



LANDES-QUALITÄTS-BERICHT

GESUNDHEIT BADEN-WÜRTTEMBERG

Spezialheft Ambulante ärztliche & psychotherapeutische Versorgung

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
Schellingstraße 15
70174 Stuttgart
Telefon 07 11/123-0
Telefax 07 11/123-39 99
poststelle@sm.bwl.de
www.sozialministerium-bw.de

Internetverfügbarkeit:

Diese und auch weitere bisher erschienene Broschüren zum Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg können auch über das Internet unter www.gesundheitsforum-bw.de (Qualitätsberichte/Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit) bezogen werden.

Autoren:

Dr. Klaus Böhme (Facharzt für Allgemeinmedizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg)
Dr. Uwe Deuster (Niedergelassener Facharzt für Innere Medizin)
Sigrid Dräger (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft - BWKG)
Matthias Felsenstein (Landesärztekammer Baden-Württemberg – LÄK BW)
Nina Hitzelberger (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - KVBW)
Roland Müller (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - KVBW)

Redaktion:

Roland Müller (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - KVBW)

Fotos:

Archiv, Bilderbox, Digitalstock

Gestaltung:

Kreativ plus Gesellschaft für Werbung und Kommunikation mbH, Stuttgart
www.kreativplus.com

November 2008

VORWORT

Seite 4

1. EINLEITUNG

Seite 5

2. ÄRZTLICHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG

Seite 6

2.1 Sicherstellung der Versorgung

Seite 6

2.2 Bedarfsplanung

Seite 7

3. STRUKTURQUALITÄT

Seite 10

3.1 Organisationsformen

Seite 10

3.2 Spezielle qualifikationsgebundene Leistungen

Seite 12

3.3 Vertragsärztlicher Notfalldienst

Seite 15

4. PROZESSQUALITÄT

Seite 17

4.1 Qualitätsmanagement (QM)

Seite 17

4.2 Disease Management Programme

Seite 18

4.3 Qualitätszirkel

Seite 20

4.4 Impfungen

Seite 21

4.5 Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen

Seite 22

4.6 Mutterschaftsvorsorge

Seite 24

4.7 Gesundheitscheck und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Seite 24

4.8 Vernetzung mit dem stationären Sektor

Seite 29

5. ERGEBNISQUALITÄT

Seite 30

5.1 Ergebnisqualität insbesondere in der radiologischen Diagnostik, in der Computer- und in der Kernspintomographie

Seite 30

5.2 Ergebnisqualität Labor

Seite 33

5.3 Ergebnisqualität beim ambulanten Operieren im Krankenhaus

Seite 33

5.4 Patientenzufriedenheit

Seite 35

6. FAZIT

Seite 36

7. KRITERIEN ZUR PRAXISAUSWAHL

Seite 37

8. CHECKLISTE

Seite 39



Dr. Monika Stolz MdL
Ministerin für Arbeit und Soziales
des Landes Baden-Württemberg und
Vorsitzende des Gesundheitsforums

Angefangen von der hausärztlichen Versorgung bis hin zur spezialisierten fachärztlichen Behandlung ist der ambulante Sektor einer der elementarsten Bereiche der Gesundheitsversorgung. Mit ihm kommen die Bürgerinnen und Bürger in der Regel am häufigsten in Kontakt. Er prägt damit zum großen Teil das Bild der Bevölkerung von der Leistungsfähigkeit und der Qualität des Gesundheitssystems insgesamt. Die Bedeutung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung wird mit den Fortschritten, die die Medizin macht, noch weiter zunehmen. Sind doch immer mehr Behandlungen, die früher der Krankenhausversorgung vorbehalten waren, ambulant durchführbar.

Wie alle Bereiche des Gesundheitswesens steht auch die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung unter zunehmenden wirtschaftlichen Zwängen. Bei den sich wandelnden

Rahmenbedingungen werden die Anbieter gewinnen, die die Qualität ihrer Leistungen in den Mittelpunkt stellen. Denn Wirtschaftlichkeit und Qualität schließen sich nicht aus, sondern bedingen sich gegenseitig.

Die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ des Gesundheitsforums Baden-Württemberg, eines Netzwerks der wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens im Land, hat aufgrund der großen Bedeutung dieses Versorgungsbereichs im Rahmen des Landes-Qualitäts-Berichts Gesundheit Baden-Württemberg das Spezialheft „Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung“ konzipiert. Ziel ist hierbei, die Qualität dieses Versorgungsbereichs transparent zu machen und den Bürgerinnen und Bürgern unseres Landes Hinweise für geeignete Behandlungs- und Vorsorgeangebote zu geben.

Für diese Initiative danke ich der Arbeitsgruppe unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann sehr herzlich. Mein besonderer Dank gilt den Autoren des Spezialheftes, Herrn Dr. Klaus Böhme, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Herrn Dr. Uwe Deuster, Arzt für Innere Medizin in Heilbronn, Frau Sigrid Dräger, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, Herrn Matthias Felsenstein, Landesärztekammer Baden-Württemberg sowie Frau Nina Hitzelberger und Herrn Roland Müller, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg.

Ich wünsche den interessierten Leserinnen und Lesern, dass für sie mit Hilfe dieses Spezialheftes deutlich wird, worauf es bei guter Qualität im Bereich der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ankommt.

Monika Stolz

Ziel dieses Spezialheftes ist es, die Struktur und die Qualität der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg darzustellen. Hierbei wird schwerpunktmäßig auf Daten der Versicherten im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (ca. 87%¹ der Bevölkerung) zurückgegriffen. Die Verhältnisse sind nicht ohne weiteres auf privat Krankenversicherte übertragbar. In einzelnen Kapiteln konnten diese jedoch einbezogen werden.

Die Qualität der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung lässt sich anhand folgender Aspekte darstellen:

1. Die Strukturqualität beschreibt die fachlichen, apparativen, technischen, räumlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung.
2. Die Prozessqualität befasst sich mit der Qualität der Abläufe in der Praxis. Hier geht es um die Art und Weise von Diagnostik und Therapie.
3. Die Ergebnisqualität umfasst die Ergebnisse einer Behandlung; sie kann an den unterschiedlichsten Aspekten wie Heilung, Verbesserung des Gesundheitszustandes oder Patientenzufriedenheit festgemacht werden.

Wichtige Qualitätsmerkmale sind im Folgenden als Fragen formuliert und werden anschließend beantwortet. Damit sollen die wesentlichen Gesichtspunkte guter Qualität in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung hervorgehoben werden. Die abschließende Checkliste soll die Auswahl einer geeigneten Praxis erleichtern.

Grundsätzliche Ausführungen zum Thema Qualität im Gesundheitswesen, zum Zweck und Aufbau des „Landes-Qualitäts-Berichts Gesundheit Baden-Württemberg“ sowie zur Erläuterung wichtiger Begriffe können dem Basisheft (www.gesundheitsforum-bw.de/Qualitätsberichte/Landes-Qualitäts-Bericht-Gesundheit/Basisheft) entnommen werden.



HINWEIS:

Wenn im nachfolgenden Text von „Psychotherapie“ die Rede ist, so sind damit die „Ärztliche Psychotherapie“, die „Psychologische Psychotherapie“ und die „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ gemeint.

¹ | Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Mikrozensusbefragung 2003

2. ÄRZTLICHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG

Wer stellt die ambulante Versorgung sicher?

2.1 SICHERSTELLUNG DER VERSORGUNG

Der Gesetzgeber hat die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung für die gesetzlich Krankenversicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen delegiert. Für Baden-Württemberg ist dies die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Sie garantiert den Bürgerinnen und Bürgern des Landes eine zeitnahe und flächendeckende Vorhaltung und Umsetzung aller Leistungen der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung, einschließlich der Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten.

Hierzu werden vom Zulassungsausschuss (Mitglieder: KVBW und die Gesetzlichen Krankenkassen) Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als „Vertragsärzte“ bzw. „Vertragspsychotherapeuten“ zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen. Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in

- die „hausärztliche Versorgung“ durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und
- die „fachärztliche Versorgung“ für alle übrigen Fachgebiete.¹

Besonderheit: Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin sowie für Kinder- und Jugendmedizin können sich entweder für die „hausärztliche“ oder für die „fachärztliche Versorgung“ entscheiden.

