

QUALITÄT IN DER AMBULANTEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNG



QUALITÄTSBERICHT 2010
DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BERLIN
LANGFASSUNG FÜR DAS BERICHTSJAHR 2009

Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung

Teil 1 Qualitätsbericht (Langfassung)

**Kassenärztliche
Vereinigung
Berlin**

2009

Stand 31.12.2009

Inhaltsverzeichnis

Seite

1 Vorwort	1
2 Doing the right things right	2
Strukturqualität	2
Prozessqualität	2
Ergebnisqualität	2
Standards	2
3 Qualitätssicherungsbereiche	4
4 Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse	6
Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen	7
Eingangsprüfungen	7
Einzelfallprüfungen durch Stichproben/Dokumentationsprüfungen	7
Dokumentationsprüfungen der KV Berlin 2009 zu Vereinbarungen auf der Grundlage gem. § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V	8
Feedbacksysteme	8
Frequenzregelungen	9
Rezertifizierung	10
Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen	10
Kontinuierliche Fortbildung	11
Qualitätszirkel	11
Kolloquium/Beratung	12
Qualitätsmanagement in der Praxis	12
Qualitätssicherungskommissionen	13
5 Kommissionsarbeit in den KVen	14
Sitzungen	14
Dokumentations-/Stichprobenprüfungen	14
Beispiel: Dokumentationsprüfung im Rahmen der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	15
6 Qualitätsförderung – aktuell	17
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	17
Histopathologie Hautkrebs-Screening	18
HIV/Aids	19
Vakuumbiopsie der Brust	19
Sozialpsychiatrie	20
Onkologie	20
Fortbildungsverpflichtung	21
Praxisinternes Qualitätsmanagement	21
Ziele und besondere Projekte der KV Berlin	23
AQUIK	24
7 Service	26
Gesetzliche Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung	26
Ansprechpartner in der KV Berlin/Abteilung Qualitätssicherung (QS)	28



Sehr geehrte Damen und Herren,

wussten Sie eigentlich, dass rund zwei Drittel aller Kassenleistungen einer zusätzlichen Qualitätssicherung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin unterliegen? Derartige Qualitätsprüfungen kennen Krankenhäuser nicht. Doch darauf ruhen wir uns nicht aus: Fortwährend wird der Qualitätsstandard der Behandlungen überprüft und weiterentwickelt. Das ist eine der ureigensten Aufgaben der KV Berlin. Wir sind somit Garant für die hervorragende ärztliche und therapeutische ambulante Versorgung. Umso mehr freuen wir uns, Ihnen heute unseren Qualitätsbericht 2010 vorstellen zu können. In dieser Broschüre haben wir alle wichtigen Ergebnisse des über 100-seitigen Berichts zusammengefasst. Machen Sie sich selbst ein Bild über die verschiedensten Maßnahmen, mit denen die Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung sichergestellt wird. Persönliche Erwartungen prägen den Begriff Qualität. Gerade wenn man krank ist, möchte man sich in den besten Händen wissen. Doch in wessen Händen ist man bestmöglich aufgehoben? Wichtig für die Beantwortung dieser Frage sind vergleichbare, einheitliche Kriterien: Richtlinien, Vorgaben, Nachweise und Überprüfungen legen fest, wann die ärztliche oder psychotherapeutische Leistung einen Qualitätsstandard erreicht hat. Diese Qualitätskriterien bilden die Grundlage für den jährlichen Qualitätsbericht der KV Berlin.

Ohne Facharztprüfung keine Niederlassung

Ärzte, die gesetzlich krankenversicherte Patienten behandeln wollen, müssen eine Facharztprüfung absolviert haben. Während dieser mindestens fünfjährigen Weiterbildung in einem Fachgebiet wird sichergestellt, dass der Arzt nach dem Medizinstudium genügend Erfahrungen gesammelt hat, um Patienten optimal versorgen zu können. Die Aus- und Weiterbildung garantiert also schon einen hohen Qualitätsstandard. Im stationären Bereich wird der Patient oftmals von Assistenzärzten behandelt – unter Facharztaufsicht.

Qualitätsnachweise erbringen

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten müssen für die meisten diagnostischen und therapeutischen Leistungen über zusätzliche Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, die über ihre Ausbildung hinausgehen. Bevor ein Arzt oder Psychotherapeut eine qualitätsgesicherte Leistung erbringen und abrechnen darf, muss er vorher genau definierte Anforderungen erfüllen. Die Qualitätskontrolle setzt somit schon vor der ersten Untersuchung ein. Und auch danach gilt: Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser. Die KV Berlin überprüft daher regelmäßig die Qualität der ärztlichen oder therapeutischen Leistung. Eventuell müssen wir Genehmigungen auch versagen oder entziehen. Doch das ist relativ selten. Dann darf die Leistung von diesem Arzt oder Therapeuten nicht bzw. nicht mehr erbracht werden.

Im Jahr 2009 stieg die Anzahl der Qualitätsbereiche, die einer Kontrolle unterliegen, auf 71. Zum Vergleich: 2006 wurde in 62 Bereichen geprüft, 2008 hatte sich die Gesamtzahl auf 68 erhöht. Knapp 3500 neue Genehmigungen wurden 2009 von der KV Berlin erteilt.

Weiterentwicklung in der ambulanten Versorgung

Anhand dreier Beispiele wollen wir Ihnen zeigen, wie sich die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung durch die Einführung alternativer Behandlungskonzepte weiterentwickelt hat: Drei Ärzte stellen einen in ihrem Versorgungsbereich wichtigen Vertrag vor, den wir mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Und das alles dient nur einem Ziel: der noch besseren ambulanten Versorgung der Patienten.

Wir hoffen, Sie sind neugierig geworden. Dann wünschen wir Ihnen viel Spaß beim Lesen und viele interessante Hintergrundinformationen rund ums Thema Qualität.

