



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg



Qualitätsbericht 2014

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	17
3.	Qualitätssicherungsinstrumente 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 – Qualität und Entwicklung in Praxen®	27
3.12.2	„Mein PraxisCheck“ – ein wichtiger Baustein im Qualitätsmanagement	28
3.12.3	QEP-Filme auf KV-on	28
4.	Qualitätsförderung – aktuell	29
4.1	Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)	29
4.2	QS-Vereinbarung zur Dünndarm-Kapselendoskopie	30
4.3	Elektronische Dokumentation QS-Daten (eDoku)	30
4.4	Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri	32
4.5	Broschüre zur Sonographie der Säuglingshüfte	32
4.6	Erfolgsabhängige Senkung von Prüfquoten, bzw. Aussetzung von Prüfungen	33
4.7	Ergebnisse vierter Evaluationsbericht zur Weiterbildung i. d. Allgemeinmedizin	34
4.8	Bereitschaftsdienst 116 117	35
4.9	Maßnahmen zum Bürokratieabbau in Arztpraxen	35
4.10	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	36
5.	Projekte der KVBB	38
5.1	KV RegioMed	38
5.2	agneszwei	41
5.3	Weiterbildungsnetzwerke	42
6.	Gesetzliche Grundlagen	44
7.	Fachbereich Qualitätssicherung der KVBB	49
7.1	Aufgaben	49
7.2	Ansprechpartner	50
	Service-Nummern/Impressum	51

Qualitätssicherung hilft unsere Verantwortung zu tragen!

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Behandlung unserer Patienten ist für uns eine überaus verantwortungsvolle Aufgabe. Um dieser Verantwortung gerecht zu werden, hat sich die Ärzteschaft von jeher Maßstäbe zur Sicherung der Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung gesetzt und entwickelt diese in einem stetigen Verbesserungsprozess weiter.

Seit 2003 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, genau diese Bemühungen und die daraus resultierenden Ergebnisse auch einer breiten Öffentlichkeit verständlich kundzutun. Welche Behandlungsverfahren werden überprüft? Welche Anforderungen sind zu erfüllen? Welche Prüfinstrumente werden eingesetzt und welche Unterstützungsangebote kann die KV ihren Mitgliedern an die Hand geben? Mit dem vorliegenden Bericht geben wir Ihnen einen Einblick in die Qualitätssicherung und möchten damit einen Beitrag leisten, um die Leistungskraft der Ärzte der KVBB offen und selbstbewusst darzustellen.

Besondere Qualifikations- und Qualitätskontrollen werden in bundesweiten QS-Richtlinien und Vereinbarungen vom gemeinsamen Bundesausschuss oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung definiert. Mittlerweile sind es mehr als 60!

Hinzukommen regionale Sonderverträge, zu deren Teilnahme ebenfalls die Einhaltung festgelegter Qualitätsstandards geprüft werden müssen – ein hoher administrativer Aufwand! Ohne das ehrenamtliche Engagement sachverständiger ärztlicher und psychotherapeutischer Kollegen in den Qualitätskommissionen und weiterer beratender Gremien wäre eine kompetente Qualitätssicherung nicht möglich – vielen Dank dafür!

Qualität in der ärztlichen Versorgung bedeutet aber auch, in allen Regionen Brandenburgs eine ortsnahe qualifizierte Versorgung anbieten zu können. Eine große Herausforderung an die Zukunft! In den ländlichen Gegenden schwinden die Einwohnerzahlen. Junge Menschen zieht es weg, alte und morbide Menschen bleiben. Neue zeitgerechte Versorgungsmodelle zu entwickeln, gehört ebenfalls zu unseren Aufgaben. Lesen Sie auch hierzu die Kapitel über das Konzept KV Regio-Med der KVBB oder die arztunterstützende Fallmanagerin agneszwei.



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 Genehmigungen 2012	Überprüfung personliche/betriebsstättenbezogene Qualifikation	Eingangsprüfung	Kolloquium	Frequenzregelung	Rezertifizierung/Warlungsnachweis/Konzianzprüfung/Ringversuch	Praxisbegehung/Hygieneprüfung	Einzelfallprüfung/Dokumentationsprüfung durch Stichprobe	Fortbildung/Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/Benchmark-Berichte/Evaluation	Beratung
Akupunktur	177	5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ambulantes Operieren	782	34	x	x			x	x			x	
Apheresen	64	2	x		x				x			
Arthroskopie	67	2	x		x				x		x	x
Balneophototherapie	11	0	x		x							
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	64	2	x		x				x		x	x
Disease-Management-Programme											x	
Diabetes mellitus Typ 1	88	5	x							x	x	
Diabetes mellitus Typ 2	1410	35	x					x		x	x	
Koronare Herzkrankheiten	1419	35	x							x	x	
Asthma bronchiale	830	60	x			x				x	x	
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung 8COPD)	835	76	x			x				x		
Brustkrebs	176	0	x							x		
Herzschrittmacher-Kontrolle	76	11	x		x		x				x	
Hautkrebs-Screening	1012	55	x		x	x	x					
Histopathologie im Hautkrebs-Screening	14	0	x		x				x		x	x
HIV/Aids	1	0	x		x	x			x	x	x	x
Hörgeräteversorgung	110	7	x		x	x			x			
Hörgeräteversorgung – Kinder	2	1	x		x	x			x	x		
interventionelle Radiologie	11	0	x		x				x			
Intravitreale Medikamenteneingabe	43	43	x		x		x		x		x	x
invasive Kardiologie	11	1	x		x	x			x		x	
Kapselendoskopie – Dünndarm	5	5	x		x	x			x	x		x
Koloskopie	72	3	x	x	x				x			x
Labor-Spezial	256	8	x	x	x					x	x	
Langzeit-EKG	326	21	x		x	x			x		x	x
Magnetresonanztomographie	74	11	x	x	x		x		x		x	x
Magnetresonanztomographie der Mamma	5	1	x		x				x		x	x
Magnetresonanztomographie	61	8	x		x		x		x		x	x
Mammographie (kurativ)	63	3	x		x	x			x	x		x
Mammographie-Screening PVA/Befunder	6/15	1/2	x		x	x			x	x	x	x
Medizinische Rehabilitation	822	52	x		x							
Molekulargenetik	9	1	x		x				x	x		x
Neurophysiologische Therapie	4	2	x		x							
Onkologie	119	6	x		x				x	x	x	x
Otoakustische Emissionen	84	6	x		x						x	
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	9	0	x		x	x			x			x
Phototherapeutische Keratektomie	1	0	x		x	x			x			x
Richtlinien-Verfahren Psychotherapie	1801	201	x		x						x	
Psychosomatische Grundversorgung	1932	225	x								x	
schlafbezogene Atmungsstörungen	85	3	x		x				x		x	x
Schmerztherapie	68	4	x		x				x	x		x
Sozialpsychiatrie	16	1	x									
Soziotherapie	28	1	x									
Stoßwellenlithotripsie	8	0	x		x						x	
Strahlendiagnostik/-therapie			x		x						x	
konventionelle Röntgendiagnostik	488	39	x		x				x			x
Computertomographie	105	9	x		x				x			x
Osteodensitometrie	31	3	x		x		x					
Strahlentherapie	25	0	x		x	x	x				x	
Nuklearmedizin	24	1	x		x						x	
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	28	1	x		x				x	x	x	x
Ultraschalldiagnostik	1517	148	x		x				x		x	x
Ultraschall der Säuglingshüfte	124	8	x		x				x		x	x
Vakuumbiopsie der Brust	8	2	x		x				x			x
Zervix-Zytologie	18	1	x		x	x			x	x		x
Leistungen nach EBM												
Chirotherapie	376	15	x									
diabetischer Fuß	275	7	x									
Handchirurgie	144	4	x							x		
SP Kinder- und Jugendmedizin	26	0	x									
arztunterstützende Hilfeleistungen nichtärztlicher PA	24	0	x									
MRSA	271	13	x							x		
gesamt	16535	1187										

