

Die neuen Anforderungen des GMG hinsichtlich Qualitätsmanagement und fachlicher Fortbildung der Vertragsärzte

Roland H. Kaiser

1. Entwicklung von SGB V und Krankenhausfinanzierung seit den 70er Jahren

Weder die Kostendämpfungsgesetze der Jahre 1977, 1979 und 1981, noch die Reform der Krankenhausfinanzierung im Jahre 1984 oder die sogenannte Gesundheitsreform Anfang der 90er Jahre vermochten die Finanzprobleme im deutschen Gesundheitswesen nachhaltig zu lösen und eine überzeugende Verbesserung von Versorgungsstrukturen zu bewirken. Das politische Ziel der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde zum wichtigsten Erfolgsmaßstab der Gesundheitspolitik. Das Prinzip der Budgetierung der Ausgaben etablierte sich als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen und begründete den seit vielen Jahren zu beobachtenden 'Machtzuwachs' der gesetzlichen Krankenkassen und die **Ökonomisierung der Medizin**.

Ab 2004 erfolgt die Vergütung fast aller stationären Leistungen (Ausnahmen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) auf der Basis diagnose-bezogener Fallpauschalen. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird die Einführung der DRGs häufig auch als Mittel zur Verbesserung der Qualität der stationären Versorgung gepriesen - insbesondere in den Reihen der Ärzteschaft gibt es aber erhebliche

Zweifel an dieser Auffassung und Befürchtungen, daß daraus resultierende ökonomische Zwänge die Versorgungsqualität sogar gefährden können.

2. Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)¹

Zum 1. Januar 2004 trat das **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)** mit zahlreichen neuen Bestimmungen zum Qualitätsmanagement und einer Nachweispflicht für Vertragsärzte über die ärztliche Fortbildung in Kraft.

2.1. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Besonders auffällig und aus ärztlicher Sicht mehr als bedenklich ist, daß die Zuständigkeit für die Auswahl, Definition, Durchführung und Beaufsichtigung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung nicht der Ärzteschaft, sondern weitgehend den Krankenkassen übertragen wird - insbesondere die Ärztekammern sind daran nur noch mit geringem Einfluß beteiligt. Nachdenklich stimmt auch die 'fixe begriffliche

Kopplung' Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in verschiedenen neuen Regelungen. (z.B. §§ 67, 68, 139b, 291a etc.)

'Mächtigstes Gremium' ist der durch § 91 neu geschaffene **Gemeinsame Bundesausschuß**. Ihm gehören in gleicher Zahl Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der Leistungserbringerseite und Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen auf der Seite der Kostenträger an. Die Bundesärztekammer ist darin nicht vertreten. Nach § 137b neu hat dieser Ausschuß unter anderem...

- *den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen;*
- *Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und*
- *regelmäßig einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung zu erstellen.*

Ferner beschließt er Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. § 136) ebenso wie Maßnahmen der Qualitätssicherung und die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. § 136a) oder in den Krankenhäusern. (§§ 135a, 136, 136a, 137). Der **Bundesärz-**

¹ Wörtliche Zitate aus einem Gesetzestext sind kursiv dargestellt.



tekammer gewähren § 136a in der vertragsärztlichen Versorgung nur die *Gelegenheit zur Stellungnahme* und § 137 für die Krankenhäuser nur eine rechtlich ebenfalls unbestimmte *Beteiligung*. Damit werden durch sozialrechtliche Bestimmungen, zumindest für den Bereich der GKV, ärztliches Berufsrecht und die Zuständigkeit und Kompetenz der Ärztekammern für die Qualität der Berufsausübung - sogar für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement - in Frage gestellt. Anstelle eigenverantwortlichen Qualitätsmanagements in ärztlicher Hand fördert das SGB V die bürokratische und primär an ökonomischen Vorgaben und Kasseninteressen orientierte externe Qualitätssicherung.

Im neunten Abschnitt, *Sicherung der Qualität der Leistungserbringung*, des SGB V haben sich durch das GMG umfangreiche grundsätzliche Veränderungen ergeben. Die *Verpflichtung zur Qualitätssicherung* des § 135a fordert von allen Leistungserbringern, *sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen* insbesondere mit dem Ziel, die *Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln*. Damit wird die *Forderung nach einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement jetzt auch auf die Vertragsärzte erweitert*. Die *Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung* (§ 136a) hat sich zukünftig sowohl hinsichtlich der *verpflichtenden Maßnahmen als auch der grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement*, an die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses zu halten. Entsprechende Beschlüsse hat der Bundesausschuß bisher aber noch nicht gefaßt.