Wer ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nimmt, erwartet eine Versorgung mit hoher Qualität – und zwar sowohl hinsichtlich der notwendigen Untersuchungen als auch hinsichtlich der Therapie. Bereits seit über zehn Jahren ist eine erfolgreich abgeschlossene Facharztweiterbildung (z.B. als Fachärztin oder Facharzt für Allgemeinmedizin oder für Augenheilkunde) Grundvoraussetzung für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit. Von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, werden damit im Bereich der ambu-

lanten ärztlichen Versorgung die Leistungen in Facharztqualität erbracht. Für die Erbringung vieler spezieller Leistungen müssen die Ärztinnen und Ärzte Zusatzqualifikationen erwerben. Zudem sind für zahlreiche, detailliert aufgelistete Diagnostik- und Behandlungsverfahren Qualitätssicherungsmaßnahmen etabliert (siehe Kapitel 3.2). Dabei sind im Einzelnen weit über das Facharztniveau hinausgehende Qualitätsanforderungen zu erfüllen, die durch Rezertifizierungen und Stichproben laufend überwacht werden.

2.2 BEDARFSPLANUNG

Jeder gesetzlich Versicherte hat Anspruch auf eine ausreichende ärztliche und psychotherapeutische Versorgung. Was dies konkret für die Zahl der ambulant tätigen Leistungserbringer bedeutet, wird über die Bedarfsplanung geregelt, bei der der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen prüft und feststellt, ob ein regionaler Bereich ausreichend versorgt ist bzw. ob eine Über- oder Unterversorgung besteht.

Das Verfahren zur Prüfung und Feststellung einer Über- oder Unterversorgung hat der Gemeinsame Bundesausschuss in den sog. Bedarfsplanungs-Richtlinien geregelt. Dort sind Detailregelungen für die Prüfung und Feststellung einer Über- oder Unterversorgung enthalten, insbesondere welche Fachgebiete einer Bedarfsplanung unterliegen, wie z.B. die Augenheilkunde, die Orthopädie, die Frauenheilkunde und Geburtsmedizin, die Kinder- und Jugendmedizin sowie die Psychotherapie (insgesamt 14 Fachgebiete). Nicht der Bedarfsplanung unterliegen Fachgebiete, bei denen weniger als 1000 Ärztinnen und Ärzte im Bundesgebiet niedergelassen sind. Als Beispiele seien hier die Labormedizin, die Nuklearmedizin oder die Physikalische und Rehabilitative Medizin genannt.

Ob eine Über- oder Unterversorgung vorliegt, wird anhand sog. Versorgungsgrade berechnet, die auf Bundesebene vorgegeben werden und sich u. a. am Verhältnis von Arzt- zu Einwohnerzahl orientieren. Eine Überversorgung in einer



Wie wird eine ausreichende ärztliche und psychotherapeutische Versorgung sichergestellt?

¹ | Auflistung sämtlicher an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachgebiete in Tabelle 2

Wie wird die Versorgungsqualität gesichert?

2. ÄRZTLICHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG

Region liegt vor, wenn der Versorgungsgrad für eine Arztgruppe 110 Prozent und mehr beträgt. Eine festgestellte Überversorgung hat zur Folge, dass in dem betroffenen Planungsbereich niemand aus dieser Arztgruppe mehr zugelassen werden kann (sog. Zulassungssperre). Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Versorgungsgrad im hausärztlichen Bereich unter 75 Prozent und im fachärztlichen Bereich unter 50 Prozent liegt. Liegt der Versorgungsgrad unter 110 Prozent aber über 75 Prozent bzw. 50 Prozent, spricht man von einer partiellen Öffnung des Planungsbereichs, d. h. es können so viele Zulassungen für dieses Fachgebiet erfolgen, bis wieder eine Überversorgung eintritt. Wird vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung festgestellt, räumt dieser der Kassenärztlichen Vereinigung eine angemessene Frist zur Beseitigung der Unterversorgung ein.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in geeigneten Zeitabständen, spätestens nach jeweils sechs Monaten, zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Anordnung von Zulassungssperren infolge einer Überversorgung fortbestehen.

Tabelle 1 zeigt die aktuelle Versorgungssituation in den vier Regierungsbezirken Baden-Württembergs.

Tabelle 1:
Versorgungssituation in
Baden-Württemberg unter
Einbeziehung der angestellten
Ärztinnen und Ärzte sowie
Psychotherapeutinnen und
-therapeuten im Jahr 2006

Quellen: KVBW Jahr 2007;
Statistisches Landesamt
Baden-Württemberg,
Stuttgart, 2007

Regierungsbezirk	Anzahl				
	Hausärztinnen/ Hausärzte	Fachärztinnen/ Fachärzte	Psychothera- peuten/innen	Einwohner pro Ärztin/Arzt	Einwohner pro Psycho- therapeut/in
Freiburg	1744	1553	630	665	3482
Karlsruhe	2053	2032	827	669	3306
Stuttgart	2835	2365	698	770	5739
Tübingen	1373	1249	485	688	3724
Bad.-Württ. gesamt	8005	7199	2640	706	4068

Die Arzt- und Psychotherapeutenzahlen in Baden Württemberg nach einzelnen Fachgebieten sind der Tabelle 2 zu entnehmen.

Fachgebiet	Anzahl
Allgemeinmedizin	5745
Anästhesiologie	341
Augenheilkunde	662
Chirurgie	470
Frauenheilkunde und Geburtsmedizin	1296
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	460
Haut- und Geschlechtskrankheiten	439
Innere Medizin (hausärztlich)	1428
Innere Medizin (fachärztlich)	967
Kinder- und Jugendpsychiatrie	361
Kinder- und Jugendmedizin	832
Kinder- und Jugendpsychiatrie	77
Laboratoriumsmedizin	114
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	128
Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	709
Neurochirurgie	53
Nuklearmedizin	49
Orthopädie	676
Pathologie	69
Physikalische und Rehabilitative Medizin	45
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	742
Psychologische Psychotherapie	1537
Radiologie und Strahlentherapie	331
Urologie	313
Summe	17844

Tabelle 2: Zugelassene und
angestellte Ärztinnen/Ärzte
und Psychotherapeutinnen/
Psychotherapeuten nach
Fachgruppen im Jahr 2006

Quelle: KVBW,
Versorgungsbericht 2007

Bei der Strukturqualität geht es um die fachlichen, apparativen, technischen, räumlichen und personellen Anforderungen für die Erbringung einer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistung.

3.1 ORGANISATIONSFORMEN

Wo kann ich mich ambulant behandeln lassen?

Im Bereich der ambulanten Versorgung existieren folgende Organisationsformen:

Einzelpraxis

Bei einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Einzelpraxis ist die Inhaberin/der Inhaber alleine tätig, unterstützt vom Praxispersonal. Die weit überwiegende Mehrzahl der psychotherapeutischen Praxen wird in Form von Einzelpraxen geführt, ärztliche Praxen zu rd. 30 Prozent.

Praxisgemeinschaft

Bei einer Praxisgemeinschaft handelt es sich um Einzelpraxen, die Räumlichkeiten, apparative Ausstattung etc. gemeinsam nutzen. Es kann einen gemeinsamen Empfang geben. Rechtlich sind die Praxen aber voneinander getrennt und jede Praxis hat ihre eigenen Patientinnen und Patienten.

Berufsausübungsgemeinschaft

Bei der Berufsausübungsgemeinschaft handelt es sich um den verbindlichen Zusammenschluss von zwei oder mehreren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit an einem Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) oder verschiedenen Vertragsarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft).

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte können eine Ermächtigung zur Versorgung ambulanter Patientinnen und Patienten erhalten, um die Betreuung im ambulanten Sektor einer Region zu ergänzen.

Medizinisches Versorgungszentrum

Ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine ärztlich geleitete Einrichtung, die mittels angestellter oder freiberuflich tätiger Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachdisziplinen eine ambulante medizinische Versorgung aus einer Hand anbietet.

Hochschulambulanz an den Universitätskliniken

Eine Hochschulambulanz ist eine Einrichtung, die für sämtliche Fachgebiete zur ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist. Die Ermächtigung muss so gestaltet sein, dass die Hochschulambulanz Untersuchungen in dem zur Forschung und Lehre in der ambulanten Versorgung erforderlichen Umfang durchführen kann.

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Seit 2002 gibt es in Baden-Württemberg Psychiatrische Institutsambulanzen für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. Inzwischen sind mehr als 30 PIAen etabliert worden. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung können PIAen sowohl an psychiatrischen Krankenhäusern als auch an Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen eingerichtet werden.

