

4. Die Leistungen dürfen nur von speziell fort- bzw. ausgebildeten Ärzten verordnet und von speziell ausgebildeten fort- bzw. weitergebildeten Pflegefachkräften zu Lasten der GKV erbracht werden. Näheres entscheiden die Krankenkassen in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern.

Wer sich in diesem Bereich positionieren will, muss eigene Pflegefachkräfte palliativmedizinisch fort- bzw. weiterbilden und lokal mit den entsprechend qualifizierten Ärzten und anderen Experten zusammenschließen, um so genannte Palliativ-Care-Teams zu bilden. Diese Palliativ-Care-Teams können dann mit den Krankenkassen entsprechende Verträge schließen. Es gilt also Netzwerke zu bilden.

**Mitgeteilt durch:** Rechtsanwalt Dr. Johannes Groß, Fachanwalt für Sozialrecht, Danziger Straße 56, 10435 Berlin, Telefon: 030/44 03 30-25, Fax: 030/44 03 30-22, e-mail: RA-Gross@danziger56.de, Internet: [www.pflegerechtsberater.de](http://www.pflegerechtsberater.de)

### **Helfen Sie Ihren Ärzten! Ein ernst gemeinter Appell!**

Vielen Pflegediensten ist noch nicht bekannt, dass auch Kassenarztpraxen gesetzlich zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems verpflichtet sind.

Nun werden Sie vielleicht sagen „Schön dass es die auch (mal) trifft, aber was hat das mit meinem Pflegedienst zu tun?“. Hier tun sich evtl. mittel-/langfristige Probleme aber auch bislang ungeahnte Chancen auf, dazu später mehr.

#### **Zur Vorgeschichte:**

Seit der Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches (Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung) zum 01.01.2004 sind nach § 135 a SGB V auch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (Kassenarztpraxen), Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren (MVZ) zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems verpflichtet sind. Für diesen Bereich wurde in § 136 a bestimmt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) näheres, beispielsweise verpflichtende Maßnahmen und Anforderungen an ein internes QM-System, in Richtlinien festlegt.

#### **Die Richtlinie:**

Die Richtlinie des GBA über „Grundsätzliche Anforderung an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische

Versorgungszentren“ („Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“) wurde im Oktober 2005 veröffentlicht und trat am 01.01.2006 in Kraft.

Hierin wird detailliert beschrieben, was die Ziele (§ 2), die Grundelemente (§ 3) und Werkzeuge (§ 4) eines internen QM-Systems sind. Der generelle Zeitrahmen (§ 5) und die Phasen der Einführung und Weiterentwicklung (§ 6) können sie der Tabelle „Fahrplan“ entnehmen.

Die §§ 7 und 8 beschäftigen sich mit der Überprüfung und Bewertung der Umsetzung der QM-Systeme in den Praxen und MVZ. Im Gegensatz zum Krankenhaus oder zur Ambulanten sowie Stationären Pflege, kommt hier aber nicht der MDK zum Einsatz, sondern eine von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV / Selbstverwaltung der Kassenärzte) eingesetzte QM-Kommissionen aus mindestens drei (3) besonders qualifizierten Mitgliedern, plus einem (1) Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen/Ersatzkassen. Die KV'en müssen jährlich mindestens 2,5 % der Vertragsärzte überprüfen, in dem sie „Stellungnahmen zum Umsetzungsgrad und zu den ergriffenen QM-Maßnahmen“ bei den Praxen abfordern, ggf. kann sie auch Ärzte vor die QM-Kommission „zitieren“. Mehrheitlich bewerten und entscheiden sie dann, ob die geplanten bzw. umgesetzten Maßnahmen die inhaltlichen Vorgaben der Richtlinie erreichen, dabei sind Besonderheiten einzelner Praxen zu berücksichtigen

Sanktionen für das Nichterreichen der „Qualitätsvorgaben der Richtlinie“ gibt es (noch) nicht (s. § 9), aber eben auch (noch) keine Belohnungsanreize für Ärzte, die schon erfolgreich ein QM-System (ob ohne oder mit Zertifikation) eingeführt haben. Daran könnte sich aber etwas ändern, wenn das Honorarsystem der KV'en zum Jahr 2009 (Bestandteil der jetzigen Gesundheitsreform) umgestellt wird. Andeutungen in diese Richtung wurden schon verschiedentlich gemacht.

