

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
zum
Richtlinienentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über ein einrichtungswartes Qualitätsmanagement für
Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und
medizinische Versorgungszentren**

Arbeitsprozesse in vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Praxen variieren je nach Fachgebiet, Grad der Spezialisierung, Größe der Praxen und Anzahl der Mitarbeiter stark. Qualitätsmanagement in psychotherapeutischen Praxen mit ihrem hohen Anteil an zeitgebundenen, nicht delegierbaren Gesprächsleistungen trifft daher auf andere Bedingungen als Qualitätsmanagement z. B. in hochspezialisierten Facharztpraxen mit einem hohen Anteil technischer Leistungen.

Der vorliegende Entwurf berücksichtigt weitgehend die Breite und Differenziertheit ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlungsformen und ermöglicht so eine sinnvolle Einbeziehung der Vertragspsychotherapeuten in das Qualitätsmanagement.

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt dies vor dem Hintergrund der immer noch unzureichenden Berücksichtigung psychischer Faktoren in der gesundheitlichen Versorgung ausdrücklich. Wir halten die Beachtung dieser Faktoren und der sich daraus ergebenden Anforderungen an Behandlungsprozesse in Überlegungen zur angemessenen Anforderungen an ein Qualitätsmanagement für unbedingt erforderlich.



Entwurf: Stand 17.06.2005

**Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über ein
einrichtungsinernes Qualitätsmanagement für Vertragsärzte, Vertragspsycho-
therapeuten und medizinische Versorgungszentren
(Qualitätsmanagement-Richtlinie)
in der Fassung vom xx.xx.2005**

Inhalt

| | | |
|----------|---|----|
| § 1 | Zweck der Richtlinie | 3 |
| § 2 | Ziele eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements | 3 |
| § 3 | Grundelemente eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements | 4 |
| § 4 | Instrumente eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements | 6 |
| § 5 | Zeitraumen für die Einführung eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements | 7 |
| § 6 | Einführung und Weiterentwicklung | 8 |
| § 7 | Qualitätsmanagement-Kommissionen | 10 |
| § 8 | Darlegung | 12 |
| § 9 | Evaluation | 13 |
| § 10 | In-Kraft-Treten | 14 |
| Anlage 1 | | 15 |
| Anlage 2 | | 17 |

Richtlinientext

Stellungnahme BPtK

§ 1 Zweck der Richtlinie

¹ Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren sind nach § 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. ² Dabei hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis, insbesondere in Bezug auf die personelle und strukturelle Ausstattung, zu stehen. ³ Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement hat der Gemeinsame Bundesausschuss durch Richtlinien nach § 92 i. V. m. § 136 a S. 1 Nr. 1 2. Alt. SGB V zu bestimmen. ⁴ Soweit sich die Vorschriften dieser Richtlinie auf Vertragsärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren.

§ 2 Ziele eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

¹ Die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. ² Dies erfordert bei allen Aktivitäten eine systematische Patientenorientierung. ³ Qualitätsmanagement soll die Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und –mitarbeiter erhöhen; Qualitätsmanagement ist Aufgabe aller Praxismitarbeiter und ist von der Praxisleitung in eine an konkreten Zielen ausgerichtete Praxispolitik und –kultur einzubetten. ⁴ Durch die Identifikation relevanter Abläufe, deren systematische Darlegung und dadurch hergestellte Transparenz sollen Risiken erkannt und Probleme vermieden werden. ⁵ Wesentliche Bedeutung kommt dabei der

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt die Feststellung, dass bei der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zu den jeweiligen Bedingungen einer ambulanten Praxis, insbesondere in Bezug auf die personelle und strukturelle Ausstattung, zu stehen hat. Hierdurch können bei der inhaltlichen Ausgestaltung eines Qualitätsmanagementsystems und der Schwerpunktsetzung die jeweiligen Besonderheiten einer ambulanten Praxis, insbesondere hinsichtlich der Anzahl der Mitarbeiter, der Anzahl der Patienten sowie der Häufigkeit und des Kontextes des Patientenkontakts, angemessen berücksichtigt werden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer stimmt der in Satz 5 formulierten Bedeutung der Messung der Ergebnisqualität der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung als Bestandteil eines Qualitätsmanagementsystems zu. Sie begrüßt in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass die gewählte Formulierung den erforderlichen Spielraum für die Ausgestaltung der Messung der Ergebnisqualität eröffnet. So kann den jeweiligen Besonderheiten des Tätigkeitsfeldes, den individuellen Schwerpunktsetzungen in der klinischen Tätigkeit und den jeweils festgelegten Qualitätszielen entsprochen werden.



