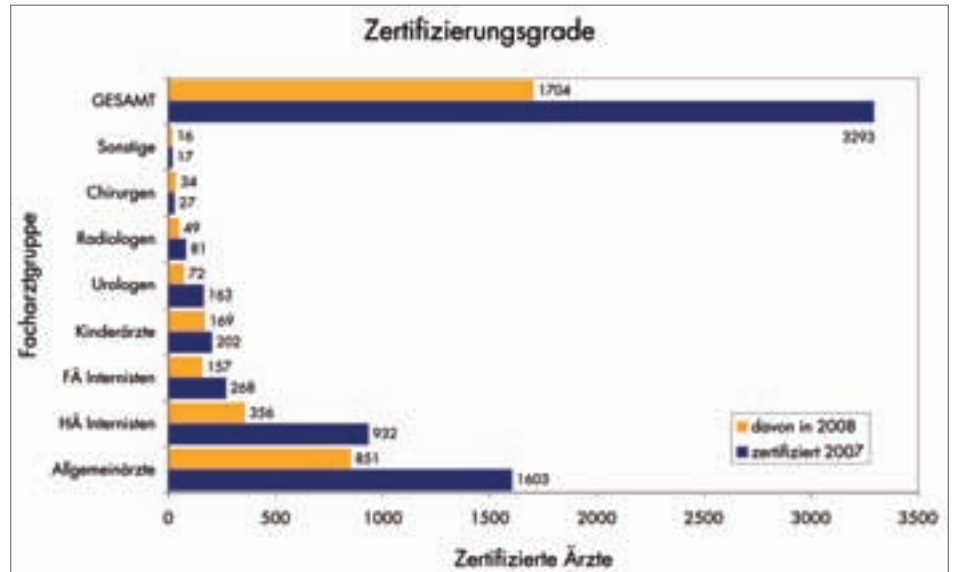


# Nachgewiesene Qualität wird sich in Zukunft lohnen

Zu Jahresbeginn führte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) zusammen mit den bayerischen Krankenkassen die qualitätsorientierte Vergütung bei Ultraschalluntersuchungen des Bauchraums ein. Dieses Honorarmodell verknüpft die Honorarhöhe mit dem Nachweis der fachlichen und apparativen Qualität. Bis zum Stichtag Ende März wiesen 60 Prozent aller bayerischen Haus- und Fachärzte ihre Qualität nach und können nun mit einer deutlich höheren Honorierung rechnen. Alle nicht-zertifizierten Ärzte hingegen erhalten nur noch 1,5 Cent je abgerechneter Sonographie.



Anzahl der Ärzte mit Sonographie-Zertifikat in den einzelnen Fachgruppen.

Ultraschalluntersuchungen sind aus der modernen Medizin nicht mehr wegzudenken. Ob zur Schwangerschaftsvorsorge oder bei Verdacht auf Blinddarmentzündungen, mit Hilfe des Ultraschalls können die allermeisten Veränderungen und Erkrankungen gut erkannt und behandelt werden. Die Qualität der Untersuchungen hängt jedoch maßgeblich von der persönlichen Erfahrung des Arztes sowie der verwendeten Geräte ab. Je professioneller diese Untersuchungen durchgeführt werden, desto unwahrscheinlicher sind teure Folgeuntersuchungen mit anderen bildgebenden Verfahren wie der Computertomographie. Das erspart dem Patienten zusätzliche körperliche Belastungen und dem Gesundheitssystem unnötige und teure Doppeluntersuchungen.

Um die apparative und fachliche Qualität der Ultraschalluntersuchungen zu erhöhen, startete die KVB im Jahre 2006 ein freiwilliges Qualitätssicherungsprogramm. Vorrangiges Ziel war es, bis Jahresende 2007 alle Altgeräte durch neue zu ersetzen und die basisdiagnostischen Fähigkeiten der untersuchenden Ärzte mittels einer internetbasierten Fallsammlung zu überprüfen.

Um diese Ziele zu erreichen, erhielt jeder zertifizierte Teilnehmer für jede abgerechnete Ultraschalluntersuchung des Abdomens (GOP 33042) einen Bonus in Höhe von 4,25 Euro. Bei einer durchschnittlichen Honorierung von rund 14 Euro je Untersuchung, erhielt der zertifizierte Arzt also rund 25 Prozent mehr. Fast eineinhalb Jahre finanzierten die bayerischen Krankenkassen diese Zusatzvergütung durch einen gesondert abgeschlossenen Strukturvertrag.

