

VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IST QUALITÄTSVERSORGUNG

SYSTEM DER AMBULANTEN QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG

KBV und 17 regionale KVen

Körperschaften mit hoheitlichen Aufgaben (Sicherstellungsauftrag, Gewährleistungspflicht) und Interessenvertretung

KBV vereinbart Qualitätsstandards im BMV-Ä/EBM mit GKV-SV

KVen haben gesetzliche Verpflichtung zur Förderung der Qualität



Institutionalisierte QS der KVen, zum Beispiel:

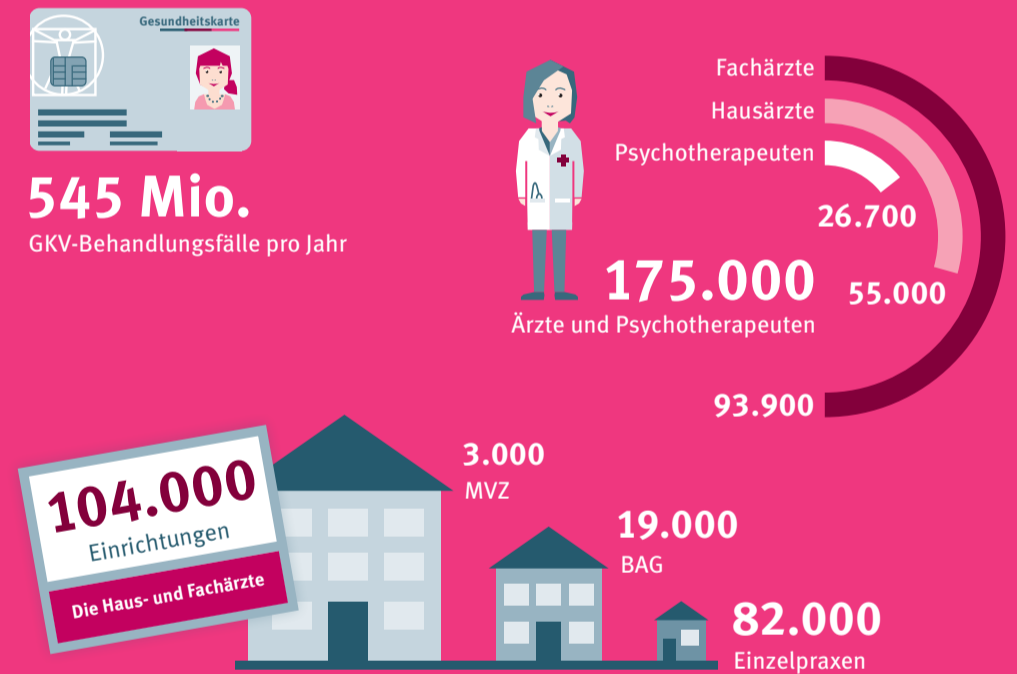
14.000 Einzelfallprüfungen der ärztlichen Dokumentation zu über **125.000** Patienten

Die 17 KVen sind Mitglieder der KBV

Abnahmeprüfung von insgesamt **> 140.000** Ultraschallsystemen

3.200 besonders erfahrene Ärzte arbeiten ehrenamtlich in QS-Kommissionen

Grunddaten zur ambulanten Versorgung



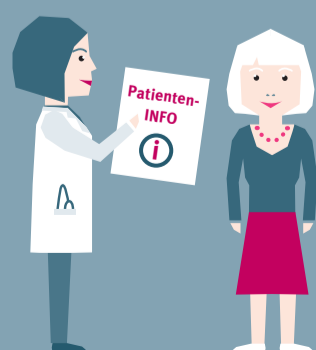
Grunddaten zur stationären Versorgung



Nationale Versorgungs-Leitlinien (NVL)/ÄZQ

Aufgaben des ÄZQ:

- Entwicklung von NVL (z. B. Diabetes, Kreuzschmerz)
- Evidenzbasierte Qualitätsentwicklung
- Patienteninformation und -leitlinien
- Patientensicherheit