2.2.1 Rechtsgrundlagen der Qualitätssicherung (Stand 1. Dezember 2014)

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	Aktualisiert 2014 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: 03.10.2014
	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
Arthroskopie	Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) Gültigkeit: seit 01.10.1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 1.1.2015
	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
Bronchoskopie	Bestimmungen des EBM
Chirotherapie	Bestimmungen des EBM

Genehmigungsbereiche	Regelungen
Diabetischer Fuß – Abtragung von Nekrosen	Bestimmungen des EBM
Dialyse Aktualisiert 2014	<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: 01.04.2014</p> <p>Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV Gültigkeit: seit 01.07.2002, zuletzt geändert: 01.01.2014</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: 01.01.2014</p>
DMP Asthma	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP) nach § 137f SGB V Asthma bronchiale (Asthma) Vertragspartner: AOK Nordost, IKK Bln.-Brb., BKK LV Mitte, Knappschaft, SVLFG (LKK), vdek Gültigkeit: Neufassung 01.07.2013</p>
DMP Brustkrebs	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogrammes nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen Vertragspartner: AOK Nordost, IKK Bln.-Brb., BKK LV Mitte, Knappschaft, SVLFG LKK, vdek Gültigkeit: Neufassung 01.07.2013</p>
DMP COPD	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPP) Vertragspartner: AOK Nordost, IKK Bln.-Brb., BKK LV Mitte, Knappschaft, SVLFG LKK vdek Gültigkeit: Neufassung 01.07.2013</p>
DMP Diabetes mellitus Typ 1	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 Vertragspartner: AOK Nordost, IKK Bln.-Brb., BKK LV Mitte, Knappschaft, SVLFG (LKK), vdek Gültigkeit: Neufassung 01.10.2013</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>DMP Diabetes mellitus Typ 2</p>	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 Vertragspartner: AOK Nordost, IKK Bln.-Brb., BKK LV Mitte, Knappschaft, SVLFG (LKK MOD), vdek Gültigkeit: Neufassung 01.10.2013</p>
<p>DMP KHK</p>	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheiten (KHK) Vertragspartner: AOK Nordost, IKK Bln.-Brb., BKK LV Mitte, Knappschaft, SVLFG (LKK), vdek Gültigkeit: Neufassung 01.10.2013</p>
<p>Entwicklungsneurologie</p>	<p>Bestimmungen des EBM</p>
<p>Gynäkologische Früherkennungsuntersuchung</p>	<p>Bestimmungen des EBM</p>
<p>Hautkrebscreening Histopathologie Aktualisiert 2014</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screening (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert zum 01.01.2015.</p>
<p>Herzschrittmache-Kontrolle</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.04.2006</p>
<p>HIV/Aids</p>	<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>
<p>Hörgeräteversorgung Erwachsene Aktualisiert 2014</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert 1.4.2013.</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>Hörgeräteversorgung Kinder</p> <p>Aktualisiert 2014</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.07.2012, zuletzt geändert 1.4.2013.</p>
<p>HZV-Hausarztzentrierte Versorgung</p>	<p>Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V Vertragspartner: BKK LV Mitte Gültigkeit: seit 01.01.2008</p> <p>Vertragspartner: AOK Nordost Gültigkeit: seit 01.10.2010</p> <p>Vertragspartner: Knappschaft Gültigkeit: seit 01.10.2008</p>
<p>In vitro Fertilisation</p>	<p>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</p>
<p>Interventionelle Radiologie</p>	<p>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</p>
<p>Invasive Kardiologie</p> <p>Aktualisiert 2014</p>	<p>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.1999, zuletzt geändert zum 1.1.2013</p>
<p>Intravitreale Medikamenteneingabe</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2014</p>
<p>Kapselendoskopie – Dünndarm</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastroinestinaler Blutungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.7.2014</p>



Genehmigungsbereiche	Regelungen
Kinderfrüherkennung	Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung v. Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V (U10/U11) Vertragspartner: TK Gültigkeit: seit 01.01.2008
	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 zuletzt geändert: 01.07.2012
	Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin Vertragspartner: TK Gültigkeit: seit 01.07.2010
	Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin Vertragspartner: Knappschaft Gültigkeit: seit 01.10.2010
Koloskopie	Aktualisiert 2014 Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V; Gültigkeit: seit 01.10.2006, zuletzt geändert: zum 01.01.2015
Labor	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, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 1.1.2015
Langzeit-EKG	Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.04.1992, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 1.1.2015
Mammographie kurativ	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 1.1.2015

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>Mammographie-Screening</p> <p>Aktualisiert 2014</p>	<p>Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert zum 1.7.2014</p> <p>Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), Abschnitt B Nr. III, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert zum 1.1.2015</p> <p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993 (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 1.1.2015</p>
<p>Molekulargenetik</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.04.2012</p>
<p>MR Angiographie</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2007</p> <p>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</p>
<p>MRSA</p>	<p>Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) Rechtsgrundlage: § 87 Abs. 2a SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2012</p>
<p>MRT</p>	<p>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: (rein redaktionelle Änderungen) zum 1.1.2015</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
MRT	<p>Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie) Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2001, zuletzt</p>
<p>NEU Neuropsychologische Therapie</p>	<p>Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19: Neuropsychologische Therapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.2.2012</p>
Nuklearmedizin	Nuklearmedizin siehe Strahlendiagnostik/-therapie
<p>Onkologie Aktualisiert 2014</p>	<p>Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV Gültigkeit: seit 1.10.2009 zuletzt geändert zum 1.1.2015</p>
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>
<p>Photodynamische Therapie Aktualisiert 2014</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2006, zuletzt geändert: 01.07.2014</p>
<p>Phototherapeutische Keratektomie Aktualisiert 2014</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2007, zuletzt geändert: 01.07.2014</p>
<p>NEU Nichtärztliche Praxisassistentin</p>	<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, Neufassung vom 01.01.2015</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>Psychotherapie Aktualisiert 2014</p>	<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: zum 03.01.2015</p>
<p>Rehabilitation</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V</p>
<p>Schlafapnoe</p>	<p>Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2005</p>
<p>Schmerztherapie Aktualisiert 2014</p>	<p>Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert: 01.01.2015</p>
<p>Sozialpsychiatrie Aktualisiert 2014</p>	<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: 01.07.2013</p>
<p>Soziotherapie</p>	<p>Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002</p>
<p>Stoßwellenlithotripsie</p>	<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>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>Strahlendiagnostik/-therapie (Diagnostische Radiologie, Computertomographie, Nuklearmedizin, Osteodensitometrie, Strahlentherapie) Aktualisiert 2014</p>	<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: zum 01.01.2015</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: 01.01.2013</p>
<p>Substitutionsgestützte Behandlung</p>	<p>Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 01.01.1991, zuletzt geändert: 09.04.2013</p>
<p>Ultraschall</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.04.2009, zuletzt geändert: 01.10.2012</p>
<p>Vakuumbiopsie der Brust Aktualisiert 2014</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert: zum 01.01.2015</p>
<p>Zytologie Aktualisiert 2014</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: Neufassung zum 01.01.2015</p>