Mit freundlichen Grüßen

Burkhard Bratzke
Mitglied des Vorstands

Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende

Uwe Kraffel
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

2 Doing the right things right

Das Richtige richtig tun, diese Vereinfachung gibt vielleicht am besten wieder, was Qualität in der Medizin bedeutet. Oder allgemeiner ausgedrückt: Die Sicherung und Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche medizinische Versorgung. Jeder Patient soll sicher sein, dass für ihn alles Notwendige, Zweckmäßige und Ausreichende an medizinischen Maßnahmen im Fall einer erforderlichen Behandlung getan wird – und das mit einer überprüfbaren Qualität.

Qualität setzt sich aus verschiedenen Teilaspekten zusammen. Eine seit Jahren international verwendete Systematik, die Qualität in der Medizin in ihrer Begrifflichkeit zu strukturieren, geht auf Avedis Donabedian zurück, von dem auch unsere Überschrift „doing the right things right“ stammt. Er unterteilte schon vor 40 Jahren den Begriff „Qualität“ in der Medizin in:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

Strukturqualität

Strukturqualität ist der Inbegriff der „klassischen“ Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie definiert sich ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes und der Praxismitarbeiter. Sie umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an die Organisation und Hygiene. Eine gute Struktur garantiert nicht automatisch gute Ergebnisse, ist aber die Basis dafür. Anforderungen an die Strukturqualität sind in allen Richtlinien und Vereinbarungen festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und sein Praxisteam besitzen müssen, um ambulant operieren zu dürfen. Falls erforderlich, kann durch Praxisbegehungen kontrolliert werden, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den Anforderungen genügt und Hygienestandards eingehalten werden.

Prozessqualität

Die Qualität der Abläufe in der Praxis wird als Prozessqualität bezeichnet. Hierbei geht es um die Art und Weise der Diagnostik und Therapie. Dazu zählen unter anderem die Medikamentenverordnung, die Anamneseerhebung, die ärztliche Dokumentation sowie die Beachtung von empfohlenen Behandlungspfaden und Vorgaben zur Indikationsstellung. Ein Urteil über das „Wie“ der Behandlung ist oft schwieriger als die Bewertung der Struktur, bei der Zeugnisse, Qualifikationsnachweise und Gewährleistungserklärungen zur apparativen Ausstattung ein klares Urteil erlauben.

Ergebnisqualität

Am schwierigsten ist die Beurteilung der Ergebnisqualität, also der Güte der Behandlung. Sie umfasst die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann anhand unterschiedlichster Indikatoren beurteilt werden. Dazu gehören die Verbesserung des Gesundheitszustandes, die Heilung von Erkrankungen, die Patientenzufriedenheit oder die Beeinflussung der Morbidität. Die Prozessqualität und gewisse Aspekte der Ergebnisqualität sind jeweils im Einzelfall zu überprüfen. Dies geschieht in der Regel durch Stichproben, deren Verfahren und Beurteilungskriterien leistungsspezifisch ebenfalls in Richtlinien geregelt sind. Zur umfassenden Bewertung der Ergebnisqualität helfen Auswertungs- und Evaluationsverfahren anhand von Daten der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Standards

Wenn Qualitätssicherung vereinfacht gesagt bedeutet „Das Richtige richtig tun“, so muss das Richtige in verbindlichen Standards für Diagnose und Therapieverfahren definiert sein. Nur so kann gemessen werden, dass die richtigen Rahmenbedingungen eingehalten wurden und ob das Richtige getan wurde. Diese Vorgabe von Standards für diagnostische und therapeutische Verfahren in der Medizin legen Richtlinien und Vereinbarungen fest, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss, aber auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen selbst, erarbeitet werden. Sie basieren im Wesentlichen auf Erkenntnissen aus der medizinischen Wissenschaft und Forschung, insbesondere auf Leitlinien, die aus evidenzbasierten Studien abgeleitet wurden. Sie sind aber auch Ergebnisse der unterschiedlichen Verhandlungspositionen der Vertragspartner.

VERFAHREN	ANZAHL ÄRZTE
Histopathologie beim Hautkrebs-Screening	0
Positronen-Emissions-Tomographie	0
Erweitertes Neugeborenen-Screening	1
Phototherapeutische Keratektomie	5
Magnetresonanztomographie der Mamma	9
Interventionelle Radiologie	17
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	19
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	20
Invasive Kardiologie	22
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI)	22
Vakuumbiopsie der Brust	23
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination mit Stimulation)	26
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	31
Sozialpsychiatrie	35
Strahlentherapie	45
Mammographie-Screening	54
Schmerztherapie	54
Zytologische Untersuchungen v. Abstrichen d. Zervix Uteri	59
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	60
Osteodensitometrie	63
Koloskopie	74
Herzschrittmacher-Kontrolle	79
Nuklearmedizin	83
Schlafbezogene Atmungsstörungen	89
Magnetresonanztomographie-Angiographie	93
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	101
Künstliche Befruchtung (Beratung u. Insemination ohne Stimulation)	115
Mammographie (kurativ)	118
Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)	124
Soziotherapie	155
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	173
Otoakustische Emissionen	194
Arthroskopie	198
Computertomographie	214
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	218
Onkologie	285
Akupunktur	538
Radiologie (diagnostische)	762
Psychotherapie (Hypnose)	772
Medizinische Rehabilitation	836
Psychotherapie (autogenes Training/Jac. Relaxionstherapie)	914
Laboratoriumsuntersuchungen	1.266
Hautkrebs-Screening	1.488
Langzeit-EKG-Untersuchungen	1.563
Psychotherapie (mit mind. einem Richtlinienverfahren)	2.437
Ambulantes Operieren	2.606
Ultraschalldiagnostik	2.895
Psychotherapie (psychosomatische Grundversorgung)	3.683

Abb. 1: Anzahl der Ärzte mit Genehmigung je Fachbereich (Stand 31.12.2009)

Richtlinien und Vereinbarungen betreffen kleine und große Arzt- und Patientengruppen. Das bedeutet nicht, dass die Regulierungstiefe von diesem Faktor abhängig ist. Diese richtet sich allein nach Stabilität oder Fehleranfälligkeit des jeweiligen Verfahrens. Für die KV Berlin ergeben sich die in der Abbildung dargestellten Zahlen.