Besonderheiten der ambulanten Versorgung

- vielfach chronische Erkrankungen mit langen Behandlungsverläufen
- Multimorbidität
- häufig Verdachtsdiagnosen/uneindeutige Beschwerdebilder
- psychosoziale Komponente
- häufige Arzt-Patienten-Kontakte
- Schnittstellenmanagement/Koordination
- wiederholte, intensive Kommunikation

Methodische Herausforderungen:

- oft keine klaren Endpunkte der Behandlung
- niedrige „Ereignis“-raten

Ø831 Behandlungsfälle pro Arzt/Psychotherapeut im Quartal



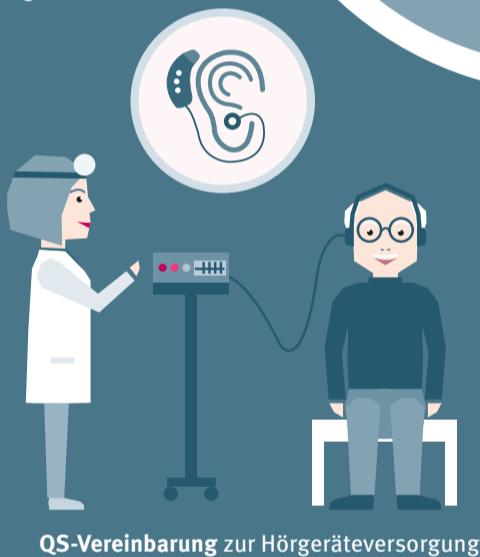
Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien

Vereinbarungen + Anlagen BMV-Ä (KBV/GKV-SV) sowie Richtlinien (G-BA)

50 Leistungsbereiche

- sanktionsbewehrt bis zum Genehmigungsentzug

- Beispiele:**
- Koloskopie
 - Ultraschall
 - Hörgeräteversorgung
 - Ambulantes Operieren
 - Schmerztherapie
- Instrumente:**
- Einzelfallprüfungen mittels Stichprobe
 - Frequenzregelungen (Mindestmengen)
 - gerätebezogene Prüfungen
 - Praxisbegehungen
 - Kolloquien
 - Re-Zertifizierungen
 - Rückmeldesysteme/Feedbackberichte



⊕ Zusätzlich Verfahren der sQS

- Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
- Postoperative Wundinfektionen
- Nierenersatztherapie
- weitere Verfahren werden folgen



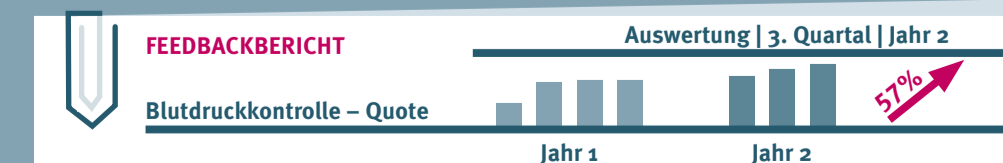
Qualitätsmessung und Transparenz

Externe Transparenz

- jährliche Qualitätsberichte der KBV und 17 KVen

AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

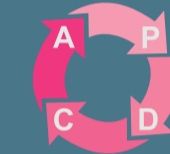
- 48 QI zu Aspekten ambulanter Versorgungsqualität



Qualitätsmanagement/ QEP®

Einrichtungsinernes QM:

- patientenorientierte Prozessoptimierung
- für alle Praxen/MVZ verpflichtend
- insgesamt **29.000** Stichprobenprüfungen durch KVen, Bewertung durch QM-Kommissionen



Unterstützungsangebote der KBV/KVen:

- QEP-Einführungssseminar®: **> 34.000** Teilnehmer
- QEP-Qualitätsziel-Katalog®
- QEP-Manual®
- optionale Zertifizierung

Patientenbefragung

- Qualität aus Patientenperspektive (ZAP/ eZAP)



Qualitätszirkel/ Peer Review

Selbstbestimmte, freiwillige Lehr-Lern-Gruppen

Ziel: kritische Reflexion und Weiterentwicklung eigener Tätigkeit, Versorgungsqualität und Patientensicherheit

8.400 Qualitätszirkel
67.000 Teilnehmer



Qualifikation/ Zugangsvoraussetzung

Facharztanerkennung bzw. Abschluss in einem Psychotherapie-RL-Verfahren (Facharztstatus)

- Weiterbildungsordnung definiert Mindestzahlen

Akkreditierung/Qualifikationsnachweise für genehmigungspflichtige Leistungen

50% der Leistungen des EBM sind spezifisch qualitätsgesichert und sanktionsbewehrt

Nachweis einer kompetenzsichernden Fortbildung

- > 250 CME-Fortbildungspunkte in fünf Jahren
- sanktionsbewehrt

Ich habe mich **12 Jahre** qualifiziert!