2.3 Arztstruktur (Stand 31.12.2014)

Arztgruppe ‣ Schwerpunktbezeichnungen	Summe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte/Psychotherapeuten
Allgemeinärzte	992
Praktische Ärzte / Ärzte	153
Anästhesisten	63
Augenärzte	173
Chirurgen	181
‣ Gefäßchirurgie	17
‣ Kinderchirurgie	4
‣ Plastische Chirurgie	3
‣ Thoraxchirurgie	-
‣ Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	2
‣ Unfallchirurgie	26
‣ Visceralchirurgie	10
Frauenärzte	307
‣ gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1
‣ gynäkologische Onkologie	5
‣ spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	1
HNO-Ärzte	128
‣ Audiologen	-
‣ Phoniatrie	-
‣ Phoniatriker und Pädaudiologen	1
Hautärzte	84
Humangenetiker	6
Internisten	846
‣ Hausärztlich tätige Internisten	440
‣ Fachärztlich tätige Internisten	374
‣ Angiologie	19
‣ Diabetologie	-
‣ Endokrinologie (und Diabetologie)	5
‣ Gastroenterologie	45
‣ Geriatrie	1
‣ Hämatologie	3
‣ Hämatologie und internistische Onkologie	21
‣ Infektiologie	1
‣ Infektions- und Tropenmedizin	-
‣ Kardiologie	65
‣ Lungen- und Bronchialheilkunde	4
‣ Nephrologie	45
‣ Pneumologie	43
‣ Rheumatologie	23
‣ Innere Medizin und Angiologie	4
‣ Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	3
‣ Innere Medizin und Gastroenterologie	6
‣ Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	4
‣ Innere Medizin und Kardiologie	6
‣ Innere Medizin und Nephrologie	10

Arztgruppe ▶ Schwerpunktbezeichnungen	Summe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte/Psychotherapeuten
▶ Innere Medizin und Pneumologie	7
▶ Innere Medizin und Rheumatologie	5
Kinderärzte	199
▶ Infektiologie	-
▶ Kinderendokrinologie und -diabetologie	-
▶ Kindergastroenterologie	1
▶ Kinderhämatologie	-
▶ Kinderhämatologie und -onkologie	3
▶ Kinderkardiologie	6
▶ Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	-
▶ Kindernephrologie	-
▶ Kinderneuropsychiatrie	-
▶ Kinderpneumologie	-
▶ Kinderrheumatologie	-
▶ Neonatologie	1
▶ Neuropädiatrie	3
Kinder- und Jugendpsychiater	23
Laborärzte	25
▶ Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	7
▶ Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	2
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	14
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	153
▶ forensische Psychiatrie	-
▶ Kinderneuropsychiatrie	-
Neurochirurgen	30
Nuklearmediziner	21
Orthopäden	169
▶ Rheumatologie	19
Pathologen	26
▶ Neuropathologie	-
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	21
Ärztliche Psychotherapeuten	93
▶ Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	15
Psychologische Psychotherapeuten	358
▶ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	72
▶ Psychologische Psychotherapeuten	286
Radiologen / diagnostische Radiologen	131
▶ Kinderradiologie	-
▶ Neuroradiologie	4
▶ Strahlentherapie	-
Strahlentherapeuten	18
Transfusionsmediziner	6
Urologen	94
übrige Arztgruppen	-
Summe	4.255

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 2014 wurden allein für diese Aufgabe etwa 1.187 Anträge im Bereich Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg bearbeitet.

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 2014 fanden solche Prüfungen auch indirekt bei der Sonographie der Säuglingshüfte statt; dort prüfen die Kommissionen die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen.

KVBB 2014 wurden für diese drei Bereiche insgesamt 9 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 2014 hauptsächlich in den Bereichen Ultraschall (15) und Radiologie/MRT (6) 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.

2014 mussten insgesamt 427 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.

2014 mussten 15 der insgesamt 63 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 2014 von den insgesamt 1.393 registrierten Ultraschallkonsolen mit ggf. mehreren Schallköpfen 1.299 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 2014 wurden im KV-Bereich Brandenburg 145 Überprüfungen vorgenommen. Davon kam nur eine Praxis (0,7%) 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 ambulanten Operationen. In Brandenburg werden Praxisbegehungen nicht regelmäßig 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
- Magnetresonanztomographie

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 2014 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 regelmäßig 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. 16.555 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. 3.100 Feedbackberichte über alle internistischen DMP. 1.419 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 koloskopierende Ärzte jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen durch das von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung.

Seit 2009 erhalten auch die 18 Zytologen im Land Brandenburg einen Feedbackbericht ihrer Vorjahresdaten von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.





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 2014 wurden 15 Moderatoren durch die KVBB neu ausgebildet. Es wurden 163 aktive Qualitätszirkel registriert in denen sich insgesamt 1.740 Ärzte regelmäßig interkollegial fortbilden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet Unterstützung für die regionale Qualitätszirkelarbeit im Rahmen ihres Qualitätszirkel-Konzeptes an, das im Handbuch Qualitätszirkel dargelegt ist. Das Handbuch wird stetig weiterentwickelt, um immer wieder neue Impulse für die Zirkelarbeit zu setzen. Aktuell stehen 31 thematische Module mit Ablaufbeschreibungen für Qualitätszirkelsitzungen, Hintergrundinformationen, Präsentationen, Moderationsmedien und Arbeitsmaterialien als Service für Vertragsärzte und -psychotherapeuten zur Verfügung. 2014/15 wurden die folgenden Module entwickelt und veröffentlicht:



- Anwendung von Coaching-Techniken im Qualitätszirkel
- Aspekte einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung

Mehr Information:

<http://www.kbv.de/themen/qualitaetszirkel.html>

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 Punktekonto 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	3.000	98,3 %	52	1,7 %	5
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
01.01.-31.12.2013	233	99,1 %	2	0,9 %	0
01.01.-31.12.2014	2.677	98,7 %	34	1,3 %	0

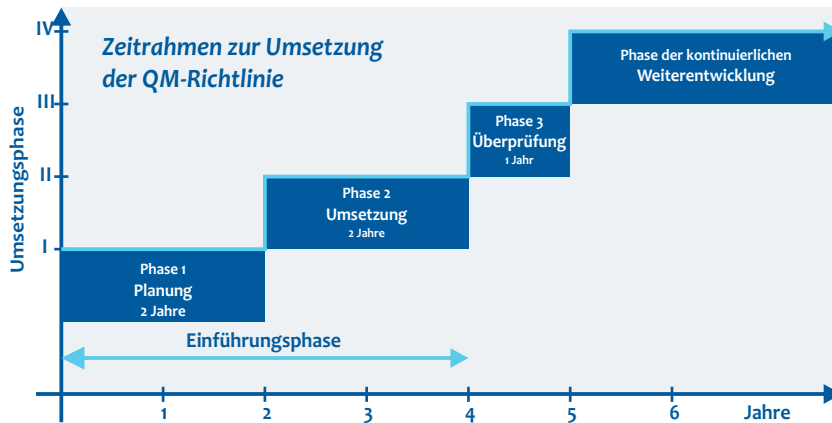


3.12 Praxisinternes Qualitätsmanagement

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:

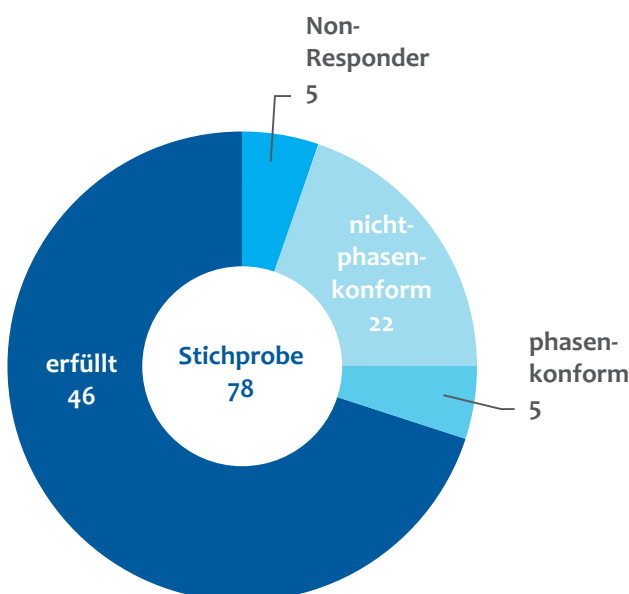


Ein praxisinternes QM ist innerhalb von 4 Jahren nach der Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt beziehungsweise als Vertragspsychologe vollständig einzuführen (Phase I und II) und im Anschluss an die Selbstüberprüfung (Phase III) weiterzuentwickeln. Für Vertragsärzte und Vertragspsychologen, die bereits 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.