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Ein Sozialpädiatrisches Zentrum ist eine ambulante interdisziplinäre Einrichtung, die Kinder mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen sowie von Behinderung bedrohte Kinder betreut. Dabei arbeitet das SPZ eng mit dem niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich sowie mit Frühförderstellen zusammen. Ein SPZ ist auf die Betreuung der Kinder ausgerichtet, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit nicht von einzelnen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten oder Frühförderstellen betreut werden können.

Integrierte Versorgung

Ärztliche sowie nichtärztliche Leistungserbringer, ambulante und stationäre Einrichtungen sowie ggf. Apotheken arbeiten



auf der Grundlage einer Vereinbarung mit einer Krankenkasse für einen speziellen Versorgungsbereich zusammen. Die Teilnahme an einem Programm zur integrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. Voraussetzung ist die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch die Versicherten gegenüber der Krankenkasse. Die integrierte Versorgung hat das Ziel, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern und die Gesundheitskosten zu optimieren.

3.2 SPEZIELLE QUALIFIKATIONSGEBUNDENE LEISTUNGEN

*Darf jeder
Leistungserbringer
jede Untersuchung/
Therapie durchführen?*

In der vertragsärztlichen Versorgung gibt es von der Ambulanten Operation bis zur Zytologie zahlreiche Leistungen, die einen speziellen Qualifikationsnachweis erfordern. Der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen haben dafür Vereinbarungen und Richtlinien erstellt, welche die Grundlage für die Leistungserbringung bilden. Über die ärztliche oder psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung hinaus müssen weitere Zusatzqualifikationen nachgewiesen werden, bevor von der KVBW eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung dieser qualifikationsgebundenen Leistungen erteilt wird. Diese unter dem Begriff „Strukturqualität“ einzuordnenden Befähigungen müssen in der Regel mit detaillierten Zeugnissen oder, in Einzelfällen, durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium (mündliche Prüfung) nachgewiesen werden. Ausschlaggebend für eine Genehmigung kann darüber hinaus auch ein Nachweis sein

- über eine leistungsspezifische apparative Ausstattung sowie
- über personelle, räumliche und organisatorische Voraussetzungen.

Die Zahl der Leistungen, die einen speziellen Qualifikationsnachweis erfordern, hat sich seit dem Jahr 1989 von neun auf mittlerweile 39 (vgl. Abbildung 1; Stand Ende 2007) erhöht. Damit machen heute schon beinahe 40 Prozent aller ambulant erbrachten Leistungen einen speziellen Qualifikationsnach-

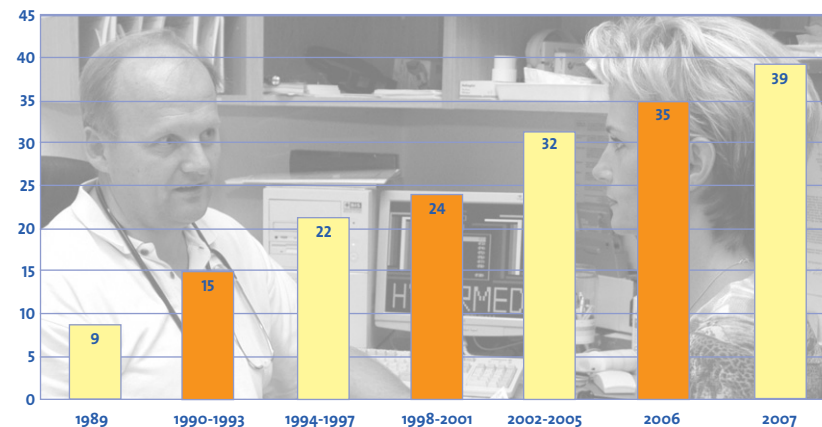


Abbildung 1:
Zunahme spezieller
qualifikationsge-
bundener Leistun-
gen in der ambu-
lanten Versorgung
1989-2007
Quelle: KVBW

weis erforderlich. Auch nach der Genehmigung geht es weiter: Je nach Bereich sind Rezertifizierungen, Hygiene- oder Geräteüberprüfungen notwendig oder es bestehen Fortbildungsverpflichtungen.

Im Einzelnen wird bei folgenden Leistungen ein spezieller Qualifikationsnachweis gefordert:

- Akupunktur
- Ambulantes Operieren
- Apherese (besondere Art der „Blutwäsche“)
- Arthroskopie (Gelenkspiegelung)
- Chirotherapie (Diagnostik und Therapie von Störungen am Bewegungsapparat)
- Dialyse („Blutwäsche“, Ersatz der Nierenfunktion durch ein technisches Verfahren außerhalb des Körpers)
- Diabetischer Fuß
- Disease Management Programme (siehe Kapitel 4.2)
 - DMP Asthma/COPD
 - DMP Brustkrebs
 - DMP Diabetes Typ 1
 - DMP Diabetes Typ 2
 - DMP Koronare Herzkrankheit
- Handchirurgie



- Herzschrittmacher (Kontrolle des Herzschlages über einen implantierten „Taktgeber“)
- Interventionelle Radiologie (Eingriffe unter Kontrolle von bildgebenden Techniken)
- Invasive Kardiologie (Eingriffe am Herzen mittels Katheter)
- Kernspintomographie (MRT) (Spezielles Schnittbildverfahren mittels Magnetfeld)
- Kernspin-Angiographie (MRT-Angiographie) (Gefäßdarstellung mittels Magnetfeld)
- Koloskopie (Darmspiegelung, siehe Kapitel 4.7)
- Laborleistungen
- Langzeit-EKG
- Mammographie
- Mammographie-Screening (siehe Kapitel 4.7)
- Onkologie (Tumordiagnostik und -therapie)
- Otoakustische Emissionen (spezielle Gehörprüfung)
- Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (spezielles Behandlungsverfahren für Netzhautschäden)
- Phototherapeutische Keratektomie (Laserbehandlung bei Hornhautschäden am Auge)
- Rehabilitation (Verordnung medizinischer Rehabilitation)
- Physikalisch-medizinische Leistungen
- Polygraphie, Polysomnographie (Untersuchung zur Aufdeckung des gefährlichen Schnarchens (Schlafapnoe))
- Psychotherapie
- Röntgen und Computertomographie
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie (Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der Bedeutung von sozialen und kulturellen Faktoren bei der Entstehung psychischer Störungen/Erkrankungen befasst)
- Soziotherapie (Therapie für schwer psychisch kranke Menschen, die nicht in der Lage sind, ärztliche Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen)
- Stoßwellen-Lithotripsie (Zertrümmerung von Harnsteinen)
- Substitution (Behandlung Opiatabhängiger mit legalen „Ersatzdrogen“)
- Ultraschalluntersuchungen
- Zytologie (Zelluntersuchung zur Vorsorge von Gebärmutterhalskrebs)

3.3 VERTRAGSÄRZTLICHER NOTFALLDIENST

Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung umfasst auch die sprechstundenfremden Zeiten (Notfalldienst). Zur Erfüllung dieser Verpflichtung hat die KVBW eine Notfalldienstordnung erlassen. Der Notfalldienst stellt keine medizinische Regelversorgung dar und nimmt auch keine rettungsdienstlichen Aufgaben wahr.

Wie ist die medizinische Versorgung außerhalb der Sprechstunden geregelt?

Begrifflich sind unter Notfall vielmehr die Fälle der „ersten Hilfe“ zu verstehen, bei denen die Behandlung nicht ohne Gefahr für die Gesundheit der Patienten verzögert werden darf. Unabhängig von der Fachrichtung muss der vertragsärztliche Notfalldienst daher auf alle typischen im Alltag auftretenden Not-situationen eingestellt sein.

Am allgemeinärztlichen Notfalldienst müssen sich Ärztinnen und Ärzte aller Fachgebiete aufgrund ihrer Verpflichtungen aus der Berufsordnung bzw. der Zulassung beteiligen. Neben dem allgemeinen ärztlichen Notfalldienst gibt es in vielen Regionen zur Verbesserung der Versorgungsqualität auch fachgebundene Notfalldienste (z. B. Kinderärztlicher Notfalldienst).

Der Notfalldienst beginnt an Werktagen (Montag – Freitag) in der Regel um 19.00 Uhr und endet am Folgetag um 8.00 Uhr. An Wochenenden, gesetzlichen Feiertagen sowie am 24.12. und 31.12. beginnt der Notfalldienst in der Regel bereits um 8.00 Uhr und endet um 8.00 Uhr des Folgetages.