Die Ergebnisse der Überprüfungen werden statistisch erfasst, ausgewertet und über die KBV an den GBA übermittelt. Dieser überprüft, erstmals ab 2011, „die Wirksamkeit und den Nutzen des QM im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragärztlichen Versorgung“ (§ 9) und entscheidet dann über die Zulassung (Akkreditierung) von QM-Systemen, d.h. Zertifizierungen die als Äquivalent zur Prüfung anerkannt werden, und über die Notwendigkeit von Sanktionen (s.o.).

**Probleme und Chancen für die Ambulante Pflege:**  
Die Gesetzänderung hat zu teils heftigen Diskussionen in der Ärzteschaft geführt. Während die einen die QM-

Richtlinien als „eine weitere bürokratische Zumutung, die Zeit und Geld kostet“ verteufeln, sehen die anderen darin Chancen, da sich ein „QM-System auf die medizinische Qualität der Arbeit und auch auf den wirtschaftlichen Erfolg (Anm.: Privatleistungen steigen; Kosten sinken) der Praxis positiv auswirkt“ und sich damit auch „Wettbewerbsvorteile ergeben“ beim zunehmend enger werden Markt nach Öffnung der Krankenhäuser und MVZ für die ambulante Versorgung.

Es wird daher vermutlich zwei Gruppen von Praxen geben, die unterschiedlich agieren werden. Die einen werden kaum bis gar nichts machen, da die Kontrolldichte scheinbar gering ist, es bislang keine Sanktionen oder Belohnungen gibt, oder weil man in ein paar Jahren die Praxis sowieso aus Altersgründen aufgeben muss und Nachfolger (an die man „verkaufen“ kann) kaum in Sicht sind.

Die anderen werden aktiv und führen so früh wie möglich ein QM-System, wahrscheinlich sogar mit Zertifizierung, ein, denn für sie steht fest: „QM macht Praxen zukunftssicherer“ und „QM ist ein Mehrwert für die Praxis“.

Wenden wir uns der zweiten Gruppe zu. Diese haben meist schon mit der Entwicklung und Einführung begonnen, insbesondere wenn sie beispielsweise schon früher durch Hausarztverträge, integrierte Versorgungsprojekte, oder Disease Management Programme (DMP) bereits dazu verpflichtet waren.

#### **Wo liegen denn die konkreten Chancen?**

Nach § 2 der Richtlinie ist es Ziel eines QM „alle an der Versorgung Beteiligten angemessen einzubeziehen. Das setzt eine strukturierte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung voraus.“ Weiter heißt es in § 3: „Grundelemente eines QM sind im Bereich Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation die Gestaltung von Kommunikationsprozessen und Informationsmanagement sowie Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung“, u.a. mittels „Prozess- und Ablaufbeschreibungen und Durchführungsanleitungen“ (§ 4).

Und hier kommt der Ambulante Pflegedienst ins Spiel. Werden Sie aktiv und gehen Sie auf die Praxen zu, gerade wenn Sie schon langjährige Erfahrung im QM haben.

Bieten Sie Ihre Hilfe bei den Sie betreffenden Bereichen an, wie beispielsweise Verordnungs- und Medikamentenmanagement, Durchführungsstandards in der Krankenpflege, aber auch bei Themen wie Überleitung und Patiententransport. Je enger Sie in die Erarbeitung und

Umsetzung eingebunden sind, umso unkomplizierter wird Ihre spätere Zusammenarbeit. Die Zeit die Sie hierfür aufwenden müssen, ist sicherlich gut investiert.

#### **Was droht andernfalls?**

Die Praxen entwickeln eventuell Ablaufbeschreibungen für das Management der Nahtstelle zur Pflege und ggf. auch Durchführungsstandards, die nicht zu denen des Pflegedienstes passen. Dann müssen Sie Ihre Abläufe evtl. alle plötzlich umstellen und daran anpassen, oder es kann auch sein, dass die Praxis sich einen anderen Kooperationspartner als Pflegedienst sucht, nämlich den, dessen Abläufe besser mit denen der Praxis harmonisieren.

Bei Praxen die auch eine Zertifizierung anstreben (wird bislang zwar nicht verlangt, kann aber ab 2011 eventuell die „Prüfungen“ der KV'en (§ 9) ersetzen, bzw. wird vielleicht Voraussetzung für ein „Belohnungssystem“ (s.o.)), droht aber noch eine andere Gefahr, auch wenn Sie als Pflegedienst vorher an der Erarbeitung des QM-Systems mitgewirkt haben und mit ihr kooperieren. Die Gefahr besteht darin, dass einige Zertifizierungssysteme vorschreiben, nur noch mit ebenfalls zertifizierten Pflegediensten zusammen zu arbeiten. Diese Tendenz war in der Vergangenheit immer wieder in der Industrie zu beobachten und wird auch wohl in der Pflege stattfinden, auch wenn ich persönlich hier rechtliche Bedenken habe, wegen der möglichen Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten.