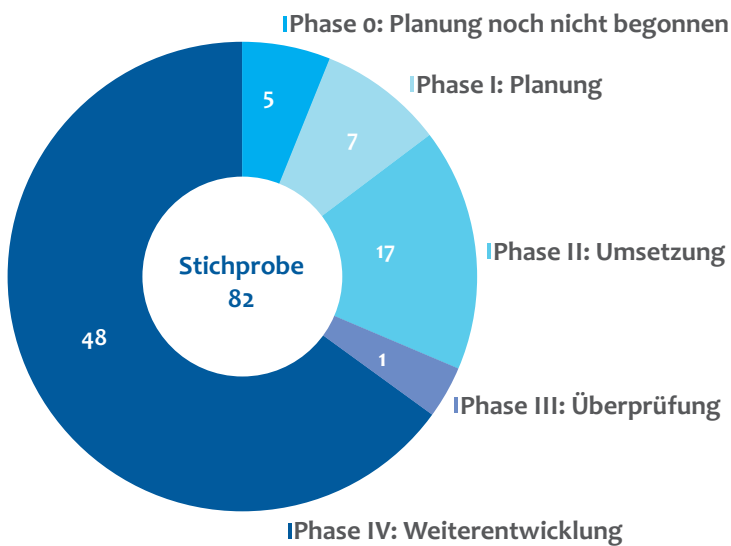


Einführungsstand QM 2014 im Land Brandenburg



Diese Stichprobe zeigt, wie auch in den vergangenen Jahren, dass sich die Mehrzahl der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ohne Sanktionsdruck auf einem guten Weg befindet. 34 % 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. Die Bausteine von QEP® sind:

- QEP-Qualitätsziel-Katalog®
- QEP-Einführungsseminar®
- QEP-Manual®
- QEP-Zertifizierung®
- weitere Unterstützungsangebote wie QEP-Module für Qualitätszirkel

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. 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.



Mehr Information: <http://www.kbv.de/html/qep.php>

3.12.2 „Mein PraxisCheck“ – ein wichtiger Baustein im Qualitätsmanagement

Mit den angebotenen Online-Tests können Praxen schnell und einfach überprüfen, wie gut ihre Informationssicherheit, ihr Hygienemanagement und - jetzt neu - ihr Impfmanagement ist. Das Serviceangebot „Mein PraxisCheck“ richtet sich an alle Ärzte, Psychotherapeuten und Praxisteams, die anhand von wenigen Fragen aufgezeigt bekommen möchten, was in der Praxis gut funktioniert und was noch verbessert werden kann. Die Themen reichen von der Information und Aufklärung der Patienten über Regelungen zu Abläufen und Verantwortlichkeiten bis zum Risiko- und Fehlermanagement. Ein ausführlicher Ergebnisbericht beinhaltet praktische Tipps und Empfehlungen zur Umsetzung im Praxisalltag. Dabei bleibt jede Praxis absolut anonym. Es werden keine persönlichen Daten wie Name oder IP-Adresse gespeichert. Die Checks wurden gemeinsam mit Vertragsärzten und anderen Experten entwickelt. Die Fragen, Bewertungen und Empfehlungen basieren dabei auf QEP®. Das kostenlose Serviceangebot wurde bereits mehr als 44.000 Mal genutzt.



Jetzt testen: www.kbv.de/html/mein_praxischeck.php

3.12.3 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.



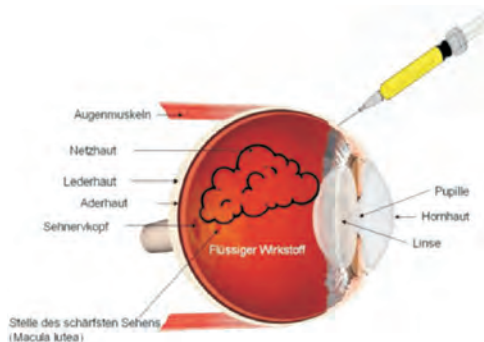
4.1 Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)

Zur Behandlung verschiedener Augenerkrankungen, wie etwa einer feuchten altersabhängigen Makuladegeneration, einer Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems oder einer chorioidalen Neovaskularisation aufgrund einer pathologischen Myopie, steht neben anderen Behandlungsverfahren auch die Injektion eines das Gefäßwachstum hemmenden und Netzhautschwellung zurückbildenden Wirkstoffs, eines sogenannten VEGF-Blockers (Vascular-Endothelial-Growth-Factor), in den Glaskörperraum zur Verfügung, die sogenannte Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM).

Nach der seit dem 1. Oktober 2014 geltenden Qualitätssicherungsvereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe müssen Fachärzte für Augenheilkunde, die dieses Behandlungsverfahren durchführen, eine bestimmte Anzahl an Fluoreszenzangiographien und intraokularen Eingriffen nachweisen. Auch müssen sie an einem gesonderten Kurs zur intravitrealen Medikamenteneingabe mit aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement teilnehmen.

Bei der intravitrealen Medikamenteneingabe handelt es sich um einen sehr sensiblen Eingriff am Auge. Um mögliche Nebenwirkungen auf ein Minimum zu reduzieren, sind in der Qualitätssicherungsvereinbarung spezielle Vorgaben zur Hygiene aufgeführt. Insbesondere ist festgelegt, dass die intravitreale Medikamenteneingabe in einem Operationsraum erfolgen muss, der den strengen Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren entspricht. Darüber hinaus wurde eine Übergangsregelung aufgenommen für Ärzte, die diese Leistung bereits durchführen.

Die Vereinbarung enthält neben den Vorgaben zu den fachlichen, technischen und organisatorischen Anforderungen auch Vorgaben zur Dokumentation. Demnach sind Anforderungen definiert für Indikation und Durchführung der Leistung sowie für die Bildung. Die Dokumentation ist Gegenstand einer Stichprobenprüfung, die ab 2015 jährlich zehn Prozent der abrechnenden Ärzte betreffen wird.



Quelle: Patienteninformation Uni Magdeburg 2006



4.2 QS-Vereinbarung zur Dünndarm-Kapselendoskopie

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben eine Qualitätssicherungsvereinbarung für die Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen mittels Dünndarm-Kapselendoskopie (QS-Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie) geschlossen. Die Kapselendoskopie des Dünndarms ist Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt.

Die Vereinbarung enthält Vorgaben zu den fachlichen, technischen und organisatorischen Anforderungen sowie zur Dokumentation der Leistung. Darüber hinaus wurde eine Übergangsregelung aufgenommen für Ärzte, die diese Leistung bereits durchführen.

Die Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie definiert Anforderungen an den Arzt, der die Kapsel appliziert („Applizierer“) und an den Arzt, der die Untersuchung auswertet („Auswerter“). Inhaltlicher Schwerpunkt der QS-V ist, neben Regelungen zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen sowie zur Dokumentation (§§ 3-7), die verpflichtende Übermittlung einer Jahresstatistik (§ 8).