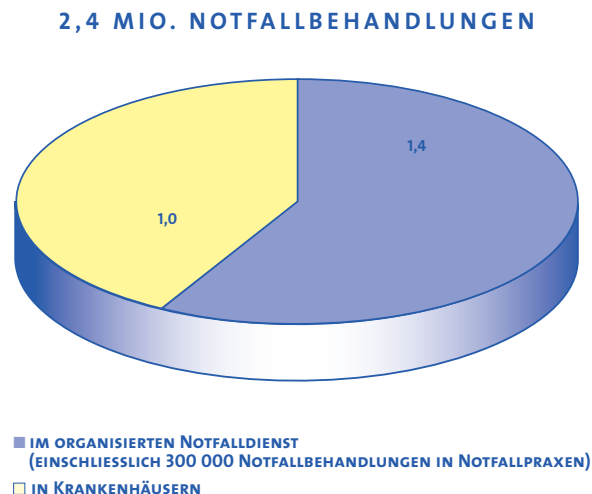
Folgende Organisationsmodelle bestehen in Baden-Württemberg, abhängig von der Region:

- Einheitliche Notrufnummer im Notfalldienstbezirk mit automatischer Telefonweiterleitung zur jeweils diensthabenden Praxis
- Notfallpraxen (auch an Krankenhäusern)
- Vermittlung über die örtlichen Rettungsleitstellen

Durch die Veröffentlichung der jeweiligen Telefonnummer in der Presse und durch eine Information auf dem Anrufbeantworter der Hausarzt- oder Facharztpraxis wird die Bevölkerung über die Erreichbarkeit und Organisation des ärztlichen Notfalldienstes informiert.

Abbildung 2 zeigt die Anzahl der Notfallbehandlungen im organisierten Notfalldienst und in Krankenhäusern für das Jahr 2006 auf.

Abbildung 2:
Notfallbehandlungen im organisierten Notfalldienst und im Krankenhaus im Jahr 2006
Quelle: Versorgungsbericht
KVBW 2007



Die Prozessqualität kann, bedingt durch die Vielfalt der Leistungsinhalte der ambulanten Versorgung, nachfolgend nur exemplarisch dargestellt werden. Es werden deshalb nur Aktivitäten erläutert, die sich generell auf die Güte der Versorgungsleistungen auswirken sowie der Bereich der Vorsorgeuntersuchungen, dessen Prozessqualität sich gut mit Zahlen veranschaulichen lässt.



4.1 QUALITÄTSMANAGEMENT (QM)

Seit der Verabschiedung der QM-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum 1.1.2006 gibt es eine direkte Anleitung für die Praxen zur Umsetzung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Neben den bekannten Maßnahmen der Qualitätssicherung (s. Kapitel 3.2) soll eine Vielzahl von QM-Instrumenten zur kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung beitragen. Hierzu gehören insbesondere

Qualitätsmanagement – was ist das?

- Teambesprechungen,
- Patientenbefragungen,
- Beschwerdemanagement,
- Fehlermanagement,
- Notfallmanagement und
- Dokumentation festgelegter Praxisabläufe.

Die Einführung eines Qualitätsmanagements ist für alle Beteiligten hilfreich und nützlich. Die Praxis als solche hat einen Zugewinn für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschließlich der Leitungspersonen und natürlich und vor allem für die Patientinnen und Patienten. Die Vorteile für Letztere sind

- Verlässlichkeit durch Standards,
- verstärkte Patientenorientierung,
- Steigerung der Zufriedenheit,
- Sicherung der Qualität der Leistungen und
- kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Die Praxen haben bis Ende 2009 Zeit für die Einführung und Umsetzung eines eigenen QM-Systems.

Nach erfolgreicher Einführung eines internen Qualitätsmanagements hat jedes Unternehmen, also auch die ärztliche und psychotherapeutische Praxis die Möglichkeit, sich zertifizieren zu lassen. Eine Zertifizierung sagt aus, dass ein externer Dritter das eingeführte Qualitätsmanagement-System überprüft hat und die Übereinstimmung des dokumentierten mit dem gelebten Qualitätsmanagement bescheinigt. Derzeit existieren mehrere Zertifizierungssysteme für ärztliche und psychotherapeutische Praxen. Die erteilten Zertifikate haben eine Gültigkeit von drei Jahren. Eine Zertifizierung ist im Gegensatz zur QM-Einführung für die Praxen nicht verpflichtend vorgegeben, wird aber sicher zunehmend umgesetzt werden und damit an Bedeutung gewinnen.

Letztlich ist entscheidend, dass für die Patientinnen und Patienten die Einführung des Qualitätsmanagements von Nutzen ist. Für sie ist ein solcher Nutzen besonders offensichtlich im Bereich der Praxisorganisation, wie z.B. hinsichtlich der Terminvergabe oder der Wartezeit in der Arztpraxis. So haben in Baden-Württemberg 85 Prozent der Patientinnen und Patienten (in den anderen Bundesländern 77-90 Prozent) keine Probleme, einen Arzttermin zu bekommen. Lediglich 27 Prozent mussten im Mai/Juni 2006 in Baden-Württemberg in der Praxis länger als 30 Minuten auf die Behandlung warten¹.

4.2 DISEASE MANAGEMENT PROGRAMME

Unter einem "Disease-Management-Programm" (DMP) ist ein systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen zu verstehen. Es bezeichnet die Diagnostik und Behandlung von chronischen Krankheitsbildern anhand standardisierter Prozesse, die unter Berücksichtigung von Leitlinien aufeinander abgestimmt werden. Durch eine koordinierte, kontinuierliche Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten nach evidenzbasierten Leitlinien – d. h., die Wirksamkeit einer Behandlung wurde in Studien bereits nachge-

wiesen – sollen Komplikationen und Spätfolgen der Erkrankung vermieden oder deren Auftreten verzögert werden. Außerdem hat das DMP zum Ziel, die Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten zu stärken.

Ein wichtiges DMP-Element ist die verbesserte Koordination und Integration aller an der Behandlung Beteiligten. Dies sind Haus- und Facharztpraxen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sowie nichtärztliche Leistungserbringer wie z. B. Podologen (spezialisierte medizinische Fußpfleger) oder Orthopädienschuhmacher. Die Behandlung wird fortlaufend dokumentiert. Werden die vereinbarten Therapieziele innerhalb einer angemessenen Frist nicht erreicht, wird die nächste Versorgungsebene (spezialisierte Praxis bzw. Krankenhaus) eingeschaltet. Um einen besseren Behandlungserfolg zu erzielen, erhalten die am DMP teilnehmenden Patientinnen und Patienten Schulungen zum Umgang mit und zur Therapie ihrer Erkrankung.

Für die Arztpraxen ist eine Teilnahme an einem DMP an den Nachweis besonderer fachlicher Qualifikationen und räumlicher, apparativer sowie personeller Ausstattung geknüpft. Patientenschulungen dürfen nur in Praxen angeboten werden, die einen entsprechenden Qualifikationsnachweis erbracht haben. Die im DMP implementierte Dokumentation zur Therapie ermöglicht es, Wirksamkeit und Kosteneffizienz der Maßnahmen zu überprüfen. Halbjährlich erhalten die am DMP teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte einen so genannten „Rückmeldebericht“, dem sie ihre Behandlungs- und Therapieerfolge entnehmen können.

In Baden-Württemberg gibt es derzeit die in Tabelle 3 dargestellten Möglichkeiten zur Teilnahme an einem DMP:

DMP	Teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	Teilnehmende Krankenhäuser
Asthma/COPD	1077	12
Brustkrebs	1375	51
Diabetes Typ 1	114	14
Diabetes Typ 2	5997	59
Koronare Herzkrankheit	4008	60

Welchen Nutzen haben Patientinnen und Patienten vom DMP?

Tabelle 3: Anzahl teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Krankenhäuser am DMP in Baden-Württemberg, Stand 30.06.2007
Quellen: KVBW; BWKG.

In das bislang am längsten laufende DMP Diabetes Typ 2 sind in Baden-Württemberg ca. 176.000 Patientinnen und Patienten eingeschrieben (Stand: Ende 2006).

¹ | Quelle:

Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Mai/Juni 2006, durchgeführt durch die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH

Was sind Disease-Management-Programme und welche gibt es?

*Was sind
Qualitätszirkel und
wofür gibt es sie?*



4.3 QUALITÄTSZIRKEL

Eine der erfolgreichsten Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sind die Qualitätszirkel. Qualitätszirkel sind Treffen ärztlicher und psychotherapeutischer Kleingruppen zum Erfahrungs- und Wissensaustausch, die von einer Moderatorin oder einem Moderator geleitet werden.

