



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg



Qualitätsbericht 2012

Inhalt

1.	Grußwort	3
2.	Ambulante Qualitätssicherung	4
2.1	Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens	6
2.2	Übersicht der Genehmigungsbereiche	7
2.2.1	Rechtsgrundlagen der Qualitätssicherung	8
2.3	Arztstruktur	16
3.	Qualitätssicherungs-Instrumente und Ergebnisse	19
3.1	Qualitätskommissionen	19
3.2	Prüfung vonGenehmigungsvoraussetzungen	19
3.3	Eingangsprüfung	20
3.4	Kolloquien/Beratung	20
3.5	Frequenzregelungen	20
3.6	Rezertifizierung/Wartungsnachweise/Ringversuche/Abnahme- und Konstanzprüfungen	21
3.7	Hygieneprüfungen/Praxisbegehungen	21
3.8	Einzelfall- und Dokumentationsprüfungen durch Stichproben	22
3.9	Feedbacksysteme	23
3.10	Kontinuierliche Fortbildung/Qualitätszirkel	24
3.11	Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V	24
3.12	Praxisinternes Qualitätsmanagement	25
3.12.1	QEP	27
3.12.2	QEP-Filme auf KV-on	28
4.	Qualitätsförderung – aktuell	29
4.1	Molekulargenetik	29
4.2	Hörgeräteverordnung	29
4.3	elektronische Dokumentation (eDoku)	31
4.4	MRSA	32
4.5	Sonographie der Säuglingshüfte	33
4.6	Förderung der Allgemeinmedizin	34
4.7	Bereitschaftsdienst 116 117	35
4.8	Maßnahmen zum Bürokratieabbau	36
4.9	Mein PraxisCheck Informationssicherheit	37
4.10	Mammographie-Screening	37
5.	Projekte der KVBB	40
5.1	KV RegioMed	40
5.2	agnes ^{zwei}	42
5.3	Weiterbildungsnetzwerke	43
6.	Gesetzliche Grundlagen	44
7.	Fachbereich Qualitätssicherung der KVBB	49
7.1	Aufgaben	49
7.2	Ansprechpartner	50
8.	Service-Nummern	51
	Impressum	51



Wer gut sein will, muss sich kontrollieren lassen

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist schon längst kein unbekanntes Thema mehr. Sie ist etabliert und selbstverständlich geworden. Die jährliche Berichterstattung, wir befinden uns im 10. Berichtsjahr, hilft dabei, die allgemeine Öffentlichkeit, die Politik und unsere Patienten über diese spezielle Aufgabe, der sich die Selbstverwaltung der Ärzte eigenverantwortlich stellt, besser zu informieren. Welche Qualitätsanforderungen werden gestellt? Wie wird die Qualität überprüft und mit welchen Ergebnissen bzw. Konsequenzen? Antworten auf diese Fragen finden Sie in diesem Bericht.

Es wird viel getan. Dennoch wird auch immer wieder der Vorwurf laut, dass der damit verbundene bürokratische Aufwand nicht akzeptabel sei. Zweifelsfrei sollte der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen. Ganz ohne administrativen Aufwand sind Transparenz, Bewert- und Vergleichbarkeit aber nicht herzustellen – ein Balanceakt! Die KBV engagiert sich deshalb intensiv, um auf Bundesebene das Thema der Entbürokratisierung voran zu bringen. Auf dem Weg, „schlanke Verfahren“ zu entwickeln, werden die modernen Möglichkeiten des elektronischen Zeitalters eine immer größere Rolle spielen.

Dem medizinischen Fortschritt geschuldet, werden einerseits regelmäßig für neue Behandlungsverfahren Qualitäts-Richtlinien eingeführt, aber andererseits bereits vorhandene Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit, Effektivität und den entstehenden Aufwand für den Arzt überprüft. Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist ein dynamischer Prozess und dient vor allem der Förderung von Qualität! Als Beispiel für diesen Effekt sei hier die QS-Vereinbarung Koloskopie genannt. Die anhaltend positive Entwicklung der bundesweiten Ergebnisse bei den bildlichen und schriftlichen Dokumentationsprüfungen gaben den Anlass, eine Modifikation der Bestimmungen vorzunehmen. Seit dem 1. Juli 2012 müssen Unterlagen zur Prüfung nun nicht mehr jährlich sondern nur noch alle 2 Jahre vorgelegt werden.

Die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen wäre ohne das fundierte Fachwissen der zahlreichen ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen in den Qualitätssicherungskommissionen und dem Engagement der Mitarbeiter in der KVBB nicht denkbar. Daher möchte ich an dieser Stelle meinen persönlichen Dank aussprechen: Ohne Sie wäre eine kompetente Qualitätssicherung nicht möglich!

Ihr Dipl.-Med. Andreas Schwark
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg

2. Ambulante Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV, in deren Mittelpunkt der Patient steht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die direkten Ansprechpartner der Ärzte und Psychotherapeuten für Fragen zu allen Themen der Qualität. Sie sind unter anderem verantwortlich für die Erteilung von Genehmigungen für eine Reihe von Verfahren, die in der vertragsärztlichen Versorgung unter einem Genehmigungsvorbehalt stehen. Das bedeutet, ein Arzt darf bestimmte Leistungen erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen und abrechnen, wenn ihm die entsprechende Genehmigung seiner Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde. Zudem prüft die Kassenärztliche Vereinigung die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen.

Während die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Umsetzung der Richtlinien und Vereinbarungen verantwortlich sind, vertritt die KBV die Vertragsärzteschaft auf Bundesebene in Verhandlungen mit den Vertragspartnern und in Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

Für die praktische Arbeit der KBV bedeutet dies vor allem Augenmaß zu bewahren, denn die Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung sind vielfältig, differenziert und wirkungsvoll. Aber sie alle sind auch mit administrativem Aufwand verbunden – für die Kassenärztlichen Vereinigungen, vor allem aber für den Arzt. Seitens der KBV steht der Wunsch und Anspruch nach der Überprüfbarkeit einer ärztlichen Leistung, die in einem angemessenen Verhältnis zu dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand und dem zu erwarteten Effekt einer Prüfung stehen soll. Dieser Grat ist schmal und im Zentrum aller Überlegungen stehen immer die Belange der Patienten.



Selbstverständlich ist es wünschenswert, die **Ergebnisqualität** einer medizinischen Leistung überprüfen zu können. Doch hier ergibt sich eine Vielzahl von Problemen. Zum Beispiel muss die individuelle Patientensituation berücksichtigt werden, die Krankenvorgeschichte und Lebenssituation ebenso wie die Bereitschaft des Patienten, ärztlichen Therapieempfehlungen zu entsprechen (Compliance/Adherence). Die Einflüsse dieser, aber auch weiterer Faktoren, sind vielfältig. Sie messbar zu machen, ist schwierig. Den Ärzten in verschiedenen Leistungsbereichen werden die Ergebnisse ihrer Arbeit im Vergleich zu ihrer unmittelbaren Kollegengruppe (in der Regel innerhalb des Gebiets ihrer Kassenärztlichen Vereinigung) durch Feedbackberichte zurückgespiegelt. Einfacher scheint es da, die **Prozessqualität** einer medizinischen Intervention zu beurteilen. Beispiele hierfür sind die Hygieneprüfungen, indikatorengestützte Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Koloskopie (Vollständigkeit einer Koloskopie), jährliche Mindestfrequenzen, obligate Aus- und Fortbildungsnachweise und selbstverständlich auch Dokumentationsüberprüfungen, in der Regel durch eine Stichprobe.

Ein besonderes Augenmerk liegt in der vertragsärztlichen Versorgung auf Instrumenten der **Strukturqualität**. Vor Erteilung einer Genehmigung muss der Arzt nachweisen, dass er eine ausreichende Qualifikation hat, dass die apparativen und räumlichen Gegebenheiten seiner Praxis angemessen sind und auch ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter über die nötigen Qualifikationen verfügen. Damit wird ein einheitlicher Grundstandard für eine bestimmte Leistung verpflichtend vorgegeben. Das ist besonders wichtig, da von vielen medizinischen Methoden und Verfahren bekannt ist, dass sie unter Forschungsbedingungen im Rahmen von Studien zwar wirksam sind, aber erst durch die qualitätsge-

sicherte Erbringung der Leistung ein ähnlicher Erfolg unter alltäglichen Versorgungsbedingungen erwartet werden kann. Dies sicherzustellen ist eine der zentralen Aufgaben der KBV.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt die Umsetzung der bundesweit geltenden und der darüber hinaus regional getroffenen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Zur Unterstützung ihrer Arbeit werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen leistungsbereichsbezogene **Qualitätssicherungskommissionen** eingerichtet, in denen im jeweiligen Bereich besonders erfahrene Ärzte tätig sind. Diese beurteilen beispielsweise die im Rahmen von Stichprobenprüfungen angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen in einem Peer-Review-Verfahren. Mit diesem System der Qualitätssicherung wurde ein dichtes Qualitätssicherungsnetz entwickelt, das im privatärztlichen oder stationären Bereich seinesgleichen sucht. Fast jeder Vertragsarzt besitzt eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungsvereinbarungen.

Die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen betrifft bei allen qualitätsgesicherten Verfahren im Wesentlichen also zwei Bereiche:

1. Überprüfungen im Rahmen einer Genehmigungserteilung zu einem Verfahren.
2. Überprüfungen der Auflagen, die der Aufrechterhaltung einer Genehmigung zugrunde liegen.

Dazu werden die im Folgenden ausgeführten Qualitätssicherungsinstrumente eingesetzt:

- Qualitätssicherungskommissionen
- Prüfung von Genehmigungsvoraussetzungen
- Eingangsprüfung
- Kolloquium / Beratung
- Frequenzregelungen
- Rezertifizierung / Wartungsnachweise / Ringversuche / Abnahme-, Konstanzprüfungen
- Hygieneprüfungen / Praxisbegehungen
- Einzelfallprüfungen durch Stichproben / Dokumentationsprüfungen
- Feedbacksysteme
- kontinuierliche Fortbildung / Qualitätszirkel

2.1 Schematischer Aufbau eines Genehmigungsverfahrens



2.2 ÜBERSICHT DER GENEHMIGUNGSBEREICHE

Genehmigungsbereiche nach §§135, 136, 137 SGB V	Genehmigungen gesamt	neu erteilte Geneh- migungen 2012	Überprüfung person- liche/betriebsstätten- bezogene Qualifikation	Eingangsprüfung	Kolloquium	Frequenzregelung	Rezertifizierung/War- tungsnachweis/Konzanz- prüfung/Ringversuch	Praxisbegehung/ Hygieneprüfung	Einzelprüfung/ Dokumentationsprüfung durch Stichprobe	Fortbildung/ Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/ Benchmark-Berichte/ Evaluation	Beratung
Akupunktur	177	6	x		x				x	x		x
Ambulantes Operieren	774	65	x									
Apheresen	55	3	x		x				x		x	
Arthroskopie	62	4	x		x				x			x
Balneophototherapie	5	0	x		x		x					
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	55	3	x		x	x	x		x		x	x
Disease-Management-Programme												
Diabetes mellitus Typ 1	83		x							x	x	
Diabetes mellitus Typ 2	1375		x							x	x	
Koronare Herzkrankheiten	1384		x							x	x	
Asthma bronchiale	770		x							x	x	
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	774		x							x	x	
Brustkrebs	182		x							x		
Herzschrittmacher-Kontrolle	71	3	x		x							
Hautkrebs-Screening	935	77	x		x							
Histopathologie im Hautkrebs-Screening	15	1	x		x	x			x		x	x
HIV/Aids	1	0	x		x	x			x	x		x
Hörgeräteversorgung	108	108	x		x		x		x		x	
Hörgeräteversorgung – Kinder	0		x		x		x		x	x	x	
interventionelle Radiologie	14	0	x		x	x			x			
invasive Kardiologie	10	1	x		x	x			x		x	
Koloskopie	75	0	x		x	x		x	x		x	x
Labor-Spezial	258	13	x		x		x			x		
Langzeit-EKG	468	17	x		x				x			x
Magnetresonanztomographie	63	12	x		x	x			x		x	x
Magnetresonanztomographie der Mamma	2	2	x		x	x			x		x	x
Magnetresonanztomographie	52	15	x		x				x		x	x
Mammographie (kurativ)	65	7	x	x	x		x		x	x	x	x
Mammographie-Screening PVA/Befunder	6/16	0/2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Medizinische Rehabilitation	781	35	x		x				x		x	
Molekulargenetik	10	5	x		x		x		x	x	x	x
Neurophysiologische Therapie	0		x		x							
Onkologie	116	7	x		x	x			x	x		x
Otoakustische Emissionen	79	5	x		x							
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	11	0	x		x				x		x	x
Phototherapeutische Keratektomie	1	0	x		x				x			x
Richtlinien-Verfahren Psychotherapie	1801	201	x		x							
Psychosomatische Grundversorgung	2155	129	x									
schlafbezogene Atemstörungen	85	9	x		x				x		x	x
Schmerztherapie	60	0	x		x	x			x	x	x	x
Sozialpsychiatrie	15	2	x			x						
Soziotherapie	26	0	x									
Stoßwellenlithotripsie	9	0	x		x							
Strahlendiagnostik/-therapie												
konventionelle Röntgendiagnostik	495	53	x		x				x		x	x
Computertomographie	97	18	x		x				(x)			x
Osteodensitometrie	61	6	x		x							
Strahlentherapie	25	4	x		x							
Nuklearmedizin	23	1	x		x							
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	25	2	x		x				x	x	x	x
Ultraschalldiagnostik	1472	111	x	x	x		x		x		x	x
Ultraschall der Säuglingshüfte	137	2	x	x	x		x		x		x	x
Vakuumbiopsie der Brust	6	0	x		x	x			x		x	x
Zervix-Zytologie	18	1	x	x	x				x	x	x	x
Leistungen nach EBM												
Chirotherapie	375	17	x									
diabetischer Fuß	268	8	x			x						
Handchirurgie	141	15	x							x		
SP Kinder- und Jugendmedizin	26	0	x									
arztunterstützende Hilfeleistungen nichtärztlicher PA	24	8	x									
MRSA	262	250	x							x		x
gesamt	16437	1226										