Die Datenübertragung erfolgt ausschließlich durch die Applizierer, denen nach § 7 Abs. 3 auch die Informationen der auswertenden Ärzte vorliegen. Die Datenerfassung und -übermittlung erfolgt in einem elektronischen Dokumentationsverfahren und ist in der Anlage 1 der Vereinbarung beschrieben. Die Pflicht zur Erfassung der Jahresstatistik-Daten beginnt drei Quartale nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens. Für das erste Berichtsjahr 2014 werden somit keine kompletten Jahresdaten zur Verfügung stehen.

Die Übergangsregelung (§ 11) ermöglicht, dass innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung neben den unter § 3 genannten Ärzten bestimmte andere Ärzte eine Genehmigung erhalten können. So können auch Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt die Leistung durchführen, wenn sie gastroenterologisch tätig sind (gem. Präambel 13.1 Nr. 4 des EBM) und vor Inkrafttreten der QS-Vereinbarung Leistungen der Kapselendoskopie erbracht haben.

In der QS-Vereinbarung wird auf eine obligate regelmäßige stichprobenhafte Prüfung der Dokumentation zunächst verzichtet. Die Partner des Bundesmantelvertrages haben sich darauf verständigt, dass frühestens nach zwei Jahren nach Auswertung der Ergebnisse der Jahresstatistik geprüft werden soll, ob Kriterien für anlassbezogene (Stichproben-)Prüfungen vorgegeben werden sollen.

4.3 Elektronische Dokumentation von QS-Daten (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.



Die Datenübermittlung erfolgt über einen KV-SafeNet- oder einen KV-FlexNet-Anschluss, was eine größtmögliche Datensicherheit jederzeit garantiert. In bestimmten Zeitfenstern können vom Arzt Ergänzungen oder Korrekturen vorgenommen werden. Die Anwender profitieren 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 ergänzende elektronisch abrufbare Informationen zurückgreifen können. In manchen Regionen werden alternative technische Lösungen zur Erhebung der QS-Daten von den zuständigen KVen bereitgestellt.

Zunächst steht das Portal für folgende genehmigungspflichtige Leistungen mit entsprechenden Dokumentationspflichten bereit:

- Qualitätssicherung in der Molekulargenetik (Jahresstatistik)
- Evaluation der Sozialpsychiatrievereinbarung
- Qualitätssicherung in der Hörgeräteversorgung von Jugendlichen und Erwachsenen
- Qualitätssicherung in der Hörgeräteversorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern
- Kapselendoskopie Dünndarm.

Rückmeldeberichte aus QS-Daten (Hörgeräteversorgung, molekulargenetischen Untersuchungen)

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

Auch die Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung von Jugendlichen und Erwachsenen und beinhaltet unter anderem Vorgaben zur elektronischen Dokumentation definierter Angaben, die von den teilnehmenden Ärzten zu dokumentieren und zur Sicherung und Förderung der Qualität an ihre Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln sind. Aus den eingereichten Angaben wurden Anfang 2014 erstmalig individualisierte Rückmeldeberichte erstellt, die von den Ärzten über ein zugriffsgeschütztes Online-Portal abgerufen werden können.

Anhand der Darstellungen in diesen Berichten erhält jeder Arzt einen Überblick über die von ihm dokumentierten QS-Daten, im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Ärzte. Für die Daten aus der Molekulargenetik erfolgt die vergleichende Berichterstattung nicht arzt-, sondern betriebsstättenbezogen. Die Kenntnis der eigenen Position im Vergleich soll jedem Arzt die Möglichkeit eröffnen, anhand verschiedener Indikatoren und Kennzahlen die erreichte Qualität zu beurteilen und ggf. zu verbessern, bzw. Besonderheiten der Zusammensetzung seines Patientenspektrums zu erkennen. Während die Angaben in der Hörgeräteversorgung quartalsweise eingereicht und ausgewertet werden, erhalten die an der Molekulargenetik-Vereinbarung teilnehmenden Ärzte einmal pro Jahr einen Rückmeldebericht. Diese Berichte werden auch der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus erhalten der GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in vollständig anonymisierter Form Daten, anhand derer gemeinsam über das weitere Vorgehen in diesen beiden Bereichen beraten werden kann.

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



4.4 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri – Umstellung der Nomenklatur

Nach fast 25 Jahren Gültigkeit ist das seit 1990 für die gynäkologische Zytodiagnostik gebräuchliche Schema – Münchener Nomenklatur II – durch eine aktualisierte Version abgelöst worden. Zum 1. Januar 2015 wurde die QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie an die neue, überarbeitete Klassifikation – Münchener Nomenklatur III – angepasst. Die Münchener Nomenklatur ist das bundesweite gebräuchliche Befundschema, das für die zytologischen Untersuchungen gesetzlich krankensversicherter Frauen laut QS-Vereinbarung vorgeschrieben ist.

Hintergründe, die zu dieser Anpassung der Nomenklatur geführt haben, sind vielseitig. Zum einen liegen inzwischen neue Erkenntnisse zur Tumorbilogie des Gebärmutterhalses vor, die die morphologische Variationsbreite des Zervixkarzinoms aufzeigen. Zusätzlich ist die Anforderung an Sensitivität der gynäkologischen Untersuchung, die auch potenzielle Tumorstufen erfasst, gestiegen. Zum anderen war eine Übersetzung des deutschen Modells in die international gebräuchliche Klassifikation des Bethesda-Systems notwendig, die den Austausch zytologischer Befunde vereinfacht und die statistische Erfassung präzisiert.

In der neuen Nomenklatur wurden zu der bereits bewährten Gruppeneinteilung der Münchner Nomenklatur II zusätzliche Unterkategorien hinzugefügt, die eine getrennte Erfassung leichter und mäßiger Dysplasien ermöglichen sowie unklare zytologische Befunde definieren. Diese verbesserte Handhabung des Befundschemas soll die Arbeit der zytologisch tätigen Ärzte vereinfachen und den behandelnden Frauenärzten Klarheit und Eindeutigkeit in der Aussage der Befunde verschaffen.

Die überarbeitete Klassifikation spielt auch bei der Patientenversorgung eine wichtige Rolle. Die verbesserte Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Befunde erleichtert die Arzt-Patient-Kommunikation, so dass ein gestärktes Vertrauensverhältnis zwischen dem behandelnden Frauenarzt und dem Patienten hergestellt wird. Auch die Verunsicherungen der Vorsorgeteilnehmerinnen, die zu weiteren Untersuchungen und gegebenenfalls Übertherapie führen, können somit vermieden werden.

4.5 Broschüre zur Sonographie der Säuglingshüfte

Die Sonographie der Säuglingshüfte gehört zu den häufigsten Untersuchungen bei Neugeborenen. Sie wird bereits im Rahmen der 3. Früherkennungsuntersuchung (U₃) zwischen der 4. und 5. Lebenswoche durchgeführt. Beim Ultraschall der Säuglingshüfte geht der Arzt nach einem bestimmten Verfahren vor, welches bereits seit 2006 qualitätsgesichert ist und von den Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft wird. Zum 1. April 2012 wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Sonographie der Säuglingshüfte aktualisiert, wobei die sehr hohen Anforderungen konkretisiert wurden.

Die Sonographie der Säuglingshüfte nimmt unter den Ultraschalluntersuchungen eine gewisse Sonderstellung ein. Nur in einem vergleichsweise engen Zeitintervall können drohende Hüftreifeungsstörungen ausschließlich mit diesem Ultraschallverfahren erkannt und anschließend durch einfache Maßnahmen meist vollständig behoben werden. Werden sie nicht diagnostiziert, können die daraus resultierenden Hüftgelenksfehlstellungen zu hohen Belastungen für Patienten und Kostenträger führen und aufwändige Operationen und schlimmstenfalls lebenslange Behinderungen nach sich ziehen. Die korrekte Durchführung der Hüftsonographie ist daher entscheidend und die Erfahrung und Intuition des Untersuchers äußerst wichtig.

