten, zeigt Abweichungen von den eigenen Vorstellungen und Diskrepanzen zu den Empfehlungen rationaler Arzneitherapie. Vor dem Hintergrund dieser Dokumentation können Qualitätsprobleme erkannt und in den Peer-

Tabelle 3

Steigende Ansprüche an Qualitätssicherungsverfahren

	Gestern	Heute	Morgen
Ansatz	Strukturqualität	Struktur- und teilweise Ergebnisqualität	Ergebnis- und Prozessqualität Indikation/Angemessenheit
Methoden-Fokus	Qualifikation Stichproben	Qualifikation Stichproben Ergebnisdaten	Totalerhebung Ergebnisdaten Leitlinienkonformität

review-Sitzungen gemeinsam bearbeitet werden.

Die Aufbereitung der Verordnungsanalyse erfolgt gruppenbezogen: Jeder teilnehmende Arzt sieht nicht nur sein eigenes Arzneimittelspektrum und die Behandlungsprävalenzen seiner Praxis, sondern auch, in anonymisierter Form, das Ordnungsverhalten sowohl der am Zirkel teilnehmenden Kollegen und das Ordnungsverhalten der Moderatorengruppe. Dieser Gruppenbezug in den Abbildungen der Verordnungsanalyse gibt den Impuls zum Erfahrungsaustausch über die individuellen therapeutischen Konzepte, über den Umgang mit Patienten- und Kollegenerwartungen und über medikamentöse wie nicht-medikamentöse Alternativen.

Ein unverzichtbarer Bestandteil der Pharmakotherapiezirkelarbeit ist die Durchführung der Evaluation nach Beendigung der sechs bis acht Zirkelsitzungen, d. h. nach ca. einem Jahr. Die Evaluation erfolgt sowohl in Bezug auf den Arbeitsprozess der Sitzungen als auch in Bezug auf die Ziele der Zirkelsitzungen durch Wiederholen der Verordnungsanalyse als Vorher/Nachher-Vergleich. Durch diese erneute Verordnungsanalyse erhalten die Ärzte ein Feedback, ob und welcher Art Veränderungen in ihrem Ordnungsverhalten stattgefunden haben. Hierdurch schließt sich der Kreis der qualitätssichernden Schritte, da die der Evaluation dienende Verordnungsanalyse zugleich wieder als Ausgangspunkt für das Erkennen von Ordnungsproblemen dient. Das evaluierte Konzept des PTZ wurde von der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung unter der Leitung von PD Dr. med. L. v. Ferber Ende der 80er-Jahre in enger Kooperation mit einer Gruppe von Pharmakotherapieberatern der KV Hessen entwickelt und konnte nach einem

erfolgreichen Feldversuch ab 1995, unterstützt durch den VdAK und AEV, seither in drei Zyklen rund 400 Ärzte angeboten werden [22, 23, 24, 25, 26].

Radiologische Qualitätszirkel

Das Konzept der radiologischen Qualitätszirkel entspricht dem der Pharmakotherapiezirkel: auch hier wird in einem Qualitätszirkel-Setting gearbeitet. Grundlage für die freiwillige Teilnahme sind statistische Überschreitungen des Fachgruppendurchschnitts um mehr als 150% bezüglich der Anforderung bildgebender Verfahren. Analog dem Vorgehen bei Pharmakotherapiezirkeln soll auch hier versucht werden, Leitlinien zur Indikation bildgebender Verfahren zu erarbeiten sowie etwaige Praxisbesonderheiten für spätere Prüfverfahren zu definieren. Eine Evaluation der Ergebnisse ist für 2002 geplant.

Gemeinsamer Ausschuss „Qualitätssicherung“

1994 wurde zur Abstimmung von Qualitätssicherungsfragen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Landesärztekammer der gemeinsame Ausschuss

„Qualitätssicherung“ gegründet. Dieser Ausschuss ist paritätisch besetzt mit Vorstandsmitgliedern beider Institutionen. Neben der Anerkennung von Qualitätszirkeln befasst sich der Ausschuss mit Fragen der Schnittstelle Berufsrecht/Sozialrecht.

Wohin geht die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich?