Die Qualitätszirkel dienen der kontinuierlichen Fortbildung. Sie sind ein auf Eigenverantwortung basierendes Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Zum 31.12.2007 gab es in Baden-Württemberg über alle Fachbereiche hinweg insgesamt 682 Qualitätszirkel, die im Jahr 2007 mindestens vier Mal getagt haben. Das Qualitätszirkelnetz in Baden-Württemberg ist engmaschig. Pro 1000 vertragsärztlich und psychotherapeutisch Zugelassener (siehe Kapitel 2.1) bestanden 39 Qualitätszirkel.

Die Verteilung der Qualitätszirkel auf die Regierungsbezirke Baden-Württembergs ist in Tabelle 4 wiedergegeben.

Tabelle 4: Qualitätszirkel in
Baden-Württemberg
im Jahr 2007
Quelle: KVBW

Regierungsbezirk	Anzahl Qualitätszirkel
Freiburg	168
Karlsruhe	176
Stuttgart	123
Tübingen	215
Baden-Württemberg	682

4.4 IMPFUNGEN

Durch Impfungen soll die Entstehung von Krankheiten vermindert werden. Von den Gesetzlichen Krankenkassen werden die Kosten für die von der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes empfohlenen Impfungen übernommen. Hierzu zählen, abhängig vom Lebensalter, Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis), Pneumokokken, Kinderlähmung (Poliomyelitis), bakterielle Hirnhautentzündung durch Hämophilus-Bakterien (Hib), Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken (Varizellen), Meningokokken und, geschlechtsspezifisch, Humane Papilloma-Viren (HPV), eine Hauptursache des Gebärmutterhalskrebses.

Nachfolgend werden exemplarisch Impfquoten in Prozent der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei den Schuleingangsuntersuchungen in Baden-Württemberg 2006 dargestellt.

Regierungs- bezirk	Anzahl untersuchter Kinder	Diphterie	Tetanus	Pertussis	Hib	Polio	Hep. B	Masern	Röteln
Freiburg	18375	97,92%	98,45%	90,28%	91,83%	96,08%	76,33%	74,83%	73,85%
Karlsruhe	25867	95,15%	95,70%	91,31%	91,33%	93,16%	83,53%	79,72%	79,17%
Stuttgart	40597	97,07%	98,73%	93,18%	93,72%	96,30%	85,44%	81,46%	80,60%
Tübingen	19207	97,89%	98,41%	91,27%	93,11%	95,73%	75,52%	70,47%	69,62%

Nicht als Leistung der Gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden in der Regel Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos empfohlen werden. Hierzu gehören z. B. Impfungen gegen Cholera, Malaria und Gelbfieber.

*Welche Impfungen
werden von den
Gesetzlichen Kranken-
kassen übernommen?*

Tabelle 5: Impfquoten bei
Kindern bei Schuleingangs-
untersuchungen in Baden-
Württemberg 2006
Quelle: Landesgesundheitsamt
Baden-Württemberg

Welche Früherkennungsuntersuchungen gibt es?



4.5 FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.

Diese Früherkennungsprogramme der Gesetzlichen Krankenkassen beginnen im Prinzip schon vor der Geburt im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, deren Eckpunkte im Mutterpass festgelegt sind. Unmittelbar nach der Geburt erfolgt die sogenannte U1. Bis zum zehnten Lebensmonat folgen weitere fünf Untersuchungen (U2-U6) nach einem festgelegten Zeitplan. Bei sich vergrößernden Zeitabständen sind bis zum 6. Lebensjahr vier weitere Untersuchungen (U7-U9) vorgesehen. Jugendliche im Alter von 13-14 Jahren haben einen gesetzlichen Anspruch auf die Jugendgesundheitsuntersuchung J1.

Die Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen des Jahres 2006 ist der Tabelle 6 (Seite 23) zu entnehmen. Bei den Berechnungen wurde zu der Anzahl der durchgeführten Untersuchungen bei den gesetzlich Versicherten ein Anteil von 10 Prozent privat Versicherte hinzuaddiert und gerundet.

Während die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern - ausgenommen die zum 1. 7. 2008 neu eingeführte U7a - schon seit Jahrzehnten etabliert sind, wurde die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) erst im Jahre 1998 in das Präventionsangebot aufgenommen. Für die deutlich geringere Inanspruchnahme - nur gut jeder zweite Jugendliche nimmt an der Untersuchung J1 teil - wird eine Reihe von Gründen, wie geringer Bekanntheitsgrad des Untersuchungsangebots, der lange Abstand zur vorausgegangenen U9 (6. Lebensjahr) oder die Art und Weise der Untersuchung diskutiert.

Früherkennungsuntersuchung ¹	Kinder pro Jahrgang	Anzahl durchgeführter Untersuchungen	Anteil untersuchter Kinder in Prozent
Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)	U1 und U2 werden nur ausnahmsweise im ambulanten Bereich durchgeführt und statistisch erfasst.		
Neugeborenen-Basisuntersuchung vom 3. bis 10. Lebenstag (U2)			
Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)	92.224	82.731	89,71%
Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)	92.224	85.031	92,20%
Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)	92.224	79.592	86,30%
Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6)	92.224	85.435	92,64%
Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7)	94.936	87.382	92,00%
Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a)	U7a wurde zum 1. Juli 2008 in das Früherkennungsprogramm der Gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen.		
Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8)	98.420	82.322	83,64%
Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9)	103.317	84.789	82,06%
Jugendgesundheitsuntersuchung 13. - 14. Lebensjahr (J1)	117.557	60.958	51,22%

¹ | Die Untersuchungen können in den jeweils angegebenen Untersuchungszeiträumen unter Berücksichtigung geringfügiger Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden.

Tabelle 6: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in Baden-Württemberg 2006
Quellen: KVBW;
Statistisches Landesamt



4.6 MUTTERSCHAFTSVORSORGE

Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit von Mutter und Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und einer Behandlung zugeführt werden. Vorrangiges Ziel der Mutterschaftsvorsorge ist das frühzeitige Erkennen von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Nach festgestellter Schwangerschaft erhält die werdende Mutter von ärztlicher Seite einen Mutterpass, der alle Daten zur Schwangerschaft enthält und von ihr ständig mitgeführt werden sollte. Im Jahr 2006 wurden in den Kliniken Baden-Württembergs insgesamt 89.419 Entbindungen durchgeführt. Bei diesen Schwangerschaften fand sich laut Mutterpass in 61,6 Prozent der Fälle mindestens einer von 26 aufgeführten Risikofaktoren.

4.7 GESUNDHEITSCHECK UND

KREBSFRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

Gesundheitscheck für Frauen und Männer

Frauen und Männer haben ab dem 35. Geburtstag alle zwei Jahre Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Zuckerkrankheit und Nierenerkrankungen, bei der auch das individuelle Krankheitsrisiko ermittelt wird. Die tatsächliche Inanspruchnahme im Jahr 2006 ist der nachfolgenden Tabelle 7 zu entnehmen.

Berechtigte Frauen und Männer 2006	Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen 2006
7.990.728	1.277.832 (16%)
	Zum Vergleich: Teilnahmerate bundesweit: 19%

Tabelle 7: Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen im Jahr 2006

Quellen: KVBW; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

KREBSFRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN FÜR FRAUEN

Frauen ab dem Alter von 20 Jahren können sich einmal jährlich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs untersuchen lassen. Dieser Altersgruppe gehörten 2006 in Baden-Württemberg ca. 4,4 Mio. Frauen an. Von den hier von gesetzlich Versicherten (3,8 Mio. = 87 Prozent) nahmen mit 1,86 Mio. nur knapp die Hälfte die Möglichkeit, eine Früherkennungsuntersuchung durchführen zu lassen, wahr.

Zur Krebserkennung werden Zellen des Gebärmutterhalses abgestrichen und auf eine mögliche Entartung hin untersucht. Die Befunde werden in Gruppen eingeteilt, von Gruppe I (normales Zellbild) bis Gruppe V (Krebs). Bei unklaren und bösartigen Befunden (Gruppen III bis V) werden zur Absicherung der Diagnose Gewebeproben entnommen (Histologie).