3 Qualitätssicherungsbereiche

Derzeit gibt es in der KV Berlin 71 Qualitätssicherungsbereiche. Davon sind in 55 Bereichen die Qualitätsanforderungen durch bundeseinheitliche Normen definiert. In bisher 16 Bereichen hat die KV Berlin regionale Maßnahmen zur Förderung der Qualität vereinbart, wie zum Beispiel für die Früherkennungsuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen oder für die klassische Homöopathie. Der hiermit verbundene Verwaltungsaufwand zeigt sich beispielsweise in der Vielzahl der bearbeiteten Genehmigungen: Im Jahr 2009 erließ die KV Berlin 3.493 Genehmigungsbescheide, die in der Hauptsache durch die neue Ultraschallvereinbarung begründet sind.

Qualitätssicherungsbereiche (Stand 31.12.2009)	Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigungen	Anzahl der neu erteilten Genehmigungen	Anzahl der Ablehnungen	Anzahl der Widerrufe	Anzahl der Rück- gaben / Beendi- gungen von Genehmigungen
Bundeseinheitliche Vereinbarungen					
Akupunktur	538	60	0	0	25
Ambulantes Operieren	2.606	139	0	0	102
Apheresen	19	2	0	0	0
Arthroskopie	198	24	0	0	17
Computertomographie	214	58	0	0	10
Dialyse	101	5	6	0	2
Erweitertes Neugeborenen-Screening	1	0	0	0	0
Hautkrebs-Screening	1.488	246	0	0	14
Herzschrittmacherkontrolle	79	7	0	0	9
Histopathologie beim Hautkrebs-Screening	0	0	0	0	0
HIV-Infektionen/ AIDS-Erkrankungen	60	60	1	0	52
Interventionelle Radiologie	17	0	0	0	4
Invasive Kardiologie	22	2	0	0	0
Kernspintomographie (allgemein)	124	25	1	0	22
Kernspintomographie der Mamma	9	4	1	0	3
Koloskopie	74	9	0	2	8
Künstliche Befruchtung (Beratung des Ehe- paares und hormonelle Insemination ohne Stimulation)	115	15	0	0	1
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemi- nation mit Stimulation)	26	8	0	0	8
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI)	22	7	0	0	5
Laboratoriumsuntersuchungen (Kap. 32.3 & entspr. Leistungen Kap. 1.7 EBM)	1.266	59	12	0	7
Langzeit-EKG	1.563	103	3	0	2
Magnetresonanztomographie	93	7	1	0	5
Mammographie (kurativ)	118	4	1	2	7
Mammographie-Screening	54	18	1	0	24
Medizinische Rehabilitation	836	89	5	35	0
Nuklearmedizin	83	16	1	0	5
Onkologie	285	14	5	7	0
Osteodensitometrie	63	24	0	0	3
Otoakustische Emissionen	194	18	0	0	5
Photodynamische Therapie	20	2	0	0	3
Phototherapeutische Keratektomie	5	1	0	0	0
Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	0	0	0	0	0
Psychotherapie	3.683	261	6	0	90
Psychotherapie (autogenes Training/Jac. Relaxationstherapie)	914	32	1	0	1

Qualitätssicherungsbereiche (Stand 31.12.2009)	Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigungen	Anzahl der neu erteilten Genehmigungen	Anzahl der Ablehnungen	Anzahl der Widerrufe	Anzahl der Rückgabe / Beendigungen von Genehmigungen
Bundeseinheitliche Vereinbarungen					
Psychotherapie (mit mind. einem Richtlinienverfahren)	2.437	142	5	0	18
Psychotherapie (Hypnose)	772	33	1	0	14
Radiologie (diagnostische)	762	36	2	0	18
Schlafapnoe	89	7	0	0	0
Schmerztherapie	54	9	3	0	3
Sozialpsychiatrie	35	4	1	0	1
Soziotherapie	155	21	0	0	9
Stoßwellenlithotripsie	31	3	1	0	0
Strahlentherapie	45	12	0	0	4
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	173	6	0	0	0
Ultraschall	2.895	335	77	75	46
Ultraschall der Säuglingshüfte	218	13	2	7	24
Vakuumbiopsie der Brust	23	23	0	0	0
Zervix-Zytologie	59	6	6	0	3
EBM-Regelungen					
Chirotherapie	656	0	0	0	9
Diabetischer Fuß	320	21	3	0	15
Empfängnisregelung	60	2	0	0	4
entwicklungsneurologische Untersuchung/orientierende Sprachuntersuchung	96	1	2	0	0
Funktionsstörung der Hand	175	3	0	0	9
Krebsfrüherkennung	50	0	0	0	6
Neurophysiologische Übungsbehandlung	864	15	4	0	2
Physikalische Therapie	1.828	25	0	0	0
Regionale Vereinbarungen					
DMP Asthma	1.278	89	0	66	5
DMP COPD	1.195	91	0	65	4
DMP Diabetes mellitus Typ 1	165	32	0	1	3
DMP Diabetes mellitus Typ 2	1.779	94	0	188	4
DMP KHK	1.765	91	0	172	2
Überleitungsvereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1	83	8	0	1	0
Früherkennungsuntersuchungen Kinder- und Jugendmedizin	29	9	18	0	0
Hausarztvertrag	1.730	179	1	3	36
Hautkrebs-Screening	177	6	0	0	1
Home-Care AIDS	38	0	0	0	1
Home-Care Onko	81	8	0	0	1
Homöopathie	100	100	0	0	0
Katheter	150	150	0	0	0
Pflegeheime	21	2	0	0	2
Rheumatologie-Vereinbarung	172	16	0	3	12
Rückenschmerzversorgungsmodell (KKH- Allianz)	582	582	0	0	0
Gesamt	36.032	3.493	171	627	690

4 Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse

Der größte Teil aller Qualitätsprüfungen betrifft die Strukturqualität der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Hier sind geeignete Prüfparameter verhältnismäßig einfach zu bestimmen. Aber auch prozess- und ergebnisorientierte Verfahren werden stufenweise integriert. Diagnostische Prozeduren werden regelmäßig überprüft, Koloskopien anhand von hygienischen Aspekten getestet (Prozessqualität) oder Röntgenbilder von unabhängigen Fachleuten beurteilt (Ergebnisqualität).