Folgende so genannte „Megatrends“ werden für den ambulanten Bereich vorausgesagt:

Vergütungsform. Neue pauschalierte Vergütungsformen werden den Stellenwert der Qualitätssicherung weiter ansteigen lassen. Dies gilt für den ambulanten wie für den stationären Bereich. Die Umstellung der Vergütungen weg von der Einzelleistungsvergütung und hin zur Kopfpauschale schafft entgegengesetzte Anreize. Während früher tendenziell die Gefahr der Überversorgung bestand, muss nun der Gefahr der Unterversorgung mit Hilfe der Qualitätssicherung begegnet werden [27].

Qualitätszirkel. Qualitätszirkel werden weiter an Bedeutung gewinnen, allerdings in strukturierterer Form. Die Einbeziehung von Daten, beispielsweise über Arzneiverordnungen, Überweisungen oder Krankenhauseinweisungen, wird notwendig werden. Das Konzept der hessischen Pharmakotherapiezirkel ebenso wie das der radiologischen Qualitätszirkel besitzt zukunftsweisenden Modellcharakter [28].

Ergebnisorientierung. Die bisherige Konzentration auf Strukturqualität findet immer weniger Akzeptanz außerhalb der Ärzteschaft. Der Fokus verschiebt sich immer mehr in Richtung Prozess- und

Tabelle 4

Datenmanagement: Administrativer Aufwand einzelner ausgewählter Leistungen

Leistung	Fallzahl/Quartal	Durchführende Praxen
Angioplastie (PTCA)	270	4
Linksherzkatheter	2.002	23
Gastroskopie	32.837	545
Koloskopie	16.500	289
Lungenfunktion	67.850	86
Psychotherapie	65.000	2.100

Ergebnisorientierung. Hier knüpfen entsprechende Vergütungssysteme an [29].

Sektorengrenzen. Sektorübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen werden deutlich zunehmen. Die Einführung von Disease-Management-Programmen werden diesen Prozess beschleunigen. Sinnvolles Disease-Management ist prinzipiell sektorenübergreifend. Da der Qualitätssicherung bei Disease-Management-Programmen eine elementare Bedeutung zukommt, müssen die Qualitätssicherungsmaßnahmen ebenso sektorübergreifend sein [30, 31].

Informationstechnologie. Der integrierte Einsatz informatorischer und telekommunikativer Technologien wird neue Dimensionen der Qualitätssicherung eröffnen [32, 33]. Zeitnähe, Effizienz und Flexibilität sind Faktoren, die diesen Ansatz unterstützen. Prinzipiell existieren drei Möglichkeiten der Datenerhebung und -verarbeitung: Papiergebundene Verfahren/Dokumentationsbögen, Dokumentation per Diskette und Internet-Lösungen.

Papiergebundene Dokumentationsverfahren wurden in der Vergangenheit von allem aufgrund mangelnder Alternativen verwandt. Der Dokumentationsaufwand und der Auswertungsaufwand sind jedoch vergleichsweise hoch und somit kostenträchtig. Zudem ist dieses Verfahren extrem fehleranfällig.

Eine Diskettenlösung, wie sie etwa im Bereich der invasiven Kardiologie in Hessen verwandt wird, ermöglicht zwar eine direkte Plausibilitätsprüfung der Daten bei Eingabe, jedoch treten relativ häufig Software-Inkompatibilitäten auf. Der zersplitterte Markt an Praxisverwaltungssoftware-Systemen lässt hier keine kurzfristigen Lösungen erwarten.

Die internetbasierte Lösung zeichnet sich hingegen durch eine vollkommene Unabhängigkeit bezüglich Praxisverwaltungssoftwaresystemen wie auch der Systeme im Krankenhausbereich aus. Der Umfang der dokumentierten Datenmenge und insbesondere der teilnehmenden Ärzte spielt hier keine Rolle. Langfristig wird sich dieser Ansatz auch unter sektorübergreifenden Gesichtspunkten durchsetzen. Steigende Ansprüche an Qualitätssicherungsverfahren mit einer Verlagerung des Methodenfokus auf eine Totalerhebung sowie die Forderung nach zeitnahen Ergeb-

nissen unterstützen diesen Trend (Tabelle 3).