2006 gingen in die Qualitätssicherungsmaßnahme der Landesärztekammer Baden-Württemberg knapp 2,9 Mio. Befunde von knapp 2 Mio. Frauen ein (privat und gesetzlich Versicherte), darunter ungefähr 26.000 Frauen mit Befunden der Gruppen III bis V. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lagen folgende histologische Ergebnisse vor: 583 Karzinome, 2.536 Fälle einer schweren Zellveränderung oder eines Karzinomfrühstadiums und 2.904 Fälle einer leichten bis mittleren Zellveränderung. Bei 942 Fällen wurde der unklare und bösartige zytologische Befund bei der Gewebeskontrolle nicht bestätigt. Bei den restlichen Fällen war entweder auf Grund unauffälliger weiterer zytologischer Untersuchungen (vorwiegend bei den Gruppen III und IIID) auf histologische Kontrollen verzichtet worden oder lag das histologische Ergebnis nicht vor.





Frauen ab 30 Jahren können in der nächsten Stufe der Früherkennungsmaßnahmen jährlich eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs in Anspruch nehmen. Dabei werden die Brüste abgetastet und die Lymphknotenstationen beiderseits in der Achselhöhle und oberhalb des Schlüsselbeins untersucht. Weiterhin werden die Haut der Brüste und die Brustwarzen genau in Augenschein genommen. Ab 35 besteht außerdem jedes zweite Jahr Anspruch auf eine Untersuchung der Haut.

Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren werden seit dem Jahr 2007 alle zwei Jahre zu einer Röntgenreihenuntersuchung der Brust in eine Einrichtung in der Nähe ihres Wohnortes eingeladen. Diese regelmäßig wiederkehrende Maßnahme zur Früherkennung von Brustkrebs wird Mammographie-Screening genannt und unterliegt bestimmten Qualitätsanforderungen. So wird jeder Befund von zwei erfahrenen Ärztinnen oder Ärzten begutachtet. Bei unterschiedlichen Diagnosen wird eine dritte ärztliche Meinung für die Befundung eingeholt.

KREBSFRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN FÜR MÄNNER

Männer ab 35 Jahren haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine Untersuchung der Haut.

Ab dem Alter von 45 Jahren wird den gesetzlich versicherten Männern eine Tastuntersuchung der Prostata (Vorsteherdrüse), der Hoden und die Untersuchung der Lymphknoten in der Leistenregion angeboten. Im Jahr 2006 nahmen 416.933 Männer diese Leistung in Anspruch. Dies entspricht ca. 19 Prozent der anspruchsberechtigten Männer.

KREBSFRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN SPEZIELL FÜR DARMKREBS BEI FRAUEN UND MÄNNERN

Ab dem 50. Lebensjahr können alle gesetzlich Versicherten eine Darmkrebsfrüherkennung mittels Okkultbluttest (Stuhlbrieftest) und ab dem 55. Geburtstag eine Dickdarmspiegelung (Vorsorgekoloskopie) durchführen lassen. Die Beratung, die zu einer solchen Darmspiegelung motivieren soll, wurde im Jahr 2005 insgesamt 316.729 Mal durchgeführt. Ergeben sich bei der Untersuchung keine Auffälligkeiten, ist eine derartige Vorsorgeuntersuchung nach zehn Jahren wieder vorgesehen. Unabhängig davon kann die Ärztin oder der Arzt bei Krankheitsverdacht jederzeit eine Untersuchung des Dickdarms veranlassen. Hierbei müssen bestimmte Qualitäts- und Hygieneanforderungen erfüllt werden.

Die Ergebnisse der Darmspiegelungen sind den nachfolgenden Tabellen 8 und 9 zu entnehmen. Als Komplikationen werden unerwartete Ereignisse während der Untersuchung bezeich-

Geschlecht	Anzahl d. dokumentierten Vorsorgekoloskopien	Teilnahme in % (55-74 Jahre)	Entfernung von Polypen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Aufgetretene Komplikationen in %
Frauen	94.957	8,8%	21,6%	0,4%	0,2%	0,2%
Männer	80.238	8,6%	33,1%	0,6%	0,3%	0,3%
Gesamt	175.195	8,7%	26,9%	0,5%	0,2%	0,2%

Tabelle 8: Vorsorgekoloskopien in Baden-Württemberg in den Jahren 2003 – 2005.

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Köln (2007)

Geschlecht	Anzahl d. dokumentierten Vorsorgekoloskopien	Teilnahme in % (55-74 Jahre)	Entfernung von Polypen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Aufgetretene Komplikationen in %
Frauen	772.442	10,2%	19,4%	0,3%	0,2%	0,2%
Männer	574.193	8,8%	28,3%	0,6%	0,4%	0,3%
Gesamt	1.346.635	9,5%	23,3%	0,4%	0,2%	0,3%

Tabelle 9: Vorsorgekoloskopien im gesamten Bundesgebiet in den Jahren 2003 - 2005.

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Köln (2007)

net. Dazu zählen sehr selten auftretende Organverletzungen, die eine Operation erforderlich machen. Etwas häufiger treten Blutungen im Rahmen endoskopischer Maßnahmen wie z.B. bei Polypabtragungen auf. Diese Blutungen werden in aller Regel endoskopisch im Verlauf der gleichen Untersuchung gestillt.

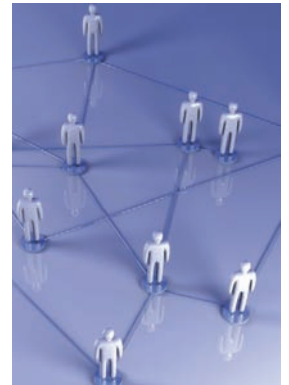
Nur sehr selten kommt es zum Auftreten von Darmkrebs ohne Ausbildung von Vorstufen. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle nimmt der Darmkrebs jedoch seinen Ausgang aus entsprechenden Vorstufen, den Polypen.

Trotz aller Anstrengungen, die Bevölkerung für die Vorsorgekoloskopie zu gewinnen, nahmen dieses Angebot in Baden-Württemberg für die Jahre 2003-2005 zusammengefasst lediglich 8,7 Prozent der Berechtigten in Anspruch. Und das, obwohl bei jedem dritten untersuchten Mann und bei jeder fünften untersuchten Frau Polypen gefunden wurden, aus denen sich eine Krebserkrankung entwickeln könnte. Bei jeder 150. Untersuchung wurde eine bösartige Veränderung (Krebs) festgestellt. Die Komplikationsrate beträgt 1: 500; schwerwiegende Komplikationen mit weitergehender Therapie sind sehr selten. Die Zahlen von Baden-Württemberg sind mit den Zahlen der gesamten Bundesrepublik vergleichbar, allerdings liegt die Zahl der teilnehmenden Frauen mit 10,2 Prozent bundesweit (gegenüber 8,8 Prozent in Baden-Württemberg) etwas höher.

4.8 VERNETZUNG MIT DEM STATIONÄREN SEKTOR

Die in weiten Teilen immer noch bestehende Abgrenzung der einzelnen Versorgungsbereiche, insbesondere die Trennung der ambulanten und stationären Versorgung, erschwert eine zielorientierte Behandlung der Patientinnen und Patienten. Es gibt vermehrt Ansätze zur Überwindung dieser Trennung. Beispielhaft seien hier genannt:

- Ambulante Behandlung durch leitende Krankenhausärztinnen und -ärzte
- Versorgung durch Belegärztinnen und -ärzte: Hierbei handelt es sich um Niedergelassene, die ihre Patientinnen und Patienten nicht nur ambulant in der eigenen Praxis, sondern auch stationär im Krankenhaus betreuen.
- Disease Management Programme (siehe Kapitel 4.2)
- Konsiliarische Tätigkeit: Krankenhäuser, die entsprechende Fachabteilungen nicht vorhalten, können den fachlichen Rat einer/s Niedergelassenen einholen.
- „Brückenschwestern“ der an Krankenhäusern angesiedelten vier Tumorzentren und zwölf Onkologischen Schwerpunkte in Baden-Württemberg: Brückenschwestern schlagen „eine Brücke“ zwischen dem Krankenhaus und dem Zuhause der Patientin oder des Patienten. Sie schaffen ggf. die organisatorischen Voraussetzungen für eine Verlegung der Schwerstkranken nach Hause und betreuen schwerstkranken Krebspatientinnen und -patienten in ihrer häuslichen Umgebung. Hierbei arbeiten sie eng mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zusammen.



Wie sind der ambulante und stationäre Sektor vernetzt?