98% CME-Erfüllungsgrad

Disease Management Programme (DMP)

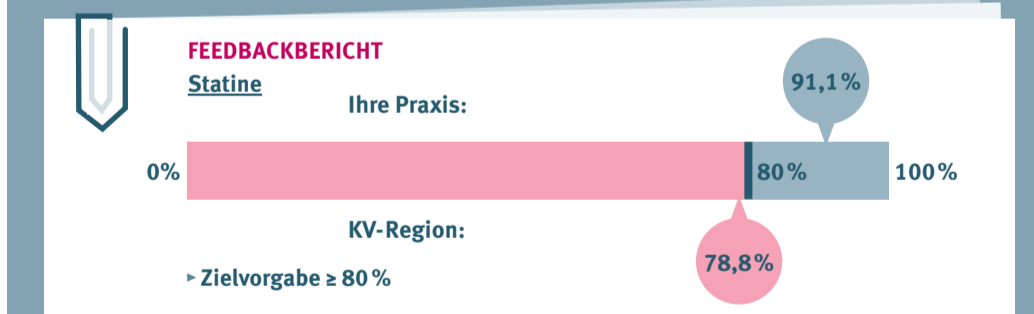
Strukturierte, evidenzbasierte Versorgungsprogramme für chronisch Erkrankte mit Zielvorgaben

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- koronare Herzkrankheit (KHK)
- Asthma bronchiale
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Herzinsuffizienz
- chronischer Rückenschmerz
- Depression
- Osteoporose
- rheumatoide Arthritis

8,2 Mio. DMP-Patienten insgesamt

Messung mit Qualitätsindikatoren

Feedbackberichte für Ärzte



Peer Review

Vor-Ort-Besuch in der Praxis durch Kollegen und fachlicher Austausch zum Praxishandeln in strukturiertem Prozess



SYSTEM DER AMBULANTEN QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG

ABKÜRZUNGEN

ambulant = vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung
stationär = nur Krankenhausversorgung

ÄK: Ärztekammer	ISO: Internationale Organisation für Normung
ÄZQ: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung
AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	KHK: koronare Herzkrankheit
BAG: Berufsausübungsgemeinschaft	KV: Kassenärztliche Vereinigung
BÄK: Bundesärztekammer	MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum
BMV-Ä: Bundesmanteilvertrag Ärzte	NVL: Nationale VersorgungsLeitlinien
CIRSmedical: Critical Incident Reporting-System des ÄZQ	PDCA: Plan-Do-Check-Act-Zyklus nach Deming
CME: Continuing Medical Education	PIK: Psychotherapeutenkammer
CoC: Kompetenzzentrum	QEP: Qualität und Entwicklung in Praxen
COPD: chronisch obstruktive Lungenerkrankung	QI: Qualitätsindikator
DMP: Disease Management Programm	QM: Qualitätsmanagement
EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab	QS: Qualitätssicherung
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss	QZ: Qualitätszirkel
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung	SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
GKV-SV: Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung	SQS: sektorenübergreifende Qualitätssicherung
HIV: Humanes Immundefizienz-Virus	RL: Richtlinie
	ZAP: Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive

IMPRESSUM

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Dezernat Versorgungsqualität, Dr. med. Franziska Diel, VQ@kbv.de

Gestaltung: SCHÖN UND MITTELHAUFE | Studio für Gestaltung, www.s-und-m.de

Druck: Motiv Offset NSK GmbH

Stand: Dezember 2020; Bezugsjahr der Daten i. d. R. 2018; Zahlenangaben gerundet

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

KBV und 17 regionale KVen

Die KBV ist die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf Bundesebene. Als **Körperschaft des öffentlichen Rechts** ist sie Teil der ärztlichen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die 17 regionalen KVen sind die Mitglieder der KBV. Die KBV ist **Vertragspartner**

der gesetzlichen Krankenkassen und sonstiger Träger der Krankenversicherung. Zentrale Aufgabe der KVen und der KBV ist die **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung** (§ 75 SGB V). Im **System der ambulanten Qualitätssicherung und -förderung** nehmen KBV und KVen eine Schlüsselstellung ein (§ 135b SGB V).

