



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg



Qualitätsbericht 2015

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	26
3.12	Praxisinternes Qualitätsmanagement	27
3.12.1	QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®	27
3.12.2	Keine QM-Stichproben 2015	28
3.12.3	„Mein PraxisCheck“ – ein wichtiger Baustein im Qualitätsmanagement	29
3.12.4	QEP-Filme auf KV-on	30
4.	Qualitätsförderung – aktuell	31
4.1	Holium-Laser-Eingriffe	31
4.2	Aktualisierung MR-Angiografie	31
4.3	Erstes SQS-Verfahren: PCI	32
4.4	Anpassung der Delegations-Vereinbarung	34
5.	Bedarfsgerechte Versorgung in Brandenburg	35
5.1	agneszwei/Polypharmazie	35
5.2	Projekte zur Strukturmigration	36
5.3	Weiterbildungsnetzwerke	37
6.	Gesetzliche Grundlagen	40
7.	Fachbereich Qualitätssicherung der KVBB	45
7.1	Aufgaben	45
7.2	Ansprechpartner	46
8.	Service-Nummern/Impressum	47

Zur Qualität (selbst-)verpflichtet

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Selbstverpflichtung zu guter Qualität ist fester Bestandteil unseres ärztlichen Berufsverständnisses. Die Qualitätssicherung ist damit ein wichtiges Markenzeichen gelebter Selbstverwaltung. Alle qualitätssichernden Maßnahmen dienen der effektiven und sicheren Behandlung unserer Patienten.

Der Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung setzt schon ein hohes Basisniveau voraus. Neben dem Bundesmantelvertrag für Ärzte gibt es zudem eine Vielzahl an Qualitätssicherungs-Vereinbarungen, Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, in der Röntgenverordnung, in der Hygieneverordnung der Länder oder in landesspezifischen Selektivverträgen.

Ausgehend von der Strukturqualität in Form der Prüfung fachlicher und technischer Voraussetzungen über Teile der Prozessqualität, zum Beispiel im Sinne der Hygieneprüfung, wird auch die Ergebnisqualität verstärkt in den Fokus genommen. Gute Qualität ist also ein Ergebnis des Zusammenwirkens von Strukturen, koordinierter Prozesse und eines kontinuierlichen Nachjustierens.

Dabei sind die Qualitätssicherungskommissionen, deren ärztliche Mitglieder ausgewiesene Experten sind, das Herzstück der Qualitätsarbeit im vertragsärztlichen Bereich. Diese Kollegen widmen sich dieser Aufgabe ehrenamtlich und mit großem Engagement, weshalb ich mich an dieser Stelle ausdrücklich für deren Einsatz bedanke!

Wir können selbstbewusst feststellen, dass die Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Datenbasis von 2015 einen hohen Qualitätsstandard aufweisen und somit unserem Anspruch an eine umfassende und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung gerecht werden!

Zum mittlerweile 12. Mal nutzen wir die öffentliche Qualitätsberichterstattung als Instrument, um die durchgeführten QS-Maßnahmen auch sichtbar zu machen und laden sie herzlich zur Lektüre ein.



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.

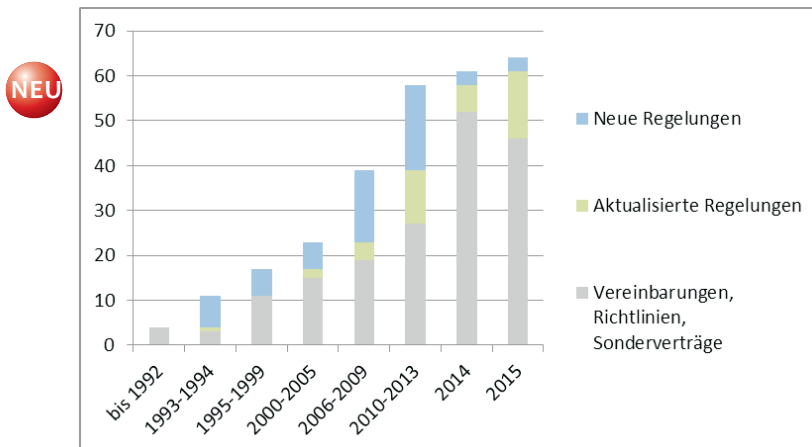


Selbstverständlich ist es wünschenswert, die **Ergebnisqualität** einer medizinischen Leistung überprüfen zu können. Doch hier ergibt sich eine Vielzahl von Problemen. Zum Beispiel muss die individuelle Patientensituation berücksichtigt werden, die Krankenvorgeschichte und Lebenssituation ebenso wie 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.



Fast jeder Vertragsarzt besitzt eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungsvereinbarungen. Im Land Brandenburg verfügt jeder Arzt durchschnittlich über 3,8 Abrechnungsgenehmigungen im Rahmen qualitätsgesicherter Verfahren.

Entwicklung qualitätsgesicherten Verfahren auf Bundesebene einschließlich regionaler Vereinbarungen im Bereich der KVBB.

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
- Hygieneproofungen / Praxisbegehungen
- Einzelfallprüfungen durch Stichproben / Dokumentationsprüfungen
- Feedbacksysteme
- kontinuierliche Fortbildung / Qualitätszirkel