Richtlinientext

Stellungnahme BPtK

Objektivierung und Messung von Ergebnissen der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung zu.
⁶ Qualitätsmanagement zielt darauf ab, alle an der Versorgung Beteiligten angemessen einzubeziehen. ⁷ Dies setzt eine strukturierte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung voraus.

§ 3 Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind

1. im Bereich „Patientenversorgung“

- a) Ausrichtung der Versorgung an medizinischen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse,

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt für diesen Passus folgende alternative Formulierung vor:

- a) Ausrichtung der Versorgung an medizinischen und **psychotherapeutischen** Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse

Begründung: In der Formulierung sollte deutlich werden, dass sich die Versorgung sowohl an medizinischen als auch psychotherapeutischen Standards ausrichtet. Da in vielen Bereichen der Medizin und der Psychotherapie nur eingeschränkt Leitlinien vorliegen, insbesondere wenn auch Aspekte der Relevanz komorbider Erkrankungen betrachtet werden, wäre die generelle Forderung die Versorgung an Leitlinien auszurichten, für die klinische Praxis unange-



Richtlinientext

Stellungnahme BPtK

messen, daher halten wir den ergänzenden Verweis auf Standards für sinnvoll. Darüber hinaus sollten auch die Forschungsergebnisse zur Effektivität von Leitlinien für die Versorgung reflektiert werden (Gilbody, Whitty, Grimshaw & Thomas, 2003). Ohne Einbettung in strukturierte Behandlungspfade und Rückkoppelungsschleifen zwischen den kooperierenden Professionen im Gesundheitswesen lassen sich nach aktuellem Kenntnisstand mittels Leitlinien nur marginale Effekte auf die Versorgungsqualität erzielen.

- b) Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und –beratung,
- c) Strukturierung von Behandlungsabläufen.

2. im Bereich „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“

- a) Regelung von Verantwortlichkeiten,
- b) Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung),
- c) Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Fluchtplan),
- d) Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement,
- e) Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung,
- f) Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen



Richtlinientext

Stellungnahme BPtK

in das interne Qualitätsmanagement.

§ 4 Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Als Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind insbesondere zu nutzen:

- a) Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis, Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Maßnahmen,
- b) Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen,
- c) Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen,
- d) Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten,
- e) Beschwerdemanagement,
- f) Organigramm, Checklisten,
- g) Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen,
- h) Notfallmanagement,
- i) Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Bera-



Richtlinientext

Stellungnahme BPtK

tung,

- j) Qualitätsbezogene Dokumentation, insbesondere
 - aa) Dokumentation der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen,
 - bb) Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen.

§ 5 Zeitrahmen für die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

- (1) Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement ist gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 innerhalb von vier Jahren nach der Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt vollständig einzuführen und im Anschluss an die Selbstbewertung nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 gemäß § 6 Abs. 3 weiterzuentwickeln. Nach Auffassung der Bundespsychotherapeutenkammer ist der gewählte Zeitraum von 4 Jahren zumindest für den Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Praxen ausreichend, um ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen.
- (2) Vertragsärzte, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieser Richtlinie bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, müssen ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 innerhalb von vier Jahren nach dem In-Kraft-Treten dieser Richtlinie vollständig einführen und im Anschluss an die Selbstbewertung nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 gemäß § 6 Abs. 3 weiterentwickeln.



Richtlinientext

Stellungnahme BPtK

§ 6 Einführung und Weiterentwicklung

- (1) Die Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erfolgt unter Berücksichtigung der Praxisgegebenheiten schrittweise in den in den Absätzen 2 und 3 beschriebenen Phasen.
- (2) Die Einführung gliedert sich in die Phasen „Planung“, „Umsetzung“ und „Überprüfung“:

1. Phase I „Planung“:

¹ In dem Zeitraum von längstens zwei Jahren nach In-Kraft-Treten der Richtlinie oder bei späterer Niederlassung nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit sind Maßnahmen, die der Planung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dienen, durchzuführen. ² Hierzu gehören mindestens eine schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis hinsichtlich der Ziele und Inhalte des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach den §§ 2 bis 4 und die Festlegung von konkreten Zielen für den Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. ³ Die Teilnahme an Fortbildungskursen zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement - insbesondere im Hinblick auf die Grundelemente und Instrumente nach den §§ 3 und 4 - wird empfohlen.

⁴ In Praxen, in denen mehrere Vertragsärzte tätig sind, ist ein für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zuständiger Vertragsarzt zu benennen. ⁵ Zusätzlich wird für Praxen, in denen mehr als drei vollzeitbeschäftigte nicht-ärztliche Mitarbeiter tätig sind, empfohlen, einen für das einrichtungsinterne Qualitätsma-



Richtlinientext

Stellungnahme BPtK

nagement zuständigen nicht-ärztlichen Mitarbeiter zu benennen.