Um den Arzt bei diesem komplexen Verfahren zu unterstützen, hat die KBV zusammen mit orthopädischen und pädiatrischen Experten die Broschüre „Sonographie der Säuglingshüfte – aber richtig“ erstellt. Sie basiert auf den Erfahrungen aus der Prüfpraxis der Qualitätssicherungs-Kommissionen und gibt zahlreiche Tipps aus der Praxis mit nützlichen Durchführungshinweisen, die konkret die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung darstellen und erläutern. Die Broschüre greift außerdem die häufigsten Fehlerquellen bei der Hüftsonographie auf und zeigt ganz konkret, wie diese vermieden werden können. Dabei wurde bewusst Wert darauf gelegt, dies anschaulich mit möglichst vielen Ultraschallbildern aus der täglichen Praxis und mit möglichst wenigen Worten zu erreichen.

Die Broschüre kann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgerufen werden. Eine elektronische Version der Broschüre finden Sie unter http://www.kbv.de/html/themen_2856.php



4.6 Erfolgsabhängige Senkung von Prüfquoten, bzw. Aussetzung von Prüfungen

In einigen Bereichen ist es der KBV in ihren Verhandlungen mit dem GKV-SV bzw. dem G-BA bereits gelungen, eine Senkung von Bürokratiebelastung für Ärzte durch eine erfolgsabhängige Entlastung bei ausgewählten Prüfungsverpflichtungen zu erreichen. Es erschließt sich allen Beteiligten, dass ein nachweislich konstant hohes Qualitätsniveau nicht zwingend einer engmaschigen Kontrolle bedarf.

Einer solchen adaptiven Qualitätssicherung kommt angesichts der Zunahme an Leistungsbereichen unter Genehmigungsvorbehalt und damit gleichzeitig einer Zunahme an Prüfgeschehen eine hohe Bedeutung zu, damit die naturgemäß beschränkten Kapazitäten in anderen Bereichen eingesetzt werden können.

PDT / PTK

So waren beispielsweise Augenärzte, die photodynamische Therapien (PDT) zur Behandlung krankhafter Gefäßneubildungen am Augenhintergrund durchführen, seit dem 1. Juli 2011 zunächst für drei Jahre von der Pflicht zur Teilnahme an Dokumentationsprüfungen befreit. Der Zeitraum wurde inzwischen bis Ende 2016 verlängert. Vor dem 1. Juli 2011 mussten einmal im Jahr Behandlungsdokumentationen von zehn abgerechneten Fällen zur Überprüfung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden. Grund für das Aussetzen der Prüfungen ist die Tatsache, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen immer weniger PDT-Dokumentationen beanstanden mussten, was auch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen überzeugte. Die Aussetzung der Dokumentationsprüfungen wurde auch für die phototherapeutische Keratektomien (PTK) beschlossen, dies gilt seit dem 1. Juli 2014 zunächst bis Ende 2016.

Osteodensitometrie

Bereits im Oktober 2009 haben die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie überarbeitet. Seitdem müssen Vertragsärzte, die eine Genehmigung zur Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) beantragen, nur noch dann an einem Kolloquium teilnehmen, wenn die Osteodensitometrie nach dem Wortlaut der für sie geltenden Weiterbildungsordnung nicht Bestandteil ihrer Facharztausbildung war.

Computertomographie

Auch im Gemeinsamen Bundesausschuss setzt sich die KBV für erfolgsabhängige Erleichterungen in der vertragsärztlichen Versorgung ein. Von März 2011 bis Dezember 2014 bestand die Möglichkeit,

die Stichprobenprüfungen im Bereich Computertomographie gemäß sieht die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie vor, die Stichprobenprüfungen im Bereich Computertomographie bis 31.12.2014 auszusetzen. Das ist möglich, weil nahezu alle der überprüften Dokumentationen keine oder nur geringe Beanstandungen aufwiesen. Um den Stand der Qualität in der Computertomographie zu überprüfen, werden im Jahr 2015 die KVen Stichprobenprüfungen gemäß der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung durchführen. Ein erneutes Aussetzen der Prüfungen bei hoher Qualität der Schrift- und Bilddokumentationen wurde im G-BA bereits beraten, ein entsprechender Beschluss wird möglicherweise mit Wirkung zum Jahresbeginn 2016 gefasst.

Koloskopie

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. In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies: Bundesweit müssen jetzt jährlich nur noch 25.000 statt 50.000 Dokumentationen bewertet werden.

4.7 Ergebnisse des vierten Evaluationsberichts zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Ende des Jahres 2014 wurden die Ergebnisse des vierten Evaluationsberichts zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin veröffentlicht. Grundlage ist die zum 1. Januar 2010 in Kraft getretene Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung. Die Partner des Förderprogramms sind der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV – unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Bundesärztekammer.



Ziel dieser Vereinbarung ist unter anderem, die Rahmenbedingungen für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu verbessern und – beginnend mit dem Jahr 2010 – durch eine begleitende jährliche Evaluation die Wirkung des Förderprogramms zu ermitteln und darzustellen.

Die Anzahl der geförderten Allgemeinmediziner in Weiterbildung stieg im ambulanten Bereich bundesweit im Vergleich zum Start des Programms im Jahr 2010 von 3.258 auf 4.299 Ärzte, wovon etwa 29 Prozent in Teilzeit tätig waren. Im stationären Bereich waren insgesamt 2.408 Ärzte im Förderprogramm registriert. Dies entspricht einem Zuwachs von über 25 Prozent gegenüber 2010.

Der aktuelle Bericht über das Jahr 2013 ist eine umfassende Evaluation, in die auch die Tätigkeiten der sogenannten Koordinierungsstellen auf Landesebene einbezogen wurden, die unter anderem die Koordination, Organisation und Qualität der Weiterbildung fördern und darüber hinaus als Informationsplattform und Vermittlungsstelle zwischen Krankenhäusern und Praxen agieren.

In der KV Brandenburg wurden 2014 140 Ärzte in Weiterbildung im ambulanten Bereich gefördert. Dies entspricht 79 Vollzeitäquivalenten. Im Jahr 2013 waren dies 63 Vollzeitäquivalenten und 2012 48. Hinsichtlich der Aufteilung der Weiterbildungsabschnitte in die einzelnen Fachgebiete entfielen 70,37 % auf die Allgemeinmedizin, 10,49 % auf die Chirurgie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3,70 % auf die Kinder- und Jugendmedizin und 15,43 % auf sonstige Fachgebiete. Insgesamt wurde in 162 Praxen die Weiterbildung durchgeführt.

Den bundesweiten jährlichen Evaluationsbericht finden Sie zum Download unter folgender Adresse:
http://www.kbv.de/html/4475_13012.ph

4.8 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.

4.9 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, unterschiedliche Formulare ausfüllen, Versicherte in Disease-Management-Programme einschreiben, Dokumentationen archivieren, Substitutionsbehandlungen melden, Anfragen von Krankenkassen beantworten und vieles mehr.

Im Rahmen eines Projektes, das derzeit in Kooperation mit dem Nationalen Normenkontrollrat durchgeführt wird, hat die KBV allein im Bereich der Selbstverwaltung etwa 400 Informationspflichten identifiziert, denen Ärzte und Psychotherapeuten nachkommen müssen. Viele dieser Informa-

tionspflichten sind unverzichtbar für die Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität. Immer mehr Dokumentation bedeutet allerdings nicht immer mehr Qualität. Im Gegenteil: Wenn Ärzte immer mehr Zeit mit Bürokratie verbringen, verringert sich die Zeit, die für die Behandlung der Patienten zur Verfügung steht. Die KBV setzt sich daher dafür ein, dass unnötige Belastungen abgebaut werden und Ärzte nur Pflichten nachkommen müssen, die notwendig und sinnvoll sind.