2.2.1 Rechtsgrundlagen der Qualitätssicherung (Stand 1. Dezember 2012)

Genehmigungsbereiche	Regelungen
Akupunktur	Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.01.2007
Ambulantes Operieren	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.12.2011
Apheresen	Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 01.01.1991, zuletzt geändert: 16.07.2009
	Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1997, zuletzt geändert: 01.07.2009
Arthroskopie	Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.1994
	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie) Rechtsgrundlage: § 136 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 03.03.2010
Audiometrie	Bestimmungen des EBM
Balneophototherapie	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Balneophototherapie (Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2010
Chirotherapie	Bestimmungen des EBM


Genehmigungsbereiche	Regelungen
Diabetischer Fuß – Abtragung von Nekrosen	Bestimmungen des EBM
Dialyse Aktualisiert 2012	<p>Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.1997, zuletzt geändert:01.07.2009</p> <p>Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV Gültigkeit: seit 01.07.2002, zuletzt geändert: 01.04.2012</p> <p>Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse) Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V Gültigkeit: seit 24.06.2006, zuletzt geändert: 01.01.2011</p>
DMP Asthma	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP) nach § 137f SGB V Asthma bronchiale (Asthma) Vertragspartner: AOK PLUS, IKK Sachsen, BKK LV Mitte, Knappschaft, LKK MOD, vdek Gültigkeit: Neufassung 01.10.2009</p>
DMP Brustkrebs	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogrammes nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen Vertragspartner: AOK PLUS, IKK Sachsen, BKK LV Mitte, Knappschaft, LKK MOD, vdek Gültigkeit: Neufassung 01.10.2009</p>
DMP COPD	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPP) Vertragspartner: AOK PLUS, IKK Sachsen, BKK LV Mitte, Knappschaft, LKK MOD, vdek Gültigkeit: Neufassung 01.10.2009</p>
DMP Diabetes mellitus Typ 1	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 Vertragspartner: AOK PLUS, IKK classic, BKK LV Mitte, Knappschaft, LKK MOD, vdek Gültigkeit: Neufassung 01.01.2012</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
DMP Diabetes mellitus Typ 2	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 Vertragspartner: AOK PLUS, IKK classic, BKK LV Mitte, Knappschaft, LKK MOD, vdek Gültigkeit: Neufassung 01.07.2011</p>
DMP KHK	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheiten (KHK) Vertragspartner: AOK PLUS, IKK classic, BKK LV Mitte, Knappschaft, LKK MOD, vdek Gültigkeit: Neufassung 01.07.2010</p>
Hautkrebsscreening Histopathologie	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebsscreening (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebsscreening) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2009</p>
Herzschrittmache-Kontrolle	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.04.2006</p>
HIV/Aids	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.07.2009</p>
 Hörgeräteversorgung Erwachsene	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2012</p>



Genehmigungsbereiche	Regelungen
Hörgeräteversorgung Kinder	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.07.2012
HZV-Hausarztzentrierte Versorgung	Vertrag zur präventionsorientierten Versorgung nach § 73b SGB V Vertragspartner: BIG Gesundheit Gültigkeit: seit 01.04.2008, zuletzt geändert: 01.07.2012
	Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V Vertragspartner: BKK VAG Ost Gültigkeit: seit 01.01.2008
	Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V Vertragspartner: Knappschaft Gültigkeit: seit 01.10.2008
	Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V Vertragspartner: AOK Gültigkeit: seit 01.10.2010
In vitro Fertilisation	Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung) Rechtsgrundlage: §27a Abs. 4 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und i. V. m. § 135 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.1990, zuletzt geändert: 21.07.2011
Interventionelle Radiologie	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.07.2006, zuletzt geändert: 01.10.2011
Invasive Kardiologie	Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.1999

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>Kinderfrüherkennung</p>	<p>Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung v. Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V (U10/U11) Vertragspartner: TK Gültigkeit: seit 01.07.2010</p> <p>Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin Vertragspartner: Knappschaft Gültigkeit: seit 01.07.2010</p> <p>Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin Vertragspartner: TK Gültigkeit: seit 01.07.2010</p> <p>Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin Vertragspartner: Knappschaft Gültigkeit: seit 01.10.2010</p>
<p>Koloskopie</p> <p>Aktualisiert 2012</p>	<p>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2006, zuletzt geändert: 01.07.2012</p>
<p>Labor</p>	<p>Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriums-Untersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 09.05.1994</p>
<p>Langzeit-EKG</p>	<p>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.04.1992</p>
<p>Mammographie kurativ</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.01.2007, zuletzt geändert: 01.04.2011</p>

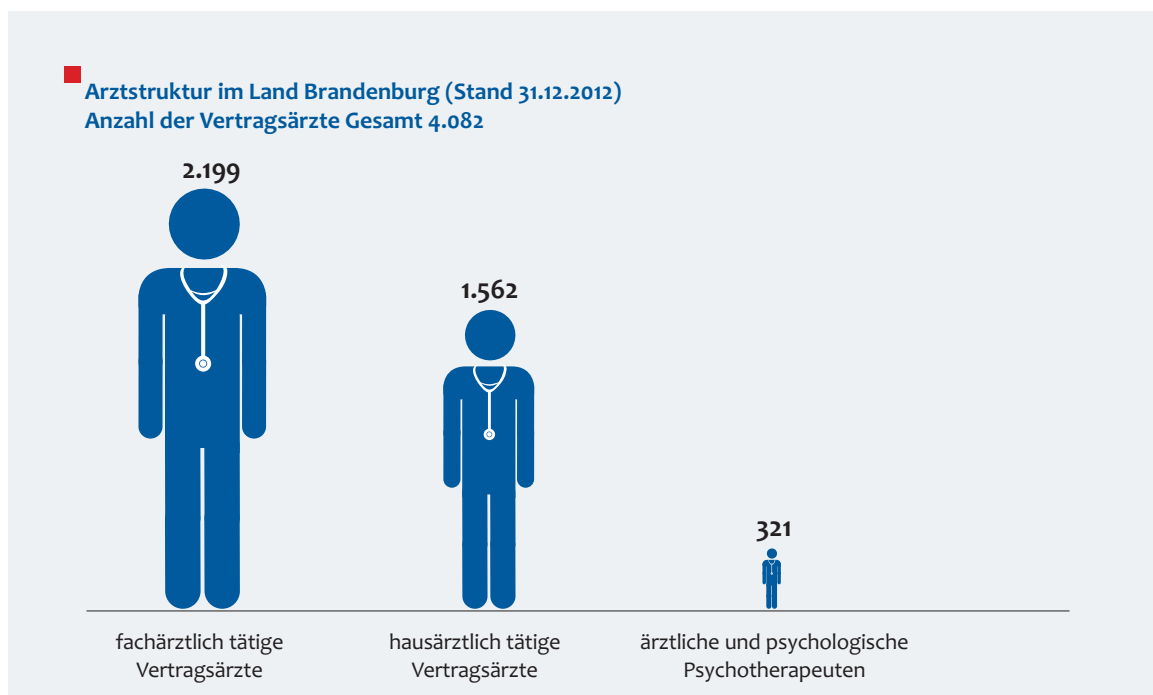
Genehmigungsbereiche	Regelungen
 Molekulargenetik	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.04.2012
	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2007 Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie) Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.04.2001
 MRSA	Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staaphylococcus aureus (MRSA) Rechtsgrundlage: § 87 Abs. 2a SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2012
	MRT Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert: 01.10.2001 Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie) Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2001
Nuklearmedizin	Nuklearmedizin siehe Strahlendiagnostik/-therapie
Onkologie	Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten gem. § 73a SGB V (Onkologie-Vereinbarung) Vertragspartner: AOK PLUS, IKK Sachsen, Knappschaft, BKK LV Mitte, LKK MOD, vdek Gültigkeit: Neufassung 01.10.2009

Genehmigungsbereiche	Regelungen
Osteodensitometrie	siehe Strahlendiagnostik/-therapie
Otoakustische Emissionen	<p>Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 24.11.1995</p>
Photodynamische Therapie	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2006, zuletzt geändert: 01.07.2011</p>
Phototherapeutische Keratektomie	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2007</p>
Praxisassistentin	<p>Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfsleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Delegations-Vereinbarung, Anlage 8 BMV-Ärzte) Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 17.03.2009</p>
Psychotherapie	<p>Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung, Anlage 1 MBV-Ä/EKV) Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.01.1999, zuletzt geändert: 01.01.2008</p>
	<p>Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie) Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V Gültigkeit: seit 17.04.2009, zuletzt geändert: 14.04.2011</p>
Rehabilitation	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.03.2005</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
Schlafapnoe	<p>Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2005</p>
Schmerztherapie	<p>Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2005</p>
Sozialpsychiatrie Aktualisiert 2012	<p>Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Anlage 11 BMV) Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43a SGB V Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert: 01.10.2012</p>
Stoßwellenlithotripsie	<p>Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellentherapie bei Harnsteinen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2006, zuletzt geändert: 24.11.2011</p>
Strahlendiagnostik/-therapie (Diagnostische Radiologie, Computertomographie, Nuklearmedizin, Osteodensitometrie, Strahlentherapie)	<p>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.04.1993, zuletzt geändert: 01.10.2009</p> <p>Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie) Rechtsgrundlage: § 136 Abs. 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: Neufassung 09.10.2010, zuletzt geändert: 02.03.2011</p>
Substitutionsgestützte Behandlung	<p>Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.1991, zuletzt geändert: 12.06.2010</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>Ultraschall</p> <p><i>Aktualisiert</i> Aktualisiert 2012</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)</p> <p>Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.04.2009, zuletzt geändert: 01.10.2012</p>
<p>Vakuumbiopsie der Brust</p> <p><i>Aktualisiert</i> Aktualisiert 2012</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)</p> <p>Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert: 01.04.2012</p>
<p>Zytologie</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)</p> <p>Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.10.2007</p>

2.3 Arztstruktur (Stand 31.12.2012)



2.3 Arztstruktur (Stand 31.12.2012)

Arztgruppe ▶ Schwerpunktbezeichnungen	Summe* an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte / Psychotherapeuten
Allgemeinmediziner	991
praktische Ärzte / Ärzte	173
Internisten (HA)	398
Anästhesisten	58
Augenärzte	176
Chirurgen	178
▶ Gefäßchirurgie	13
▶ Kinderchirurgie	4
▶ Plastische Chirurgie	3
▶ Thoraxchirurgie	2
▶ Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	-
▶ Unfallchirurgie	23
▶ Visceralchirurgie	9
Frauenärzte	306
▶ gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	-
▶ gynäkologische Onkologie	-
▶ spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	5
HNO-Ärzte	-125
▶ Audiologen	-
▶ Phoniatrie	-
▶ Phoniatriker und Pädaudiologen	2
Hautärzte	77
Internisten	322
▶ Angiologie	20
▶ Diabetologie	-
▶ Endokrinologie (und Diabetologie)	5
▶ Gastroenterologie	45
▶ Geriatrie	1
▶ Hämatologie	3
▶ Hämatologie und internistische Onkologie	21
▶ Infektiologie	-
▶ Infektions- und Tropenmedizin	1
▶ Kardiologie	63
▶ Lungen- und Bronchialheilkunde	-
▶ Nephrologie	46
▶ Pneumologie	39
▶ Rheumatologie	22
Innere Medizin und Angiologie	3
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	2
Innere Medizin und Gastroenterologie	3
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	2
Innere Medizin und Kardiologie	4

Arztgruppe ▶ Schwerpunktbezeichnungen	Summe* an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte / Psychotherapeuten
Innere Medizin und Nephrologie	7
Innere Medizin und Pneumologie	4
Innere Medizin und Rheumatologie	1
Kinderärzte	195
▶ Infektiologie	-
▶ Kinderendokrinologie und -diabetologie	-
▶ Kindergastroenterologie	1
▶ Kinderhämatologie	-
▶ Kinderhämatologie und -onkologie	2
▶ Kinderkardiologie	5
▶ Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	-
▶ Kindernephrologie	-
▶ Kinderneuroopschiatric	-
▶ Kinderpneumologie	-
▶ Kinderrheumatologie	-
▶ Neonatologie	2
▶ Neuropädiatrie	4
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	56
Kinder- und Jugendpsychiater	20
Laborärzte	20
▶ Mikrobiologie u. Infektionsepidemiologie	11
Lungenärzte	6
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	17
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	145
▶ forensische Psychiatrie	-
▶ Kinderneuroopschiatric	-
Neurochirurgen	25
Nuklearmediziner	22
Orthopäden	133
▶ Rheumatologie	19
Orthopädie und Unfallchirurgie	28
Pathologen	26
▶ Neuropathologie	-
ärztliche Psychotherapeuten	89
psychologische Psychotherapeuten	232
Radiologen / diagnostische Radiologen	111
▶ Kinderradiologie	-
▶ Neuroradiologie	5
Strahlentherapeuten	10
Urologen	89
übrige Arztgruppen	28
Summe	4.082

*zugelassene; angestellte Ärzte in zugelassenen Einrichtungen und bei Vertragsärzten; ermächtigte Ärzte

3. Qualitätssicherungsinstrumente und Ergebnisse

3.1 Qualitätssicherungskommissionen

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständnisses mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Besondere Verantwortung haben die Kommissionen zudem bei den, je nach Thema variierenden, stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen.

Diese Prüfungen sind in der Regel folgenbewehrt. Im Vordergrund steht aber der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen des geprüften Arztes. Möglich sind aber auch Empfehlungen der Qualitätssicherungskommissionen an die Kassenärztlichen Vereinigungen von zum Beispiel kürzeren Prüfintervallen bis hin zu einem Genehmigungsentzug. Insgesamt arbeiten in der **KV Brandenburg 95 Ärzte** neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit in diesen Kommissionen. Mitglieder aus den Krankenkassen sind selten.



In kleineren Kven, wie auch der KV Brandenburg, mit verhältnismäßig eher wenigen Mitgliedern kann die Bildung einer arbeitsfähigen Kommission für sehr spezialisierte Leistungsbereiche zum Problem werden. Deshalb sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg einen gemeinsamen neuen Weg gegangen und haben 2011 die „**Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Ost**“ zur länderübergreifenden Zusammenarbeit zur Durchführung von Qualitätsicherungsmaßnahmen gegründet. Beginnend für den Bereich HIV/Aids, hat jede teilnehmende KV einen ärztlichen Vertreter in die länderübergreifende Kommission entsandt. Die Aufgaben der Kommission liegen dabei primär in der Überprüfung der eingereichten Dokumentationen und in der Durchführung von Kolloquien. Des Weiteren steht sie für Stellungnahmen im Rahmen von Antrags- und Widerspruchsverfahren sowie für fachspezifische Grundsatzfragen zur Verfügung.