Bis Jahresende 2007 zertifizierten sich nur rund 38 Prozent aller berechtigten Ärzte. Damit wurde das ehrgeizige Ziel der vollständigen Beseitigung aller Altgeräte nicht erreicht, da sich insbesondere diejenigen zertifizieren ließen, die bereits über moderne Geräte verfügen. Die Krankenkassen signalisierten daraufhin, dass sie eine freiwillige Lösung finanziell nicht mehr unterstützen würden. Indes sollte die Honorierung an qualitative Mindestanforderungen gekoppelt sein. Nach kurzen Verhandlungen wurde mit den Kassen gemeinsam die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung im Rahmen des Gesamtvertrags beschlossen. Danach erhalten seit Jahresbeginn alle zertifizierten

Ärzte die Regelvergütung ihrer Facharztgruppe sowie einen Aufschlag von 4,25 Euro je abgerechneter Ultraschalluntersuchung. Alle nicht-zertifizierten Ärzte hingegen bekommen nur noch einen Punktwert von 1,5 Cent oder 6,38 Euro je abgerechneter GOP 33042.

Die Ankündigung der qualitätsorientierten Vergütung zeigt bereits die erhoffte Wirkung. Im ersten Quartal 2008 wiesen insgesamt 1700 Haus- und Fachärzte ihre apparative und fachliche Qualität nach. Damit sind mittlerweile 5000 oder knapp 60 Prozent aller Ärzte zertifiziert. Allerdings variiert der Zertifizierungsgrad stark zwischen den einzelnen Facharztgruppen. Während bereits fast drei Viertel der hausärztlichen Internisten ihre Qualität nachgewiesen haben, sind nur knapp die Hälfte der fachärztlichen Internisten zertifiziert. Bei den Chirurgen ist es sogar nur ein Viertel.

Weitere Informationen zum QS-Programm Sonographie sind auch auf der Internetseite der KVB – [www.kvb.de](http://www.kvb.de) – in der Rubrik „Praxisinformationen“ unter dem Punkt „Qualitätssicherung“ zu finden.

Björn Podlaha (KVB)

# Zukunftsorientierte Versorgungsstrukturen in einer alternden Gesellschaft

**Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung steigt auch in Bayern deutlich an. Die damit einhergehenden Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung bedürfen neuer Versorgungskonzepte. Eine Pilotumfrage der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zeigt die Probleme bei der Umsetzung dieser Konzepte für die niedergelassenen Ärzte auf und liefert zugleich Lösungsansätze.**

Der Strukturwandel der Bevölkerung hat beträchtliche Auswirkungen auf den medizinischen Versorgungsbedarf. Die stärksten Bevölkerungszuwächse sind im Bereich der „golden agers“, also in älteren Bevölkerungsschichten zu erwarten. Diese Altersgruppe weist zugleich die höchste Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen auf. Prognosen der KVB ergeben, dass die Zahl der Behandlungsfälle bei bestimmten Diagnosen wie Demenz oder Herzinsuffizienz bis zum Jahr 2020 allein auf Grund der veränderten Alterszusammensetzung der Bevölkerung um mehr als ein Viertel bei gegebenem medizinischen Standard steigen wird. Dies stellt die vertragsärztliche Versorgung vor eine große Aufgabe (vgl. Abbildung).

Die adäquate gesundheitliche Versorgung älterer Menschen stellt nicht nur auf Grund des demografischen Wandels, sondern auch wegen Besonderheiten des Krankheitsverlaufs im Alter eine Herausforderung für die Beteiligten dar. Im Unterschied zur ersten Lebenshälfte sind Erkrankungen in der zweiten Lebenshälfte oftmals:

- chronisch und irreversibel,
- mit Multimorbidität verbunden,
- durch dauerhafte Einschränkungen der Körperfunktionen geprägt, die Auswirkungen auf die Lebensführung der Patienten haben.

Sie beeinflussen damit den gesamten sozialen Kontext des Betroffenen.