2.1 Schematischer Aufbau eines Genehmigungsverfahrens



2.2 ÜBERSICHT DER GENEHMIGUNGSBEREICHE

Genehmigungsbereiche nach §§135, 136, 137 SGB V	Genehmigungen gesamt	neu erteilte Geneh- migungen 2015	Überprüfung person- liche/betriebsstätten- bezogene Qualifikation	Eingangsprüfung	Kolloquium	Frequenzregelung	Rezertifizierung/War- tungsnachweis/Konzanz- prüfung/Ringversuch	Praxisbegehung/ Hygieneprüfung	Einzelprüfung/ Dokumentationsprüfung durch Stichprobe	elektronische Dokumentation	Fortbildung/ Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/ Benchmark-Berichte/ Evaluation	Beratung
Akupunktur	185	13	x		x				x		x		x
Ambulantes Operieren	784	34	x										
Apheresen	65	3	x		x				x			x	x
Arthroskopie	70	4	x		x				x				x
Balneophototherapie	11	0	x		x		x						
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	65	3	x		x	x	x		x			x	x
Disease-Management-Programme			x										
Diabetes mellitus Typ 1	92	4	x								x	x	
Diabetes mellitus Typ 2	1424	12	x								x	x	
Koronare Herzkrankheiten	1433	14	x								x	x	
Asthma bronchiale	856	26	x								x	x	
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung 8COPD)	856	21	x								x	x	
Brustkrebs	173	0	x								x	x	
Herzschrittmacher-Kontrolle	74	11	x		x								
Hautkrebs-Screening	1020	48	x		x								
Histopathologie im Hautkrebs-Screening	12	0	x		x	x			x			x	x
HIV/Aids	1	1	x	x	x	x			x		x		x
Hörgeräteversorgung	113	12	x	x	x		x		x	x		x	
Hörgeräteversorgung – Kinder	2	0	x		x		x		x	x	x	x	
Holiumlaser	0	0	x		x		x		x	x		x	x
interventionelle Radiologie	11	0	x	x	x	x			x				x
Intravitreale Medikamenteneingabe	49	6	x		x				x				x
invasive Kardiologie	10	1	x	x	x	x		x	x				x
Kapselendoskopie – Dünndarm	7	2	x	x	x	x		x	x		x		x
Koloskopie	79	7	x	x	x	x			x			x	x
Labor-Spezial	238	14	x		x		x				x	x	
Langzeit-EKG	457	32	x		x				x			x	x
Magnetresonanztomographie	77	10	x		x	x			x			x	x
Magnetresonanztomographie der Mamma	7	2	x		x	x			x			x	x
Magnetresonanztomographie	65	5	x		x				x				x
Mammographie (kurativ)	62	7	x	x	x		x	x	x		x	x	x
Mammographie-Screening PVA/Befunder	8/17	2/2	x	x	x	x	x		x		x		
Medizinische Rehabilitation	870	50	x		x								x
Molekulargenetik	9	0	x		x		x		x	x			
Neurophysiologische Therapie	5	1	x		x							x	x
Onkologie	124	6	x		x	x			x		x	x	
Otoakustische Emissionen	88	6	x		x								
Perkutane Coronarintervention PCI	10	10	x		x				x	x		x	x
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	9	0	x		x				x				x
Phototherapeutische Keratektomie	1	0	x		x				x				
Richtlinien-Verfahren Psychotherapie	1533	257	x		x								
Psychosomatische Grundversorgung	1947	15	x										
schlafbezogene Atmungsstörungen	89	5	x		x				x			x	x
Schmerztherapie	74	6	x		x		x		x		x	x	
Sozialpsychiatrie	17	1	x			x						x	
Soziotherapie	27	2	x										
Stoßwellenlithotripsie	7	0	x		x								
Strahlendiagnostik/-therapie			x		x								
konventionelle Röntgendiagnostik	498	48	x		x							x	x
Computertomographie	107	12	x		x				x			x	x
Osteodensitometrie	34	4	x		x								x
Strahlentherapie	24	0	x		x								x
Nuklearmedizin	24	3	x		x								x
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	29	3	x		x				x		x	x	x
Ultraschall diagnostik	1571	188	x	x	x		x		x			x	x
Ultraschall der Säuglingshüfte	132	6	x	x	x		x		x			x	x
Vakuumbiopsie der Brust	9	2	x		x	x			x			x	x
Zervix-Zytologie	19	1	x	x	x				x		x	x	x
Leistungen nach EBM													
Chirotherapie	377	14	x										
diabetischer Fuß	275	3	x			x							
Handchirurgie	156	8	x								x		
SP Kinder- und Jugendmedizin	26	0	x										
arztunterstützende Hilfeleistungen nichtärztlicher PA	244	220	x										
MRSA	293	9	x								x		
gesamt	16926	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	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	Unktualisiert 2015 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	<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 Aktualisiert 2015	<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: zuletzt geändert 01.07.2015</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>DMP Diabetes mellitus Typ 2</p> <p>Aktualisiert 2015</p>	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2</p> <p>Vertragspartner: AOK Nordost, IKK Bln.-Brb., BKK LV Mitte, Knappschaft, SVLFG (LKK MOD), vdek</p> <p>Gültigkeit: zuletzt geändert 01.07.2015</p>
<p>DMP KHK</p> <p>Aktualisiert 2015</p>	<p>Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheiten (KHK)</p> <p>Vertragspartner: AOK Nordost, IKK Bln.-Brb., BKK LV Mitte, Knappschaft, SVLFG (LKK), vdek</p> <p>Gültigkeit: zuletzt geändert 01.07.2015</p>
<p>Entwicklungsneurologie</p>	<p>Bestimmungen des EBM</p>
<p>Gynäkologische Früherkennungsuntersuchung</p>	<p>Bestimmungen des EBM</p>
<p>Hautkrebscreening Histopathologie</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screening (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening)</p> <p>Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V</p> <p>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)</p> <p>Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V</p> <p>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)</p> <p>Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V</p> <p>Gültigkeit: seit 01.07.2009</p>
<p>Hörgeräteversorgung Erwachsene</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung)</p> <p>Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V</p> <p>Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert 1.4.2013.</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>Hörgeräteversorgung Kinder</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>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	<p>Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung v. Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V (U10/U11) Vertragspartner: TK Gültigkeit: seit 01.01.2008</p> <p>Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin Vertragspartner: Knappschaft Gültigkeit: seit 01.07.2010 zuletzt geändert: 01.07.2012</p> <p>Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin Vertragspartner: TK Gültigkeit: seit 01.07.2010</p> <p>Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin Vertragspartner: Knappschaft Gültigkeit: seit 01.10.2010</p>
Koloskopie Aktualisiert 2015	<p>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V; Gültigkeit: seit 01.10.2006, zuletzt geändert: zum 01.01.2015</p>
Labor Aktualisiert 2015	<p>Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriums-Untersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V; Gültigkeit: seit 09.05.1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 1.1.2015</p>
Langzeit-EKG Aktualisiert 2015	<p>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</p>
Mammographie kurativ Aktualisiert 2015	<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>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>Mammographie-Screening</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>Molekulargenetik Aktualisiert 2015</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: zuletzt geändert 01.04.2015</p>
<p>MR Angiographie Aktualisiert 2015</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: zuletzt geändert 01.10.2015</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 Aktualisiert 2015</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>
<p>MRT</p>	<p>Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie) Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 01.04.2001</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
Neuropsychologische Therapie	<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
Onkologie Aktualisiert 2015	<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>
Photodynamische Therapie	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.10.2006, zuletzt geändert: 01.07.2014</p>
Phototherapeutische Keratektomie	<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>
 Nichtärztliche Praxisassistentin	<p>Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfsleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Delegations-Vereinbarung, Anlage 8 BMV-Ärzte) Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 17.03.2009, Neufassung vom 01.01.2015</p>
Psychotherapie	<p>Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung, Anlage 1 MBV-Ä/EKV) Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: Neufassung 01.01.1999, zuletzt geändert: 01.01.2008</p>

Genehmigungsbereiche	Regelungen
<p>Psychotherapie</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: 03.01.2015</p>
<p>Rehabilitation</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 01.03.2005</p>
<p>Qualitätsmanagement-Richtlinien</p>	<p>Qualitätsmanagement-Richtlinien für die vertragsärztliche Versorgung Rechtsgrundlage: § 135a Abs. 2, SGB V Gültigkeit: seit 31.12.2005 (ÄQM-RL) zuletzt geändert: 17.12.2015</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 2015</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 2015</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 2015</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 2015</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 2015</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 31.12.2015)

Arztgruppe ‣ Schwerpunktbezeichnungen	Summe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte/Psychotherapeuten
Allgemeinärzte	995
Praktische Ärzte / Ärzte	152
Anästhesisten	66
Augenärzte	180
Chirurgen	188
‣ Gefäßchirurgie	20
‣ Kinderchirurgie	6
‣ Plastische Chirurgie	3
‣ Thoraxchirurgie	-
‣ Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	2
‣ Unfallchirurgie	27
‣ Visceralchirurgie	13
Frauenärzte	314
‣ 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	836
‣ Hausärztlich tätige Internisten	454
‣ Fachärztlich tätige Internisten	382
‣ Angiologie	14
‣ Diabetologie	-
‣ Endokrinologie (und Diabetologie)	2
‣ Gastroenterologie	32
‣ Geriatrie	1
‣ Hämatologie	3
‣ Hämatologie und internistische Onkologie	22
‣ Infektiologie	1
‣ Infektions- und Tropenmedizin	-
‣ Kardiologie	61
‣ Lungen- und Bronchialheilkunde	4
‣ Nephrologie	45
‣ Pneumologie	40
‣ Rheumatologie	21
‣ Innere Medizin und Angiologie	6
‣ Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	2
‣ Innere Medizin und Gastroenterologie	9
‣ Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	6
‣ Innere Medizin und Kardiologie	9
‣ Innere Medizin und Nephrologie	11

Arztgruppe ▶ Schwerpunktbezeichnungen	Summe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte/Psychotherapeuten
▶ Innere Medizin und Pneumologie	9
▶ Innere Medizin und Rheumatologie	6
Kinderärzte	197
▶ Infektiologie	-
▶ Kinderendokrinologie und -diabetologie	-
▶ Kindergastroenterologie	1
▶ Kinderhämatologie	-
▶ Kinderhämatologie und -onkologie	3
▶ Kinderkardiologie	6
▶ Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	-
▶ Kindernephrologie	-
▶ Kinderneuroopschiarie	-
▶ Kinderpneumologie	-
▶ Kinderrheumatologie	-
▶ Neonatologie	1
▶ Neuropädiatrie	3
Kinder- und Jugendpsychiater	22
Laborärzte	28
▶ Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	6
▶ Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	3
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	16
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	152
▶ forensische Psychiatrie	-
▶ Kinderneuroopschiarie	-
Neurochirurgen	30
Nuklearmediziner	23
Orthopäden	175
▶ Rheumatologie	18
Pathologen	31
▶ Neuropathologie	-
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	19
Ärztliche Psychotherapeuten	102
▶ Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	22
Psychologische Psychotherapeuten	408
▶ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	93
▶ Psychologische Psychotherapeuten	317
Radiologen / diagnostische Radiologen	132
▶ Kinderradiologie	-
▶ Neuroradiologie	5
▶ Strahlentherapie	-
Strahlentherapeuten	23
Transfusionsmediziner	6
Urologen	91
übrige Arztgruppen	-
Summe	4.381

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 QS-Kommissionen bilden i.R. der Selbstverwaltung sozusagen das Herzstück der Qualitätsarbeit im vertragsärztlichen Bereich. Sie 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. Dank des Know-hows und der Expertise der Kommissionsmitglieder lassen sich handlungspraktische Fragen klären, praxisinterne Prozesse optimieren und kann die Erreichung der geforderten Qualitätsanforderungen unterstützt werden. Insgesamt arbeiten in der **KV Brandenburg 83 Ärzte** neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit in diesen Kommissionen. Es handelt sich um ausgewiesene Fachexperten, die vom Vorstand der KVBB bestellt werden. Die Kommissionsarbeit genießt bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz.