Grunddaten zur ambulanten Versorgung

Die vertragsärztliche Versorgung wird durch niedergelassene Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten, angestellte **Ärzte/Psychotherapeuten** sowie ermächtigte Krankenhausfachärzte sichergestellt. 2018 waren dies ca. **93.900 Fachärzte, 55.000 Hausärzte sowie 26.700 psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**. Sie versorgen ihre Patienten in Einzelpraxen und zunehmend in kooperativen Strukturen (z. B. BAG oder MVZ). Jährlich gibt es **545 Mio. Behandlungsfälle** (Behandlung eines Patienten durch eine Praxis in einem Quartal) zu Lasten der GKV. Das sind fast 30-mal so viele wie im Krankenhaus.

Dabei unterliegt die Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung einem **Erlaubnisvorbehalt**: Eine Leistung darf nur abgerechnet werden, wenn sie vom G-BA in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wurde. Im Gegensatz dazu besteht im stationären Sektor ein **Verbotsvorbehalt**: Eine Leistung darf so lange abgerechnet werden, solange sie nicht aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen wurde. Anders als im stationären Sektor, der durch Krankenkassen und Länder dual finanziert wird, müssen im vertragsärztlichen Sektor alle **Investitionskosten** aus der ärztlichen Vergütung finanziert werden.

Rechtsnormen

Die Tätigkeit der Vertragsärzte/-psychotherapeuten als selbständige Freiberufler unterliegt mehr als **200 Rechtsnormen** (Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Verträge, Vereinbarungen). Zu den wichtigsten zählen: SGB V, Zulassungsverordnung, Berufsordnungen, Hygieneverordnungen, Datenschutzgesetz Bund/Länder (unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)), Bundesmanteilvertrag. Der Bereich der Qualitätssicherung und -förderung wird im Wesentlichen durch das **SGB V** geregelt. Zentrale Paragraphen hierzu sind: § 70 Qualität und Wirtschaftlichkeit, § 75 Sicherstellung/Gewährleistung, § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(QS-Vereinbarungen KBV / GKV-SV), § 135a Verpflichtung zur QS/QM, § 135b Förderung der Qualität durch KVen/Qualitätsziele/Qualitätsprüfung, § 136 Richtlinien und Beschlüsse zur QS durch den G-BA, § 136a Umsetzung der QS und Qualitätsdarstellung/QM-RL, § 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, § 137b Aufträge des G-BA an das Institut nach § 137a, § 137f Strukturierete Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten. Als Normgeber im Gesundheitswesen erlässt der **G-BA** sektorspezifische und zunehmend sektorenübergreifende QS-Richtlinien zur Ausgestaltung der medizinischen Versorgung.

Qualifikation / Zugangsvoraussetzung

Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung ist eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt bzw. eine abgeschlossene Ausbildung zum Psychotherapeuten (**Facharztstatus bzw. Fachkundenachweis**) gemäß Weiterbildungsordnungen der Berufskammern. Die Dauer der Aus- und Weiterbildung liegt für Fachärzte i. d. R. zwischen 12–14 Jahren. Darüber hinaus unterliegen Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowohl durch ihre Berufsordnungen als auch durch das SGB V der Pflicht zu einer

kontinuierlichen, kompetenzsichernden Fortbildung. Alle fünf Jahre müssen sie gegenüber ihrer KV mindestens 250 Fortbildungspunkte nachweisen. Anders als im stationären Sektor schreibt das Gesetz bei Nicht-Erfüllung der Fortbildungspflicht **Sanktionen** in Form von Honorarkürzungen bis hin zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung vor. Etwa die Hälfte der abrechenbaren EBM-Leistungen unterliegen spezifischen Qualitätsanforderungen, die gegenüber der KV nachgewiesen werden müssen (**Akkreditierung/Genehmigungsvorbehalt**).