Bedarfsgerechte Konzepte für ältere Patienten erfordern folglich ein fachlich kompetentes, langzeitorientiertes Management der gesundheitlichen Versorgung durch den behandelnden Arzt. Ebenso hat die Gewährleistung einer kontinuierlichen und integrierten Versorgung im

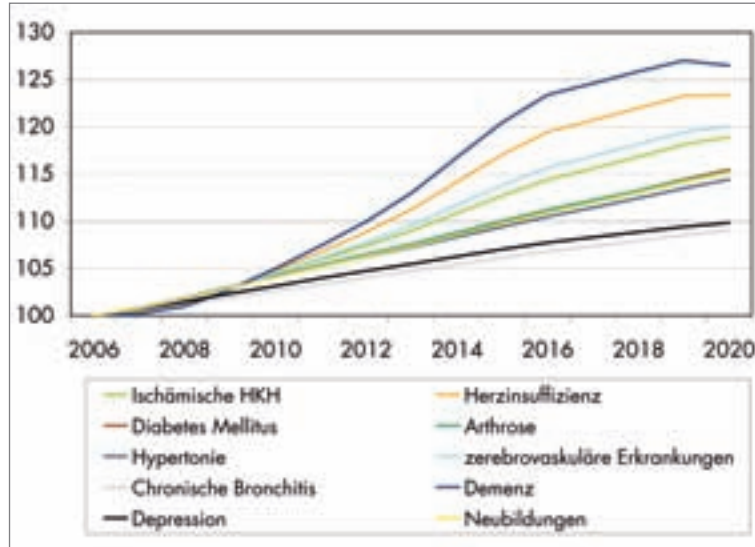


Abbildung: Prognostizierte prozentuale Veränderung der Fallzahlen im Zeitraum 2006 bis 2020.

Zusammenspiel ärztlicher und nichtärztlicher Therapeuten eine hohe Bedeutung.

Seit Jahren beschäftigen sich die Experten mit den wesentlichen Anforderungen an eine altersgerechte Versorgung. Instrumente und Strukturen wie geriatrische Assessments, präventive Hausbesuche, Telemonitoring oder der Einsatz interdisziplinärer geriatrischer Teams verbessern – wie Modellprojekte belegen – die gesundheitliche Betreuung älterer Menschen. Eine vollumfängliche flächendeckende Anwendung findet bisher dennoch nicht statt.

Eine im Februar 2008 von Seiten der KVB und der Westsächsischen Hochschule Zwickau durchgeführte Pilotumfrage unter den niedergelassenen Ärzten im Landkreis Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim befasste sich daher mit der Frage, in welchen Bereichen der Ärzte ein besonderer Unterstützungsbedarf bei der Umsetzung neuer Versorgungskonzepte besteht. Ein Ergebnis der Befragung ist, dass Hemmnisse bei der Umsetzung aus Sicht der Ärzte vorrangig im Bereich der organisatorischen und finanziellen Ausgestaltung bestehen. Den größten Bedarf an Unterstützung zur Realisierung neuer Versorgungskonzepte sehen die beteiligten Ärzte demzufolge bei der Sicher-

stellung der Rentabilität, der Entlastung von Verwaltungstätigkeiten und der vertraglichen Ausgestaltung der Konzepte. Weitere Bereiche, in denen der Bedarf an Hilfe mehrheitlich hoch bis sehr hoch eingeschätzt wird, sind die Finanzierung von Investitionskosten sowie die betriebswirtschaftliche Ausgestaltung der Initiativen.

Die Versorgungslandschaft wird weniger durch ein Defizit an empirischen wissenschaftlichen Erkenntnissen, einen Mangel an Realisierbarkeit oder an Wirksamkeit innovativer Versorgungsstrukturen geprägt. Vielmehr besteht die Notwendigkeit der Inanspruchnahme kompetenter Beratung und Unterstützung hinsichtlich der betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Ausgestaltung neuer Konzepte der gesundheitlichen Versorgung durch die Ärzte. Ob die Überwindung der genannten Hemmnisse durch den Ausbau der eigenen Kompetenzen oder die Bereitschaft, betriebswirtschaftliche und organisatorische Verantwortung abzugeben, erfolgt, liegt in der Hand des Einzelnen. Keinesfalls jedoch sollte die Möglichkeit, an der Gestaltung und Realisierung einer zukunftsorientierten Versorgung mitzuwirken, ungenutzt vergeben werden.

Teuvo Hänig (KVB)