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, Sachsen-Anhalt und Brandenburg einen gemeinsamen neuen Weg gegangen und haben 2011 die „**Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Ost**“ zur länderübergreifenden Zusammenarbeit zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen 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.

Ein weiterer Bereich, für den die länderübergreifende Zusammenarbeit aufgegriffen wurde, ist die Vakuumbiopsie. Brandenburg ist in diesem Fall jedoch nicht beteiligt. Seit 2015 neu hinzugekommen ist der Leistungsbereich „Neuropsychologische Therapie“, für den die KV Brandenburg mit der Führung der länderübergreifenden Geschäftsstelle betraut wurde.

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 2015 wurden allein für diese Aufgabe etwa 1.135 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(6) und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung(1). Ab 2014 fanden solche Prüfungen auch indirekt bei der Sonographie der Säuglingshüfte statt(8); dort prüfen die Kommissionen die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen.

KVBB 2015 wurden für diese drei Bereiche insgesamt 15 Prüfungen im Rahmen von Neuanträgen abgenommen.

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 2015 hauptsächlich in den Bereichen Ultraschall (26), Schmerztherapie (6) und Radiologie/MRT (8) 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.

2015 mussten insgesamt 159 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.

2015 mussten 13 der insgesamt 62 Ärzte mit einer Genehmigung zur Durchführung der kurativen Mammographie diese Prüfung absolvieren, wobei eine Prüfung wiederholt werden musste. Weitere 6 Prüfungen wurden im Rahmen der Antragstellung (Eingangsprüfung) durchgeführt, was in 5 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 wurden bis 2015 von den insgesamt 1.430 registrierten Ultraschall-Konsolen mit ggf. mehreren Schallköpfen 193 Neugeräte abgenommen + 209 i. R. der Konstanzprüfung.



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 2015 wurden im KV-Bereich Brandenburg 157 Überprüfungen vorgenommen. Die Bewertungen fielen mangelfrei aus.

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

3.8 Einzelfallprüfungen/Dokumentationsprüfungen durch Stichproben

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

In den Leistungsbereichen

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

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



Darüber hinaus wurden 2015 aufgrund bestehender regionaler Vereinbarungen im Land Brandenburg zusätzliche Stichprobenprüfungen in den Bereichen

- Langzeit-EKG-Untersuchungen
- schlafbezogene Atmungsstörungen

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

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

- Akupunktur
- Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- Histopathologie im Hautkrebs-Screening
- HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen

- 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. 16.923 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. 3.200 Feedbackberichte über alle internistischen DMP. 1.433 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 19 Zytologen im Land Brandenburg einen Feedbackbericht ihrer Vorjahresdaten von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.



3.10 Kontinuierliche Fortbildung / Qualitätszirkel

Vertragsärztliche Qualitätszirkel gelten seit über 20 Jahren als eine anerkannte, auf ärztlicher Eigeninitiative beruhende Methode der Qualitätssicherung und Fortbildung. Im Austausch mit Kollegen reflektieren Ärzte und Psychotherapeuten ihre Versorgungstätigkeit mit dem Ziel der kontinuierlichen Weiterentwicklung von Qualität und Patientensicherheit. Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, zum Beispiel die Schmerztherapie- oder Onkologievereinbarung sowie alle DMP-Verträge schreiben themenspezifische Fortbildungen vor, die unter anderem auch durch die Arbeit in einem Qualitätszirkel nachgewiesen werden können.

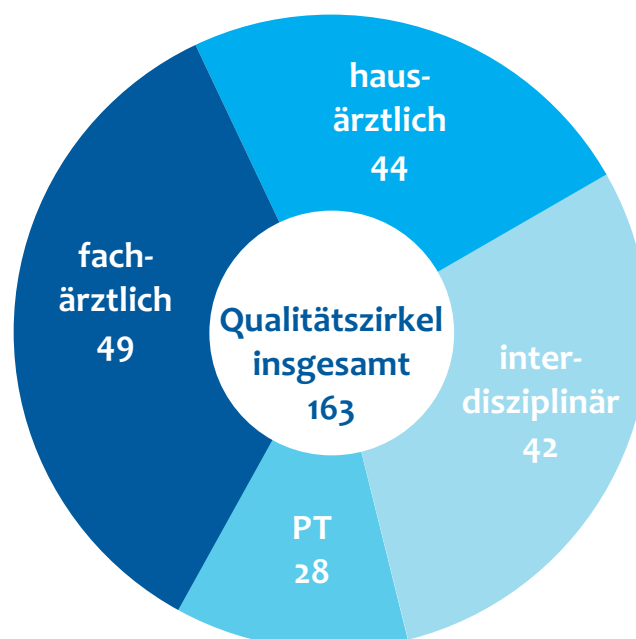
Qualitätszirkel bieten für Ärzte und Psychotherapeuten einen geschützten Raum, um sich frei von Interessen Dritter regelmäßig über ihre Tätigkeit auszutauschen. Qualitätszirkel nutzen die Erfahrungen der Teilnehmer, aber auch externe Evidenz und sorgen so für den Transfer von Wissen in die Praxis. Mit Unterstützung eines Moderators können die Teilnehmer in gleichberechtigter Diskussion ihr eigenes Handeln kritisch hinterfragen und Alternativen beraten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg unterstützt ihre Mitglieder hierbei durch eine finanzielle Unterstützung für die Organisation, bietet administrative Hilfestellung an und führt Trainingsseminare für Moderatoren durch.

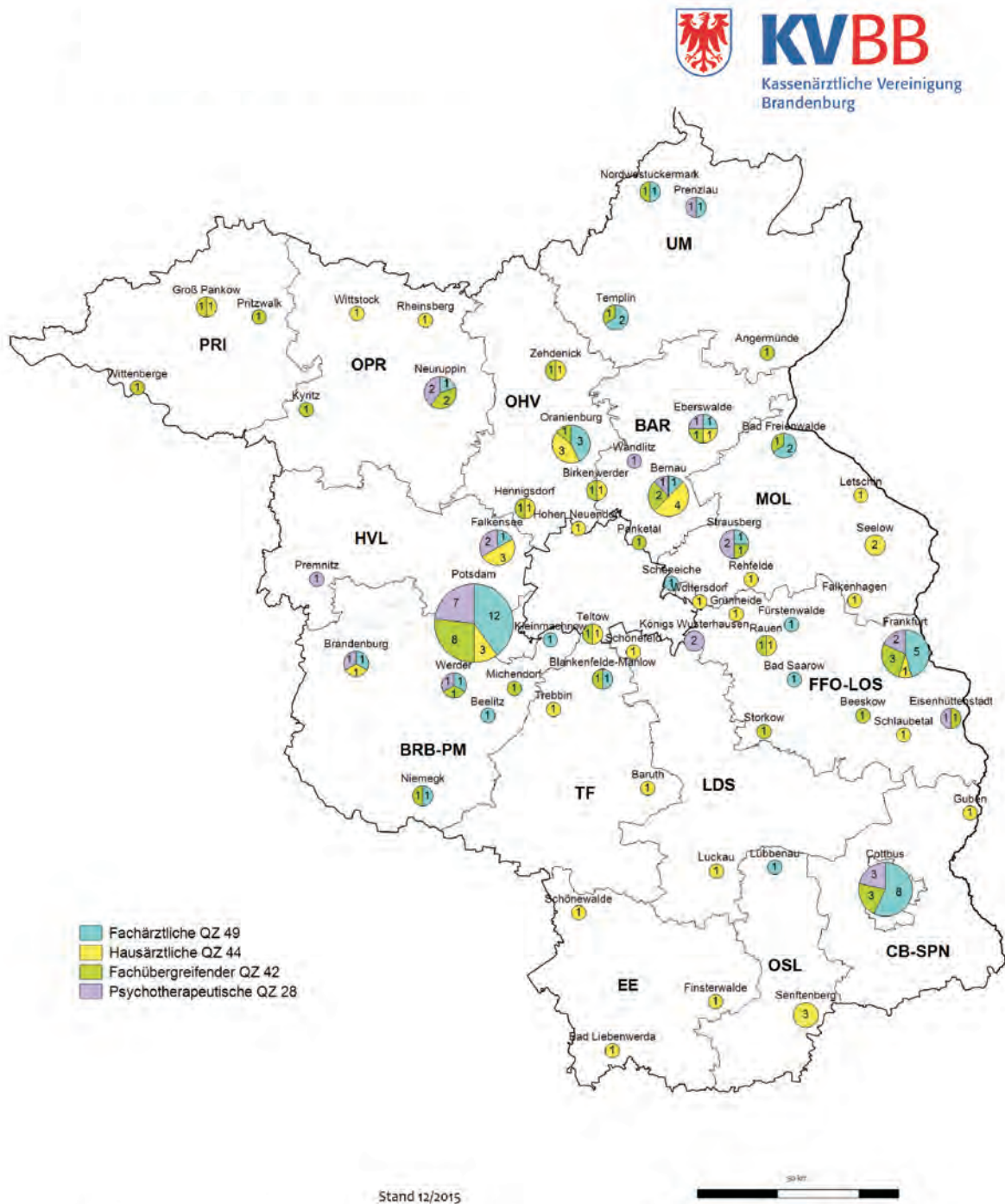


Im Jahr 2015 wurden 10 Moderatoren durch die KVBB neu ausgebildet. Es wurden 163 aktive Qualitätszirkel registriert in denen sich insgesamt 1.700 Ärzte regelmäßig interkollegial fortbilden.