Zu den weiteren Bereiche, die in Zukunft im Rahmen der länderübergreifenden Zusammenarbeit aufgegriffen werden sollen, gehören die Vakuumbiopsie und die Phototherapeutische Keratektomie (PTK).

3.2 Prüfung von Genehmigungsvoraussetzungen

Der zentrale Punkt aller Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die vorbehaltliche Genehmigungserteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Das heißt, die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen je nach Vereinbarung die fachliche Befähigung des Arztes, die Vorgaben zu apparativ-technischen und räumlichen Anforderungen sowie gegebenenfalls organisatorische und hygienische Vorgaben. Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht hinreichend ist.

Der Aufwand der Kassenärztlichen Vereinigung in diesem Bereich variiert von Jahr zu Jahr und ist abhängig von den in dem jeweiligen Jahr in Kraft getretenen oder geänderten Vereinbarungen. Diese können gegebenenfalls eine neue Genehmigung, zum Beispiel auch für Teilbereiche, notwendig machen.

- KVBB** 2012 wurden allein für diese Aufgabe etwa 975 Verwaltungsakte von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg bearbeitet. Bundesweit waren es etwa 40.000.

3.3 Eingangsprüfung

In besonders sensiblen Bereichen wurde über die Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung vereinbart. Dies betrifft im vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung. Ab 2012 fanden solche Prüfungen auch indirekt bei der Sonographie der Säuglingshüfte statt; dort prüfen die Kommissionen die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen.

- KVBB** 2012 wurden für diese drei Bereiche insgesamt 13 Prüfungen im Rahmen von Neuanträgen abgenommen. Bundesweit waren es ca. 250.

3.4 Kolloquium / Beratung

Die Durchführung von Kolloquien obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Sie hat unter anderem die Aufgabe, für Leistungsbereiche mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers im Rahmen eines Kolloquiums zu prüfen, wenn entweder trotz der vorgelegten Zeugnisse begründete Zweifel bestehen, oder ein Kolloquium obligat vorgesehen ist. Der Vertragsarzt hat dann die Möglichkeit, seine fachliche Befähigung in diesem kollegialen Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen. Des Weiteren kann ein Kolloquium, auch in Form einer Beratung, dazu dienen, die zum Beispiel in einer Stichprobenprüfung beanstandeten Dokumentationen mit dem betroffenen Arzt zu erörtern und gegebenenfalls Hinweise für eine Verbesserung der Leistungserbringung zu geben. Im Bereich Schmerztherapie kann der Vertragsarzt im Kolloquium darlegen, warum eine schmerztherapeutische Behandlung seiner Patienten länger als zwei Jahre erforderlich ist.

- KVBB** Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung fanden im Jahr 2012 hauptsächlich in den Bereichen Ultraschall (25) und Labor (3) statt.

3.5 Frequenzregelungen

Ein wesentlicher Qualitätsfaktor kann die Häufigkeit und Regelmäßigkeit sein, mit der ein Arzt Behandlungen durchführt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden Mindestmengen für folgende Leistungsbereiche festgelegt:

- invasive Kardiologie
- interventionelle Radiologie
- Schmerztherapie
- Koloskopien
- Mammographie-Screening
- kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust
- Vakuumbiopsien der Brust
- histopathologische Untersuchungen beim Hautkrebs-Screening
- HIV / Aids (Patientenzahlen).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebenen Frequenzanforderungen an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Vorgaben im vorgegebenen Zeitraum nicht eingehalten, kann die Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

2012 mussten insgesamt 215 Ärzte hinsichtlich der zu leistenden Frequenzen überprüft werden.



3.6 Rezertifizierung / Wartungsnachweise / Ringversuche / Abnahme- und Konstanzprüfungen

Bei Ärzten, die Mammographien durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung eine zusätzliche **Rezertifizierung**. Alle zwei Jahre müssen sich die Ärzte einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht, wird er in kürzeren Intervallen geprüft und muss gegebenenfalls seine Qualifikation in kollegialen Fachgesprächen (Kolloquien) nachweisen. Gelingt ihm dies nicht, darf er diese Leistung nicht mehr für Kassenpatientinnen erbringen.

Die Prüfungen stellen einen nicht unerheblichen Aufwand sowohl für den Arzt als auch für die Verwaltung dar, denn jede dieser Prüfungen nimmt bis zu sechs Stunden in Anspruch.

2012 mussten 24 der insgesamt 65 Ärzte mit einer Genehmigung zur Durchführung der kurativen Mammographie diese Prüfung absolvieren, wobei eine Prüfung wiederholt werden musste. Weitere 3 Prüfungen wurden im Rahmen der Antragstellung (Eingangsprüfung) durchgeführt, was in 2 Fällen zur Genehmigungserteilung führte.



Wartungsnachweise sind regelmäßig von Ärzten vorzulegen, die Balneophototherapien durchführen. Alle zwei Jahre müssen die Bestrahlungsgeräte gewartet werden, jährlich die Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel.

Obligate **Ringversuche** gehören bei den Vereinbarungen zur Molekulargenetik und zur Labordiagnostik zum Instrumentarium der Qualitätssicherung.

Abnahme- und Konstanzprüfungen finden in der Ultraschalldiagnostik statt, wo zum Beispiel im Gegensatz zur Röntgendiagnostik solche Prüfungen gesetzlich bisher nicht vorgesehen waren. Der Aufwand hierfür ist beträchtlich, denn in Deutschland werden deutlich mehr als 100.000 Ultraschallsysteme von etwa 80.000 Vertragsärzten benutzt.

Im Bereich der KV Brandenburg konnten bis 2012 von den insgesamt 1467 registrierten Ultraschall-Konsolen mit ggf. mehreren Schallköpfen 1066 überprüft werden.



3.7 Hygieneprüfungen / Praxisbegehungen

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind seit 2003 für Praxen vorgeschrieben, die Koloskopien durchführen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt hier unangemeldet zweimal im Jahr durch ein von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen.

Treten wiederholt Mängel auf, kann dies zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung führen. Nach anfänglich deutlich höheren Beanstandungsquoten haben sich die Wiederholungsprüfungen bundesweit seit Jahren in einem Bereich von drei bis vier Prozent stabilisiert.



Im Jahr 2012 wurden im KV-Bereich Brandenburg 134 Überprüfungen vorgenommen. Davon kamen 5 Praxen (3,7%) in die Wiederholungsprüfung, dann mit einer mängelfreien Bewertung.

Praxisbegehungen (im Rahmen der Genehmigungserteilung) können in Praxen stattfinden, die besondere bauliche Strukturen aufweisen müssen. beispielsweise im Zusammenhang mit ambulant Operationen. In Brandenburg werden Praxisbegehungen nicht regelhaft durchgeführt.

3.8 Einzelfallprüfungen/Dokumentationsprüfungen durch Stichproben

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den bundesweit geltenden Vereinbarungen und Richtlinien und nach Maßgabe eigener regionaler Beschlüsse anhand von Stichproben die Qualität von Leistungen im Einzelfall. Dabei ist im Wesentlichen zwischen Prüfungen zu Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V und zu Richtlinien nach § 136 Abs. 2 SGB V zu unterscheiden.

In den Leistungsbereichen

- Arthroskopie
- konventionelle Röntgendiagnostik
- Computertomographie und
- Magnetresonanz-/Kernspintomographie

werden nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung bundesweit von mindestens vier Prozent aller abrechnenden Ärzte jeweils zwölf Dokumentationen geprüft. Dieser Mindestprüfungsumfang wird in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich überschritten.



Darüber hinaus wurden 2012 aufgrund bestehender regionaler Vereinbarungen im Land Brandenburg zusätzliche Stichprobenprüfungen in den Bereichen

- Langzeit-EKG-Untersuchungen
- schlafbezogene Atmungsstörungen

durchgeführt. Auch diese Prüfungen finden nach der Qualitätssicherungs- Richtlinie vertragsärztliche Versorgung statt. Die Ergebnisse dieser obligaten und fakultativen Prüfungen sind von der KBV jährlich an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln und werden hier bei der Beschreibung der einzelnen Bereiche dargestellt. Für die Dialyse gilt eine gesonderte Qualitätssicherungs-Richtlinie, nach der eine Vollerhebung stattfindet. Auch diese Ergebnisse werden unter Einbindung eines externen Datenanalysten an den Gemeinsamen Bundesausschuss berichtet.

Weitere Dokumentationsprüfungen, in der Hauptsache nach Vereinbarungen zu § 135 Abs. 2 SGB V aber auch nach § 135 Abs. 1 und anderen, finden regelhaft in den folgenden Bereichen statt:

- Akupunktur
- Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- Histopathologie im Hautkrebs-Screening

- HIV-Infektionen/Aidserkrankungen
- Hörgeräteverordnung
(Jugendliche/Erwachsene – Kinder)
- Koloskopie
- Magnetresonanz-Angiographie
- Onkologie
- phototherapeutische Keratektomie
- Mammographie (kurativ – Screening)
- Molekulargenetik
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Ultraschalldiagnostik
- Ultraschalldiagnostik – Säuglingshüfte
- substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- Psychotherapie
- Vakuumbiopsie
- Zytologie.

Der Umfang reicht hier von einem Stichprobenumfang von drei Prozent bis zu einer Vollerhebung, einer verpflichtenden Zweitmeinung oder zusammenfassenden Jahresstatistiken.

Bei einer Gesamtmenge von ca. 16.450 geltenden Genehmigungen ist der Aufwand für diese Prüfverfahren wenn auch stichprobenhaft als hoch zu bezeichnen.



3.9 Feedbacksysteme

Durch die Bereitstellung von Feedbackberichten kann ein Arzt seine eigene Behandlungsqualität mit derjenigen von anderen Praxen vergleichen. Dies geschieht in anonymisierter Form. Dazu werden die von den Ärzten erstellten Dokumentationen ausgewertet und an den Arzt zurückgemeldet. Das kann dem einzelnen Arzt helfen, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern.

Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung in der Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme (DMP). Für alle DMP hat die KBV den Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu leicht zu handhabende Softwaretools zur Erstellung dieser Berichte zur Verfügung gestellt.

Die KV Brandenburg generiert und verschickt halbjährlich ca. 3.000 Feedbackberichte über alle inter-nistischen DMP. 1378 Ärzte sind als koordinierender Arzt in mindestens einem DMP eingeschrieben. Hinzu kommen 177 fachspezifisch tätige Ärzte in der 2. Versorgungsebene.



Die Dialyseberichte erstellt ein externer Dienstleister zentral. Darüber hinaus erhalten koloskopieren-de Ärzte jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen durch das von den Kassenärztlichen Verei-nigungen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung.

Erstmals im Herbst 2009 haben auch die 18 Zytologen im Land Brandenburg einen Feedbackbericht zu den 2008er Daten von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung erhalten.

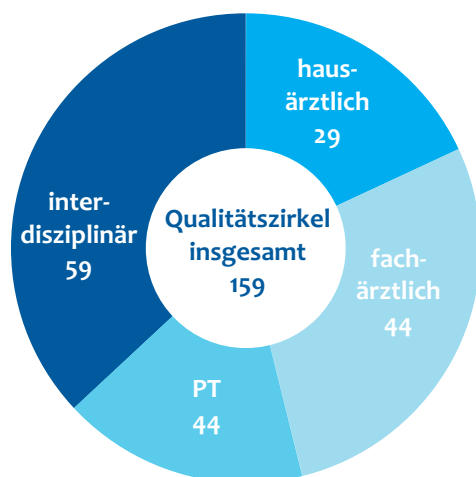


3.10 Kontinuierliche Fortbildung / Qualitätszirkel

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, zum Beispiel die Schmerztherapievereinbarung, die Onkologie- oder die Mammographievereinbarungen (kurativ und Screening), sowie alle DMP-Verträge schreiben themenspezifische Fortbildungen vor. In der Schmerztherapie sogar mittels Konferenzen, in denen persönlich Patienten vorgestellt werden. Eine spezielle Form der ärztlichen Fortbildung stellt die Arbeit in einem Qualitätszirkel dar. In einem fachgleichen oder interdisziplinären Rahmen findet ein medizinischer Fachaustausch und gemeinsames Lernen statt. Mit Unterstützung eines Moderators können die Teilnehmer in gleichberechtigter Diskussion ihr eigenes Handeln kritisch hinterfragen und Alternativen beraten (Peer-Verfahren). Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg unterstützt ihre Mitglieder hierbei, beispielsweise durch eine finanzielle Förderung, durch administrative Hilfestellung sowie durch Trainingsangebote für Moderatoren.



Im Jahr 2012 wurden 15 Moderatoren durch die KVBB neu ausgebildet. Es wurden 159 aktive Qualitätszirkel registriert in denen sich Insgesamt 1740 Ärzte regelmäßig interkollegial fortbilden.



3.11 Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V

Neben den Berufsordnungen und den bundeseinheitlichen oder regionalen QS-vereinbarungen verpflichtet auch das SGB V alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten zu einer kontinuierlichen Fortbildung. Die KBV hat dazu in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer die „Regelung der Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V“ beschlossen, die seit Juli 2004 in Kraft ist.

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden müssen - unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind - innerhalb eines Fünfjahreszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. Für Ärzte und Psychotherapeuten, die am 30. Juni 2004 bereits zugelassen waren, endete der erste Nachweiszeitraum am 30. Juni 2009. Für alle anderen beginnt er mit dem Datum der Zulassung/Anstellung/Ermächtigung und endet nach fünf Jahren.

Der Nachweis der Fortbildungsverpflichtung ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung grundsätzlich durch ein Kammerzertifikat zu führen. Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden. Die Punktekonten werden bei den Berufskammern geführt.

Im Zuständigkeitsbereich der KV Brandenburg besteht für alle ärztlichen Mitglieder die Möglichkeit über eine Datenschutzerklärung der KVBB Einsichtnahme in das persönliche Punktekonto bei der Landesärztekammer zu gewähren. Auf der einen Seite kann somit auf die Versendung von Unterlagen im Sinne der „Entbürokratisierung“ verzichtet werden, zum anderen kann die KVBB rechtzeitig auf einen eventuellen Punkterückstand hinweisen, um den Arzt vor Sanktionen zu schützen.