Die folgende Tabelle 4 zeigt exemplarisch an sechs verschiedenen Leistungen das Datenvolumen sowie den administrativen Aufwand im Bereich der KV Hessen. Während bei der Angioplastie (PTCA) noch ein papiergebundenes Verfahren denkbar wäre, kommt bei der Linksherzkatheteruntersuchung nur noch eine Diskettenlösung in Betracht. Darüber hinaus verdeutlicht der Umfang an zu dokumentierenden Leistungen und teilnehmenden Praxen, das langfristig für häufig durchgeführte Leistungen wie Lungenfunktion und Gastroskopie nur ein internetbasierter Ansatz in Frage kommen kann. Der organisatorische Aufwand bei einer papiergebundenen Lösung ist hier kaum noch vertretbar.

Angemessenheit. Die alleinige Betrachtung des Ergebnisses einer medizinischen Leistung reicht heute nicht mehr aus. Beispielsweise kann ein Röntgenbild technisch optimal sein, doch bleibt die Frage der Angemessenheit [34, 35]. Neben der zunehmenden Ergebnisorientierung wird somit die Indikationsstellung von diagnostischen und therapeutischen Leistungen zum Kernpunkt zukünftiger Qualitätssicherung.

Qualitätsmanagement. Der im stationären Bereich bereits begonnene Prozess der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen wird sich auch auf den ambulanten Bereich übertragen [36]. Bereits jetzt existieren Praxen, die mit der Darlegung ihres Qualitätsmanagementsystems im Sinne einer Zertifizierung begonnen haben. Derzeit ist jedoch noch offen, nach welchen Systemen diese Qualitätsdarlegung geschehen soll. Hier gilt es, aus Fehlern im stationären Bereich zu lernen und eine unkritische Übertragung von Modellen aus dem industriellen Bereich zu vermeiden.

Literatur

1. Vakili BA, Kaplan R, Brown DL (2001) Volume-outcome relation for physicians and hospitals performing angioplasty for acute myocardial infarction in new york state. *Circulation* 10:2171–2176
2. Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44:166–203

3. Mohndorf AW, Euler G, Heer W (2000) Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien. *Hessisches Ärztebl* 10:411–412
4. Ferber LV, Alberti L, Köster I, Krappweis J (1993) Drug utilization research in primary health care as exemplified by physicians' quality assessment groups. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol* 30:453–455
5. Bahrs O, Gerlach F, Szecsenyi J (1994) Ärztliche Qualitätszirkel. *Deutscher Ärzte-Verlag, Köln*
6. Herholz H (2001) Grundsätze der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Qualitätszirkelarbeit. *Hessisches Ärztebl* 5:7
7. PD Dr. Liselotte von Ferber, Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung der Universität zu Köln
8. Szecsenyi J, Andres E, Bahri P, Broge B, Meyer D (1998) Qualitätszirkel mit Schwerpunkt Pharmakotherapie in Nordhessen. *AQUA-Materialien, Band VI, Göttingen*
9. Kaltwasser JP, Wollenhaupt J, Dick W, Raven U, Herholz H (1998) Fortbildung als Instrument im ärztlichen Qualitätsmanagement. *Z Rheumatol* 57:437–441
10. Kaltwasser JP, Wollenhaupt J, Dick W (1997) Evaluation eines problemorientierten rheumatologischen Fortbildungskonzeptes in allgemeinärztlichen Qualitätszirkeln. *Akt Rheumatol* 22:54–57
11. Basler HD (1999) Ambulante Schmerztherapie: Wie arbeiten Qualitätszirkel? *Schmerztherapeutisches Kolloquium* 15:15–16
12. Siebolds M, Jacobs B, Horacek U (1999) Patientenfallkonferenz am Beispiel Qualitätszirkel Diabetes: Ein integratives Qualitätszirkel-Konzept zur Bearbeitung der Behandlungsproblematik älterer chronisch kranker Menschen. *Qualimed* 4-99:101–111
13. Keane J, Gershon S, Wise RP (2001) Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. *N Engl J Med* 345:1098–104
14. Feagan BG (2001) Safety of biologics: current issues and future concerns. *Acta Gastroenterol Belg* 64:210–4
15. Lankarani KB (2001) Mortality associated with infliximab. *J Clin Gastroenterol* 33:255–6
16. Wilson L, Goldschmidt P (1995) Quality management in health care. *McGraw Hill, Sydney*, pp 294–306
17. Frank CL, Kibbe ID (2000) *Physician Empowerment through Capitation*. Aspen Publication, Gaithersburg
18. Szecsenyi, Broge, Pelz, Magdeburg, Kaufmann-Kolle (1999) *Pharmakotherapie*. In: Szecsenyi, Magdeburg, Kluthe, Weber, Bausch, Schindler (Hrsg) *Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten, Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren. „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“ (AQUA Materialien Band VII)*
19. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2000) *Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement. 2. überarbeitete Aufl.* 2000. Köln
20. Ollenschläger G, Oesingmann U, Thomeczek C, Bungart B, Lampert U, Kolkman FW (1999) *Clinical practice guidelines in Germany – the German Guidelines Clearinghouse*. *EBMJ* 318:20:2