- Hausärztliche QZ 44
- Fachärztliche QZ 49
- Psychotherapeutische QZ 28
- Fachgebietsübergreifende QZ 42



Regionale Übersicht der Qualitätszirkel nach Facharztgruppen



KVBB/UB4/Qualitätssicherung
Kartengrundlage: © Lutum+Tappert

Die KBV unterstützt die regionale Qualitätszirkel-Arbeit durch ein Konzept der Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkel-Tutoren und -Moderatoren, das im KBV-Handbuch QZ niedergelegt ist. Mehr als 30 thematische Module inklusive didaktischer Materialien wie zum Beispiel Präsentationen, Moderationsplakate oder Excel-Tools stehen zur Verfügung. So sind aktuell die Module

- Kultursensibilität in der Patientenversorgung
- Barriere identifizieren- auf dem Weg zur barrierearmen Praxis



Mehr Informationen: <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 Punktekonten werden bei den Berufskammern geführt.



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
01.01.-31.12.2015	370	99,5 %	2 0,5 %	0

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 Fortbildungsversäumnisse innerhalb von zwei Jahren
- Verfahren zum Zulassungsentzug, wenn der Fortbildungsnachweis auch nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist nicht erbracht wird.

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.

3.12.1 Stichproben

Keine QM-Stichproben in 2015: Bisher stabile Ergebnisse

Seit 2007 sind knapp 26.000 Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeuten zum Einführungs- und Entwicklungsstand ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Rahmen von Stichproben (§ 8 ÄQM-RL) befragt worden. Die Ergebnisse sind seit Jahren stabil. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass sich der überwiegende Anteil der Befragten in der Phase der Weiterentwicklung eines etablierten QM-Systems befindet. Aus diesem Grund – und unter Berücksichtigung des Umsetzungsaufwandes – wurde mit Beschluss des G-BA am 27. November 2015 die Stichprobenprüfung für das Jahr 2015 ausgesetzt. Eine entsprechende Ausnahmeregelung wurde im § 7 „Qualitätsmanagement-Kommissionen“ der ÄQM-RL ergänzt. Die dadurch gewonnenen Ressourcen sollen für die Beratung der Praxen und medizinischen Versorgungszentren zur Erfüllung der Anforderungen der neuen sektoreinheitlichen Qualitätsmanagement-Richtlinie genutzt werden.

Die Auswertung erfolgte mittels eines einheitlichen Software-Tools:

- Anzahl der QM-Kommissionen: 17
- Gesamtzahl der gezogenen Vertragsärzte: 3.237
- Anzahl der Bewertungen nach § 7 ÄQM-RL: 3.062 (95 Prozent)
- Anzahl der Beratungen nach § 8 ÄQM-RL: 206
- Anzahl der Vertragsärzte, die noch nicht mit der Planung begonnen haben: 35 (1,1 Prozent)
- Anzahl der Vertragsärzte, die mit der Planung begonnen haben: 312 (10,2 Prozent)
- Anzahl der Vertragsärzte, die mit der Umsetzung begonnen haben: 462 (15,1 Prozent)
- Anzahl der Vertragsärzte, die alle Elemente umgesetzt haben und mit der Überprüfung begonnen haben: 166 (5,4 Prozent)
- Anzahl der Vertragsärzte, die mit der Weiterentwicklung begonnen haben: 2.087 (68,2 Prozent)

Alle vor dem 01. Januar 2006 niedergelassenen Teilnehmer befanden sich im Jahr 2014 in der Phase IV „Weiterentwicklung“ und basierend auf einer jährlichen Selbstbewertung verbessern sie ihr einrichtungsinternes Qualitätsmanagement kontinuierlich weiter.

Die absoluten Zahlen und Anteile in der Auswertung gemäß Anlage 2 der ÄQM-RL sind im Vergleich zu den Vorjahren nahezu konstant.

Sichtbarer Beleg dafür, dass das Thema Qualitätsmanagement von den Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeuten angenommen wird und eine kontinuierliche Weiterentwicklung erfolgt, ist, dass über 68 Prozent der Befragten bereits mit der Weiterentwicklung ihres QM begonnen hatten bzw. diese fortführen (Vorjahr: 67,4 Prozent).

Mehr Informationen: <http://www.kbv.de/html/qualitaetsmanagement.php>

3.12.2 Zehn Jahre QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen

Das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam angebotene Qualitätsmanagement-Verfahren ist QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen. Es wurde zusammen mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Berufsverbänden und Medizinischen Fachangestellten entwickelt und ist speziell auf die Abläufe und Bedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zugeschnitten. Bausteine von QEP sind der QEP-Qualitätsziel-Katalog, das QEP-Einführungsseminar, das QEP-Manual und das QEP-Zertifizierungsverfahren. 2015 wurde im Rahmen der Fachtagung QEP-Aktuell „Ein Jahrzehnt Qualität und Entwicklung in Praxen“ mit QEP-Anwendern, QEP-Beratern, QEP-Trainern und QEP-Visitoren gefeiert.

QWP-Patienteninformation „Qualität ist kein Zufall!“

Für QEP-zertifizierte Praxen gibt es seit 2015 die Patienteninformation „Qualität ist kein Zufall!“. Hier können Patienten erfahren, welche Qualitätsanforderungen die Praxis erfüllt und warum ihr Arzt oder Psychotherapeut mit einer QEP-Zertifizierung freiwillig einen Schritt weitergegangen ist, als der Gesetzgeber es fordert.

Mehr Information: <http://www.kbv.de/html/897.php>



Patientenbefragung mit ZAP

Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements (QM) dar und sind in der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses als ein verpflichtendes Instrument zur Qualitätsentwicklung festgeschrieben. Die Befragungsergebnisse geben eine Rückmeldung über die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Versorgung aus Patientenperspektive. Je nach Art und Umfang der Patientenkontakte sollten diese Befragungen jährlich, mindestens jedoch alle drei Jahre und möglichst mit validierten Instrumenten (Befragungsbogen) durchgeführt werden. So können Veränderungen gemessen und Verbesserungen dargestellt werden.

Ein validierter Fragebogen ist zum Beispiel der von der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelte ZAP-Fragebogen zur „Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ (ZAP). Inklusive Auswertungs-Tool und Informationen zur Durchführung einer Patientenbefragung ist das ZAP-Angebot kostenfrei auf den Webseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereitgestellt. Um eine breitere Patienten Klientel zu erreichen, wird der ZAP-Fragebogen seit August 2015 zusätzlich in den Sprachen Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch und Türkisch zur Verwendung angeboten.

Servicebroschüre Praxiswissen „Qualitätsmanagement in der Praxis“

Die 2015 bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erschienene Servicebroschüre Praxiswissen „Qualitätsmanagement in der Praxis“ verschafft einen Überblick über Ziele, Methoden und Instrumente des QM und enthält praktische Umsetzungstipps, kurze Checklisten und Hinweise auf weiterführende Informationen und Unterstützungsangebote. Jetzt kostenlos bestellen oder direkt im Internet herunterladen unter: <http://www.kbv.de/html/publikationen.php>



3.12.3 „Mein PraxisCheck“ – neu: Qualitätsmanagement

„Mein PraxisCheck“ ist ein nützliches Instrument im Qualitätsmanagement. Mit dem Online-Test können Praxen und MVZ schnell und einfach überprüfen, wie gut ihre Informationssicherheit, ihr Hygiene- und Impfmanagement sind. Der neue Test zum Qualitätsmanagement (QM) richtet sich an alle Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeuten und Praxisteams, die anhand von wenigen Fragen und Antworten aufgezeigt bekommen möchten, wie gut ihr Qualitätsmanagement funktioniert und was noch verbessert werden kann. Mit Hilfe des Checks kann überprüft werden, ob sie alle Anforderungen der am 17.12.2016 in Kraft getretenen QM-Richtlinie des G-BA erfüllen. Die Themen reichen von Patienteninformation und -aufklärung über Regelungen zu Abläufen, dem Festlegen von



Verantwortlichkeiten, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen bis zu Risiko- und Fehlermanagement. Ein sofortiger Ergebnisbericht beinhaltet praktische Tipps und Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten im Praxisalltag. Die Teilnahme ist anonym und kostenfrei. Das Serviceangebot wurde gemeinsam mit Vertragsärzten und anderen Experten entwickelt. Die Fragen, Bewertungen und Empfehlungen basieren auf QEP®. Über 63.000 Mal wurde die Webapplikation genutzt (Stand: März 2016)

3.12.4 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 Qualitätssicherungsvereinbarung zu Holmium-Laser-Eingriffen beim benignen Prostatasyndrom tritt zum 1. April 2016 in Kraft

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte im Dezember 2010 beschlossen, die Holmium-Laser Behandlung des benignen Prostata-Syndroms (Holmium-Laser bei bPS) als anerkannte Behandlungsmethode der vertragsärztlichen Versorgung in den EBM aufzunehmen.