Die *Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern* ist in § 137 festgelegt. Wichtig ist hierbei, daß die vom gemeinsamen Bundesausschuß zu beschließenden *Maßnahmen zur Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle*

Patienten (also auch für nicht einer gesetzlichen Krankenkasse angehörende) Anwendung finden sollen.² Wichtige Einzelbestimmungen betreffen z.B.:

- Mindestmengen für bestimmte Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist.³
- Vergütungsabschläge für Krankenhäuser, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.
- Inhalt und Umfang eines alle zwei Jahre im Internet zu veröffentlichen strukturierten Qualitätsberichtes (erstmalig 2005 für Jahr 2004).

2.2. Pflicht zum Nachweis der ärztlichen Fortbildung

Mit dem § 95d wurde die *Pflicht zur fachlichen Fortbildung* für Vertragsärzte (Die Vorschrift gilt sinngemäß auch für ermächtigte Krankenhausärzte, einer KV angehörende psychologische Psychotherapeuten, sowie in medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten angestellte Ärzte.) in das SGB V aufgenommen. Im Abs. 1 heißt es: *Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist*. Abs. 2 legt fest, daß der *Nachweis der fachlichen Fortbildung durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte* erbracht werden kann. (In Hessen hat die LÄKH im Rahmen eines Modellversuches 'Zertifizierte Fortbildung' bereits 1998 ein solches Fortbildungszertifikat für einen

Zeitraum von jeweils drei Jahren eingeführt. Dieses soll auch zukünftig weitergeführt werden.) Von Ausnahmefällen abgesehen müssen andere Fortbildungszertifikate *den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern ... auf Bundesebene aufgestellt hat*.

Neu ist die *Regelungskompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung* für die Einzelheiten des Verfahrens zum Nachweis absolvierter Fortbildung für Vertragsärzte. In Abs. 6 heißt es dazu: *Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen regeln das Verfahren des Fortbildungsnachweises...*

Zu einiger Aufregung und Verwirrung bei den Vertragsärzten hat vor allem die neu eingeführte *Pflicht, absolvierte Fortbildung alle fünf Jahre gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen*, geführt. *Ein Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, daß er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach Absatz 1 nachgekommen ist*; (§ 95d Abs. 3)

Am 30. Juni 2004 bereits zugelassene Vertragsärzte müssen einen solchen *Nachweis erstmalig spätestens zum 30. Juni 2009* erbringen. (Für angestellte Ärzte haben das sie beschäftigende Versorgungszentrum oder der anstellende Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis gegenüber der KV zu führen.) Bei Nichterfüllung dieser Pflicht drohen dem Vertragsarzt zunächst Honorarkürzungen durch seine KV und im Extremfall schließlich Entzug der Zulassung durch den zuständigen Zulassungsausschuß.

Grundsätzlich gilt die Pflicht zu Fortbildung und deren Nachweis alle fünf Jahre gemäß § 137 Abs. 1 Satz 2 auch für *Fachärzte in Krankenhäusern*. Durch Beschluß des gemeinsamen

² § 108 SGB V definiert als zugelassene Krankenhäuser unter anderem Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.

³ Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben sich (im Einvernehmen mit Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat) in der Mindestmengenvereinbarung Ende 2003 auf folgende Indikationen geeinigt: Leber- und Nierentransplantation, komplexe Eingriffe an den Organsystemen Ösophagus und Pankreas, Stammzelltransplantation.

Bundesausschusses sind für Krankenhäuser *Mindestanforderungen an die Strukturqualität einschließlich im Abstand von fünf Jahren zu erfüllender Fortbildungspflichten der Fachärzte* zu regeln. Detaillierte Beschlüsse dazu hat der Ausschuß noch nicht gefaßt.

3. Was ist gegenwärtig für Ärzte hinsichtlich Qualitätsmanagement verbindlich vorgeschrieben, und was ist zu tun?

Weder das SGB V, noch ärztliches Berufsrecht, noch andere verbindliche Rechtsvorschriften verpflichten bisher Einrichtungen des Gesundheitswesens, seien es nun niedergelassene Vertragsärzte oder Krankenhäuser, bei der **Einführung und Durchführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements** bestimmte Modelle (z.B. DIN ISO, EFQM etc.) oder formale Vorgehensweisen anzuwenden. Eine solche gesetzliche Vorgabe ist auch zukünftig nicht wahrscheinlich. Es ist Aufgabe des gemeinsamen Bundesausschusses, demnächst Richtlinien z.B. für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement in vertragsärztlichen Praxen zu beschließen. Dies wird wohl kaum vor Ende 2004 erfolgen, und auch in solchen Richtlinien ist keine verpflichtende Festlegung auf ein bestimmtes Modell zu erwarten. Im Augenblick gibt es für Vertragsärzte noch keinerlei konkrete Nachweis- oder Darlegungspflicht betreffend ihr einrichtungsinternes Qualitätsmanagement. Ärzte müssen sich auch nicht in irgendeiner Weise oder von bestimmten Einrichtungen **zertifizieren** lassen, und es gibt auch keine staatliche Anerkennung, Akkreditierung oder Zulassung für Unternehmen, die am Markt Zertifizierungen unterschiedlichster Art anbieten. Ein wirksames **Qualitätsmanagement verbessert die Effektivität und Effizienz einer Einrichtung** - d.h. sie arbeitet damit wahrscheinlich auch wirtschaftlicher. Die Mitarbeiter sind zufriedener, leistungsbereiter und identifizieren sich mehr mit ihrem Unternehmen. Solche Effekte beginnen häufig