Denn.....

eine unzureichende Fortbildung zieht Sanktionen nach sich, die der Gesetzgeber in § 95d Abs. 3 SGB V streng definiert hat:

- Honorarkürzungen für vier Quartale um zehn Prozent, für weitere vier Quartale um 25 Prozent
- Verpflichtung zum Nachholen der Fortbildungsver säumnisse innerhalb von zwei Jahren
- Verfahren zum Zulassungsentzug, wenn der Fortbildungsnachweis auch nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist nicht erbracht wird.

Nachweiszeitraum	Anzahl Nachweispflichtiger	Pflicht erfüllt	Nicht erfüllt/ Sanktionen	Zulassungsentzugsverfahren
bis 30.06.2009	3000	98,3 % ✓	52 1,7 %	4
01.07.-31.12.2009	90	98,9 % ✓	1 1,1 %	1
01.01.-31.12.2010	180	98,9 % ✓	2 1,1 %	2
01.01.-31.12.2011	158	98,7 % ✓	2 1,3 %	2
01.01.-31.12.2012	197	100 % ✓	0 ☺	0

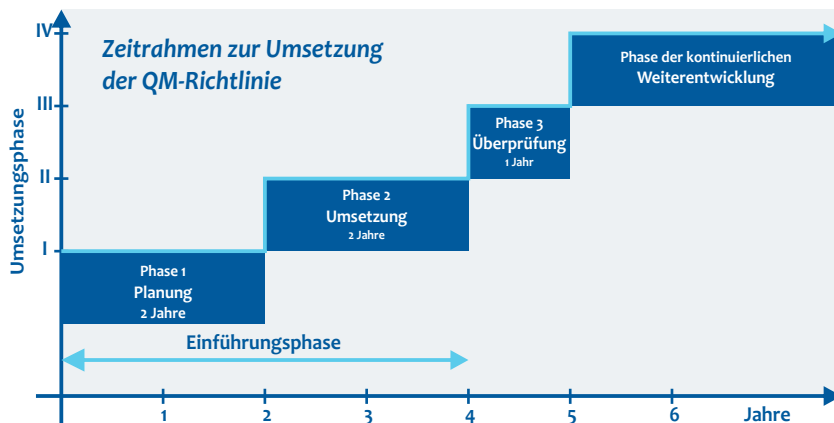


3.12 Praxisinternes Qualitätsmanagement

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurden alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards sicher und effizient zu gestalten, Fehler zu vermeiden und die Qualität der Patientenversorgung weiterzuentwickeln.

Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM wurden 2006 in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 3, 4 ÄQM-RL) festgeschrieben.

Dieser Richtlinie liegt ein Phasenmodell für die Einführung zugrunde, das folgende Zeiträume vorsieht:

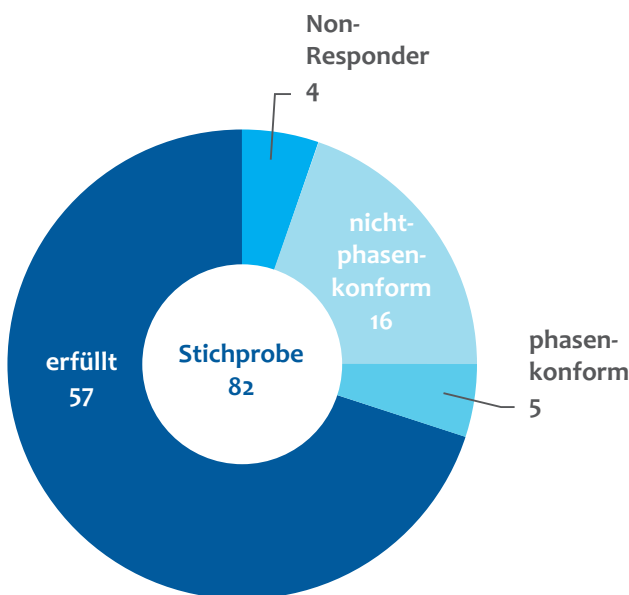


Ein praxisinternes QM ist innerhalb von 4 Jahren nach der Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt beziehungsweise als Vertragspsychologe vollständig einzuführen (Phase I und II) und im Anschluss an die Selbstüberprüfung (Phase III) weiterzuentwickeln. Für Vertragsärzte und Vertragspsychologen, die bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, begann diese Frist mit Inkrafttreten der Richtlinie. Welches QM-System sie wählen, steht den Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten frei. Die QM-Richtlinie legt jedoch die Grundelemente und Instrumente wie z. B. regelmäßige Teambesprechungen, Checklisten, Fragebögen und mehr fest.

Die Richtlinie regelt auch (§ 8 ÄQM-RL), dass der Stand der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe jährlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Stichproben zu überprüfen ist.

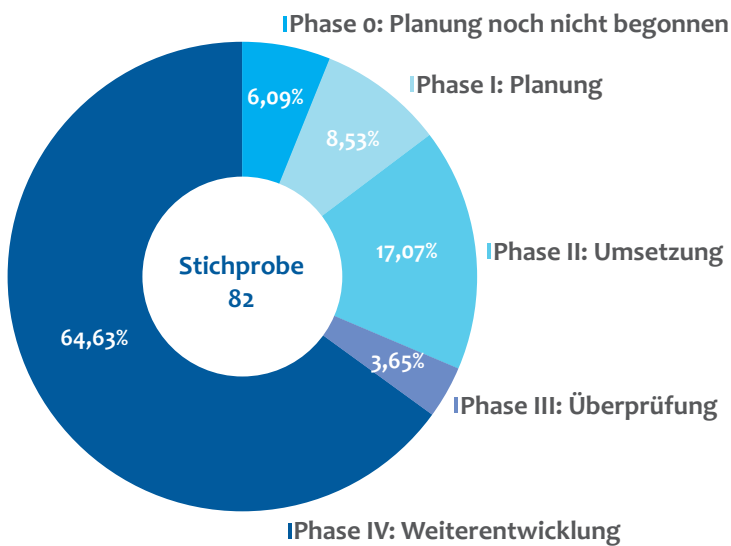


Einführungsstand QM 2012 im Land Brandenburg



Diese Stichprobe zeigt, wie auch in den vergangenen Jahren, dass sich die Mehrzahl der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ohne Sanktionsdruck auf einem guten Weg befindet. 20 % der befragten Praxen sind allerdings hinter den Anforderungen zurückgeblieben. Diese Gruppe besteht aus Verweigerern ebenso wie aus Praxen, die in der Entwicklung stecken geblieben oder gescheitert sind.

Das Ergebnis in Brandenburg liegt allerdings im Bundestrend.



Betrachtet man allein den Grad der Umsetzung zeigt sich, dass diejenigen, die sich mit QM befasst haben, die Projektphasen konsequent durchlaufen und die Umsetzung im Sinne einer „Übererfüllung“ in einem verkürzten Zeitintervall erreicht haben.

3.12.1 QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®

QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen® ist das Qualitätsmanagement-System, das die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) speziell für vertragsärztliche und -psychotherapeutische Praxen entwickelt haben.

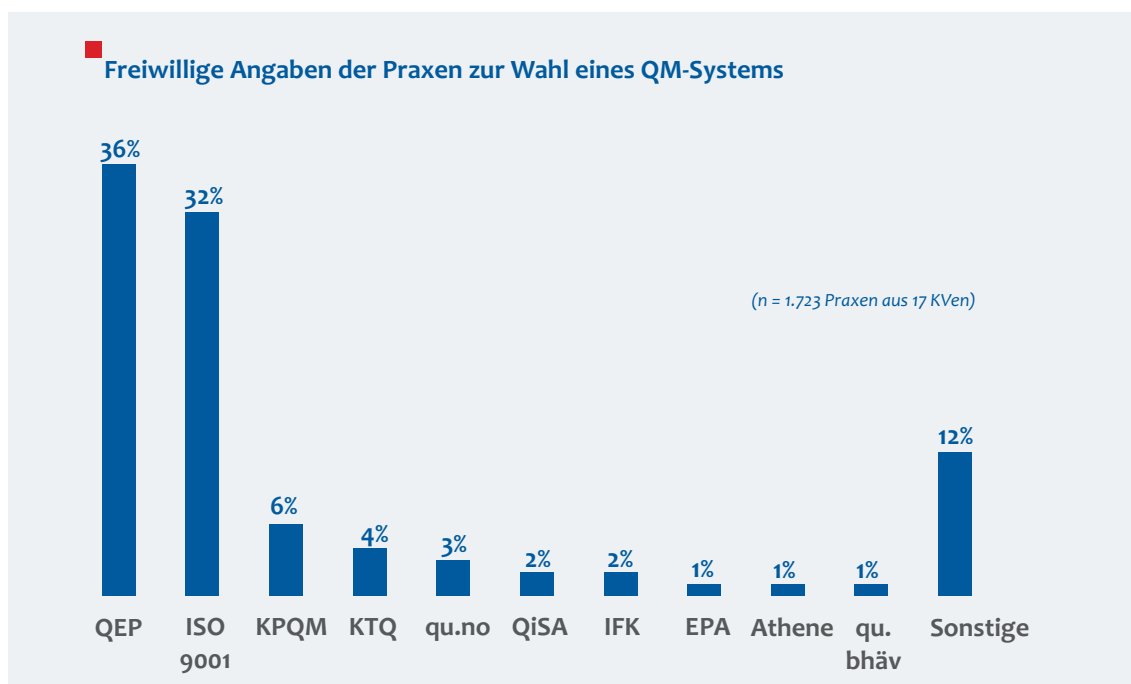
Fünf Jahre nach der Veröffentlichung des ersten Qualitätsziel-Kataloges von QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® ist Ende 2010 eine aktualisierte Version erschienen. Auf dieser Grundlage wurde 2011/2012 das QEP-Manual komplett überarbeitet und deutlich weiterentwickelt. Das QEP-Manual 2010, Aktualisierung 2012, beinhaltet

- umfassend aktualisierte und ergänzte Umsetzungsvorschläge und Tipps,
- über 200 Musterdokumente und weitere Informationen und Materialien auf der CD-ROM,
- ein verlinktes Quellen- und Inhaltsverzeichnis,
- eine elektronische Ordnerstruktur,
- Kopiervorlagen für Checklisten, Zeit- und Maßnahmenpläne, leicht verständliche Arbeitshilfen.



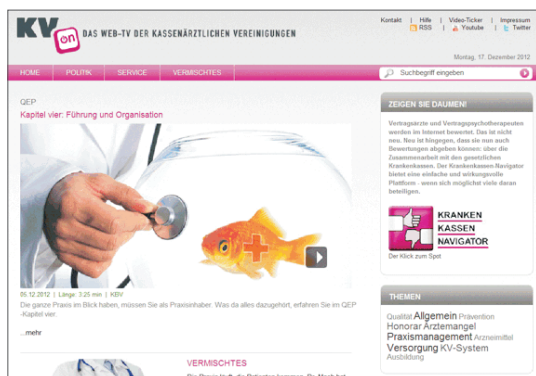
QEP® ist spezifisch auf die Abläufe und Bedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zugeschnitten. Es kann von Praxen, ärztlichen oder interdisziplinären Kooperationsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und allen sonstigen Einrichtungen, die es als hilfreich und nutzbringend bewerten, für den Aufbau und die Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements verwendet werden. Zwischenzeitlich finden sich unter den Anwendern Zahnärzte, Physiotherapeuten oder Hebammen. QEP ermöglicht je nach Ausgangssituation und Bedarf einen schrittweisen Einstieg ins Qualitätsmanagement. Als Werkzeug zur Optimierung der Führungsaufgaben und Organisation kann es wesentlich zu einer guten Patientenversorgung beitragen.

Derzeit (Stand: 12/2012) sind über 630 Praxen/ MVZ nach QEP zertifiziert/rezertifiziert, nur 11 davon sind brandenburgische Praxen. Dennoch zählt QEP® neben ISO9001 zum meist verwendeten QM-System, wobei sich aber nur ein geringer Anteil der Praxen zum letzten Schritt, nämlich einer Zertifizierung, entschließt - so auch in Brandenburg. Immerhin nutzen, nach der Auswertung der Stichprobe 2012, 19 von 78 Praxen (24,4 %), die mit der Einführung von QM begonnen oder sie schon abgeschlossen haben, das System von QEP®



3.12.2 QEP-Filme auf KV-on

In der QEP-Serie auf kv-on.de werden die Grundelemente und Instrumente von Qualitätsmanagement allgemein und von QEP im Besonderen vorgestellt. Das Angebot startet mit einem Film über zufriedene Patienten, zufriedene Mitarbeiter und zufriedene Ärzte sowie Psychotherapeuten: QEP, das Qualitätsmanagement-System der KBV und der KVen, unterstützt die Praxen anschaulich, Schritt für Schritt und vor allem praxisnah. So lässt sich die gesetzliche Pflicht des Qualitätsmanagements ganz einfach in eine motivierende Kür verwandeln. Was genau hinter den drei Buchstaben QEP



steckt, wird im Video 'Für die Patienten und für größere berufliche Zufriedenheit' gezeigt. Es folgen weitere Filme zur Patientenversorgung (Kapitel 1), Patientenrechte und Patientensicherheit (Kapitel 2), Mitarbeiter und Fortbildung (Kapitel 3), Führung und Organisation (Kapitel 4) und Qualitätsentwicklung (Kapitel 5) des Qualitätsziel-Katalogs. Mit den Filmen ist ein einfacher Einstieg in das Qualitätsmanagement möglich. Sie eignen sich auch zu Schulungszwecken, beispielsweise im Rahmen von Teamsitzungen und Fortbildungsveranstaltungen.

4. Qualitätsförderung – aktuell

An ausgewählten Beispielen werden hier aktuelle Projekte und Entwicklungen vorgestellt.

NEU

4.1 Molekulargenetik

Mit Wirkung zum 1.1.2011 wurde der Abschnitt 11.4 „Indikationsbezogene molekulargenetische Stufendiagnostik“ neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Für die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 11.4.2 EBM „Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen“ hatte die KBV mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart, eine korrespondierende Qualitätssicherungsvereinbarung abzuschließen. Im Fokus sollten dabei insbesondere Fragen der Indikationsvoraussetzungen für eine Leistung und der Auftragskommunikation zwischen Überweiser und Leistungserbringer stehen.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 11.4.2 EBM setzt gemäß der Präambel Nr. 5 bereits jetzt die Einhaltung einer entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung voraus. Mit den Krankenkassen wurde vereinbart, dass diese Leistungen bereits ab dem 1.1.2011 auch ohne Abschluss einer Qualitätssicherungsvereinbarung berechnungsfähig waren.