Besonderheiten der ambulanten Versorgung

Das **Spektrum der ambulanten Versorgung** erstreckt sich von haus- und fachärztlicher Grundversorgung bis hin zu hochspezialisierten Leistungen. In die über **100.000 Praxen**

(meist Einzelpraxen) kommen häufig Patienten mit unklaren Beschwerden. Eine eindeutige Diagnose kann häufig erst im Verlauf gestellt werden. Typisch ist die intensive Beziehung

zu diesen Patienten mit häufigen Arzt-Patienten-Kontakten, teilweise über sehr lange Zeiträume. Viele Patienten sind **chronisch und/oder mehrfach erkrankt**. Damit verbunden sind eine wiederholte, zeitintensive Arzt-Patienten-**Kommunikation und Koordinationsaufgaben** an den Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen. Für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung spielen zudem **psychosoziale Aspekte** eine wichtige Rolle.

Für die **Messung und Darstellung** auf Ebene der Ergebnisqualität ergeben sich aus diesen Charakteristika besondere Herausforderungen. Anders als im Krankenhaus lassen sich häufig keine klaren Endpunkte der Behandlung definieren. Komplikationen und Krankheitsfolgen (z. B. Schlaganfälle, Herzinfarkte) können aufgrund niedriger Ereignisraten und der uneindeutigen Zuschreibbarkeit (d. h., wer trägt die Verant-

wortung für das Ergebnis) nicht als Parameter für einzelne Praxen herangezogen werden. Daher, und um die Patientensicherheit bestmöglich zu gewährleisten, liegt der Fokus der ambulanten QS vor allem auf Struktur- und Prozessqualität.

Damit sie wirkungsvoll und nachhaltig sind, müssen Qualitätssicherung und -förderung auf **die Besonderheiten** der ambulanten Versorgung zugeschnitten sein. **Freiwillige Qualitätsinitiativen** sind Ausdruck der intrinsischen Motivation der Niedergelassenen zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Daher sollte solchen Eigeninitiativen der Vorrang vor verpflichtenden Maßnahmen gegeben werden bzw. sollten sie mit diesen ausgewogen kombiniert werden. Nur in manchen Fällen können methodische Ansätze aus der stationären QS auf die ambulante Versorgungssituation übertragen werden.

Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien

Weite Teile der ambulanten Versorgung unterliegen einer verpflichtenden Qualitätssicherung. Im Fokus stehen dabei eine **effektive, effiziente und sichere Patientenbehandlung**. Die KVen setzen die Vorgaben zur QS entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag um. Dabei nutzen sie ein breites Spektrum unterschiedlicher Instrumente, die zielgerichtet ausgewählt und kombiniert werden.

Grundlagen der meisten QS-Maßnahmen im vertragsärztlichen Bereich sind **bundesweit einheitliche QS-Vereinbarungen** gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Geschlossen werden sie von den **Partnern des BMV-Ä (KBV/GKV-SV)**. Fester Bestandteil solcher Vereinbarungen ist die Festlegung von Anforderungen an die Versorgungsqualität, insbesondere zur Strukturqualität (z. B. Nachweis besonderer Qualifikationsvoraussetzungen, Gerätequalität, Praxisausstattung), aber auch zu prozess- und ergebnisbezogenen Kriterien. Die Einhaltung der Vorgaben wird regelhaft und systematisch durch die KVen überprüft. **Sanktionen** sind im Regelwerk definiert und reichen von Beratungen, Wiederholungsprüfungen, Auflagen zur Mängelbeseitigung, Nichtvergütung der Leistungen bzw. Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen bis hin zum Widerruf der Abrechnungsgenehmigung (2016: 470, 2017: 410, 2018: 525 Widerrufe). QS-Regelungen bestehen aktuell für ca. **50 Leistungsbereiche** (z. B. zytologische Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung, spezialisierte Versorgung von Patienten mit HIV/Aids, Hörgeräteversorgung oder Versorgung chronisch Schmerzkranker).