Wenn Sie jedoch mit der Praxis zusammen an der Erarbeitung des QM-Konzeptes arbeiten, erfahren Sie das frühzeitig und können entsprechend eher reagieren, als wenn sie nicht an diesem Prozess beteiligt sind.

#### **Was gilt es sonst noch zu beachten:**

Da Sie in der Regel nicht nur mit einer Praxis zu tun haben, sondern mit vielen, werden Sie diese Hilfe auch mehreren Praxen anbieten müssen. Vielerorts existieren auch schon praxisübergreifende ärztliche Qualitätszirkel, so dass Sie eventuell hierüber auch gleich mehrere Praxen erreichen können!

#### **§ 135 a SGB V – Verpflichtung zur Qualitätssicherung**

1. Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
2. Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorge-

leistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,

- sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
- einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

## § 136a SGB V – Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

## „Fahrplan“ der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

In Kraft treten: 01.01.2006

Einführung und Weiterentwicklung des QM-Systems in 3 Phasen:

Phase 1 – „Planung“:  
bis spätestens 31.12.2007

Phase 2 – „Umsetzung“:  
max. 2 Jahre nach Phase 1 und spätestens bis 31.12.2009

Phase 3 – „Überprüfung“:  
max. 1 Jahr nach Phase 2

QM-Kommissionen: ab spätestens 01.04.2007

Prüfungen durch die KV'en:  
von den meisten ab 01.01.2007 vorgesehen

Evaluation durch GBA: ab 01.01.2011

Mitgeteilt durch: Gerd Nett, System & Praxis  
Gerd Nett, Nordstraße 52, 53520 Wershofen,  
Telefon: 02694/911528, Fax: 02694/911628, e-mail:  
Gerd.Nett@SysPra.de, Internet: www.SysPra.de

Erstveröffentlichung in der Zeitschrift „Häusliche Pflege“, Ausgabe Mai 2007, [www.vincentz.net/haeuslichepflege/index.csm](http://www.vincentz.net/haeuslichepflege/index.csm)

## Unternehmensführung

### 3 x 10 goldene Verhandlungsregeln

von Gerhard Reichel, Institut für Rhetorik, Forchheim

**„Man sollte die Wahrheit dem anderen wie einen Mantel hinhalten, dass er hineinschlüpfen kann – nicht wie ein nasses Tuch um den Kopf schlagen.“**

Max Frisch

In Verhandlungen gilt: Wer andere klein macht, ist selbst nicht groß! Wer andere groß macht, wächst mit und gewinnt Vertrauen. Und doch stellen sich Menschen immer wieder die Frage: Habe ich wirklich das Beste für mich herausgeholt oder hat die Gegenseite mich „über den Tisch gezogen“? Allzu harte Verhandlungspartner schauen oft nur auf den Inhalt und nicht auf den Menschen „auf der anderen Seite“ – Ziel ist der alleinige Sieg. Andere wollen den Gesprächspartner auf keinen Fall verletzen und verzichten deshalb lieber generell darauf, ihr Ziel zu erreichen. Erfolgreich verhandeln bedeutet, hart in der Sache zu blei-

ben, ohne die Beziehung zur anderen Seite zu gefährden. Hüten Sie sich vor veralteten „Neandertal-Strategien“, indem Sie andere angreifen. Bieten Sie Nutzen, gewinnen Sie Verbündete. Der Rhetorik-Trainer Gerhard Reichel vom Institut für Rhetorik in Forchheim ([www.gerhardreichel.de](http://www.gerhardreichel.de)) hat in seiner mehr als 30-jährigen Tätigkeit als Seminarleiter 30 wertvolle Regeln des erfolgreichen Verhandelns zusammengetragen:

1. Bereiten Sie sich besser vor als Ihr Partner.
2. Stimmen Sie sich optimistisch ein.
3. Betonen Sie in der Kontaktphase gemeinsame Interessen.
4. Behandeln Sie zuerst Teilfragen, in denen gute Einigungsmöglichkeiten bestehen.
5. Vermeiden Sie, sich und den Partner in der Einleitungsphase zu früh festzulegen.
6. Überlegen Sie, wofür Sie dem Partner danken können.
7. Ehrliche Anerkennung festigt den Kontakt (keine billigen Komplimente).