2. Phase II „Umsetzung“:

¹ In dem Zeitraum von längstens zwei weiteren Jahren sind auf der Grundlage der in Phase I erfolgten Analysen und Planungen konkrete Umsetzungsmaßnahmen zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu ergreifen. ² Dabei müssen bis zum Ende dieses Zeitraums alle Grundelemente nach § 3 unter Verwendung aller Instrumente nach § 4 eingeführt werden.

³ Die Einführung kann schrittweise in frei gewählter Reihenfolge erfolgen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt folgende alternative Formulierung zu Satz 2 vor:

Dabei müssen bis zum Ende dieses Zeitraums **alle die** Grundelemente nach § 3 unter Verwendung ~~aller~~ **der** Instrumente nach § 4 eingeführt werden, **unter Berücksichtigung spezifischer Behandlungsverläufe und der Besonderheiten der einzelnen Praxen (z. B. kein Patientenkontakt, keine Mitarbeiter).**

Begründung:

Die Besonderheiten von Behandlungsverläufen sollten genannt werden, da es bei medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungsverläufen fallspezifisch zu Kontraindikationen für den Einsatz einzelner QM-Instrumente kommen kann. In diesen Fällen wären die Kontraindikationen nachvollziehbar zu begründen und zu dokumentieren. Analog zu § 7 Abs.2 Satz 2 sollte auch die Berücksichtigung der Besonderheiten der einzelnen Praxen an dieser Stelle explizit Erwähnung finden, da die Formulierung „alle“ Grundelemente bzw. alle Instrumente einen Anspruch auf Vollständigkeit implizieren, der von einzelnen Praxen mit besonderen Merkmalen nicht sinnvoll eingelöst werden kann.



Richtlinientext

Stellungnahme BPtK

3. Phase III „Überprüfung“:

¹In dem Zeitraum von längstens einem weiteren Jahr ist eine Selbstbewertung der Praxis hinsichtlich der Einführung der Grundelemente und Instrumente nach den §§ 3 und 4 einschließlich der jeweiligen Zielerreichung vorzunehmen. ²Dies kann auf der Grundlage von Nachweisen und Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität (siehe Anlage 1) erfolgen, z. B. in Form von Patientenbefragungen sowie Auswertungen dokumentierter Beschwerden und erfasster Fehler.

- (3) ¹ Danach schließt sich die Phase der fortlaufenden Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch den Vertragsarzt an. ² Hierzu gehört eine mindestens jährlich durchzuführende Selbstbewertung der Praxis hinsichtlich der ergriffenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Grundelemente und Instrumente nach den §§ 3 und 4 einschließlich der jeweiligen Zielerreichung.

Änderung von Satz 2 in:

² Hierzu gehört eine **alle zwei Jahre** durchzuführende Selbstbewertung der Praxis hinsichtlich der ergriffenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Grundelemente und Instrumente nach den §§ 3 und 4 der jeweiligen Zielerreichung.

Begründung: Nach erfolgreicher Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ist nur mit geringen Änderungen in den Selbstbewertungen zu rechnen, so dass der Aufwand für eine jährliche Selbstbewertung hierzu in keinem angemessenen Verhältnis steht. Im Vergleich sollten hier auch die gängigen Intervalle für die Qualitätsberichte von Krankenhäusern herangezogen werden.

§ 7 Qualitätsmanagement-Kommissionen

- (1) ¹ Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten zur Bewertung der

Streichen in Satz 2: (z. B. Zusatzbezeichnung „Qualitätsmanage-



Richtlinientext

Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements Qualitätsmanagement-Kommissionen mit mindestens drei Mitgliedern ein. ²Die Mitglieder einer Qualitätsmanagement-Kommission müssen eine besondere Qualifikation im Qualitätsmanagement besitzen (z. B. Zusatzbezeichnung „Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer). ³Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene sollen insgesamt einen zusätzlichen Vertreter mit entsprechender Qualifikation in eine Qualitätsmanagement-Kommission entsenden.