Seit dem 1. April 2016 ist die Holmium-Laser Behandlung der Prostata in den EBM aufgenommen worden. Diese berechtigt belegärztlich tätige Fachärzte für Urologie diese Behandlung entweder als Holmium-Laser-Enukleation (HoLEP) oder als Holmium-Laser-Resektion (HoLRP) durchzuführen. Beide Verfahren sind als anerkannte Behandlungsmethoden Bestandteile der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Anforderungen, die Vertragsärzte für die Genehmigung erfüllen müssen, sind in der Qualitätssicherungsvereinbarung Holmium-Laser bei bPS aufgeführt, die ebenfalls am 1. April 2016 in Kraft getreten ist. Zentrale Punkte der Qualitätssicherungsvereinbarung sind die apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung der Leistungen sowie Anforderungen an die Dokumentation. Für Urologen, die bereits vor dem Inkrafttreten Holmium-Laser-Behandlungen bei benignem Prostatasyndrom durchgeführt haben, sieht die Qualitätssicherungsvereinbarung eine Übergangsregelung vor. Darüber hinaus schreibt die Qualitätssicherungsvereinbarung eine vom Arzt ab 2017 vorzulegende zusammenfassende Jahresstatistik fest, wonach der Arzt verpflichtend ab dem 1. Oktober 2016 Angaben zur Jahresstatistik Holmium-Laser bei bPS erheben und elektronisch erfassen muss.

In der QS-Vereinbarung Holmium-Laser bei bPS wird auf eine obligate regelmäßige stichprobenhafte Prüfung der Dokumentation verzichtet. Es ist lediglich eine allgemeine Legitimation der KV zur Einsichtnahme und Prüfung von Dokumentationen festgelegt worden. Ferner haben die Vertragspartner festgelegt, dass nach Auswertung der Ergebnisse der Jahresstatistiken – frühestens nach zwei Jahren – geprüft werden soll, ob Kriterien für anlassbezogene (Stichproben-) Prüfungen vorgegeben werden sollen.

4.2 Aktualisierung der Qualitätssicherungsvereinbarung Magnetresonanztomographie

Die Magnetresonanztomographie (MR-Angiographie) ist ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Sie stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar, weil weder ein Katheter in ein arterielles Gefäß eingeführt werden muss, noch zur Bilderzeugung Röntgenstrahlen und ein jodhaltiges Kontrastmittel benötigt werden. 2007 ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Magnetresonanztomographie (MR-Angiographie) erstmals Kraft getreten. Zum 1. Oktober 2015 wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung in einigen Punkten überarbeitet und aktualisiert.

Die Dokumentationsprüfungen der letzten Jahre zeigen, dass die Qualität im Bereich der MR-Angiographie auf einem kontinuierlich hohen Stand ist. Wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarung bleiben daher Vorgaben zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen sowie die regelmäßigen Dokumentationsprüfungen. Hierzu werden jährlich minde-

stens zwölf Dokumentationen von 20 Prozent der Ärzte, die MR-Angiographien durchführen und abrechnen, angefordert.

Für diese Prüfungen liegt der Schwerpunkt auf der Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung. Die Beurteilung der Dokumentationen hinsichtlich einer sachgerechten Indikationsstellung erfolgt aufgrund einer nach Gefäßart und -region gegliederten Liste von klinischen Fragestellungen, die eine Indikation zur MR-Angiographie begründen, und die in der Anlage 2 der Vereinbarung enthalten sind.

Mit Inkrafttreten der aktualisierten Vereinbarung wird hierauf ein noch stärkerer Fokus gelegt. Demnach sollen auch Begründungen für Indikationen zu MR-Angiographien, die nicht in der Anlage 2 aufgeführt sind, künftig in die Beurteilung der Nachvollziehbarkeit einfließen.

Wie bisher bleibt es bei den MR-Angiographien der Venen dabei, dass – bis zu einer Höchstgrenze von 30 durchgeführten Untersuchungen – bei Untersuchungen der Venen alle Dokumentationen des ausgewählten Arztes eingereicht werden. Mit Inkrafttreten der aktualisierten QS-Vereinbarung zum 1. Oktober 2015 wird neben den Untersuchungen der Venen, deren Prüfergebnisse bislang schon gesondert berichtet wurden, ein weiterer Fokus auf die Darstellung der Prüfergebnisse der Untersuchung der Hirngefäße gelegt. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden wie bisher ausführlich berichtet, wobei zukünftig die Qualitätsergebnisse zu den Untersuchungen der Hirngefäße und der Venen einzeln dargestellt werden.

Eine weitere Änderung der aktualisierten QS-Vereinbarung betrifft den Stellenwert der einzelnen Techniken der MR-Angiographie. Diese werden im Zuge der medizinisch-technischen Entwicklung zunehmend in unterschiedlicher Häufigkeit angewendet. Bislang mussten von den 150 nachzuweisenden MRAs jeweils 20% mit der Time-of-Flight (ToF), der Phasenkontrast (PC) und der kontrastmittelverstärkten (CE-) Technik erstellt worden sein. Dies wurde nun flexibilisiert, von den nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mindestens 20% mit der kontrastmittelverstärkten CE-Technik erstellt worden sein, die Prozentvorgabe für die ToF und die PC entfällt zukünftig.



4.3 Erstes Sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Oftmals werden sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor dieselben medizinischen Leistungen erbracht. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) deshalb verpflichtet, neben den bereits bestehenden sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahren auch sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren zu entwickeln.

2010 ist die Rahmenrichtlinie des G-BA über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) in Kraft getreten. Damit wurden die 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. Beispielsweise erforderte die Nutzung von Sozialdaten für die Qualitätssicherung, die erst durch das Versorgungsstrukturgesetz möglich wurde, eine Anpassung der Rahmenrichtlinie.

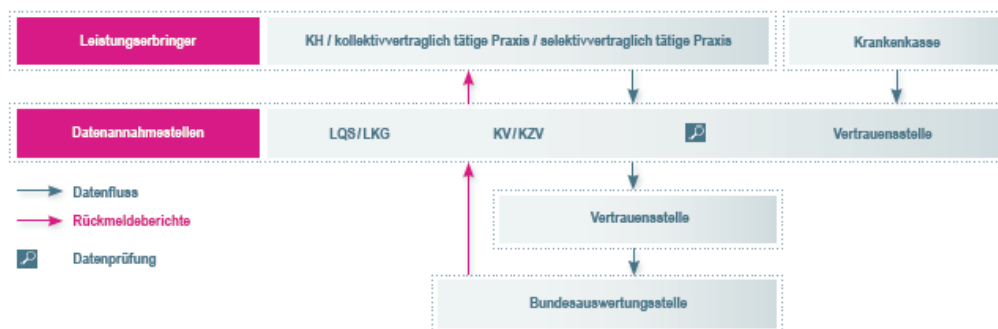
Im Februar 2015 wurde das erste Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) durch den G-BA in einer Richtlinie beschlossen: Die PCI und Koronarangiographie ist die erste Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bei der Vertrags- und Krankenhausärzte nach denselben Qualitätssicherungsvorgaben bewertet werden. Das Verfahren stützt sich auf zwei Datenquellen: Dokumentation durch den Arzt und Sozialdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen. Perspektivisch ist zusätzlich eine Patientenbefragung geplant.

Mit dem Inkrafttreten des Qualitätssicherungsverfahrens zur PCI und Koronarangiographie zum 1. Januar 2016 gilt für alle invasiv tätigen Kardiologen die Pflicht zur Datenerhebung und zur Datenübermittlung.