Die neue „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) (enthält v. a. allgemeine Vorgaben an die Erbringung molekulargenetischer Leistungen und soll zu einem späteren Zeitpunkt um zusätzliche Kriterien an die Indikationsstellung spezifischer indikationsbezogener molekulargenetischer Untersuchungen ergänzt werden.

Entsprechend den geltenden EBM-Bestimmungen (Präambel Nr. 7 des Abschnittes 12.1, Präambel Nr. 1 des Abschnittes 11.1) gilt die fachliche Qualifikation gemäß § 3 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung für Fachärzte für Humangenetik, Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin als nachgewiesen. Die Gebührenordnungsposition NR 11430 ist darüber hinaus auch für (Neuro-) Pathologen nach neuer Weiterbildungsordnung oder mit der fakultativen Weiterbildung Molekularpathologie abrechnungsfähig (vgl. § 3 Abs. 2 und Präambel Nr. 7 des Abschnittes 12.1 EBM).

Weitere Eckpunkte der Vereinbarung sind:

- Organisatorische Anforderungen (§ 4)
- Interne und externe Qualitätssicherung (§ 5)
- Anforderungen an die Indikationsstellung (§ 6)
- Ärztliche Dokumentation (§ 7)

Ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik ist die verpflichtende Einführung einer Jahresstatistik für sämtliche Leistungen des neuen Abschnittes 11.4.2 EBM (vgl. § 8).

Das Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik ist zum 1. April 2012 in Kraft getreten.

NEU

4.2 Hörgeräte-Verordnung

Zum 1. Januar 2012 sind Gebührenordnungspositionen zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen sowie für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen worden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen für Jugendliche und Erwachsene setzt ab dem 1. April 2012 eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach

der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder ist eine Genehmigung zu der ab dem 1. Juli 2012 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder notwendig.

Ziel dieser beiden Vereinbarungen ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden.

Die Gebührenordnungspositionen können von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen) berechnet werden. Zusätzlich ist für Ärzte, die Jugendliche oder Erwachsene behandeln wollen, der Nachweis einer selbständigen Indikationsstellung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung sowie von zehn themenspezifischen Fortbildungspunkten innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung gefordert. Ärzte, die Säuglinge, Kleinkinder und Kinder betreuen wollen, müssen neben Ihrer Facharztqualifikation nachweisen, dass sie 50 elektrische Reaktionsaudiometrien im Kindesalter, 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und 25 Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter sowie eine selbständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter durchgeführt haben. Auch sie müssen zehn themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung nachweisen.

Orientiert an den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie dem „Muster 15“ (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) beschreiben und definieren die Qualitätssicherungsvereinbarungen den Umfang der ärztlichen Hörgeräteversorgung von der Verordnung eines Hörgerätes über die erste Kontrolluntersuchung (Abnahme) bis hin zu möglicherweise notwendigen Nachsorgen. Auch die gegebenenfalls erforderliche Rück- und Absprache mit dem Hörgeräteakustiker wurde in den Umfang der Hörgeräteversorgung aufgenommen. So soll die kooperative Zusammenarbeit zwischen dem verordnenden Arzt und dem Hörgeräteakustiker gefördert werden.

Zusätzlich zum „Muster 15“ ist der Arzt verpflichtet, weitere Angaben zur Hörgeräteverordnung auf einem gesonderten Ergänzungsblatt zu dokumentieren. Integriert in diese Dokumentation ist die Bestimmung der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung des Patienten mittels eines geeigneten validierten Befragungsinstruments, aus dem auch der individuell empfundene Nutzen nach Anpassung der Hörhilfe bestimmt werden kann. Hier ist die Verwendung des sogenannten APHAB-Fragebogens vorgesehen (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit). Der APHAB-Fragebogen – in Ergänzung der audiometrischen Untersuchung – ist auch in die Neufassung der seit dem 1. April 2012 geltenden Hilfsmittel-Richtlinie aufgenommen worden. In den Vorgaben zur Dokumentation bei der Behandlung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern ist kein Patientenfragebogen vorgesehen. Auch die Inhalte sind, dem Alter der Patienten angepasst, reduziert.

Die Anforderungen an die Praxisausstattung richten sich nach den geltenden DIN-Normen (DIN ISO 8253-1 und 8253-2), den Bestimmungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Als Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung muss der Arzt mindestens einmal jährlich die Durchführung einer messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte sowie sieben themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb von zwei Jahren vorlegen.



4.3 Elektronische Dokumentation (eDoku)

Das Online-Portal eDoku bietet Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten die Möglichkeit, für ausgewählte Bereiche die Dokumentation ihrer Daten zur Qualitätssicherung am PC im sicheren Netz der KVen vorzunehmen. Mit dem Ziel, Ressourcen möglichst effektiv einzusetzen, hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung entschlossen, den KVen dieses Online-Portal ab dem 1. Januar 2013 anzubieten und es als technischer Dienstleister im Auftrag der KVen im sicheren Netz der KVen zu betreiben. Die Datenübermittlung erfolgt über einen KV-SafeNet¹- oder einen KV-FlexNet-Anschluss, was eine größtmögliche Datensicherheit garantiert. In bestimmten Zeitfenstern können vom Arzt Ergänzungen oder Korrekturen vorgenommen werden. Die Anwender profitieren zusätzlich von der elektronischen Dokumentation im Online-Portal, da hiermit ein Teil ihrer Berichtspflichten gegenüber der KV fristgerecht erfüllt ist, ihnen zusätzlich auf Basis ihrer Angaben in regelmäßigen Abständen Auswertungen und Rückmeldeberichte bereitgestellt werden und sie bei Bedarf auf eine Vielzahl elektronisch abrufbarer Informationen zurückgreifen können. In manchen Regionen werden alternative technische Lösungen zur Erhebung der QS-Daten von den zuständigen KVen bereitgestellt. Die Hersteller von Praxissoftware wurden frühzeitig informiert, denn zusätzlich besteht optional (über KV-Connect) die technische Möglichkeit, dass die nötigen Daten in der gewohnten Praxissoftware erfasst und vom Online-Portal importiert werden.

Zum Start bietet das Online-Portal die elektronischen Dokumentationen der Jahresstatistik zur Molekulargenetik und der Angaben zur Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Es folgen kurzfristig die Bereiche Hörgeräteversorgung von Jugendlichen und Erwachsenen, Vakuumbiopsie und Hörgeräteversorgung von Kindern.

Jahresstatistik zur Molekulargenetik

Ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Molekulargenetik ist die verpflichtende Einführung einer betriebsstättenbezogenen Jahresstatistik für sämtliche molekulargenetischen Untersuchungen gemäß des neuen Abschnitts 11.4.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Die Jahresstatistik ist immer am Ende des ersten Quartals für das zurückliegende Jahr einzureichen, erstmals für die Quartale II bis IV 2012 zum 31. März 2013.

Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Mit Einführung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung wurde beschlossen, eine wissenschaftliche Evaluation dieser neuen interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung durchzuführen. Dazu werden 2013 von jedem der knapp 700 Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Dokumentationen zur Struktur der Betriebsstätten sowie detaillierte anonymisierte Angaben zu jeweils 30 Patienten angefordert. In einem zweiten Schritt werden 2014 Veränderungen zu Betriebsstätten und ggf. Verlaufsdaten zu den bereits einbezogenen Patienten erhoben. Eine vom Arzt einzuleitende papiergebundene Patientenbefragung soll zusätzlich einen Abgleich der Einschätzungen des Behandlungserfolgs von Arzt und Patienten ermöglichen. Mit der Zusammenführung der Arzt- und Patientenangaben sowie der gesamten Auswertung ist das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland betraut. Die Datenerhebung, die Weiterleitung der Daten an das Zentralinstitut und die Bereitstellung von einem Zwischenbericht (Ende 2013) und einem abschließenden Ergebnisbericht (Ende 2014) für die teilnehmenden Ärzte können im Online-Portal im sicheren Netz der KVen erfolgen. Arztbezogene Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in diesem Bereich ausdrücklich nicht vorgesehen.

¹ Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.)



4.4 MRSA



Die Ausbreitung von resistenten Erregern, zu denen als einer der wesentlichen der Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) zählt, war früher fast ausschließlich an die besonderen Bedingungen von Krankenhäusern gebunden. Auch die Entwicklung von resistenten Staphylokokken („hospital-acquired“ (HA-) MRSA) fand sich zunächst nur in stationären Einrichtungen, da dort – durch den hohen Anteil von mit Antibiotika behandelten und gleichzeitig schwer erkrankten Patienten – ideale Bedingungen für diese Keime herrschen.

„Bei einzelnen Patienten entstehen MRSA also nicht de novo, sondern gehen nach dem Erwerb von Resistenzgenen durch Selektion (Antibiotika) aus einer anfänglichen Mischflora als Leitkeime (dominante Flora) hervor. Das erklärt, warum sich MRSA bei hospitalisierten Patienten unter Selektionsdruck viel leichter und somit häufiger als permanente Haut- und Schleimhautbesiedler nachweisen lassen.“ RKI Bulletin 26/2011

Für die Übertragung von MRSA ist ein direkter Kontakt erforderlich, der zum Beispiel im häuslichen Umfeld, aber auch durch eine unzureichende Händedesinfektion im medizinischen Bereich zustande kommen kann. Die Verhinderung einer Übertragung ist damit ein primäres Ziel und leichter zu bewerkstelligen als die spätere Eliminierung des Keimes (Eradikation) nach erfolgter Übertragung.

In den vergangenen zehn Jahren haben sich die MRSA-Keime auch außerhalb von Krankenhäusern ausgebreitet. Besonders betroffen von dieser Entwicklung sind die Industrienationen, allen voran die USA. Deutschland bewegt sich etwa im Mittelfeld, während Länder wie Dänemark oder die Niederlande durch gezielte Maßnahmen dieses Infektionsproblem weitgehend bewältigt haben. Zusätzlich wird derzeit auch die vermehrte Besiedelung von landwirtschaftlichen Nutztieren beobachtet, da diese durch einen zunehmenden Antibiotikaeinsatz ebenfalls häufig MRSA-Träger sind.

Um die Identifikation und Behandlung von Patienten mit einer MRSA-Besiedelung möglichst zielgerichtet vornehmen zu können, empfiehlt das Robert Koch-Institut die Untersuchung auf MRSA im Sinne einer „search and destroy“-Vorgehensweise nur für Patienten bestimmter Risikogruppen.

Zum 1. April 2012 ist, zunächst für die Dauer von zwei Jahren, in der vertragsärztlichen Versorgung eine Regelungen in Kraft getreten, die auf die Betreuung und Behandlung von der vom Robert Koch-Institut beschriebenen Risikogruppen zielt.

Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär behandelt worden sein (mindestens vier zusammenhängende Tage Verweildauer) und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen.

Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese und/oder Patient mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:

- chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Stufe I)
- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten
- liegende Katheter (zum Beispiel Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)
- Dialysepflichtigkeit
- Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

Für Patienten dieser Risikogruppen wird zunächst ein MRSA-Status (MRSA-Infektion oder -Kolonisation) erhoben. Ergibt sich bei der Statuserhebung eine MRSA-Trägerschaft, muss über die Notwendigkeit einer Eradikationstherapie entschieden werden, sofern keine sanierungshemmenden Faktoren (zum Beispiel infizierte Wunde, Dialysepflicht, antibiotische Therapie) gegeben sind. Anschließende Kontrollabstriche sollen den Erfolg einer solchen Maßnahme nachweisen. Ist ein Sanierungserfolg über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten nicht zu erzielen, ist es erforderlich, dass auch Kontaktpersonen aus dem häuslichen Umfeld des Patienten einbezogen werden.

Um die angestrebte Verbesserung der MRSA-Situation erkennen und darstellen zu können, wird durch den Gesetzgeber eine Evaluation aller beschriebenen Maßnahmen gefordert. Dies ist mittels der neu geschaffenen Gebührenordnungspositionen, die Diagnose und Behandlung differenziert abbilden, ohne weiteren bürokratischen Aufwand möglich.

Ärzte, die diese Gebührenordnungspositionen abrechnen wollen, müssen gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie an einer speziellen dreistündigen Fortbildung teilgenommen haben, die zukünftig auch als Online-Fortbildung angeboten wird.

4.5 Sonographie der Säuglingshüfte

Die Partner der Bundesmantelverträge konnten sich auf eine grundlegende Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung Säuglingshüfte (Anlage V der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) einigen. Die Änderungen traten am 1. April 2012 in Kraft.

Inhaltlich-medizinische Überarbeitung

Zunächst wurden die Anforderungen an die Bild- und Schriftdokumentation nach § 4 und § 5 medizinisch-inhaltlich überarbeitet und aktualisiert. Weiterhin wurden Änderungen in der Zuordnung zu den Beurteilungsstufen (vgl. § 8 Abs. 2) sowie bei den Anforderungskriterien an eine nicht sachgerechte Dokumentation vorgenommen (vgl. § 9 Abs. 2).

Einführung einer Initialprüfung

Künftig sollen die ersten zwölf unmittelbar nach der Genehmigungserteilung durchgeführten und abgerechneten Hüftsonographien einer Dokumentationsprüfung unterzogen werden. So sollen mögliche Mängel der fachlichen Qualifikation möglichst frühzeitig erkannt und durch Einleitung von Qualitätssicherungs- und Förderungsmaßnahmen behoben werden. Bislang konnten theoretisch zwei Jahre vergehen, bis die Dokumentationen eines neu abrechnenden Arztes überprüft wurden.

Vereinfachung und Vereinheitlichung des Prüfschemas

Ärzte, die erfolgreich an der Initialprüfung und an der – in einem Zeitraum von zwei Jahren daran anschließenden – Dokumentationsprüfung teilnehmen, sollen künftig nur noch alle fünf Jahre überprüft werden. Ärzte, deren Dokumentationen in der Gesamtbewertung mittelgradige Mängel aufweisen, müssen nun einheitlich erst innerhalb von zwölf Monaten – statt vormals drei bzw. sechs Monate – erneut überprüft werden.