Die Ergebnisqualität ist dabei abhängig von der vorhandenen Struktur- und Prozessqualität. Die gewünschte Ergebnisqualität (z. B. rasche Wundheilung) kann nur erreicht werden, wenn eine entsprechende Strukturqualität (z. B. geeignete Arznei- und Verbandsmittel) mit guter Prozessqualität (z. B. steriles Arbeiten, regelmäßiger Verbandswechsel) gekoppelt ist.

SCHEMATISCHER ABLAUF EINES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS

PRÜFUNG EINES ARZTES MIT NACHWEISEN

PERSÖNLICHE QUALIFIKATION DES ARZTES

fachliche Qualifikation per Zeugnis/Bescheinigung und/oder Kolloquium

*und/oder präparatebezogene Prüfung
und/oder Fallsammlungsprüfung
und/oder Vorlage von Dokumentationen
und/oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen,
-konferenzen, -kursen*

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE QUALIFIKATION

apparative, bauliche, organisatorische Ausstattung der Praxis

*Herstellerbescheinigungen,
schriftliche Nachweise/Erklärungen,
Baupläne, Hygienerahmenplan
Praxisbegehungen*

fachliche Befähigung der Mitarbeiter

*Aus- und Fortbildungsnachweise,
Kooperationsbescheinigungen*

BESCHIED ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

MÖGLICHE FOLGEVERPFLICHTUNGEN

zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG nach § 95d

AUFLAGENPRÜFUNG je nach vertraglicher Regelung (§ 135 Abs. 2 SGB V)

*ggf. Dokumentationsprüfung und/oder Hygieneprüfungen
und/oder Frequenzregelung und/oder Selbstüberprüfung
und/oder Überprüfung der Präparatequalität und/oder Jahresstatistik
und/oder kontinuierliche Fortbildung und/oder Qualitätszirkel
und/oder Nachweise zur Praxisorganisation und/oder Konstanzprüfung*

EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN

zur Dialyse nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

zur diagnostischen Radiologie, CT und MRT Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA
z. B. zu Arthroskopie, Herzschrittmacher-Kontrolle oder Nuklearmedizin Kriterien aufgrund regionaler Richtlinien
Umfang mindestens nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

Einführung und fortlaufende Weiterentwicklung eines praxisinternen QUALITÄTSMANAGEMENT-Systems

Sehr schwierig ist es, Prüfmerkmale für therapeutisches Vorgehen zu ermitteln, die einen Rückschluss auf die Qualität der erbrachten Leistung zulassen. Das grundsätzliche Therapieziel – ein verbesserter Gesundheitszustand – ist nämlich von diversen, schwer kontrollierbaren Faktoren abhängig. Beispiele für solche Faktoren sind die Kooperationsbereitschaft oder der Lebensstil des Patienten. Um seitens der Ärzte Einfluss auf möglichst gute Therapieergebnisse zu nehmen, wird unter anderem der regelmäßige fachliche Austausch innerhalb der Qualitätszirkelarbeit (Prozessqualität) gefördert.

Im Wesentlichen werden von der **KV Berlin** die folgenden Qualitätssicherungsinstrumente eingesetzt.

Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen

Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes und der Vorgaben zu apparativen und räumlichen Anforderungen sowie gegebenenfalls organisatorischer Vorgaben.

Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation für den Erhalt einer Genehmigung im ambulanten Bereich zwar notwendig aber nicht hinreichend ist. Die KVen prüfen, ob die Inhalte der Qualifikationen, die von Bundesland zu Bundesland variieren können, der Vereinbarung genügen oder ob der Arzt zusätzliche Zeugnisse und Bescheinigungen vorlegen muss.

Eingangsprüfung

In besonders sensiblen Bereichen wird über die Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung gefordert. Dies betrifft für den vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie und die Zervix-Zytologie.

Eingangsprüfungen der KV Berlin 2009

Kurative Mammographie

6 Prüfungen:	5 bestanden	1 nicht bestanden
Wiederholungsprüfungen:	0	

Zervix-Zytologie

12 Präparateprüfungen:	6 bestanden	6 nicht bestanden
------------------------	-------------	-------------------

Einzelfallprüfungen durch Stichproben/Dokumentationsprüfungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den geltenden Richtlinien und nach Maßgabe eigener Beschlüsse die Qualität von Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Bei den Qualitätssicherungsbereichen zur diagnostischen Radiologie, zur Computertomographie, zur Kernspintomographie, zur Akupunktur, zum ambulanten Operieren (einschließlich Arthroskopien), zur Ultraschalldiagnostik, zu langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen, zu Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger und zu Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen werden in der KV Berlin jährlich mindestens vier Prozent der Ärzte zur Überprüfung von Dokumentationen herausgefiltert. Bei der Koloskopie, der kurativen Mammographie, der substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist die Kontrolle noch umfangreicher bis hin zu einer Vollerhebung.

Ergebnisse der KV Berlin 2009 zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

Ambulantes Operieren (einschl. Arthroskopien)

Anteil geprüfter Ärzte = 12,6 %

Beanstandungen:	keine 88 %	geringe 8 %	erhebliche 4 %	schwerwiegende 0 %
-----------------	------------	-------------	----------------	--------------------

Diagnostische Radiologie/Computertomographie

Anteil geprüfter Ärzte = 4,1 %

Beanstandungen:	keine 68 %	geringe 23 %	erhebliche 34 %	schwerwiegende 6 %
-----------------	------------	--------------	-----------------	--------------------

Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchung

Anteil geprüfter Ärzte = 3,8 % (Prüfprozess zum 31.12.2009 noch nicht vollständig abgeschlossen)