- (2) ¹Die Bewertung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes erfolgt nach den inhaltlichen Vorgaben dieser Richtlinie auf der Grundlage der Darlegung nach § 8 S. 1 bis 3. ²Bei der Bewertung sind die Besonderheiten der einzelnen Praxis (z. B. kein Patientenkontakt oder keine Mitarbeiter) zu berücksichtigen. ³Die Ergebnisse der einzelnen Bewertungen sind durch die Qualitätsmanagement-Kommission standardisiert zu dokumentieren. ⁴Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt die Ergebnisse jedes Kalenderjahres gemäß Anlage 2 bis zum 30.04. des Folgejahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. ⁵Diese fasst die Ergebnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen, gegliedert nach Fachgebieten und Kassenärztlichen Vereinigungen, in ei-

Stellungnahme BPtK

ment“ der Bundesärztekammer)

Begründung: Die Anforderungen für die Zusatzbezeichnung „Qualitätsmanagement“ der BÄK orientieren sich in erster Linie an den Qualifikationen, die in Kliniken zur Einführung eines QM gebraucht werden und sind für die Gegebenheiten einer ambulanten Praxis überdimensioniert.

Ergänzen im Anschluss an Satz 2: **Ein Mitglied der Qualitätsmanagement-Kommission sollte Psychologische/r Psychotherapeut/in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in sein.**

Begründung: Zur Bewertung des Einführungs- und Entwicklungsstandes des Qualitätsmanagements in der psychotherapeutischen Praxis sollte ausreichender Sachverstand in den Qualitätsmanagement-Kommissionen verfügbar sein.



Richtlinientext

Stellungnahme BPtK

nem Bericht zusammen und stellt diesen bis zum 30.06. des Folgejahres dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung.

- (3) Die Qualitätsmanagement-Kommissionen nehmen ihre Tätigkeit spätestens im fünften Quartal nach dem In-Kraft-Treten dieser Richtlinie auf.

§ 8 Darlegung

¹ Die Kassenärztlichen Vereinigungen fordern jährlich mindestens 2,5 % zufällig ausgewählte Vertragsärzte zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ihrer Praxis auf.

² Die Darlegung umfasst mindestens Angaben zum zeitlichen Ablauf und zu den ergriffenen Maßnahmen im Sinne von § 6 Abs. 2 und 3 sowie entsprechende Unterlagen. ³ Falls die eingereichten Unterlagen für eine Bewertung nicht ausreichen, kann die Qualitätsmanagement-Kommission weitere Unterlagen von dem Vertragsarzt anfordern oder ihn auffordern, seine Maßnahmen zur Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements mündlich vor der Kommission darzulegen.

⁴ Kommt die Qualitätsmanagement-Kommission bei ihrer Bewertung mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass der nach § 6 vorgegebene Einführungs- und Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements noch nicht erreicht ist, berät sie den Vertragsarzt, wie der erforderliche Stand in einem angemessenen Zeitraum erreicht



Richtlinientext

Stellungnahme BPtK

werden kann.

§ 9 Evaluation

¹ Nach Ablauf von fünf Jahren nach In-Kraft-Treten dieser Richtlinie überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss den Grad der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Sinne der Richtlinie. ² Gleichzeitig überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss die Wirksamkeit und den Nutzen des Qualitätsmanagements im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage der zusammenfassenden Berichte nach § 7 Abs. 2 Satz 5 sowie von publizierten Studien, die versorgungsrelevante Ergebnisse der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen und –verfahren insbesondere in der Bundesrepublik Deutschland untersuchen. ³ Besonderer Stellenwert kommt dabei vergleichenden Studien zu, die anhand von Ergebnisindikatoren Aussagen zur Wirksamkeit von Qualitätsmanagementsystemen zulassen (siehe Anlage 1). ⁴ Anschließend entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage der Bewertung der bis dahin vorhandenen Wirksamkeits- und Nutznachweise nach Satz 2 über die Akkreditierung von Qualitätsmanagementsystemen und über die Notwendigkeit von Sanktionen für Vertragsärzte, die das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement unzureichend einführen oder weiterentwickeln.

Bei der Evaluation der Effektivität von einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystemen sind unbedingt wissenschaftlich adäquate Studien mit Vergleichsgruppen zu fordern. In diesem Sinne unterstützt die Bundespsychotherapeutenkammer ausdrücklich den Hinweis in Satz 3 auf vergleichende Studien, bei denen anhand von Ergebnisindikatoren Aussagen zur Wirksamkeit von QM-Systemen möglich werden. Die vorgesehenen zusammenfassenden Berichte nach § 7 Abs. 2, Satz 5 sind hierzu nicht geeignet. Dieser Hinweis auf die zusammenfassenden Berichte sollte daher gestrichen werden, andernfalls droht ähnlich der Situation bei den DMP, dass mangels methodisch adäquater Studien Zusammenfassungen deskriptiver Daten ohne Vergleichsgruppen in wissenschaftlich zweifelhafter Weise als Wirksamkeitsbeleg angeführt werden. Die Krankenkassen sollten gemeinsam mit den Leistungserbringern im Vorfeld einer flächendeckenden Implementierung von QM-Systemen, die Möglichkeiten zur Durchführung wissenschaftlich adäquater vergleichender Studien zur Effektivität von QM-Systemen wahrnehmen und entsprechende Studien finanzieren.