Bundesweit erbringen im vertragsärztlichen Bereich rund 660 invasive Kardiologen in etwa 370 Praxen circa 90.000 Eingriffe (Herzkatheter-Untersuchungen und / oder PCI). Die Dokumentation erfolgt elektronisch. Derzeit befinden sich einige Softwarehersteller in der Zertifizierungsphase, so dass voraussichtlich im Laufe des Jahres 2016 eine entsprechend zertifizierte Software zur Verfügung steht. Trotz der bestehenden Dokumentationspflicht sind für das Erfassungsjahr 2016 daher keine Sanktionen bei den invasiv tätigen Kardiologen vorgesehen.

Vertragsärzte übermitteln die Daten quartalsweise an die Datenannahmestelle der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die KV pseudonymisiert die Angaben zur Praxis (Betriebsstätten-Nr.) und leitet die Daten mit dem jeweiligen Praxispseudonym an eine Vertrauensstelle weiter. Diese pseudonymisiert wiederum die patientenidentifizierenden Daten.

Die Daten beider Datenquellen – die der Ärzte und die der Krankenkassen – werden zusammengeführt und schließlich in der Bundesauswertungsstelle ausgewertet. Auf dieser Basis erhalten die am Verfahren beteiligten Praxen und Krankenhäuser einen jährlichen Rückmeldebericht



Quelle: Darstellung KBV 2015

Die KVen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und die Verbände der Krankenkassen, einschließlich Ersatzkassen, gründen in der Regel auf Landesebene sogenannte Landesarbeitsgemeinschaften (LAG). Diese regionalen LAGen haben die Aufgabe, die Ergebnisse zu bewerten und über die Einleitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu entscheiden.

Derzeit arbeitet der G-BA an einer weiteren Datenquelle für das Qualitätssicherungsverfahren „PCI und Koronarangiographie“: Bei der Patientenbefragung sollen zufällig ausgewählte Patienten, bei denen ein Herzkatheter-Eingriff durchgeführt wurde, Fragen zu ihrem Behandlungserfolg beantworten. Diese Daten sollen zukünftig auch in die Gesamtbewertung der Ergebnisse mit einfließen.

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



4.4 Anpassung der Delegations-Vereinbarung

Die wachsende Zahl chronisch Kranker und multimorbider Patienten verlangt eine verlässliche, flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Die Delegation ärztlicher Leistungen an Medizinische fachangestellte hat sich als geeignetes Mittel erwiesen, auf den steigenden Bedarf zu reagieren. Bisher hatten nur Hausärzte in unterversorgten Regionen die Möglichkeit ärztliche Aufgaben im Hausbesuch an besonders qualifiziertes nichtärztliches Praxispersonal zu delegieren und hierfür eine dem Aufwand entsprechende Betreuungspauschale nach EBM zu erhalten. Die strukturelle Herausforderung an die sich verändernden Versorgungsbedarfe, besonders in den ländlichen Räumen und der steigende medizinische Bedarf vor dem Hintergrund der immer älter werdenden Bevölkerung, haben eine Anpassung der bisherigen Vereinbarung dringend erforderlich gemacht.

Die Abrechnung von delegierbaren Leistungen, die durch nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA) erbracht werden, steht nun allen Praxen als Option offen.

Dafür müssen die NäPA folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Anstellungsverhältnis von mindestens 20 Stunden pro Woche
- Nachweis über einen qualifizierten Berufsabschluss
- Nachweis über eine mindestens 3-jährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis nach Berufsabschluss
- Eine anerkannte Zusatzqualifikation nach §7 der Delegations-Vereinbarung

Die Genehmigung zur Abrechnung wird auch abhängig gemacht von den praxisinternen Patientenzahlen und der Patientenstruktur, die je nach Tätigkeitsumfang der Ärzte berechnet werden:

Ein Arzt mit voller Zulassung muss in den letzten 4 Quartalen vor Antragsstellung durchschnittlich mindestens 860 Behandlungsfälle je Quartal nachweisen. Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich diese Fallzahl um jeweils 640 Fälle.

oder

Ein Arzt mit voller Zulassung muss in den letzten 4 Quartalen vor Antragsstellung durchschnittlich mindestens 160 Behandlungsfälle – Patienten älter als 75 Jahre - je Quartal nachweisen. Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich diese Fallzahl um jeweils 120 Fälle.

Sofern bei einem Hausarzt kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, wird die Fallzahl anteilig ermittelt. Eine Sonderregelung greift bei neu und weniger als 18 Monaten zugelassenen Ärzten: Die Vorgaben zu den Mindestfallzahlen werden hier in den ersten sechs Quartalen nach Zulassung nicht angewendet.

KVBB Stand 31.12.2015

Genehmigungen: Praxen	244
NäPA	256
davon NäPA mit abgeschlossener Zusatzqualifikation	119
davon NäPA nach Übergangsregelung	137

5. Bedarfsgerechte zukunftsfähige medizinische Versorgung in Brandenburg

Innovative Versorgungskonzepte über die Sektorengrenzen hinweg:

Diesem Credo hat sich die Arbeitsgemeinschaft „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ (IGiB) verschrieben. Die IGiB ist eine seit 2009 bestehende Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der AOK Nordost und der BARMER GEK Berlin-Brandenburg getragen wird und in dieser Form einzigartig ist. Ziel ist die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung insbesondere auch in den strukturschwachen Regionen Brandenburgs (www.arge-igib.de).

5.1 agnes^{zwei}

Eins der ersten umgesetzten Konzepte ist der Einsatz von speziell geschulten Fallmanagerinnen in Arztpraxen, den agneszwei- Fachkräften. Sie unterstützt den Arzt bei der koordinierten Betreuung seiner Patienten mit Eigenkompetenz und leistet damit einen nicht unerheblichen 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.

Jetzt gibt es im Erfolgs-Programm agneszwei das neue Teilprojekt „Polypharmazie“ mit dem Ziel, die Arzneimitteltherapie sicherer zu machen und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Das Projekt „Polypharmazie“ wurde gemeinsam mit dem Apothekerverband Brandenburg (AVB) ins Leben gerufen und wird zunächst in der Pilotregion Oberspreewald-Lausitz getestet.

Unter Polypharmazie versteht man die gleichzeitige Einnahme von fünf und mehr Medikamenten. Im Land Brandenburg betrifft dies etwa jeden dritten Patienten. Problematisch ist dabei, dass mit jedem zusätzlich eingenommenen Medikament das Risiko für das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen steigt. Darüber hinaus gefährdet die gleichzeitige Einnahme verschiedener Medikamente die Therapietreue und den Behandlungserfolg. Insbesondere ältere Patienten stehen vor der großen Herausforderung, ihre Medikation zu koordinieren. Der berufsübergreifende Blick auf die Gesamtmedikation des Patienten soll somit zur Verbesserung der Lebens- und Behandlungsqualität kranker Menschen beitragen.

Das neue Projekt Polypharmazie richtet sich an alle Patienten, die bei der AOK Nordost oder der BARMER GEK versichert sind und im Landkreis Oberspreewald-Lausitz wohnen. Weitere Voraussetzung sind die bestehende Betreuung durch eine agneszwei-Fachkraft sowie die dauerhafte Einnahme von mindestens fünf verschiedenen Medikamenten. Bei Erfolg des Projektes ist eine Ausweitung auf weitere Teile Brandenburgs geplant.

Übrigens: Das Brandenburger Modell soll jetzt bundesweit Schule machen! Auf Initiative und unter maßgeblicher Beteiligung der KV Brandenburg hat die Bundesärztekammer (BÄK) ein bundesweit gültiges Fortbildungscurriculum „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“ erarbeitet. Dieses setzt sich aus einem Grundkurs „Fallbegleitung“ und einem Aufbaukurs „Versorgungsmanagement“ zusammen. Dabei entspricht der Grundkurs inhaltlich der bisherigen Ausbildung zur agneszwei- Fachkraft durch die KV Brandenburg / IGiB. Zumindest hinsichtlich der Qualifikationsvoraussetzung für die Case-Management-Tätigkeit in der ambulanten Arztpraxis ist man sich auf Bundesebene schon einmal einig.

5.2 Projekt zur Strukturmigration

Zur Verbesserung von Betreuungsstrukturen vor allem in ländlichen Räumen wurde ein weiteres Projekt zur Strukturmigration in Angriff genommen. Grundidee: Die althergebrachten starren, heute nicht mehr sachgerechten Strukturgrenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich sollen aufgebrochen und damit die medizinische Versorgung übergreifend, hochwertig und ganzheitlich gestaltet werden. Modelregion ist dabei das Mittelzentrum Templin im Herzen der Uckermark, Partner ist die Sana Kliniken AG.