Um zu verhindern, dass neue Bürokratie entsteht, sind die Dezernate der KBV seit 2011 verpflichtet, eine Abschätzung der Bürokratiekosten durchzuführen, bevor neue Regelungen beschlossen werden. Da Bürokratiekosten für Arztpraxen maßgeblich durch Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses verursacht werden, müssen seit September 2012 auch hier bei Beschlüssen die Bürokratiekosten ermittelt und ausgewiesen werden. Die KBV setzt sich hier gegen zum Teil erhebliche Widerstände dafür ein, dass die Bürokratiekosten konsequent ermittelt und möglichst reduziert werden. Ziel ist es, Entscheidungsträger für die durch Regulierung ausgelösten Belastungen zu sensibilisieren und möglichst bürokratiearme Lösungsansätze zu finden.



Um das Sammeln ganz praktischer Hinweise geht es im onlineForum „Mehr Zeit für Patienten“ im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten können hier mit der KBV in Kontakt treten und ihre Erfahrungen und Vorschläge zum Bürokratieabbau übermitteln. Diese werden von der KBV geprüft und an geeigneter Stelle in die Verhandlungen eingebracht.

4.10 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Vielfach werden dieselben medizinischen Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht. Patienten werden im Verlauf einer Behandlung häufig in beiden Sektoren versorgt. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss deshalb verpflichtet, neben den bereits bestehenden Verpflichtungen zur sektorspezifischen Qualitätssicherung Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu entwickeln.

2010 ist die Rahmen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) in Kraft getreten. Damit wurden die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, Behandlungsergebnisse der ambulanten und stationären Versorgung sektorenübergreifend zu erfassen und zu bewerten. Die Richtlinie bestimmt die Strukturen zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die insbesondere auf Landesebene erforderlich sind, und legt die Aufgaben der beteiligten Organisationen fest.

Die Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hat sich aufgrund der Vielzahl und Komplexität der zu lösenden Aufgaben verzögert. Ausgehend von den Ergebnissen der von der KBV beauftragten Machbarkeitsanalyse des IGES Institutes, das relevante Implementationshürden aufgezeigt und entsprechende Handlungsempfehlungen formuliert hat, konnte im G-BA eine Neuausrichtung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung stattfinden.

Im Februar 2015 wurde das erste Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in einer Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen: Die Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie ist die erste Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bei der Vertrags- und Krankenhausärzte nach denselben Qualitätssicherungsvorgaben bewertet werden. Der Regelbetrieb und damit die verpflichtende Datenerhebung für die beteiligten Ärzte (invasiv

tätige Kardiologen) starten am 1. Januar 2016. Um dies zu ermöglichen, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen sich auf ihre Aufgabe als Datenannahmestelle vorbereiten.

Hierzu gehören:

- Pseudonymisierung der Angaben zur Praxisidentität (BSNR)
- Weiterleitung der auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollständigkeit geprüften QS-Dokumentationen an die Vertrauensstelle
- Weiterleitung von Rückmeldeberichten an die Ärzte (De-Pseudonymisierung der Praxisangaben)

Außerdem müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankengesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen gemeinsam regionale Landesarbeitsgemeinschaften (LAGen) bilden. Die Landesarbeitsgemeinschaften haben die Aufgabe, im Rahmen länderbezogener sektorenübergreifender Verfahren die Ergebnisse zu bewerten und über die Einleitung von QS-Maßnahmen zu entscheiden. Aktuell werden in Abstimmung mit dem G-BA von der Institution nach § 137a SGB V drei weitere sektorenübergreifende Verfahren entwickelt und im G-BA beraten:

- Arthroskopie am Kniegelenk
- Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen
- Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Mehr Information: http://www.kbv.de/html/themen_2854.php

5. Projekte der KV Brandenburg

5.1 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, bereits 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 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.

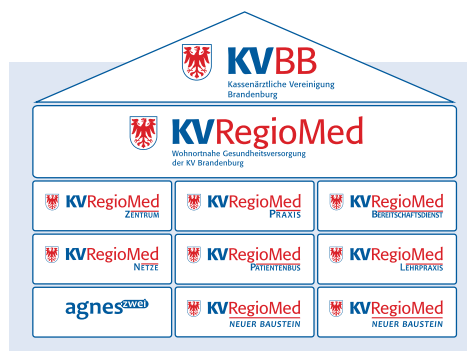
Das Baukastenprinzip des KV RegioMed Programms erlaubt es, das Programm jederzeit um weitere Module zu ergänzen. Bisher wurden sechs KV RegioMed Module entwickelt: Das KV RegioMed Zentrum als Eigeneinrichtung nach § 105 SGB V, die KV RegioMed Praxis, der KV RegioMed Patientenbus, die KV RegioMed Bereitschaftspraxis, die KV RegioMed Lehr- und Weiterbildungspraxis sowie das KV RegioMed Netz. Ergänzt wird das KV RegioMed Programm durch das agneszwei-Konzept. Ausgezeichnet wurde das Programm im Jahr 2014 mit dem MSD-Gesundheitspreis (1. Platz).

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.

KV RegioMed Programme

Aktuelle Analysen zur Bevölkerungsstruktur des Mittelbereichs Templin prognostizieren neben einer älter werdenden und somit häufig chronisch kranken und multimorbiden Bevölkerung auch die abnehmende Zahl jüngerer Menschen. Das KV RegioMed Programm – Strukturmigration im Mittelbereich Templin berücksichtigt die daraus entstehenden Veränderungen in der Nachfrage und bildet das Konzept für weitreichende Anpassungsprozesse des medizinischen Versorgungsangebotes. Die



erste Stufe dieser regionalen Strukturmigration wurde mit der Etablierung des KV RegioMed Zentrums mit geriatrischen Schwerpunkt und ambulant-stationärer Brückenstruktur bereits umgesetzt. Die nächsten Schritte werden im Rahmen mehrerer Teilprojekte unter Einbeziehung aller vor Ort handelnden Akteure des Gesundheitswesens aktuell vorbereitet. Die einzelnen Angebote und Akteure sollen dabei in einer kooperativen und abgestimmt koordinierten Prozess- und Kommunikationsstruktur agieren.

Auch das KV RegioMed Programm Eisenhüttenstadt-Guben-Forst ist eine Maßnahme gegen die (drohende) Unterversorgung der Region. Die Grenznähe spricht dafür, das Potential der an einer ärztlichen Tätigkeit interessierten polnischen Ärzte stärker auszuschöpfen. Die KVBB initiierte ein grenzübergreifendes Konzept, das als zentrales strukturelles Element die Etablierung eines deutsch-polnischen KV RegioMed Zentrums in Guben in Kooperation mit dem Krankenhaus Naemi-Wilke-Stift sowie der angeschlossenen Medizinischen Einrichtungs-gesellschaft (MEG) vorsieht und als einziges existierendes Modell der Versorgung in der Grenzregion auf der Fachtagung „Kooperationen von Brandenburg und Polen bei medizinischer Versorgung und in der Gesundheitswirtschaft“ am 12.02.15 in Slubice hervorhebend erwähnt wurde.