Beanstandungen: keine 100 % geringe 0 % erhebliche 0 % schwerwiegende 0 %

Langzeit-EKG

Anteil geprüfter Ärzte = 4,0 %

Beanstandungen: keine 36 % geringe 36 % erhebliche 14 % schwerwiegende 14 %

Kernspintomographie

Anteil geprüfter Ärzte = 6,5 %

Beanstandungen: keine 75 % geringe 25 % erhebliche 0 % schwerwiegende 0 %

Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger

Anteil geprüfter Ärzte = 10,4 %

Beanstandungen: keine 83 % geringe 6 % erhebliche 0 % schwerwiegende 11 %

Ultraschalldiagnostik

Anteil geprüfter Ärzte = 3,5 %

Beanstandungen: keine 34 % geringe 21 % erhebliche 11 % schwerwiegende 34 %

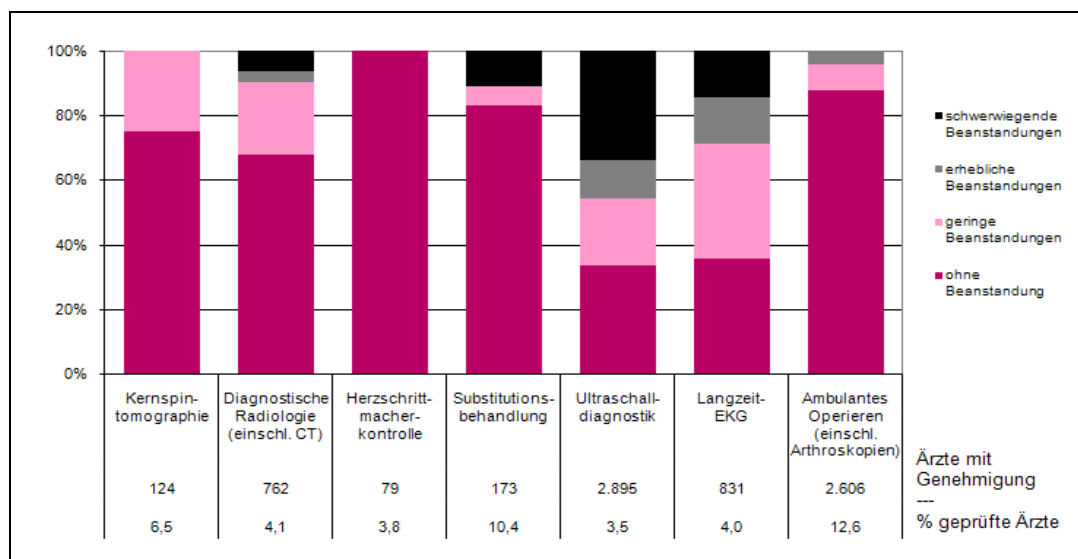


Abb. 2: Die Abbildung gibt die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen im Einzelfall der KV Berlin im Berichtsjahr 2009 als Säulendiagramm wieder.

Dokumentationsprüfungen der KV Berlin 2009 zu Vereinbarungen auf der Grundlage gemäß § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V

Akupunktur	28 Ärzte geprüft
Koloskopie	60 Ärzte geprüft
Mammographie kurativ	44 Ärzte geprüft
Photodynamische Therapie	27 Ärzte geprüft
Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	18 Ärzte geprüft
Ultraschall der Säuglingshüfte	33 Ärzte geprüft

Näheres hierzu ist in der Langfassung des QS-Berichts Teil 2 (Datenteil) zu finden.

Feedbacksysteme

Feedback-Systeme helfen dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Durch die Bereitstellung von sogenannten Feedback-Berichten ist außerdem ein Vergleich der Behandlungsqualität zwischen mehreren Praxen möglich. Dazu werden die von den Praxen erstellten Dokumentationen ausge-

wertet. So sind Feedback-Systeme Teil der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) und Bestandteil der Qualitätssicherung Dialyse. Darüber hinaus erhalten koloskopierende Ärzte jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen durch das von den KVen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung.

Feedbackberichte im Bereich der KV Berlin

Die Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen zu den DMP sind im Internet zu finden unter www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/70qualitaetsbericht/index.html

Die Ergebnisse der Qualitätssicherung Dialyse sind veröffentlicht unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/45/>

Frequenzregelungen

Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern, können wesentliche Qualitätsfaktoren sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für Leistungen für die invasive Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Darmspiegelungen, für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust sowie für die interventionelle Radiologie festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu lasten der GKV erbringen.

Frequenzregelungen der KV Berlin 2009 in ausgewählten Bereichen

Interventionelle Radiologie

Alle Ärzte, die berechtigt sind, Leistungen der interventionellen Radiologie zu erbringen, müssen gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 100 diagnostische Katheterangiographien oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe durchgeführt haben, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe.

Anzahl der Ärzte mit durchgeführten Katheterangiographien: 17
7 weniger als 100 (davon 3 aus privatärztlichem Bereich)

Invasive Kardiologie

Alle Ärzte, die berechtigt sind, Katheteruntersuchungen durchzuführen, müssen gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen durchgeführt haben. Die Ärzte, die auch therapeutische Katheterinterventionen erbringen dürfen, müssen von den 150 Untersuchungen mindestens 50 mit therapeutischem Zweck durchgeführt haben.

Anzahl der Ärzte mit durchgeführten Katheterisierungen: 20
18 weniger als 150 (davon 18 aus privatärztlichem Bereich)

Magnetresonanztomographie der Mamma

Alle Ärzte, die berechtigt sind, Magnetresonanztomographien der Mamma durchzuführen, müssen gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 50 kernspintomographische Leistungen der Mamma durchgeführt haben.

Anzahl der Ärzte mit durchgeführten MRT der Mamma: 3
Davon hat kein Arzt weniger als 50 MRT der Mamma durchgeführt.

Koloskopie

Alle Ärzte, die berechtigt sind, Koloskopien durchzuführen, müssen gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 200 totale Koloskopien und 10 Polypektomien durchgeführt haben.