Hier geht es um die Ergebnisse einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme, wobei die unterschiedlichsten Aspekte, wie z.B. Heilung, Verbesserung des Gesundheitszustandes oder Patientenzufriedenheit, betrachtet werden können. Nach wie vor gibt es zur Ergebnisqualität im ambulanten Bereich nur wenig Daten. Ein Hauptgrund dafür liegt darin, dass zumeist noch keine geeigneten Qualitätskriterien und Gesundheitsindikatoren vorhanden sind. Hier sind weitere Anstrengungen zu unternehmen, um auf breiter Front zu Ergebnisdaten zu kommen.

5.1 ERGEBNISQUALITÄT INSBESONDERE IN DER RADIOLOGISCHEN DIAGNOSTIK, IN DER COMPUTER- UND IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE

Für die Bereiche der radiologischen Diagnostik, der Computer- und der Kernspintomographie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits Qualitätsbeurteilungskriterien entwickelt.

Die radiologische Diagnostik wird getragen durch die ärztliche Indikation mit festgelegter Fragestellung, die optimale Durchführung der Untersuchung und die Darstellung der wichtigen Informationen auf den Röntgenbildern bei medizinisch vertretbarer Strahlenbelastung. Die Auswertung der Röntgen-/Kernspintomographiebilder und deren Ergebnisse sind von ärztlicher Seite zu dokumentieren.

Im Einzelnen werden

- die rechtfertigende Indikation für die Erstellung der Röntgen-/Kernspintomographiebilder,
- die technische Qualität der Röntgen-/Kernspintomographieuntersuchung,
- die Bildqualität und
- die ärztliche Befundqualität

im Rahmen von Stichprobenprüfungen durch ärztliche Qualitätssicherungs-Kommissionen der KVBW regelmäßig überprüft.

Die Ergebnisse der Überprüfungen werden in die Kategorien

- keine Beanstandungen,
- geringe Beanstandungen,
- erhebliche Beanstandungen sowie
- schwerwiegende Beanstandungen

eingeteilt. Die Überprüfung durch die zuständigen Qualitätssicherungs-Kommissionen ist ausgesprochen streng. Die Ergebniskategorie „keine Beanstandung“ wird nur dann vergeben, wenn Aufnahmen und Befundung in jeder Hinsicht perfekt sind. Meist ergeben die Überprüfungen „geringe Beanstandungen“. Bei „erheblichen Beanstandungen“ wird in aller Regel die Vergütung für die erbrachten Leistungen gestrichen und eine Wiederholungsprüfung im Folgequartal angeordnet. Eine „schwerwiegende Beanstandung“ führt neben der Nichtvergütung meist unmittelbar zu einer mündlichen Prüfung der Ärztin oder des Arztes. Bei Nichtbestehen dieser Prüfung wird die Genehmigung zur weiteren Durchführung der Leistung entzogen.

Mit der Mitteilung der Ergebnisse der Überprüfung erfolgt eine Beratung, was jeweils verbessert werden kann.

Beispielhaft sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in der radiologischen Diagnostik und der Kernspintomographie für das Jahr 2006 den Abbildungen 3 und 4 zu entnehmen.

Abbildung 3:
Ergebnisse der Qualitäts-
prüfungen Diagnostische
Radiologie 2006 bei 207 über-
prüften Ärztinnen und Ärzten

Quelle: KVBW 2006

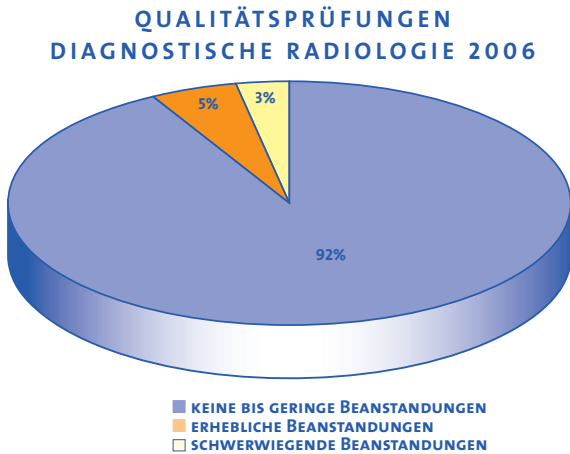
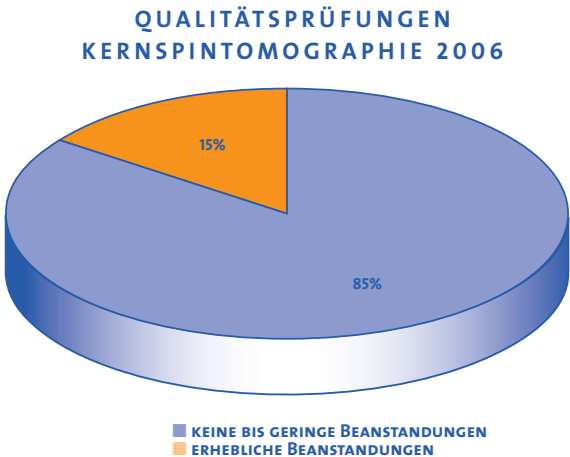


Abbildung 4:
Ergebnisse der Qualitäts-
prüfungen Kernspintomo-
graphie 2006 bei 26 über-
prüften Ärztinnen und Ärzten

Quelle: KVBW 2006



Vergleichbare Überprüfungen gibt es in den Bereichen: Akupunktur, Arthroskopie, Koloskopie, Mammographie, Onkologie, Photodynamische Therapie am Augenhintergrund, Phototherapeutische Keratektomie, Schmerztherapie, Sonographie, Substitution Opiatabhängiger und Zytologie.

5.2 ERGEBNISQUALITÄT LABOR

Die Qualität der ärztlichen Laboruntersuchungen wird auf der Grundlage einer Richtlinie der Bundesärztekammer durch Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung sichergestellt. In dieser Richtlinie werden Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung, insbesondere an die Messgenauigkeit labormedizinischer Untersuchungen, festgelegt. Mit Hilfe von Fehlergrenzen erfolgt eine Bewertung der Ergebnisse.

Die externe Qualitätssicherung erfolgt im Rahmen von Vergleichsmessungen an Hand zur Verfügung gestellter Proben (so genannte Ringversuche). Die erfolgreiche Teilnahme an den zweimal jährlich vorgeschriebenen Ringversuchen wird durch Ausstellung eines Zertifikats bestätigt. Die Vorlage der Ringversuchszertifikate ist Voraussetzung für die Abrechnung der jeweiligen Laborleistung. Die Einhaltung der Ringversuchspflicht wird durch die KVBW überprüft.

5.3 ERGEBNISQUALITÄT BEIM AMBULANTEN OPERIEREN IM KRANKENHAUS

In Baden-Württemberg wurde für ambulante Operationen und Eingriffe, die im Krankenhaus durchgeführt wurden, schon 1997 von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK) ein Verfahren zur Dokumentation und Auswertung von Daten zur Qualitätssicherung speziell für den Bereich der ambulanten Operationen entwickelt.

Neben der Erhebung von Basisdaten (Alter der Patienten, Häufigkeit der Eingriffe etc.) erfolgt eine Auswertung von vier Qualitätsmerkmalen, die von einer fachärztlichen Arbeitsgruppe „Ambulantes Operieren“ definiert wurden.

Wie wird überprüft,
ob die Labore
„richtig messen“?

Anhand welcher
Faktoren kann die
Ergebnisqualität
gemessen werden?

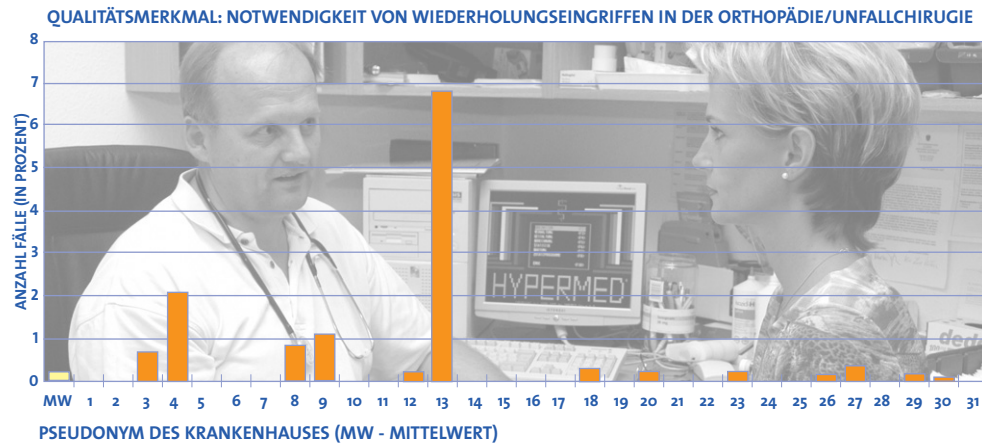
Dabei handelt es sich um

- Postoperative Komplikationen,
- die Notwendigkeit von Wiederholungseingriffen,
- die Erforderlichkeit von stationärer Weiterbehandlung und
- die Operation mit Facharztstatus.