Aktuell besteht das Versorgungsangebot aus einer bilingualen internistischen Hausarztpraxis und einer Praxis für HNO-Heilkunde. In Forst wurde darüber hinaus bereits in Kooperation mit stationären Einrichtungen aus Forst und Cottbus ein kinderärztliches Versorgungsangebot geschaffen. Ein weiterer Ausbau in Form von Zentren und Praxen entlang der Grenze von Eisenhüttenstadt über Guben bis Forst mit den jeweils regionalspezifisch erforderlichen medizinischen Angeboten ist geplant.

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 etabliert worden. Das Leistungsportfolio und das Sprechstundenangebot wurden passgenau auf die Gegebenheiten vor Ort zugeschnitten. Da im Raum Templin der demografische Wandel schon deutlich spürbar ist, wurde hier ein KV RegioMed Zentrum mit geriatrischem Schwerpunkt aufgebaut. Die vor Ort vorhandenen niedergelassenen Orthopäden, Augenärzte, Nervenärzte und HNO-Ärzte bilden mit den Ärzten des KV RegioMed Zentrums das erforderliche fachübergreifende ärztliche Team.

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. Es folgten Eberswalde, Brandenburg und Rüdersdorf. KV RegioMed Bereitschaftspraxen sind an weiteren Standorten 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 Eigenrichtung 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 existieren in Bad Freienwalde, Elsterwerda und Forst.

KV RegioMed Patientenbus

In vielen brandenburgischen Randgebieten leben vermehrt ältere Menschen, die sich an ihre Wohnung bzw. 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.

Das Modul wurde im Rahmen eines Vorprojektes im Bereich Müncheberg/Strausberg getestet und im Jahr 2014 in Templin erfolgreich umgesetzt, um auch der im ländlichen Raum lebenden immobilen Bevölkerung einen Zugang zu zentral gelegenen Versorgungsangeboten zu verschaffen. Es besteht die Möglichkeit, 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.

Die Anerkennung als KVRM LP setzt folgende Elemente voraus:

1. Lehrpraxis einer medizinischen Hochschule
2. Weiterbildungspraxis für Ärzte in Weiterbildung
3. Mentorentätigkeit - die ersten 25 Mentoren wurden in 2014 erfolgreich fortgebildet und zertifiziert.

Die Hauptaufgabe einer zertifizierten KV RM LP besteht nicht zuletzt darin, den Medizinstudenten bzw. Arzt in Weiterbildung im Rahmen der Möglichkeiten zu unterstützen, sondern ihn für eine ambulante Tätigkeit in der Niederlassung in Brandenburg zu begeistern und vorzubereiten.

5.2 agnes^{zwei}

Im Mittelpunkt der Tätigkeit der agneszwei-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 agneszwei-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 agneszwei-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 agneszwei-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 agneszwei-Fachkraft muss eine Ausbildung zur examinierten Krankenschwester oder zur Fachwirtin ambulante medizinische Versorgung absolviert haben oder medizinische Fachangestellte mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung alternativ nichtärztliche Praxisassistentin (nPA / AGnES) sein. Aufbauend auf dieser Qualifikation erhält die agneszwei-Fachkraft eine modular an den Eingangsqualifikationen ausgerichtete Fortbildung im Fallmanagement sowie eine spezifische, auf ihr Tätigkeitsfeld zugeschnittene Schulung.

Durch den Einsatz der sogenannten agneszwei-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. Aktuell sind 106 agneszwei-Fachkräfte in Brandenburg im Einsatz.

5.3 Weiterbildungs- und Famulaturbörse/Weiterbildungsnetzwerke/Ausbildungsförderung

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 191 Ärzten, die im ambulanten und stationären Bereich WB-Stellen anbieten, zu jeweils gleichen Teilen aus dem hausärztlichen und gebietsärztlichen Bereich.

Die KVBB bietet zudem eine Famulaturbörse auf Ihrer Webseite an. Dort können Medizinstudenten nach einer für die Absolvierung ihrer Famulatur in Frage kommenden Praxis suchen und direkt mit dem Praxisinhaber Kontakt aufnehmen. Die Webseite ist als interaktive Karte gestaltet, sodass die regionale Zuordnung effektiv zu erfassen ist.

Darüber hinaus wurden 9 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 2014 befanden sich 59 betreute Assistenten in der hausärztlichen Weiterbildung
Ausbildungsfinanzierung

Die Ausbildungsfinanzierung umfasst Fördermaßnahmen für Medizinstudenten und aus- und weiterbildende Vertragsärzte. Hierbei können die Ableistung von Famulaturen, Blockpraktika und ein Tertial des Praktischen Jahres im niedergelassenen Bereich gefördert werden. Des Weiteren erhalten Vertragsärzte, die einen Studenten oder einen Arzt in Weiterbildung in ihrer Praxis betreuen eine Aufwandsentschädigung.

Im Jahr 2013 wurden 93 Famulanten, 20 Blockpraktikanten und 5 Studierende im Praktischen Jahr finanzielle unterstützt. Im Jahr 2014 waren es dann schon 111 Famulanten, 27 Blockpraktikanten und 9 Studierende im Praktischen Jahr.

134 Vertragsärzte erhielten für die Betreuung und Ausbildung eine Aufwandsentschädigung. Für die in 2014 betreuten Ärzte in Weiterbildung wurde diese Aufwandsentschädigung an 100 anspruchsberechtigte Vertragsärzte auf Antrag ausgezahlt.

Aufgrund der sich abzeichnenden Probleme in der Nachbesetzung von Arztsitzen auch in einigen anderen Fachgebieten neben der Allgemeinmedizin, hat die Vertreterversammlung der KVBB beschlos-

sen, einen Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zu bilden (Beschluss 02/2012 vom 23.03.2012).

Dieser Strukturfonds wird hälftig in zwei Unterstrukturfonds unterteilt. Die Mittel des einen Teilfonds werden zur Ausbildungsfinanzierung für das Fachgebiet Allgemeinmedizin genutzt, der andere Teilfonds kommt folgenden Fachgruppen zugute:

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Nervenheilkunde
- Neurologie
- Psychiatrie und Psychotherapie

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 96 Ärzte in anderen Fachgebieten als der Allgemeinmedizin weitergebildet. Davon konnten 45 Ärzte in Weiterbildung aus den oben benannten Fachgruppen finanziell unterstützt werden. Die Weiterbildung erfolgte in 78 vertragsärztlichen Praxen des Landes Brandenburg. Die zur Verfügung stehende Fördersumme wurde zu 99,2 % ausgelastet.

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

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

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

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

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

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

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

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
Qualitätszirkel, Gestationsdiabetes, Behandlung Diabetischer Fuß, 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, Neuropsychologische Therapie	Frau Thoms	0331 2309-370
Ambulantes Operieren, Arthroskopie, Histologie/Zytologie, Histopathologie- Hautkrebsscreening, Hygieneberatung	Frau Bernhardt	0331 2309-375
Koloskopie, Kapselendoskopie Dünndarm, Laborleistungen, Handchirurgie, Humangenetik, Substitution, Genehmigungspflicht – nach EBM, Invasive Kardiologie, Keratotomie, Photodynamische-Therapie, IVM, Nichtärztliche Praxisassistentin	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 982298-11
Wirtschaftlichkeitsprüfung	
Betriebswirtschaftliche Beratung	0331 23 09-280
Niederlassungsberatung	0331 23 09-320
Patiententelefon	0331 982298-51
Mahnwesen	0331 982298-52

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
 Pappelallee 5
 14469 Potsdam
www.kvbb.de, info@kvbb.de

Vorstand

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

Redaktion

UB 4, Qualitätssicherung/Sicherstellung
 Auszüge aus dem Muster-Qualitätsbericht 2014 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Gestaltung

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

Redaktionsschluss

Dezember 2015

**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg**

Pappelallee 5
14469 Potsdam
www.kvbb.de