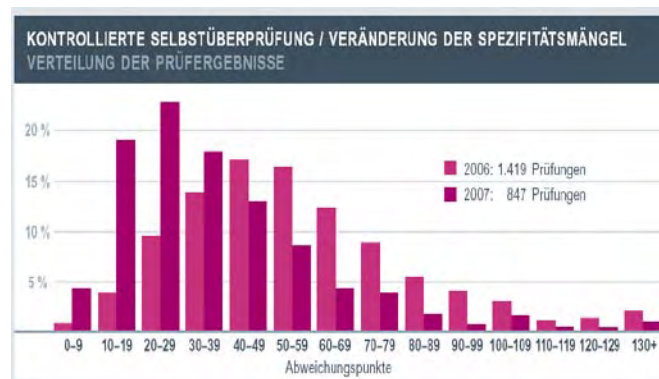
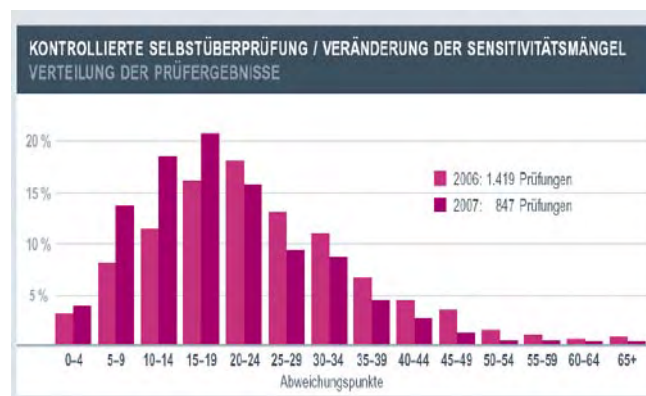
Anzahl der Ärzte mit durchgeführten totalen Koloskopien: 60
2 weniger als 200 (davon 1 aus privatärztlichem Bereich)

Anzahl der Ärzte mit durchgeführten Polypektomien: 60
2 weniger als 10 (davon 1 aus privatärztlichem Bereich)

Rezertifizierung

Bei Ärzten, die Mammographien (Röntgenuntersuchungen der weiblichen Brust) durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung zusätzlich eine Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sie sich einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht und kann seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für Kassenpatienten erbringen.

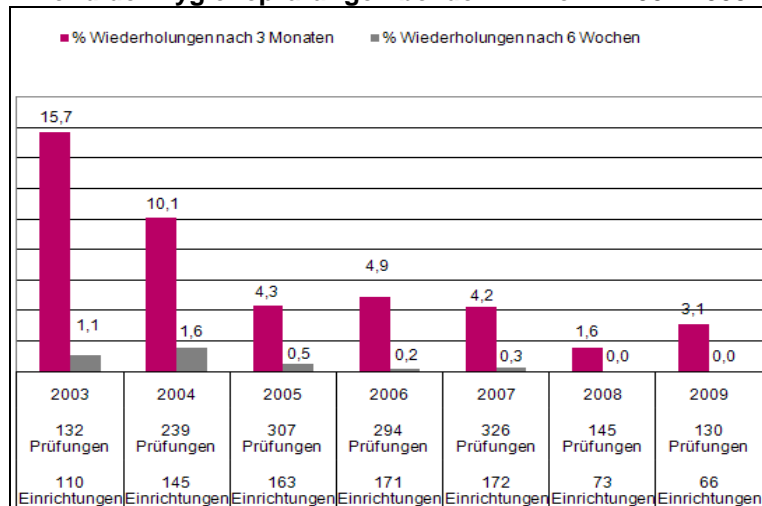
Bisher wurden zwei Zyklen dieser Selbstüberprüfung absolviert. Schon jetzt kann ein positiver Effekt in der Verschiebung der Prüfergebnisse festgestellt werden: Der Anteil der Ärzte, die nur gering von dem vorgegebenen Mammografie-Befund abweichen, ist größer geworden. Der Anteil der Ärzte, die deutlich von dem vorgegebenen Mammografie-Befund abweichen, ist demgegenüber weniger geworden. Demzufolge ist die Treffsicherheit der in 2007 geprüften Ärzte im Vergleich zum Vorjahr deutlich besser geworden.



Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind für Praxen vorgeschrieben, die Koloskopien durchführen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt hier 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. Praxisbegehungen können beispielsweise in Praxen stattfinden, in denen ambulant operiert wird und die dafür besondere, bauliche Strukturen vorhalten müssen.

Trend der Hygieneprüfungen bei der KV Berlin 2004-2009



Kontinuierliche Fortbildung

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge schreiben entsprechende Fortbildungen vor, zum Beispiel Disease-Management-Programme (DMP), Schmerztherapievereinbarung, Onkologievereinbarung und hausarztzentrierte Versorgung. In der Schmerztherapie müssen sogar Konferenzen mit persönlicher Vorstellung von Patienten erbracht werden. Daneben besteht seit 2004 für alle Ärzte und Psychotherapeuten auch die gesetzliche Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung. Der Nachweis dieser Fortbildung muss gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung alle fünf Jahre geführt werden. Ein entsprechendes Fortbildungszertifikat der Berliner Ärztekammer mussten Ärzte und Psychotherapeuten erstmals bis zum 30.06.2009 vorlegen, wenn sie bereits vor dem 30.06.2004 zugelassen waren. Für den Erhalt des Fortbildungszertifikats müssen 250 Fortbildungspunkte gesammelt werden (siehe auch Langfassung QS-Bericht Teil 1, Kapitel 6 „Qualitätsförderung – aktuell“).

Qualitätszirkel

Ein fachlicher Austausch zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten kann interdisziplinär oder fachübergreifend zum Beispiel im Rahmen von Qualitätszirkeln erfolgen. Mit Unterstützung eines Moderators, in gleichberechtigter Diskussion, können die Teilnehmer ihr eigenes Handeln kritisch hinterfragen und Alternativen beraten. Die Kassenärztliche Vereinigung unterstützt ihre Mitglieder hierbei durch Moderatorenausbildungen, Tutorien, Räume sowie durch eine finanzielle Entschädigung für die Moderatoren.