Hinzu kommen die derzeit elf Krankheitsbilder der DMP. Kompetenzzentren des KV-Systems wie das **CoC „Hygiene und Medizinprodukte“** unterstützen die Niedergelassenen bei der Umsetzung der Qualitätsanforderungen.

Zusätzlich gibt es Vorgaben zur QS durch **Richtlinien des G-BA** (z. B. QM-RL, Qualitätsbeurteilungs-RL zu verschiedenen Verfahren der bildgebenden Diagnostik, Qualitätsprüfungs-RL vertragsärztliche Versorgung). Neben der etablierten sektorspezifischen Qualitätssicherung legen komplexe Versorgungspfade und die Vernetzung der Versorgungsstrukturen eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Betrachtung nahe. Der Gesetzgeber hat den G-BA verpflichtet, dazu entsprechende Regelungen (sektorenübergreifende QS-Richtlinien) zu erlassen. Seit dem 1. Januar 2019 ist die „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)“ bindend. Sie hat die „Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)“ abgelöst.

Bislang liegen drei sektorenübergreifende QS-Verfahren mit vertragsärztlicher Beteiligung vor: „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)“, „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“ sowie „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)“. Weitere Verfahren sind in Planung bzw. Entwicklung.

Qualitätsmanagement / QEP®

Alle Praxen und MVZ sind **verpflichtet**, einrichtungsintern QM einzuführen und weiterzuentwickeln. Die KVen prüfen den Umsetzungsstand durch Stichproben, deren Ergebnisse QM-Kommissionen bewerten. Ein zusammenfassender Bericht wird vom G-BA veröffentlicht.

Zur Förderung der ambulanten Versorgungsqualität gemäß § 135b SGB V haben KBV und KVen ein spezifisch auf die ambulante Versorgung zugeschnittenes QM-Verfahren entwickelt: **„QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen“®**. Ca. **ein Drittel** aller Praxen und MVZ nutzt QEP als Grundlage ihres internen QM. KBV und KVen stellen dazu zahlreiche

Unterstützungsangebote zur Verfügung: Einführungsseminare und Schulungen, QEP-Qualitätsziel-Katalog und QEP-Manual, zur freiwilligen Qualitätsdarlegung das QEP-Zertifizierungsverfahren oder das Online-Tool „Mein PraxisCheck“ (u. a. zu Datenschutz und Informationssicherheit, Hygiene, Impfen und Patientensicherheit). Die Webapplikation wurde ca. 163.000 Mal genutzt. (www.kbv.de/qep)

Für die Durchführung von **Patientenbefragungen** steht mit ZAP („Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“) ein validiertes Instrument in verschiedenen Sprachen als Papier- und Online-Version (eZAP) zur Verfügung.

Disease Management Programme

DMP sind **strukturierte Behandlungsprogramme gemäß §§ 137f und g SGB V für chronisch kranke Menschen**. Behandlungsempfehlungen auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien und die Stärkung des Selbstmanagements der Patienten bilden die Basis eines gezielten arzt- und sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist die **Mitarbeit der Patienten**. Dazu legen Ärzte und Patienten **gemeinsam Therapieziele** fest. Die Qualitätssicherung basiert auf einer standardisierten Dokumentation. Über **Feedbackberichte** erhalten die Ärzte eine Möglichkeit zur Einschätzung der Versorgungslage der eigenen Patienten, auch im **Vergleich zur eigenen KV-Region**. Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme werden vom G-BA als Richtlinie erlassen und regional in Verträgen, zwischen Krankenkassen und KVen, umgesetzt.

Derzeit bestehen DMP für die **Indikationen** Diabetes mellitus Typ 2 (4,2 Mio. eingeschriebene Patienten), koronare Herzkrankheit (KHK; 1,9 Mio.), Asthma bronchiale (1,0 Mio.), chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD; 0,8 Mio.), Diabetes mellitus Typ 1 (0,2 Mio.) sowie Brustkrebs (0,1 Mio.). Der G-BA hat für weitere Indikationen (chronische Herzinsuffizienz, chronischer Rückenschmerz, Depression, Osteoporose und rheumatoide Arthritis) Anforderungen für DMP beschlossen. Insgesamt sind ca. **8,2 Mio. Einschreibungen in DMP** (z. T. Mehrfacheinschreibungen) zu verzeichnen. Die Teilnahme an DMP ist für Ärzte und Patienten freiwillig. Für das größte DMP Diabetes mellitus Typ 2 besitzen beispielsweise fast 50 000 Vertragsärzte eine Teilnahmegenehmigung.