Betonung der Qualitätsförderung

Bei in der Gesamtbewertung der Dokumentationen festgestellten schwerwiegenden Mängeln soll die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Hüftsonographien künftig ausgesetzt werden, bislang musste hier ein formaljuristisch problematischer Genehmigungswiderruf allein aufgrund

einer Stichprobe erfolgen. Weisen die betreffenden Ärzte innerhalb eines Jahres die erfolgreiche Teilnahme an einem Fortbildungskurs zur Sonographie der Säuglingshüfte nach, so kann eine Abrechnung der Leistungen nun unmittelbar nach diesem Nachweis wieder erfolgen. Ein neues Antragsverfahren ist nicht mehr erforderlich. An dieser Stelle wird also verstärkt auf den Aspekt der Qualitätsförderung gesetzt bei gleichzeitigem Abbau von bürokratischem Aufwand für den Arzt und die KV: Fortbildung und daran anschließende Abrechnungsmöglichkeit, anstatt Genehmigungswiderruf und Neuantrag.

Im Anhang der QS-Vereinbarung sind Anforderungen an die Kursinhalte eines Fortbildungskurses aufgeführt. Die Kursinhalte orientieren sich eng an den vom Berufsverband der Orthopäden und von der DEGUM in Zusammenarbeit mit einigen KVen bereits angebotenen und durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen (sog. „Refresher-Kurse“). Bis zu einer flächendeckenden Etablierung dieser Kurse ist alternativ auch die Teilnahme an einem Abschlusskurs nach den Vorgaben der Ultraschallvereinbarung möglich.

Vereinheitlichung der Beurteilungs- und Bewertungspraxis der KVen

Ähnlich wie bereits in den Bereichen, Radiologie, Kernspintomographie und Arthroskopie soll es auch im Bereich der Hüftsonographie mit Hilfe sogenannter Fachgruppen zu einer Vereinheitlichung der Beurteilungs- und Bewertungspraxis der Qualitätssicherungskommissionen der KVen kommen. Erstmals wurde eine Regelung hierzu in die Vereinbarung aufgenommen, wonach die KBV in Zusammenarbeit mit den KVen geeignete Maßnahmen durchzuführen und darüber zu berichten hat.

4.6 Förderung der Allgemeinmedizin

In den kommenden Jahren wird eine Vielzahl an Allgemeinmediziner*innen dem ambulanten Versorgungsbereich nicht mehr zur Verfügung stehen. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Rahmenbedingungen beginnend mit der Ausbildung bis hin zur späteren Tätigkeit attraktiv zu gestalten. Hierzu gehört auch eine optimale Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2008 hat der Gesetzgeber dabei die mit Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes von 1998 geschaffene rechtliche Grundlage zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin mit dem Ziel der Stärkung des hausärztlichen Nachwuchses weiterentwickelt.

Die Partner auf Bundesebene hatten dies zum Anlass genommen, die in der Vergangenheit für den ambulanten und stationären Bereich getrennt bestehenden vertraglichen Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin mit Wirkung zum 1. Januar 2010 neu zu gestalten und weitere positive Anreize zu setzen.

Vertragspartner:

- KBV, DKG und GKV-SV (3-seitig)
 - im Einvernehmen mit dem PKV-Verband und
 - im Benehmen mit der BÄK

Einer der Eckpunkte dazu sind die auf Landesebene eingerichteten Koordinierungsstellen, die unter anderem den Arzt in Weiterbildung und den zur Weiterbildung befugten Arzt unterstützen. Gleichzeitig wird von Ihnen auch die Vereinbarung evaluiert. Ein weiterer Eckpunkt ist die Anhebung der För-

derbeträge im ambulanten Bereich von bisher insgesamt 2.040 € auf 3.500 € pro Monat. Entsprechend der Vereinbarung sollen die Weiterbildungsstätten diesen Betrag auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anheben. Zusätzlich wurden die Förderbeträge in unterversorgten Gebieten bis Ende 2013 um 500 € sowie in Gebieten mit drohender Unterversorgung um 250 € erhöht. Zudem wurde die in der Vergangenheit im ambulanten und stationären Bereich bestehende Förderbeschränkung von jeweils 3.000 Stellen pro Jahr im Bundesgebiet gestrichen.

Wie kommt der Arzt in Weiterbildung in das Förderprogramm?

Der Praxisinhaber stellt bei der KVBB einen Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung und einen Antrag auf Gewährung von Zuschüssen.

Beizufügen sind folgende Unterlagen in Kopie:

- Weiterbildungsbefugnis der/des weiterbildenden Ärztin/Arztes
- Approbationsurkunde der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung
- Arbeitsvertrag
- formlose Erklärung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung aus der hervorgeht, dass sie/er derzeit in keinem Arbeitsverhältnis steht

→ Die KVBB erteilt Genehmigung zur Beschäftigung und gewährt Zuschüsse.



In der KV Brandenburg wurden 2012 98 Ärzte in Weiterbildung im ambulanten Bereich gefördert. Dies entspricht 49 Vollzeitäquivalenten. Im Jahr 2011 waren dies 48 Vollzeitäquivalenten und 2010 41,5. Hinsichtlich der Aufteilung der Weiterbildungsabschnitte in die einzelnen Fachgebiete entfielen 76,15 % auf die Allgemeinmedizin, 17,43 % auf die Chirurgie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3,67 % auf die Innere Medizin und 2,75 % auf die Kinder- und Jugendmedizin.

Den ausführlichen Evaluationsbericht der KBV für die Jahre 2010 und 2011 finden Sie unter: www.kbv.de/rechtsquellen/41069.html.

4.7 Bereitschaftsdienst 116 117

Krankheiten kennen keine Sprechzeiten: Eine akute Magenverstimmung über die Feiertage oder unerwartet hohes Fieber am Wochenende – es gibt viele Gründe, die einen Arzt erforderlich machen, wenn die Praxen gerade geschlossen sind.

116 117

**DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.**

Der ärztliche
Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen
Vereinigungen

Die für diese Fälle in jedem Bundesland anders lautenden Nummern des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVen sind seit Mitte April unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117 erreichbar. Damit gibt es jetzt in Deutschland neben der Notrufnummer 112 auch eine einheitliche Nummer für nicht lebensbedrohliche Krankheitsfälle und überall in Deutschland sind so niedergelassene Ärzte erreichbar, die Patienten in dringenden medizinischen Fällen ambulant behandeln – auch nachts, an Wochenenden und an Feiertagen.

Übrigens, das Projekt „Einheitliche Europäische Bereitschaftsdienstnummer 116 117“ wurde Ende 2007 durch die KVBB bei der EU-Kommission eingereicht!



Die Nummer funktioniert ohne Vorwahl, gilt deutschlandweit und ist kostenlos – egal ob Sie von zu Hause oder mit dem Mobiltelefon anrufen.

Deutschland ist das erste Land der EU, welches diese einheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst eingeführt hat. Mittlerweile haben auch Belgien, Estland und Schweden diese Nummer eingeführt, das nächste Land wird Österreich sein.

Von Mitte April bis Mitte Dezember 2012 gingen bei der 116 117 über 1,8 Millionen Anrufe ein – das sind hochgerechnet 2,6 Millionen Anrufe im gesamten Jahr.



In den Monaten Juni bis Dezember 2012 wurden alleine für das Bundesland Brandenburg 86.593 Anrufe registriert und an die diensthabenden Ärzte in den Regionen weitergeleitet.

Die Nummer 116 117 darf nicht mit dem Rettungsdienst verwechselt werden, der in lebensbedrohlichen Situationen Hilfe leistet. Bei Notfällen wie Herzinfarkt und schweren Unfällen muss unverändert die Notrufnummer 112 gewählt werden. Selbstverständlich werden aber alle über die 116 117 eingehenden Notrufe von Patienten mit lebensbedrohlichen Beschwerden an die jeweils zuständige Rettungsstelle weitergeleitet.

4.8 Maßnahmen zum Bürokratieabbau in Arztpraxen

Vertragsärzte sind in besonderem Maße von Bürokratie betroffen. Sie unterliegen einer Fülle von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Vereinbarungen, was für erheblichen Aufwand sorgt. Sie müssen Behandlungen dokumentieren, ihre fachliche Qualifikation nachweisen, genehmigungspflichtige Leistungen beantragen, die Praxisgebühr einziehen, Versicherte in Disease-Management-Programme einschreiben, Dokumentationen archivieren, gegebenenfalls Substitutionsbehandlungen melden und Anfragen von Krankenkassen beantworten.

Dieser bürokratische Aufwand resultierte aus 65 verschiedenen Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Vereinbarungen. Das soll sich ändern: Die KBV setzt sich in Verhandlungen mit den Krankenkassen für einen Abbau der Bürokratie in Arztpraxen ein. Ihr Ziel lautet: Entlastung der Niedergelassenen von unnötigen Verwaltungs- und Informationspflichten bei einer gleichbleibend hohen Qualität der Patientenversorgung.

Auch im Gemeinsamen Bundesausschuss setzt sich die KBV für eine Entbürokratisierung der vertragsärztlichen Versorgung ein. Seit März 2011 sieht die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie vor, die Stichprobenprüfungen im Bereich Computertomographie bis 2013 auszusetzen. Das ist möglich, weil nahezu alle der überprüften Dokumentationen keine oder nur geringe Beanstandungen aufwiesen. Mit dem gleichen Argument, wiederum in Abstimmung mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, konnte auch das Prüfintervall für die Dokumentationsprüfungen in der Koloskopie auf zwei Jahre verlängert werden. Bis dahin wurden jährlich 20 Dokumentationen von allen Ärzten geprüft, die diese Leistung erbringen. Ausgedrückt in harten Zahlen: Bundesweit müssen jetzt jährlich „nur“ noch 25.000 statt 50.000 Dokumentationen bewertet werden.

Innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung ist die KBV beim Thema Bürokratieabbau auf Bundesebene Vorreiter. Sie hat den Aufgabenbereich „Bessere Regulierung“ geschaffen, um sich systematisch mit dem Thema auseinanderzusetzen. Ziel ist es, das sogenannte Standardkostenmodell in die vertragsärztliche Versorgung zu übertragen. Mit diesem Instrument lässt sich der zeitliche und finanziel-

le Aufwand abschätzen, der einem Vertragsarzt entsteht, um seinen gesetzlichen und vertraglichen Informationspflichten nachzukommen. Hierzu hat die KBV ein Methodenhandbuch erstellt und in Pilotprojekten erprobt. Die fachlich zuständigen Dezernate sind verpflichtet, eine Bürokratiekostenabschätzung durchzuführen, bevor neue Regelungen entstehen. Da Bürokratiekosten maßgeblich durch Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses verursacht werden, müssen seit September 2012 auch hier bei Beschlüssen die Bürokratiekosten ermittelt und ausgewiesen werden.

Außerdem hat die KBV ein onlineForum „Mehr Zeit für Patienten“ im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet. Hier können Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit der KBV in Kontakt treten und ihre Erfahrungen und Vorschläge übermitteln, wo Bürokratie in der Praxis reduziert werden kann. Die KBV setzt sich aktiv mit den Vorschlägen auseinander und prüft, inwieweit diese umsetzbar sind.

Das Handbuch mit dem Titel „Bürokratie abbauen – Mehr Zeit für Patienten“ kann bei der KBV bezogen werden. Nähere Informationen unter: www.kbv.de/presse/40117.html

4.9 Mein PraxisCheck Informationssicherheit

Um das Verständnis für Informationssicherheit in den Praxen zu fördern, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine elektronische Checkliste als Serviceangebot entwickelt: kbv.de/praxischeck



„Mein PraxisCheck“ hilft herauszufinden, wie sicher sensible Daten in der Praxis sind, und gibt praktische Tipps, wie Datenschutz und Datensicherheit noch besser werden können. Es handelt sich dabei nicht um eine Kontrolle oder eine Wissensprüfung. Die Antworten werden nicht gespeichert. Neben dem Schutz sensibler Daten werden relevante Aspekte des Praxis- und Risikomanagements wie der Umgang mit Fehlern thematisiert.

Nach dem Beantworten der 19 Fragen erhalten die Nutzer sofort ein Ergebnis mit konkreten Hinweisen. Die Checkliste eignet sich auch als roter Faden für eine Teambesprechung. Ziel ist es, für das Thema zu sensibilisieren und direkt Anregungen für mehr Sicherheit und weniger Risiken zu erhalten. Die Selbsteinschätzung nimmt etwa 15 Minuten in Anspruch.

„Mein PraxisCheck“ ist ein KBV-Serviceangebot. Es bietet Informationen und Unterstützung an, um die vielfältigen gesetzlichen Verpflichtungen und normativen Anforderungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit zu erfüllen. Die Fragen sind keine Vorgaben der KBV, sondern sie wurden aus bestehenden normativen Vorgaben abgeleitet (u. a. Berufsordnung, Bundesdatenschutzgesetz, landesrechtliche Vorschriften, Sozialgesetzbuch V). Den Lösungsvorschlägen und Tipps liegen Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik, die DIN EN ISO 27001 und Qualitätsziele aus QEP – Qualität und Entwicklung® zu Grunde.

4.10 Mammographie-Screening

Das Mammographie-Screening-Programm ist eine zusätzliche, freiwillige Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung für alle Frauen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr. In Brandenburg startete das Programm im Januar 2008.



Um eine flächendeckende Versorgung im Land Brandenburg zu erreichen wurde das Land in 4 Regionen aufgeteilt für die jeweils ein besonders qualifizierter spezialisierter Arzt, die Verantwortung trägt (programmverantwortlicher Arzt/PVA). Er/sie leitet ein Team aus befundenden Ärzten und Pathologen und arbeitet in enger Kooperation mit den operierenden Ärzten am Krankenhaus bzw. den ambulant behandelnden Gynäkologen zusammen. Die Röntgenuntersuchungen werden von speziell für das Screening ausgebildeten Medizinisch-technischen Röntgenassistentinnen (MTRA) durchgeführt. Es findet immer eine unabhängige Doppelbefundung der Mammographie-Aufnahmen statt. Bei differierenden Ergebnissen wird in einer Konsensuskonferenz im Sinne einer Drittbefundung mit dem PVA über den Befund entschieden.