§ 10 In-Kraft-Treten

Die Richtlinie tritt am xx.xx.2005 in Kraft.

VERTRAULICH

Anlage 1**Einsatz und Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Wirksamkeit von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement**

1. ¹ Qualitätsindikatoren können ein nützliches Werkzeug für die Förderung und Darlegung von vertragsärztlicher Versorgungsqualität sein. ² Dies gilt sowohl für die Ebene der einzelnen Vertragsärzte (§ 6 Abs. 2 Nr. 3 S. 2) als auch für die Ebene der vertragsärztlichen Versorgung im Ganzen im Hinblick auf die Bewertung von Wirksamkeit und Nutzen von Qualitätsmanagementsystemen (§ 9 S. 2 und 3).
2. ¹ Ein Qualitätsindikator ist eine messbare Größe zur aussagekräftigen Abbildung der Gesundheitsversorgung. ² Für den Indikator muss belegt sein oder zumindest ein fachlicher Konsens bestehen, dass er dazu geeignet ist, medizinische oder psychotherapeutische Versorgungsqualität im zeitlichen Verlauf darstellbar zu machen.
3. ¹ Qualitätsindikatoren müssen zuverlässig und valide sein und sollen im Regelfall aus bereits angewandten Indikatorensystemen für die Gesundheitsversorgung ausgewählt werden. ² Um ein umfassendes Versorgungsabbild zu erhalten, sollen sich die Indikatoren auf verschiedene Bereiche wie die Praxisorganisation, Prävention, Diagnostik und Therapie häufiger Erkrankungen sowie die Patientenorientierung in der Versorgung beziehen.
4. Zur Aufwandsbegrenzung empfiehlt sich insbesondere die Nutzung ohnehin dokumentierter, weil vorgeschriebener oder empfohlener Indikatoren der vertragsärztlichen Versorgungsqualität, z. B. im Rah-



Text

Stellungnahme

men der im SGB V vorgesehenen Disease-Management-Programme nach § 137 f oder der Qualitätssicherungsverfahren nach z. B. den §§ 115 b Abs. 1, 135 Abs. 2, 135 a, 136 und 136 a SGB V.

5. ¹ Praxisübergreifende Studien und Forschungsprogramme im Sinne des § 9 S. 2 und 3 sollen bei der Wirksamkeitsbestimmung von Qualitätsmanagementsystemen für die vertragsärztliche Praxis Zusammenstellungen von möglichst evidenzbasierten Qualitätsindikatoren nutzen, die - ausgewogen und differenziert im Hinblick auf die Bereiche nach Ziffer 3 Satz 2 und auf die einzelnen Fachgebiete - relevante Aspekte der medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgungsqualität erfassen. ² Dazu gehört die Prüfung negativer Effekte des Indikatoreinsatzes (z. B. Vernachlässigung relevanter Versorgungsaspekte durch einseitige Fokussierung auf indikatorbelegte Versorgungsbereiche oder auf ausgewählte Tracerdiagnosen) durch den Einsatz geeigneter „Gegenindikatoren“. ³ Zur Einbeziehung der Patientenperspektive sollen bei der Indikatorenauswahl strukturierte Publikationen von Patientenorganisationen ausgewertet werden. ⁴ Die Risikostruktur der Patientenkollektive ist in Evaluationsstudien angemessen zu berücksichtigen, da hiervon die Aussagekraft eines Qualitätsindikators abhängt.



Text

Stellungnahme

Anlage 2

Berichterstattung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Die Berichtspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und 5 umfasst für jedes Kalenderjahr folgende Angaben:

1. Anzahl der eingerichteten Qualitätsmanagement-Kommissionen nach § 7 Abs. 1,
2. Anzahl der Bewertungen nach § 7 Abs. 2 S. 1,
3. Anzahl der Beratungsgespräche nach § 8 S. 4,
4. Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die noch nicht mit der „Planung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 begonnen haben,
5. Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die mit der „Planung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 begonnen haben,
6. Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die mit der „Umsetzung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 begonnen haben,
7. Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die alle Elemente und Instrumente nach den §§ 3 und 4 eingeführt und mit der „Überprüfung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 begonnen haben,
8. Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die mit der Weiterentwicklung



Text

Stellungnahme

nach § 6 Abs. 3 begonnen haben.

Literatur

Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289(23), 3145-3151.

VERTRAULICH