21. Gerlach F (2001) Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Thieme, Stuttgart
22. Schubert I et al (2000) Die Verordnung neuer Arzneimittel – ein Thema für Pharmakotherapie-zirkel. In: Klauber J, Schröder H, Selke G (Hrsg) Innovationen im Arzneimittelmarkt. Springer, Berlin: Berlin, Heidelberg, New York Tokyo, S 145–168
23. von Ferber L, Bausch J, Köster I, Schubert I, Ihle P (1999) Pharmaco-therapeutic circles. Results of an 18-month peer-review prescrib-ing-improvement-programme for general practitioners. *Pharmacoeconomics* 3:273–283
24. von Ferber L, Köster I, Schubert I, Ihle P (1999) How to set up and run prescribing quality study groups for general practioners including problems and outcomes. In: McGavock H (ed) Handbook of drug use research methodology. The United Kingdom Drug Utilisation Research Group, New Castle upon Tyne
25. Schubert I, Köster I, von Ferber L (2000) Die Verordnung neuer Arzneimittel – ein Thema für Pharmakotherapie-zirkel. In: Klauber J, Schröder H, Selke G (Hrsg) Innovation im Arzneimittelmarkt. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 145–168
26. Schubert I, Köster I, von Ferber L (2001) The conceptualization of indicators to assess adherence to guidelines. Examples taken from the pharmacotherapeutic quality circles in Hessen. Vortragsabstract 5th Congress of the European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics. *Pharmacol Toxicol* 89 [Suppl 1]:12
27. Samuels DI (1996) Capitation: new opportunities in healthcare delivery. McGraw Hill, New York, pp 61–64
28. Herholz H (1998) Versorgungsabläufe optimieren! *Kassenarzt* 22:13
29. Weiss M (1997) Gesundheitsmanagement. Konzepte und Werkzeuge für Gestalter und Manager. Chapman & Hall, London, S 71–76
30. Couch JB (1998) The health care professional's guide to disease management. Patient-Centered care for the 21st century. Aspen Publication, Gaithersburg, pp 228–229
31. Herholz H, Ollenschläger O (2001) Notwendige Grundvoraussetzungen: Zu Qualität und Qualitätssicherung von Disease-Management-Programmen in Deutschland. *Forum für Gesundheitspolitik* Bonn:386–390
32. Ball MJ (1995) Healthcare information management systems. A practical guide, 2nd edn. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 255–256
33. Goldsmith J (2000) The internet and managed care: a new wave of Innovation. *Health Aff* 19:42–56
34. Bausch J, Herholz H (1998) Indikation und Qualitätssicherung – Angemessenheit der Leistung versus Ergebnisorientierung bei Qualitätssicherungs-Programmen aus Sicht des niedergelassenen Arztes. *Hessisches Ärztebl* 1:12–21
35. Gray JAM (1998) Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions. Churchill Livingstone, New York, pp 151–152
36. Schaefer OP, Herholz H (1996) Qualitätssicherung – eine Herausforderung für Ärzte. *Dtsch Ärztebl* 93:A238–240