Qualitätszirkel in der KV Berlin

Im Jahr 2009 gab es 114 Qualitätszirkel, an denen sich 1.035 Ärzte beteiligt haben. Die Themengebiete betreffen:

Ambulantes Operieren
Akupunktur
Allergologie
Asthma Bronchiale
Chronische Erkrankungen
Depression und Angst
Diabetes Mellitus
Epilepsie
Evidenzbasierte Medizin
Gastroenterologie
Gefäßkrankheiten
HIV
Hypertonie
Infektiologie
Integrierte Versorgung
Kommunikation
Osteoporose
Schmerztherapie
Umweltmedizin
Zytologie

Kolloquium/Beratung

Eine weitere Möglichkeit für den fachlichen Austausch zwischen Vertragsärzten bietet das Kolloquium als ein kollegiales Fachgespräch. Die Durchführung von Kolloquien obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Sie soll unter anderem für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers im Rahmen eines Kolloquiums prüfen. Dazu kommt es, 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 Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen. Des Weiteren kann die Durchführung eines Kolloquiums zunächst in Form einer Beratung auch 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.

Kolloquien und kollegiale Fachgespräche in der KV Berlin 2009

Je nach Art der Gesamtbewertung werden von der entsprechenden Qualitätssicherungskommission Hinweise zur Verbesserung erteilt oder der Arzt muss, um die Leistung weiterhin durchführen und abrechnen zu können, die Prüfung bei Nichtbestehen wiederholen und ggf. seine fachliche Befähigung in einem Kolloquium (Fachgespräch) nachweisen. Darüber hinaus kann die Kassenärztliche Vereinigung Berlin im Wege der rechnerischen Richtigstellung die bereits erfolgte Vergütung der Leistung zurückfordern.

Besonders umfangreich ist die Beratungstätigkeit bei den Themen:

Leistungsbereiche	Kolloquien		QS-Instrument
	Antragsverfahren (gesamt / bestanden / nicht bestanden)	Stichprobenprüfungen (gesamt / bestanden / nicht bestanden)	
Allgemeine Radiologie	1 / 0 / 1	0 / 0 / 0	Einzelfallprüfungen (EFP) durch Stichproben
Computertomographie	4 / 4 / 0	0 / 0 / 0	Einzelfallprüfungen (EFP) durch Stichproben
Langzeit-EKG	7 / 6 / 1	2 / 2 / 0	Einzelfallprüfungen (EFP) durch Stichproben
Ultraschalldiagnostik	55 / 48 / 7	6 / 2 / 4	Einzelfallprüfungen (EFP) durch Stichproben
Kernspintomographie der Mamma	3 / 2 / 1	0 / 0 / 0	Frequenzregelung
Laboratoriums- untersuchungen	20 / 17 / 3	0 / 0 / 0	-
Schmerztherapie	2 / 2 / 0	0 / 0 / 0	Frequenzregelung

Qualitätsmanagement in der Praxis

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurden alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, in den nächsten Jahren ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen effizienter zu gestalten, Fehler zu vermeiden und Qualität weiterzuentwickeln (siehe auch Langfassung QS-Bericht Teil 1, Kapitel 6 „Qualitätsprüfung – aktuell“).

Qualitätssicherungskommissionen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in ärztlicher Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständnisses mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der KV in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Weitere Informationen über die Arbeit der Kommissionen finden Sie in der Langfassung des QS-Berichts Teil 1, Kapitel 5 „Kommissionsarbeit in den KVen“.

Kommissionssitzungen der KV Berlin 2009

Eine namentliche Übersicht zu den in der KV Berlin eingerichteten Kommissionen sind auf der Internetseite der KV Berlin zu finden: <http://www.kvberlin.de/10kvberlin/10aufbau/40gremien/kommissionen/index.html>

Bereich	Mitglieder
AIDS	3 ärztliche Mitglieder der KV 3 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Akupunktur	6 ärztliche Mitglieder der KV 14 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Ambulantes Operieren und Arthroskopie	12 ärztliche Mitglieder der KV
Diabetes	6 ärztliche Mitglieder der KV
Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	5 ärztliche Mitglieder der KV 1 stellv. ärztliches Mitglied der KV
Dialyse	7 ärztliche Mitglieder der KV
Kardiologie	5 ärztliche Mitglieder der KV 14 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Kernspintomographie	5 ärztliche Mitglieder der KV 4 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Koloskopie	5 ärztliche Mitglieder der KV 2 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Krankenhäuser	3 ärztliche Mitglieder der KV 2 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Labor	5 ärztliche Mitglieder der KV 2 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Onkologie	10 ärztliche Mitglieder der KV
Photodynamische Therapie	6 ärztliche Mitglieder der KV
Phototherapeutische Keratektomie	4 ärztliche Mitglieder der KV
Qualitätsmanagement	3 ärztliche Mitglieder der KV 3 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle	5 ärztliche Mitglieder der KV
Radiologie	9 ärztliche Mitglieder der KV 29 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Rehabilitation	5 ärztliche Mitglieder der KV 6 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Rheuma	4 ärztliche Mitglieder der KV
Schmerztherapie	6 ärztliche Mitglieder der KV 4 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Sonographie	12 ärztliche Mitglieder der KV 54 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Substitution	3 ärztliche Mitglieder der KV 3 stellv. ärztliche Mitglieder der KV 3 Vertreter der KK (paritätische Besetzung)
Zytologie	5 ärztliche Mitglieder der KV

5 Kommissionsarbeit in den KVen

Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der KV in Form von Empfehlungen vorzubereiten.

Gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien gemäß § 75 Abs. 7 SGB V) obliegt der Geschäftsstelle Qualitätssicherung einer Kassenärztlichen Vereinigung die Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen. Bei der Durchführung einer Dokumentationsprüfung durch die entsprechende Kommission übernimmt daher die Geschäftsstelle verschiedene vorbereitende und begleitende Aufgaben, dazu gehören zum Beispiel:

- Anforderung der Dokumentationen bei den zu prüfenden Vertragsärzten
- Organisation der Kommissionssitzungen
- Erstellung der Ergebnismündlichkeit

Sitzungen

Teilnehmer

Gemäß Nr. 2.3 der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV muss die Qualitätssicherungskommission aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammengesetzt sein, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Bei Gebieten mit diversen Subspezialisierungen können die Kommissionen die Möglichkeit nutzen, weitere Mitglieder zu benennen oder für Spezialfragen Sachverständige zu einer Sitzung hinzuziehen. Zudem ist es möglich, KV-Bereich- oder themenübergreifende Kommissionen zu bilden.