Screening-Einheiten	4
PvÄ	4
Angestellte Ärzte mit PVA Qualifikation	2
Befundende Ärzte	16
Pathologen	10

Um möglichst viele Frauen zur Teilnahme zu motivieren, ist neben einer guten Information auch ein guter Zugang zum Angebot durch kurze Wege und die Einbeziehung lokaler Strukturen wichtig. Die Erfahrungen aus den Modellregionen zeigten, dass besonders viele Frauen das Untersuchungsangebot annehmen, wenn ihr Weg zur Untersuchung weniger als 15 km beträgt.

Aus diesem Grunde wird das Screening in Brandenburg zum großen Teil mit so genannten Mammobilien durchgeführt, fahrbaren, komfortabel ausgerüsteten Röntgeneinrichtungen, die auf die Dörfer und Städte fahren und dort, vor Ort, die Röntgenuntersuchungen anbieten. In den Regionen Nord, West, Süd und Ost sind derzeit insgesamt 6 mobile Einheiten unterwegs.

Unter der redaktionellen Verantwortung der PvÄrzte werden Standorte, Termine und Öffnungszeiten im Internet unter www.screening-brandenburg.de bekannt gegeben.

Des Weiteren gibt es auch feste Einrichtungen an denen Mammographie-Aufnahmen erstellt werden und wenn notwendig die weiterführende Abklärungsdiagnostik durchgeführt wird. (Cottbus, Potsdam, Stadt Brandenburg, Königs Wusterhausen, Beelitz, Eberswalde, Neuruppin, Schwedt)

Es sind gut 350.000 Frauen im Land Brandenburg, die alle zwei Jahre ihren gesetzlichen Anspruch auf diese Untersuchung geltend machen können. Eingeladen wird durch die Zentrale Stelle unter Verwendung von Meldedaten, die von den regionalen Einwohnermeldeämtern jährlich zur Verfügung gestellt werden.

Unter der zentralen Hotline (030) 27 000 55 55 können sich die Frauen informieren oder auch selbst einen Termin vereinbaren, falls ihnen der von der Zentralen Stelle vorgeschlagene Termin nicht zusagt.

Seit der ersten Einladungsrunde, die zweite wurde im März 2013 abgeschlossen, ist die Akzeptanz und damit die Teilnahmequoten kontinuierlich gestiegen und lag im aktuellen Berichtszeitraum durchschnittlich bei ca. 63% Prozent. Damit liegt Brandenburg im nationalen Vergleich im vorderen Drittel!

Zur Erreichung des Ziels, durch die Erkennung von Brustkrebs im Frühstadium die Heilungschancen zu erhöhen und die Brustkrebssterblichkeit zu senken, werden hohe Ansprüche an die Qualitätssicherung und die Transparenz des Programms gestellt. Im Einklang mit den europäischen Leitlinien wurden daher über 30 Parameter der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definiert, die vom PVA regelmäßig registriert und in enger Zusammenarbeit mit dem für die neuen Bundesländer zuständigen Referenzzentrum in Berlin ausgewertet werden. Alle Programmbeteiligten werden kontinuierlich trainiert, fortgebildet und überwacht. Auch die technischen Geräte müssen modernsten Qualitätsanforderungen entsprechen und werden einer ständigen (täglich/wöchentlich/monatlich) Überprüfung unterzogen. Die Screening-Einheiten selbst müssen außerdem alle 30 Monate ein umfangreiches **Rezertifizierungsverfahren** durchlaufen.

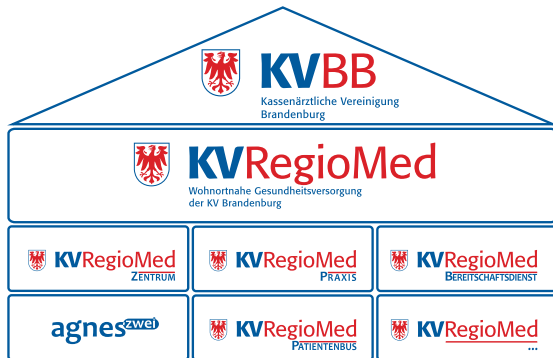
ÜBERPRÜFUNG DER SCREENING-EINHEIT ZUR STRUKTUR-, PROZESS- UND ERGEBNISQUALITÄT		
STRUKTUR	PROZESSE	ERGEBNISSE
<p>Stammdaten zur Screening-Einheit</p> <p>Angaben durch die Programmverantwortlichen Ärzte - Rezertifizierungsprotokolle Bogen I</p> <p>Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung</p> <p>Angaben durch die KV - Rezertifizierungsprotokolle Bogen II</p> <p>Organisation</p> <p>Angaben durch die Programmverantwortlichen Ärzte - Rezertifizierungsprotokolle Bogen III</p>	<p>Technische Qualitätssicherung</p> <p>Angaben durch die Referenzzentren - Rezertifizierungsprotokolle Bogen IV</p> <p>Workflow in der Screening-Einheit</p> <p>Angaben durch die Programmverantwortlichen Ärzte - Rezertifizierungsprotokolle Bogen V</p> <p>Auflagen aus der letzten Rezertifizierung</p> <p>Angaben durch die Programmverantwortlichen Ärzte - Rezertifizierungsprotokolle Bogen VI</p> <p>Interne Qualitätssicherung</p> <p>Angaben durch die Referenzzentren - Rezertifizierungsprotokolle Bogen VIII</p>	<p>Leistungsparameter</p> <p>Angaben durch die Referenzzentren - Rezertifizierungsprotokolle Bogen VII</p>

Schaubild der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zum Rezertifizierungsverfahren

5. Projekte der KV Brandenburg

5.1 KV RegioMed

KV RegioMed – ein Baukasten für die Zukunft



Der demografische Wandel erfordert von den Kassenärztlichen Vereinigungen das Beschreiten neuer Wege, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in der regionalen Spezifik des jeweiligen Bundeslandes, auch und gerade im Hinblick auf die sich fortwährend ändernden Rahmenbedingungen, zu gewährleisten. Da sich diese strukturellen Veränderungen im Land Brandenburg als Flächenland, mit seiner divergenten Entwicklung einerseits im Ballungsraum um Berlin und andererseits im ländlichen Randgebiet,

schon vor einigen Jahren zeigten, hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg schon frühzeitig dieser Herausforderung gestellt und proaktiv nach weiterführenden Lösungen gesucht.

Neben Existenzgründertagen, Sicherstellungsfonds, Praxisbörse sowie Weiterbildungsnetzwerken – um nur einige der zahlreichen Initiativen zu nennen – wurde von der KVBB das KV RegioMed Programm entwickelt. Hierbei handelt es sich um einen neuen Ansatz, der deutlich über alle bisherigen Maßnahmen hinausgeht. Das KV RegioMed Programm stellt ein Angebot an die niedergelassenen Vertragsärzte, insbesondere in Regionen mit Versorgungsstrukturdefiziten, dar. Als Baukasten, dessen Module je nach konkreter Situation und speziellen Erfordernissen mit regionalem Know-how kombiniert zum Einsatz kommen, wird für die jeweilige Region eine passgenaue Lösung entwickelt.

Das Baukastenprinzip des KV RegioMed Programms erlaubt es, das Programm jederzeit um weitere Module zu ergänzen. Bisher wurden fünf KV RegioMed Module entwickelt: Das KV RegioMed Zentrum als Eigeneinrichtung nach § 105 SGB V, die KV RegioMed Praxis, der KV RegioMed Patientenbus, die KV RegioMed Bereitschaftspraxis sowie die KV RegioMed Lehr- und Weiterbildungspraxis. Ergänzt wird das KV RegioMed Programm durch das agneszwei-Konzept.

An der Entwicklung und Ausgestaltung der einzelnen Module ist vielfach die IGiB GbR beteiligt. IGiB steht für „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“. Unter diesem Namen haben die KV Brandenburg (KVBB) und die damalige AOK Brandenburg im Jahr 2009 eine - noch immer - bundesweit einmalige Partnerschaft zur Sicherung der medizinischen Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen ihres Bundeslandes geschlossen.

Heute ist die IGiB GbR eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern und der BARMER GEK die gesund experten Berlin-Brandenburg und bereits zweifacher dfg-award-Träger, ausgezeichnet u.a. für herausragendes Management im Gesundheitswesen und den Mut, neue Wege zu gehen.



Das KV RegioMed Zentrum

Die demografische und räumliche Entwicklung in Brandenburg nötigt zu der Erkenntnis, dass eine medizinische Vollversorgung in jedem brandenburgischen Dorf nicht zu gewährleisten ist. Das von der KV Brandenburg entwickelte Modul des KV RegioMed Zentrums bietet strukturell den Nukleus, der es ermöglicht, die ambulante Versorgung mit der stationären Grundversorgung zu verzahnen und hinreichend flexibel für eine nur zeitweise Sprechstundentätigkeit von Ärzten zur Verfügung zu stehen.

Das erste KV RegioMed Zentrum wurde im Jahr 2010 als eine Einrichtung der KVBB nach § 105 SGB V in [Bad Belzig als Pilotprojekt](#) gegründet und etabliert. Ziel war es, zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung, die ambulant und stationär vorhandenen Ressourcen für eine wohnortnahe, ergänzende Versorgungsstruktur bedarfsgerecht und regionalspezifisch zu nutzen. Am praktischen Beispiel des KV RegioMed Zentrums in Bad Belzig konnte so unter anderem trotz der Schließung der Gynäkologie am ansässigen Krankenhaus und dem damit verbundenen Entfall einer Ermächtigung zur Onkologie die gynäkologisch onkologische Versorgung im bis dahin bestehenden Umfang wohnortnah aufrechterhalten werden. Ein weiteres KV RegioMed Zentrum ist in der [grenznahen Stadt Guben](#) in Vorbereitung. Das Leistungsportfolio und das Sprechstundenangebot werden passgenau auf die Gegebenheiten vor Ort zugeschnitten. Da im Raum [Templin](#) der demografische Wandel schon deutlich spürbar ist, wird hier ein KV RegioMed Zentrum mit [geriatrischem Schwerpunkt](#) aufgebaut.

KV RegioMed Bereitschaftspraxis

Die hinter dem Konzept einer KV RegioMed Bereitschaftspraxis stehende Idee, die medizinischen Versorgungsstrukturen innerhalb eines geografischen Raumes zu verbessern, wurde erstmalig zusammen mit dem [St. Josefs-Krankenhaus in Potsdam](#) umgesetzt. Die Vorteile liegen auf der Hand: Die KV RegioMed Bereitschaftspraxis bietet einen ambulanten Bereitschaftsdienst am Wochenende, an Feiertagen und am Abend, wodurch der fahrende Bereitschaftsdienst entlastet wird. Durch die Trägerschaft der KVBB ist es möglich, auch Kollegen aus anderen Regionen einzusetzen, um die Anzahl der Bereitschaftsdienste in unterversorgten Regionen für die dort tätigen Ärzte in einem vertretbaren Rahmen zu halten. Durch die zentrale Lage in der Nähe eines Krankenhauses ist die Praxis gut erreichbar. Die medizinische Infrastruktur des Krankenhauses kann genutzt werden und die Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor wird gestärkt. Sollte der Patient doch etwas Ernsteres haben, stehen ihm sofort die Rettungsstelle und das Krankenhaus mit seiner personellen und technischen Ausstattung zur Verfügung. Somit ist die Behandlung doppelt abgesichert. Nach Potsdam wurde im Jahr 2012 die zweite Bereitschaftspraxis in [Cottbus am Carl-Thiem-Klinikum](#) mit einem allgemein ärztlichen und einem kinderärztlichen Versorgungsangebot eröffnet. KV RegioMed Bereitschaftspraxen an weiteren Standorten sind geplant.

KV RegioMed Praxis

Die KV RegioMed Praxis wurde bisher in folgenden Varianten konzipiert: die KV RegioMed Praxis als Außenstelle des KV RegioMed Zentrums, die KV RegioMed Praxis als gemeinsame "Zweigpraxis" verschiedener Fachrichtungen und die KV RegioMed Praxis als sogenannte "Startup"-Praxis. Die erste KV RegioMed Praxis wurde im Jahr 2012 in [Joachimsthal](#) eröffnet. Für den dort tätigen Hausarzt konnte trotz zahlreicher Bemühungen und Eigeninitiative kein Nachfolger gefunden werden. Um den Praxisbetrieb trotzdem aufrechtzuerhalten und eine wohnortnahe Versorgung der dortigen Bevölkerung zu gewährleisten, hat die KV Brandenburg den Betrieb der Praxis kurzerhand als Eigeneinrich-

tung nach § 105 SGB V übernommen. Die in der Praxis angestellte Ärztin hat ihre Tätigkeit im Dezember 2012 aufgenommen. Das Angebot wurde von der Bevölkerung vor Ort sehr gut angenommen, so dass ein positives Résumé gezogen werden kann. Weitere KV RegioMed Praxen entstehen in [Bad Freienwalde](#) und [Elsterwerda](#).

KV RegioMed Patientenbus

In vielen brandenburgischen Randgebieten leben vermehrt ältere Menschen, die sich an ihre Wohnung/ihr Haus gebunden fühlen und daher von einem Wegzug absehen. Mit zunehmendem Alter sinkt die selbständige Mobilität auf ein Maß, mit dem sich die Einwohner zwar im häuslichen Umfeld bewegen können, nicht aber in der Lage sind, längere Wegstrecken ohne fremde Hilfe zu überwinden. Durch das Projekt KV RegioMed Patientenbus wurde im Bereich Müncheberg/Strausberg die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten deutlich verbessert. Durch das zusätzliche Angebot des öffentlichen Nahverkehrs am Dienstag ist es auch der im ländlichen Raum lebenden immobilen Bevölkerung möglich, die zentral gelegenen Versorgungsangebote zu nutzen – ohne dabei auf Hilfe aus der Familie, Bekanntschaft oder Nachbarschaft angewiesen zu sein. Es ist vorgesehen, diesen Ansatz auch in anderen Regionen umzusetzen.

KV RegioMed Lehr- und Weiterbildungspraxis

Hierbei handelt es sich um ein Modul des Baukastens KV RegioMed mit welchem die KV Brandenburg sich der Herausforderung stellen möchte, junge Ärzte für ein Medizinstudium ins Land Brandenburg zu holen und auch zu halten. An der Gesamtkonzeption der KV RegioMed Lehr- und Weiterbildungspraxis, die eng mit einer praxisnahen universitären Ausbildung und Weiterbildung zum Facharzt im ambulanten Bereich verzahnt ist, wird derzeit gearbeitet, so dass von einer zeitnahen Umsetzung ausgegangen werden kann.