Die etablierten ambulanten und stationären Angebote werden zentriert, eine zentrale Koordinierungs- und Anlaufstelle soll entstehen. In enger Abstimmung zwischen den regionalen Haus-, Fach- und Klinikärzten sowie den Pflegediensten werden dort die vielfältigen medizinischen Angebote koordiniert, und die Patienten erhalten eine umfassende Beratung. Ein erster Meilenstein wurde mit der Etablierung des KV RegioMed Zentrums Templin zur geriatrischen Versorgung bereits 2014 gelegt.

5.3 Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung für den ambulanten medizinischen Bereich im Land Brandenburg

Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen: demografischer Wandel, Morbiditätssteigerung der Bevölkerung und gefühlt weniger ärztlicher Nachwuchs sind die größten Herausforderungen, für die es eine Lösung zu finden gilt.

Brandenburg bildet hier keine Ausnahme. Im flächenmäßig fünftgrößten Bundesland werden in den nächsten Jahren circa 450 Hausärzte und fast 400 Fachärzte ihre Tätigkeit aus Altersgründen beenden wollen. Dieser Herausforderung stellen wir uns.

Bereits im Jahr 2009 hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg mit Zustimmung der Vertreterversammlung ein Förderprogramm zur Nachwuchsgewinnung auf den Weg gebracht, welches im Verlauf der letzten Jahre klar erkennbare Erfolge zeigt.

161 Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin wurden 2015 im ambulanten Bereich gefördert. Zum Vergleich: Im Jahr 2014 waren es 140 und 2013 117 Ärzte in Weiterbildung. Damit ist die Anzahl der gemeinsam mit den Krankenkassen geförderten Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in den letzten sechs Jahren um knapp 100 Prozent gestiegen. Für viele unserer niedergelassenen Ärzte stellt die Betreuung eines Arztes in Weiterbildung eine Chance dar, einen geeigneten Nachfolger für die eigene Praxis zu finden.

Aufgrund der sich abzeichnenden Probleme in der Nachbesetzung von Arztsitzen auch in anderen Fachgebieten neben der Allgemeinmedizin, hat die Vertreterversammlung der KVBB beschlossen, einen Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zu bilden. Die Mittel eines Teilfonds werden u.a. zur Ausbildungsfinanzierung und für die Förderung der Weiterbildung in den Fachgebieten Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Nervenheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie genutzt.

Im Jahr 2015 wurden insgesamt 110 Ärzte in anderen Fachgebieten als der Allgemeinmedizin weiterbildet. Davon konnten 38 Ärzte in Weiterbildung aus den genannten Fachgruppen finanziell unterstützt werden. Die zur Verfügung stehende Fördersumme in Höhe von 350.000,- € wurde zu 95,3 % ausgelastet.

Für interessierte Ärzte, sowohl in der Weiterbildung als auch weiterbildende Kollegen, bietet die KV einen besonderen Service: Eine auf der Internetseite der KVBB eingerichtete Weiterbildungsbörse 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 Weiterbildungsbörse einen Datenbestand von 177 Ärzten, die im ambulanten und stationären Bereich Weiterbildungsstellen anbieten, zu jeweils gleichen Teilen aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Bereich.

Darüber hinaus wurden in den vergangenen Jahren 11 regionale Weiterbildungsnetzwerke aufgebaut. In diesen Netzwerken wird in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern die Weiterbildung Allgemeinmedizin zeitlich und inhaltlich koordiniert, so dass der Facharztabschluss mit allen in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Pflichtfächern innerhalb von 5 Jahren möglich ist. Zusätzlich bietet die individuell zugeschnittene verbindliche Rotationsplanung auch für die private Lebensplanung Orientierung und Zuverlässigkeit.

Um die Betreuung der angehenden Allgemeinmediziner kümmert sich eine eigens eingerichtete Koordinierungsstelle für die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Brandenburg (KoWAB) – in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Brandenburg und Landeskrankenhausesellschaft Brandenburg e.V. Sie ist die Schnittstelle zwischen Ärzten, die eine Weiterbildung suchen und weiterbildungsbefugten Ärzten, die eine Weiterbildungsstelle anbieten.

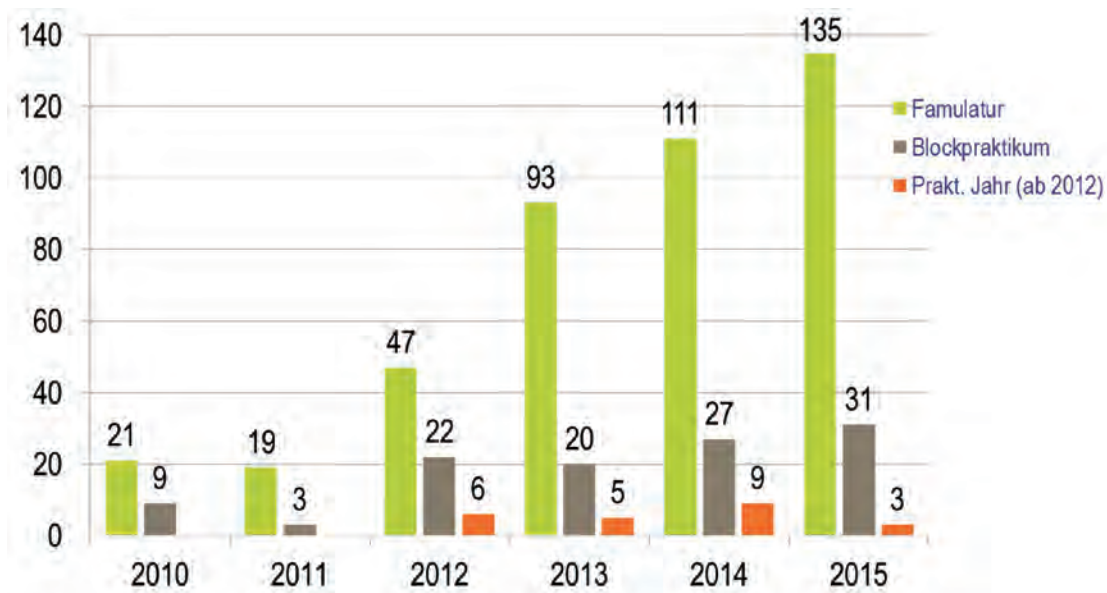
Die Ausbildungsfinanzierung umfasst Fördermaßnahmen für Medizinstudenten und für aus- und weiterbildende Vertragsärzte. Hierbei können die Ableistung von Famulaturen, Blockpraktika und ein Teil des Praktischen Jahres im niedergelassenen Bereich gefördert werden. Des Weiteren erhalten Vertragsärzte, die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

Das hohe Interesse am Programm zeigt sich in der stetig wachsenden Zahl geförderter Studenten. Im Jahr 2015 wurden 135 Famulanten, 31 Blockpraktikanten und 3 Studierende im Praktischen Jahr finanziell unterstützt. Bei der Suche nach einer Praxis, in der Studenten ihre Famulatur ableisten können, ist die dafür eingerichtete Famulaturbörse auf der KV-Homepage eine große Unterstützung. 157 Vertragsärzte erhielten für die Betreuung und Ausbildung von Studenten eine Aufwandsentschädigung. Für die in 2015 betreuten Ärzte in Weiterbildung wurde eine Aufwandsentschädigung an 120 anspruchsberechtigte Vertragsärzte ausgezahlt.

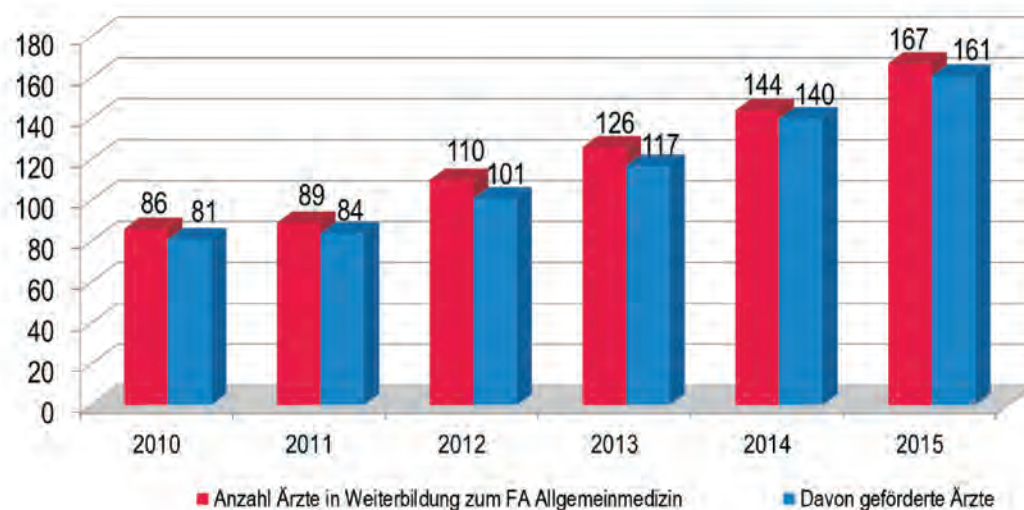
Ausbildung aus einer Hand – nach diesem Motto hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg ein innovatives Konzept gestartet. In zertifizierten KV RegioMed Lehrpraxen haben Medizinstudenten die Möglichkeit vom ersten Semester an ein praxisnahes Studium in anerkannten Lehrpraxen in Brandenburg zu absolvieren. Nach der Approbation ist in diesen Praxen die Absolvierung von Teilen der Facharztweiterbildung möglich. Um eine Zertifizierung als KV RegioMed Lehrpraxis erhalten zu können, müssen Vertragsärzte eine Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammer Brandenburg besitzen, eine anerkannte Lehrpraxis einer medizinischen Hochschule sein und einmal jährlich an einer Mentorenschulung teilnehmen.