schon durch die mit der Einführung eines QM-Systemes verbundene Beschreibung und Analyse wichtiger Prozesse etc. Die überzeugende Darstellung der eigenen Qualitätsbemühungen gegenüber den Kunden/Patienten kann deren Einschätzung der Einrichtung verbessern und auch zur Gewinnung neuer beitragen. Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens dient also nicht nur dem Patientenschutz, sondern verbessert auch die Wettbewerbsfähigkeit. Welchen zusätzlichen Nutzen darüber hinaus eventuell eine Zertifizierung durch Externe bringen könnte, ist im Einzelfall kritisch zu prüfen.

Es ist also sicher sinnvoll, sich **umgehend** zumindest grundlegende **Kenntnisse der Qualitätssicherung und des ärztlichen Qualitätsmanagements anzueignen**. Sofern einschlägige Fortbildungen durch die Landesärztekammern bzw. deren Akademien anerkannt sind, erhält der Arzt dafür Fortbildungspunkte, die für Vertragsärzte auch für die Erfüllung der *Pflicht zur fachlichen Fortbildung* im Sinne des § 95d SGB V zählen. Mit so geschärftem Blick wird der Arzt eine erste Einschätzung seines Tätigkeitsbereiches unter Qualitätsmanagementgesichtspunkten vornehmen und eventuellen Handlungsbedarf erkennen können. Sollte er dann die Anspruchnahme externer Beratung in Betracht ziehen, wird es ihm aufgrund entsprechender Vorkenntnisse auch wesentlich leichter fallen, verschiedene Angebote kritisch zu bewerten. Die weitere Entwicklung im GKV-Bereich, insbesondere die Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses sollten aufmerksam verfolgt werden. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen werden ihre Mitglieder darüber zeitnah informieren.

Für **niedergelassene Vertragsärzte besteht derzeit noch keine Notwendigkeit, übereilt in angepriesene 'QM-Dienstleistungen' und Zertifizierungen zu investieren**. Sich rechtzeitig fortbilden, sorgfältig überlegen, was für die Verbesserung der eigenen Betriebsab-

läufe **nützlich sein könnte; aufmerksam beobachten, welche formalen Nachweisanforderungen beschlossen werden und dann in Ruhe entscheiden und konsequent umsetzen** - das ist die richtige Strategie!

4. Fortbildungs- und Fortbildungsnachweispflicht - wie soll sich der Arzt verhalten?

Bei Fortbildungsmaßnahmen, die zum Nachweis im Sinne des § 95d dienen sollen, ist darauf zu achten, daß sie von einer Landesärztekammer zertifiziert, d.h. 'bepunktet' sind. Die für alle Ärzte geeigneten Fortbildungszertifikate der Kammern bleiben auch in Zukunft bestehen. Unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen derzeit nur betreffend die Anrechnungsfähigkeit (iSd. § 95 d) bereits vor dem **1. Januar 2004 absolvierter Fortbildungsmaßnahmen** für den ersten Fünfjahreszeitraum bis zum 30. Juni 2009. (Möglicherweise wird der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen dazu Stellung nehmen.) **Alles, was seit dem 1. Januar 2004 erworben wurde, wird voraussichtlich anerkannt.**

Grundsätzlich sollte jeder Arzt schon jetzt regelmäßig Fortbildungspunkte erwerben und nicht etwa bis zum Jahre 2009 warten. Dies ist mit dem weiterhin gültigen Fortbildungszertifikat (wird bei Erwerb von 150 Punkten in drei Jahren ausgestellt) für alle Ärzte möglich. Es ist derzeit nicht sicher auszuschließen, daß in den letzten Monaten des Jahres 2008 und der ersten Hälfte 2009 möglicherweise nicht mehr genügend qualifizierte Fortbildungsmaßnahmen verfügbar sein könnten, um die gesamte Nachfrage optimal zu befriedigen.

Weitere detaillierte Informationen zu den vorstehend beschriebenen Problemen finden Sie auf der Homepage der Landesärztekammer (www.laekh.de) unter dem Titel:

„Qualitätsmanagement, vertragsärztliche Fortbildungspflicht und die diesbezüglichen neuen Regelungen des SGB V“