Qualitätszirkel (QZ)/Peer Review

Vertragsärztliche Qualitätszirkel gelten seit über 25 Jahren als eine anerkannte, auf **ärztlicher Eigeninitiative** beruhende Methode der QS und Fortbildung. Im **Austausch mit Kollegen** reflektieren Ärzte und Psychotherapeuten ihre Versorgungstätigkeit mit dem Ziel der kontinuierlichen Weiterentwicklung von **Qualität und Patientensicherheit**. QZ basieren auf dem Gedanken des Peer Reviews.

Sepsis, Notfallmanagement, Ethikberatung im QZ) inkl. didaktischer Materialien stehen zur Verfügung. Bundesweit engagieren sich knapp **6.800 Moderatoren** in mehr als **8.400 Zirkeln**, an denen ca. **67.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten** teilnehmen.

Die KBV unterstützt QZ durch ein Konzept der Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkel-Tutoren und -Moderatoren, das im **KBV-Handbuch QZ** niedergelegt ist. Über **40 thematische Module** (z. B. Patientenfallkonferenz, Pharmakotherapie, Hygienemanagement, Palliativversorgung,

Peer Review mit Vor-Ort-Besuch in der Praxis durch Fachkollegen dient ebenfalls der strukturierten, kritischen (Selbst-)Reflexion. Die KBV unterstützt die Etablierung dieser Methode in der ambulanten Versorgung durch Empfehlungen für Praxen, Arztnetze und QZ, Informations- und Kommunikationsangebote sowie die Förderung von Projekten.

Qualitätsmessung und Transparenz

Über das **Messen, Bewerten und Darstellen** von Qualitätsaspekten können Qualitätsverbesserungspotenziale identifiziert und Veränderungen eingeleitet werden (PDCA-Zyklus). KVen und KBV bieten mit ihren **Qualitätsberichten** seit mehr als zehn Jahren eine gut etablierte externe Qualitätstransparenz. Zu **mehr als 50 Themen** und Leistungsbereichen der vertragsärztlichen Versorgung wird jährlich

detailliert über Art, Umfang und Ergebnis von Qualitätsförderungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen sowohl auf Bundesebene als auch auf KV-Ebene transparent berichtet.

Ferner hat die KBV mit dem Indikatorenset **„AQIUK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“** ein Set von 48 validen QI für die ambulante Versorgung bereitgestellt.

Nationale VersorgungsLeitlinien/ÄZQ

Das **Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)** ist ein gemeinsames Kompetenzzentrum von KBV und BÄK und stellt evidenzbasierte Informationsangebote zur Verfügung. Dazu zählt das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL), an dem sich außerdem die AWMF beteiligt.

KHK, Kreuzschmerz, Unipolare Depression und Hypertonie (in Erstellung). Zu jeder NVL werden eine Kurzfassung, eine **Patientenleitlinie**, ein Leitlinienreport und Praxis-hilfen publiziert.

Nationale VersorgungsLeitlinien sind **evidenzbasierte ärztliche Entscheidungs-hilfen** für die strukturierte medizinische Versorgung. Aktuell gibt es NVL zu den Themen Asthma, COPD, Diabetes (Fuß- und Netzhautkomplikationen, Neuropathie, Nierenerkrankungen, strukturierte Schulungsprogramme und Therapie), Herzinsuffizienz, Chronische

Im Portal Patientensicherheit-Online.de veröffentlicht das ÄZQ aktuelle Informationen und Projekte zum Thema Patientensicherheit. Das gehört **CIRSmedical.de** – eine freiwillige Initiative der Ärzteschaft. Das anonyme Berichts- und Lernsystem ermöglicht, von kritischen Ereignissen und Fehlern zu berichten und daraus zu lernen. (www.aezq.de)