Abbildung 5:
Qualitätssicherung
Ambulantes Operieren Baden-
Württemberg, Qualitäts-
merkmale 2006, Fachgebiet
Orthopädie/Unfallchirurgie

Quelle: GeQiK

Die einzelnen Operationsleistungen werden dabei den verschiedenen Fachgebieten (z.B. Augenheilkunde, Orthopädie/Unfallchirurgie oder Gynäkologie/Geburtshilfe) zugeordnet. Für den Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie ergibt sich beispielsweise für das Qualitätsmerkmal „Notwendigkeit von Wiederholungseingriffen“ für das Jahr 2006 folgendes Bild:



Anmerkung: Abgebildet sind
Krankenhäuser mit mindes-
tens 20 übermittelten
Datensätzen

Die Auswertungen werden den einzelnen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt, so dass jedes teilnehmende Haus erkennen kann, wo es im Vergleich zu anderen beteiligten Krankenhäusern steht. Krankenhäuser können diese Informationen nutzen, um ihre Qualität und ihr Qualitätsmanagement zu optimieren.

5.4 PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Ein wichtiger Aspekt der Ergebnisqualität ist die Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen Versorgung. Zu dieser Frage stehen bislang ebenfalls nur sehr wenig Daten zur Verfügung. Eine Befragung zur Zufriedenheit der Patienten mit der hausärztlichen Versorgung zeigt folgendes Bild:

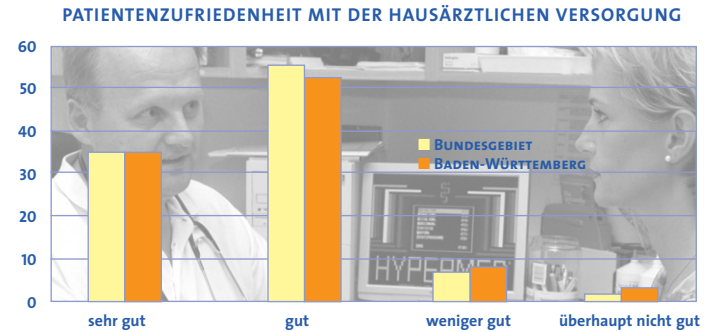
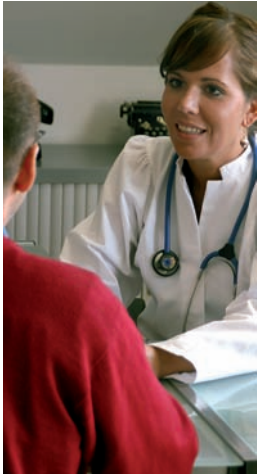


Abbildung 6: Patientenzufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung
Quelle: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Mai/Juni 2006, durchgeführt von der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld
GmbH



Baden-Württemberg verfügt über eine flächendeckende, qualitativ gute ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung. Anders als in einigen Teilen Deutschlands bestehen bislang keine Versorgungsengpässe. Es sind aber Anstrengungen seitens aller Akteure im Gesundheitswesen notwendig, dass dies auch so bleibt.

Die Qualität der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung hat sich in den vergangenen zehn Jahren stetig verbessert: Zwischenzeitlich bedürfen nahezu 40 Prozent aller ärztlichen Leistungen eines speziellen Qualifikationsnachweises. Bei den psychotherapeutischen Leistungen sind sogar alle Leistungen von einem speziellen Qualifikationsnachweis abhängig. Qualitätsverbessernd wirken sich die vermehrt durchgeführten Qualitätsprüfungen im Einzelfall und die Einführung des Qualitätsmanagements aus.

Qualität bedeutet auch, dass die Angebote der verschiedenen Leistungsanbieter besser aufeinander abgestimmt werden. Immer mehr Eingriffe, die früher einen stationären Krankenhausaufenthalt erforderlich gemacht haben, können inzwischen ambulant durchgeführt werden. Gleichzeitig haben Krankenhäuser gerade im Bereich der hochspezialisierten Leistungen die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten auch ambulant zu betreuen.

Die Vielfalt von Organisationsformen und das dichte Netz der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung eröffnet den Bürgerinnen und Bürgern in Baden-Württemberg Wahlmöglichkeiten und bietet gleichzeitig Sicherheit.

Ein gutes Qualitätsmanagement ist die Basis für ein gutes medizinisches Ergebnis und eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen.

Das Angebot an ambulanter ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung ist sehr vielfältig und für den medizinischen Laien häufig nicht auf Anhieb zu überblicken. Bei der Suche nach ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen hilft die landesweite elektronische Arztsuche der KV Baden-Württemberg im Internet (www.kvbawue.de).

Darüber hinaus steht die landesweite Servicetelefonnummer der KV Baden-Württemberg, „MedCall – Ihr Info-Service Gesundheit“, ☎ 01805 – 6 33 22 55 (0,14 Euro/min)¹ von Montag bis Donnerstag 8.00 bis 16.00 Uhr und am Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr zur Verfügung. Dort können Sie sich zu folgenden Themen informieren:

Fragen zur Ausrichtung der Praxis

- Welche hausärztliche oder spezialisierte Praxen gibt es in Wohnortnähe?
- Welche Praxen haben einen speziellen Behandlungsschwerpunkt?
- Wo finde ich – bei Vorliegen einer seltenen Erkrankung – eine spezialisierte Behandlungsmöglichkeit?
- Wo finde ich einen Therapieplatz zur psychologischen Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie in Wohnortnähe?
- Welche Diagnose- und Therapiemöglichkeiten gibt es in der Region?

Technische Fragen zu Praxen

- Welche Praxen verfügen über einen barrierefreien Zugang und entsprechende Parkmöglichkeiten?
- Über welche Fremdsprachenkenntnisse verfügen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis?

Die Antworten auf diese Fragen können Ihnen allerdings nur helfen, eine für Sie geeignete Praxis nach formalen Kriterien auszusuchen. Ob die entsprechende Praxis letztlich Ihren persönlichen Ansprüchen entspricht, hängt mit von anderen Kriterien ab. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat in Zusammenarbeit mit Patientenverbänden und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Fragenkatalog

Wo und wie finde ich eine geeignete ärztliche oder psychotherapeutische Praxis?

¹ | Anrufe aus dem Mobilfunknetz können davon abweichen

zusammengestellt, der Ihnen hilft, eine Praxis nach definierten Qualitätskriterien zu beurteilen.

Die obigen Fragen sollten Sie vor dem Besuch einer Praxis beantwortet haben. Die auf Seite 39 folgende „Checkliste Gute Arztpraxis“ setzt einen vorangegangenen Kontakt mit der Praxis voraus.

„Checkliste Gute Arztpraxis“¹

(gilt sinngemäß selbstverständlich auch für die psychotherapeutische Praxis)

- Nimmt der Arzt mich und mein spezielles gesundheitliches Problem ernst?
- Erhalte ich von meinem Arzt eine ausführliche und verständliche Information und Beratung?
- Erhalte ich von meinem Arzt Hinweise auf weiterführende Informationsquellen und Beratungsangebote ?
- Bezieht mich mein Arzt in alle Entscheidungen bezüglich meiner gesundheitlichen Situation ein?
- Werde ich von Arzt und Praxispersonal freundlich und respektvoll behandelt?
- Erhalte ich ohne Probleme Zugang zu meinen Patientenunterlagen?
- Akzeptiert mein Arzt, dass ich im Zweifelsfall eine zweite Meinung einholen möchte?
- Wird in der Praxis der Schutz meiner Person und Intimsphäre gewahrt?
- Wird in der Praxis der Schutz meiner persönlichen Daten gewahrt?
- Kann ich Arzt und Arztpraxis gut erreichen?
- Kann ich erkennen, ob und wie sich Arzt und Praxispersonal um die Qualität meiner Behandlung bemühen?

Diese Fragen sollen Ihnen helfen, für sich persönlich die Kriterien zu erkennen, die für Sie eine gute Praxis ausmachen.

¹ | Quelle: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin 2008