5.2 agnes^{zwei}

Im Mittelpunkt der Tätigkeit der agnes^{zwei}-Fachkraft steht das an den niedergelassenen Arzt angebundene Fallmanagement für besonders betreuungsintensive Patienten über einen bestimmten Zeitraum. Das Fallmanagement beinhaltet auch das intersektorale Überleitungsmanagement und das Schnittstellenmanagement zwischen Fach- und Hausärzten sowie anderen Akteuren im Gesundheitswesen und erfolgt stets in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt.

Der Einsatz der agnes^{zwei}-Fachkraft, welche den Arzt bei der koordinierten Betreuung seiner Patienten mit Eigenkompetenz unterstützt, ist ein Beitrag zur Sicherung der Versorgung sowie zur Steigerung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit. Die agnes^{zwei}-Fachkraft übernimmt insbesondere die Terminkoordination, die Unterstützung bei strukturierten Behandlungsprogrammen, die Kontrolle der häuslichen Pflege und Medikation, die Angehörigenunterstützung und Vermittlung sozialer Dienste sowie die Durchführung notwendiger Hausbesuche. Sie kann sowohl in einer Fach- als auch einer Hausarztpraxis oder in kooperativen Strukturen wie zum Beispiel Medizinischen Versorgungszentren oder KV RegioMed Zentren zum Einsatz kommen.

Im Jahr 2012 haben die ersten 30 ausgebildeten agnes^{zwei}-Fachkräfte ihre Tätigkeit unter anderem in Perleberg, Schwedt, Schwielowsee, Briesen, Lauchhammer und weiteren Orten aufgenommen. Grundvoraussetzung für die Tätigkeit als agneszwei-Fachkraft ist eine entsprechende Qualifikation.

Die agnes^{zwei}-Fachkraft muss entweder eine Ausbildung zur examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zur Medizinischen Fachangestellten mit speziellen Zusatzqualifikationen oder Berufserfahrung vorweisen. Aufbauend auf dieser Basis-Qualifikation erhält die agnes^{zwei}-Fachkraft eine auf ihr Tätigkeitsfeld zugeschnittene spezifische Schulung mit dem Schwerpunkt Fallmanagement.

Durch den Einsatz der agnes^{zwei}-Fachkraft wird der Arzt unterstützt und von logistischem und bürokratischem Aufwand entlastet, so dass ihm wieder mehr Zeit für die qualifizierte medizinische Diagnostik und Therapie der Patienten verbleibt. Der Patient hat zusätzlich zum betreuenden Arzt einen kompetenten Partner an seiner Seite, der ihn in seinem regionalen und häuslichen Umfeld durch das komplexe System der medizinischen Versorgung begleitet und betreut. In den Folgejahren werden weitere agnes^{zwei}-Fachkräfte ausgebildet, um dieses Angebot in Brandenburg flächendeckend zu etablieren.

5.3 Weiterbildungsbörse/Weiterbildungnetzwerke

Die KVBB sorgt auch für den Nachwuchs!

Seit etwa 5 Jahren betreibt die KVBB erfolgreich eine Weiterbildungsbörse im Internet. Diese Plattform ermöglicht das schnelle Auffinden von freien Weiterbildungsstellen in allen Fachgebieten und berücksichtigt auch regionale Wünsche. Außerdem ist eine direkte Kontaktaufnahme zum anbietenden Vertragsarzt möglich. Derzeit umfasst die WB-Börse einen Datenbestand von **212 Ärzten, die im ambulanten und stationären Bereich WB-Stellen anbieten**, zu jeweils gleichen Teilen aus dem hausärztlichen und gebietsärztlichen Bereich.

Darüber hinaus wurden **7 regionale Weiterbildungsnetzwerke** aufgebaut. In enger Kooperation von stationären und ambulanten Einrichtungen werden angehende Hausärzte bei der Weiterbildung unterstützt und begleitet. Ziel ist es, die zeitliche Kontinuität innerhalb einer umschriebenen Region abzusichern und damit die Absolvierung der in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Pflichtfächer innerhalb von 5 Jahren zu ermöglichen. Zusätzlich bietet die individuell zugeschnittene verbindliche Rotationsplanung auch für die private Lebensplanung Zuverlässigkeit.

Zum Jahresende 2012 befanden sich **101 betreute Assistenten** in der hausärztlichen Weiterbildung.

6. Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung



Zuständigkeit und Organisation

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure. Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen:

- dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern (zum Beispiel bei der Eichordnung und Röntgenverordnung)
- der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen).

Der Vertragsarzt muss in seiner Tätigkeit die Richtlinien und Vorgaben aller drei Akteure beachten. Dies bedeutet umgekehrt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht sämtliche den Vertragsarzt betreffende Qualitätsnormen vorgeben beziehungsweise deren Einhaltung überwachen, sondern nur die spezifisch vertraglichen Normen, die die gemeinsame Selbstverwaltung oder die ärztliche Selbstverwaltung vorgeben.

Hierfür sind drei Rechtsquellen maßgebend:

- das Vertragsarztrecht (SGB V sowie abgeleitete Normen zum Beispiel Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)
- staatliche Normen (zum Beispiel Röntgenverordnung, Medizinprodukte-Betreiberverordnung, Infektionsschutzgesetz)
- das Berufsrecht (zum Beispiel Berufsordnung, Weiterbildungsordnung).

Normen der Qualitätssicherung

Die gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung bildet das SGB V. Daneben hat der Vertragsarzt noch weitere Gesetze beziehungsweise Verordnungen zu beachten, die insbesondere Strukturqualitätsfragen regeln. Zu den grundlegenden Paragraphen des SGB V zählen:

- § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit**
Dieser Paragraph gilt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung. Neben Wirtschaftlichkeit und Humanität sieht er auch die Verpflichtung zu einer qualitativ gesicherten Versorgung vor.
- § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung**
Die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau. Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung hat zum Ziel, die Quali-

tät des Arbeitsprozesses und der Arbeitsergebnisse zu wahren oder zu erhöhen. Dies kann nur verwirklicht werden, wenn Probleme rechtzeitig identifiziert, hinreichend analysiert, praktikable Verbesserungsvorschläge zügig erarbeitet und erfolgreich angewendet werden. Eine wesentliche Aufgabe der Qualitätssicherung besteht nach wie vor darin, die strukturellen Voraussetzungen für eine hohe Qualität ärztlichen Handelns in der Aus- und Weiterbildung zu schaffen und zu erhalten. In Ergänzung dazu bedarf es jedoch auch dynamischer, auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basierender Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines selbstlernenden Systems. Damit sollen in der vertragsärztlichen Tätigkeit die Kooperation verbessert, der fachliche Wettbewerb gefördert und die Qualität der Betreuung insbesondere aus Sicht der Patienten gewährleistet werden.

Unter dieser Zielsetzung erlässt die KBV gemäß § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung.

§ 91

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und wird von der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung gebildet. Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Bei Beschlüssen, die nicht alle Leistungssektoren betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation benannt worden sind.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patienten geschaffen. § 140f Abs. 2 SGB V regelt, dass den Interessenvertretungen der Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird.

Spätestens seit dem 1. September 2012 sind die infolge der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar darzustellen. Zur Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Abs. 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden.

§ 92

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, darunter fallen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 auch die Richtlinien zur Qualitätssicherung. Diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen.

§ 135

§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Der Paragraph 135 SGB V ist die zentrale Bestimmung für die Qualitätssicherung im SGB V.

Nach § 135 Abs. 1 SGB V dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu Richtlinien erlassen hat.

Diese Richtlinien müssen Empfehlungen enthalten:

- zur Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode
- zur notwendigen Qualifikation der Ärzte
- zu den apparativen Anforderungen
- zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Sollte die Überprüfung der oben genannten Kriterien ergeben, dass diese nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden.

Nach § 135 Abs. 2 SGB V können die Vertragspartner der Bundesmantelverträge, für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

- besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes,
- besondere Praxisausstattung oder
- anderer Anforderungen an die Versorgungsqualität bedürfen,

einheitlich entsprechende Voraussetzungen im Rahmen von Qualitätssicherungsvereinbarungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen für Vertragsärzte vereinbaren. Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen in die Beratungen der Vertragspartner einzubeziehen. Zur Erhöhung der Transparenz sind zukünftig auch die entscheidungserheblichen Gründe im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekanntzumachen.

§ 135a

§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

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. Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 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.

§ 136

§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Deren Ziele und Ergebnisse müssen die Organisationen dokumentieren und jährlich veröffentlichen. Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in allen Kassenärztlichen Vereinigungen Standard. Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen, in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen zu entwickeln. Dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu berücksichtigen.

Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden.

§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

- die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Absatz 3 Satz 3 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

Die Richtlinien sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden.

§ 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution mit der Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 115b Abs. 1, § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, § 137 Abs. 1 und § 137f Abs. 2 Nr. 2. Diese sind möglichst sektorenübergreifend anzulegen. Die Institution soll sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen.

Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 2 einzubeziehen sowie
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen.

§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

- den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen
- den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen,
- eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten
- Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen orientierte Qualitätssicherung einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten
- regelmäßige Berichte zum Stand der Qualitätssicherung zu erstellen.

§ 137f

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien
- sektorübergreifender Behandlungsbedarf
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

§ 139a

§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zum 1. April 2004 ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet. Es ist zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen, insbesondere auf folgenden Gebieten tätig:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen
- Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln
- Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung.

7. Fachbereich Qualitätssicherung der KVBB

7.1 Aufgaben

Zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages in der Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung haben die KVen Geschäftsstellen bzw. Fachbereiche zur Qualitätssicherung eingerichtet.

In der KV Brandenburg sind sämtliche Aufgaben rund um die Qualität dem Unternehmensbereich 4 Qualitätssicherung/Sicherstellung zugeordnet.

Zu den Aufgaben des Fachbereiches QS gehören:

Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Information und Beratung der Mitglieder • Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (KVen, KBV, Ärztekammer, BÄK, ÄZQ, ZI...)
Prüfung	<ul style="list-style-type: none"> • Erteilung von Genehmigungen • Überprüfung der Qualität erbrachter Leistungen durch Stichproben • Überprüfung von Fortbildungsnachweisen
Geschäftsführung	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen • Geschäftsführung der Gemeinsamen Einrichtungen DMP
Support	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung von Qualitätszirkeln • Unterstützung bei der Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements • Beratung rund um das Thema Hygiene
Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung neuer Richtlinien und Vereinbarungen • Konzeption, Organisation und Umsetzung von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen

7.2 Ansprechpartner

spezielle Leistungsbereiche	Ansprechpartner	Telefon
Mammographie-Screening, Beratung zu QM und Hygiene, Fortbildung	Frau Kintscher <i>Fachbereichsleiterin Qualitätssicherung incl. SG Fortbildung</i>	0331 2309-377
Arztunterstützende Praxisassistentin, Qualitätszirkel, Gestationsdiabetes, Soziotherapie	Frau Boss <i>Sachgebietsleiterin Qualitätssicherung</i>	0331 2309-316
Mammographie, Radiologie/CT/MRT, Strahlentherapie, Konstanzprüfung- Ultraschall, Stoßwellenlithotripsie, Otoakustische-Emissionen	Frau Schultze	0331 2309-217
Akupunktur, Dialyse/Apherese, Schmerztherapie, Onkologie, Sozialpsychiatrie, Balneophototherapie	Frau Thoms	0331 2309-370
Ambulantes Operieren, Arthroskopie, Histologie/Zytologie, Histopathologie- Hautkrebsscreening, Hygieneberatung	Frau Bernhardt	0331 2309-375
Koloskopie, Laborleistungen, Handchirurgie, Humangenetik, Substitution, Genehmigungspflicht – nach EBM, Invasive Kardiologie, Keratotomie, Photodynamische-Therapie	Frau Hölzel	0331 2309-317
Fortbildungspflicht, Herzschrittmacher, Langzeit EKG, Psychotherapie, Schlafapnoe, Hautkrebsscreening	Frau Schmidt	0331 2309-318
Ultraschall, Med. Reha, Chirotherapie	Frau Hinze Herr Behrendt	0331 2309-319
DMP, HZV und Sonderverträge	Frau Schumacher <i>Sachgebietsleiterin DMP und Sonderverträge</i> Frau Verseck Frau Meyer, Herr Behrendt	0331 2309-458 0331 2309-421 0331 2309-441
Organisation und Umsetzung von Fortbildungsveranstaltungen	Frau Thiele Frau Stezaly	0331 2309-459 0331 2309-426

8. Service-Nummern der KV Brandenburg

Zentrale Einwahl	0331 982298-00
Informationsdienst/KOSA	0331 982298-01
Fortbildung	0331 982298-02
EBM/Abrechnungsberatung	0331 982298-03
Formularbestellung Fax	0331 982298-04
Formularbestellung	0331 982298-05
Benutzerservice Datennerv/KV-Safenet	0331 982298-06
Betreuung Beiräte und neue Mitglieder	0331 982298-07
Bereitschaftsdienst-Management Fax	0331 982298-08
Bereitschaftsdienst-Management	0331 982298-09
Beratung zu Verordnungen u.	0331 23 09-602
Wirtschaftlichkeitsprüfung	
Betriebswirtschaftliche Beratung	0331 23 09-280
Niederlassungsberatung	0331 23 09-320
Patiententelefon	0331 982298-51
Mahnwesen/Praxisgebühr	0331 982298-52

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Gregor-Mendel-Straße 10/11
14469 Potsdam
www.kvbb.de, info@kvbb.de

Vorstand

Dr. med. Hans-Joachim Helming (ViSP)
MUDr./CS Peter Noack
Dipl.-Med. Andreas Schwark

Redaktion

Claudia Kintscher – UB 4, Qualitätssicherung/Sicherstellung
Auszüge aus dem Muster-Qualitätsbericht 2012 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Gestaltung

Christine Krasel – UB 5, Fachbereich Marketing/Service,
Foto: © fotolia.com, Kautz15

Redaktionsschluss

November 2013

**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg**

Landesgeschäftsstelle
Gregor-Mendel-Straße 10/11
14469 Potsdam
www.kvbb.de