Ziel ist es, angehenden Medizinern über die gesamte Zeit ihrer Aus- und Weiterbildung in einer zertifizierten KV RegioMed Lehrpraxis einen Mentor als Ansprechpartner zur Seite zu stellen. Dieser sorgt zusammen mit der KV Brandenburg auch für eine entsprechende regionale Vernetzung in Foren, Netzwerken oder Qualitätszirkeln und unterstützt sie später bei der Aufnahme einer ambulanten Tätigkeit. Die angestrebte Bindung an die Brandenburger Praxis soll den auszubildenden Arzt motivieren, später eine ambulante Tätigkeit in unserem Land aufzunehmen.

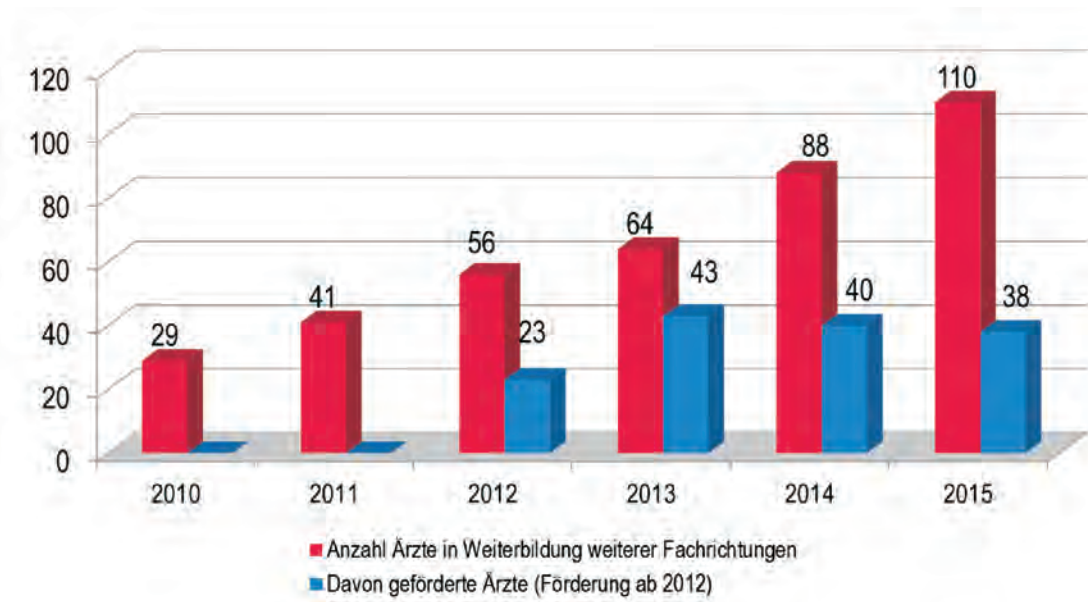
Entwicklung der Studentenförderung



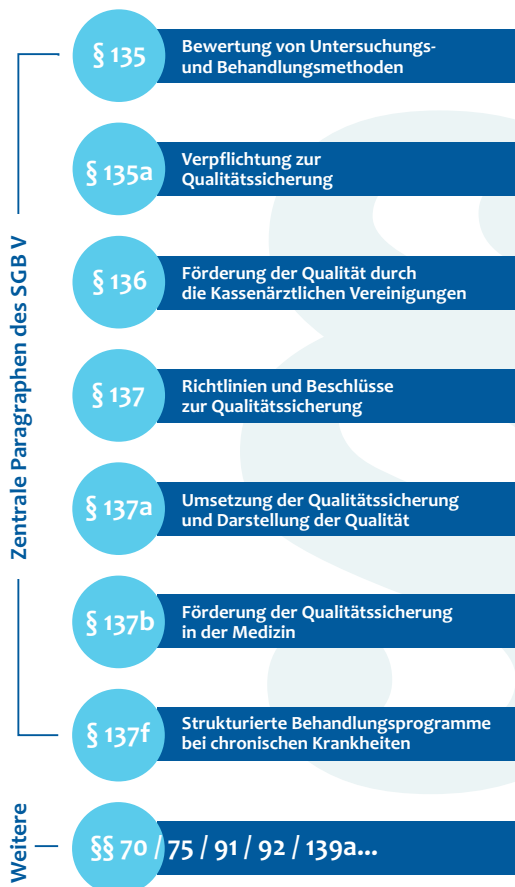
Ärzte in ambulanter Weiterbildung zum FA Allgemeinmedizin 2010 - 2015



Ärzte in ambulanter Weiterbildung weiterer Fachrichtungen 2010 – 2015



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.

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.

§ 137a

IQTIG

IQTIG - das Kürzel steht für Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Es ist eine Einrichtung der gleichnamigen Stiftung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit Sitz in Berlin und wurde im Januar 2015 gegründet.

Das IQTIG ist das zentrale Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (§ 136ff SGB V). Entsprechend seinen Statuten ist es wissenschaftlich unabhängig und arbeitet insbesondere dem G-BA, aber auch dem Bundesministerium für Gesundheit mit seiner Expertise bei verschiedensten Aufgaben der Qualitätssicherung medizinischer Versorgung zu.

Zu den Kernaufgaben des Instituts im Rahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137a SGB V gehört die Erarbeitung von Instrumenten der Qualitätssicherung, die Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und die Mitwirkung an deren Umsetzung sowie die Entwicklung und Durchführung von Verfahren, um die externe Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Versorgung besser miteinander zu verzahnen. Mit dem am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz sind für das Institut neue Aufgaben hinzugekommen. So wird beispielsweise die Feststellung der Versorgungsqualität von Kliniken bei der Krankenhausplanung durch die Landesbehörden verstärkt Berücksichtigung finden.

§ 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 Anprechpartner

spezielle Leistungsbereiche	Ansprechpartner	Telefon
Mammographie-Screening, Beratung zu QM und Hygiene, Fortbildung	Frau Kintscher <i>Fachbereichsleiterin Qualitätssicherung incl. SG Fortbildung</i>	0331 2309-377
Leistungen mit Genehmigungsvereinbarung nach EBM; ausgelagerte Praxisräume	Frau Schumacher <i>Sachgebietsleiterin Qualitätssicherung</i>	0331 2309-458
Mammographie, Radiologie/CT/MRT, Strahlentherapie, Konstanzprüfung- Ultraschall, Stoßwellenlithotripsie, Otoakustische-Emissionen	Frau Behrendt	0331 2309-133
Akupunktur, Dialyse/Apherese, Schmerztherapie, Onkologie, Sozialpsychiatrie, Balneophototherapie, Neuropsychologische Therapie, HIV/Aids, spezielle geriatrische Diagnostik	Frau Thoms	0331 2309-370
Ambulantes Operieren, Arthroskopie, Histologie/Zytologie, Histopathologie- Hautkrebsscreening, Hygieneberatung, MRSA, Holiumlaser, Belegarztanerkennung	Frau Bernhardt	0331 2309-375
Koloskopie, Kapselendoskopie Dünndarm, Laborleistungen, Handchirurgie, Humangenetik, Substitution, Genehmigungspflicht – nach EBM, Invasive Kardiologie, PCI, 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 Mende	0331 2309-319 0331 2309-177
DMP, HZV und Sonderverträge Praxisnetze agnes2 Qualitätszirkel	Frau Schultze <i>Sachgebietsleiterin DMP und Sonderverträge</i> Frau Thiedemann Frau Meyer, Herr Mende	0331 2309-217 0331 2309-421 0331 2309-177
Organisation und Umsetzung von Fortbildungsveranstaltungen	Herr Krenkel Frau Thiele Frau Friedrich	0331 2309-198 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 2016

**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg**

Pappelallee 5
14469 Potsdam
www.kvbb.de