Neben dem Vorsitzenden der Kommission nehmen in der Regel mindestens zwei weitere ärztliche Mitglieder an der Sitzung teil. Bei einigen Qualitätssicherungsvereinbarungen ist des Weiteren die Teilnahme von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen (zum Beispiel Substitution, Onkologie).

Termin

In Absprache mit den Kommissionsmitgliedern legt die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Termine abends, außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten, fest. Die Häufigkeit und Dauer der Kommissionssitzungen variiert je nach vorgesehener Tagesordnung und Umfang der zu prüfenden Dokumentationen. Diese Arbeit soll anhand des Vorgehens zu den Dokumentationsprüfungen hier näher vorgestellt werden.

Dokumentations-/Stichprobenprüfungen

Dokumentationsprüfungen werden aus verschiedenen Anlässen vorgenommen:

- vor Erteilung einer Genehmigung
- zu deren Aufrechterhaltung
- im Rahmen einer Stichprobenprüfung gemäß der geltenden Richtlinien oder nach Vorgaben der jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen

Die Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben war bereits in der ersten Fassung des SGB V enthalten und die KVen sind seit dem 1. Januar 1989 aufgrund des Gesundheits-Reformgesetzes verpflichtet, die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen durch Stichproben zu prüfen. Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen wurden von den KVen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt, während der (damalige) Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung bei den Stichprobenprüfungen in Richtlinien nach § 92 SGB V entwickeln sollte (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien). Umgesetzt wurde diese Verpflichtung in Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien nach § 136 SGB V zunächst im Jahre 1992 für die Bereiche Radiologische Diagnostik (allgemeine Radiographie und Computertomographie) sowie im Jahre 2000 für den Bereich Kernspintomographie. Im Laufe des Jahres 2010 wird die Richtlinie zur Arthroskopie in Kraft treten. Stichproben-/Dokumentationsprüfungen sind ebenso Bestandteil der zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge geschlossenen bundesweit geltenden Vereinbarungen und weiterer ebenfalls bundesweit geltender Richtlinien. Betroffen sind hiervon zum Beispiel die Ultraschalldiagnostik, die Mammographie, die Koloskopie, die Onkologie, die Akupunktur oder auch die substitutionsgestützte Behandlung von Opiatabhängigen. Darüber hinaus kann eine Kassenärztliche Vereinigung in eigenen Richtlinien konkretisierende Vorgaben festlegen.

Durchführungsbestimmungen zu diesen Prüfungen sind allgemein in den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V festgelegt. Mit Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinie ver-

tragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum 1. Januar 2007 wurde die bisher bewährte Praxis weiterentwickelt. Sofern in den jeweils geltenden Vereinbarungen oder Richtlinien nicht schon konkrete Vorgaben gemacht sind, wurden diese in den entsprechenden Bereichen der Stichprobenprüfungen hinsichtlich Auswahl, Umfang und Verfahren konkretisiert. Mit dieser neuen Richtlinie wird ein Mindeststandard festgehalten, der zuvor in einzelnen KVen deutlich überschritten wurde. Neu ist eine bundesweite Zusammenschau der Prüfungen, die in einem jährlichen Bericht dem G-BA übermittelt wird.

Beispiel:

Dokumentationsprüfung im Rahmen der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger

Besetzung der Kommission

Die Qualitätssicherungskommission besteht gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger“ (im Folgenden Substitutionsrichtlinie genannt) aus sechs Mitgliedern. Davon sind drei ärztliche Vertreter der KV Berlin, zwei Mitglieder kommen von den Landesverbänden der Krankenkassen und eines von den Landesverbänden der Ersatzkassen. Die Sitzungen dieser Qualitätssicherungskommission finden in der Regel monatlich statt und dauern durchschnittlich zwei Stunden.

Dokumentationsanforderung durch die Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle Substitution fordert Dokumentationen gemäß § 9 der Substitutionsrichtlinie von den substituierenden Ärzten an. Um dem jeweiligen Arzt eine Übersicht der einzureichenden Unterlagen an die Hand zu geben, wird der Anforderung der Dokumentation ein Patientenfragebogen beigelegt. Der substituierende Arzt hat der Qualitätssicherungskommission insbesondere ein umfassendes Therapiekonzept, eine Behandlungsdokumentation und Zwischenergebnisse vorzulegen.

Dem substituierenden Arzt wird eine vierwöchige Frist (ggf. Nachfrist) zur Vorlage eingeräumt. Die termingerechte Vorlage der Unterlagen wird überwacht. Sollten die Unterlagen trotz mehrmaliger Aufforderung nicht eingereicht werden, kann eine Rückforderung des Honorars für den jeweiligen Patienten erfolgen.

In jeder Sitzung der Kommission werden im Rahmen der Stichprobenprüfung etwa 100 Dokumentationen erörtert.

Beurteilung der Dokumentation

1. Schritt: Vollständigkeitsprüfung

Die Geschäftsstelle prüft die eingereichten Dokumentationen und fordert ggf. Unterlagen nach.

2. Schritt: Plausibilitätsprüfung

In den Sitzungen prüft die Kommission für jeden Einzelfall die Einhaltung der Kriterien der Substitutionsrichtlinie durch den substituierenden Arzt. Insbesondere handelt es sich hierbei um folgende Punkte:

- Begründung der Indikationsstellung
- Vorlage einer Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme oder die Fortführung einer psychosozialen Betreuung
- Hinweise auf Beigebruchsprobleme
- Darstellung des Behandlungsverlaufs
- Vorlage eines individuellen Behandlungskonzepts
- Hinweise auf Abbruchkriterien der Substitution

Aus der vorgelegten Dokumentation müssen die in der Richtlinie definierten Anforderungen nachvollziehbar hervorgehen.

3. Schritt: Beschlussfassung und Ergebnisniederschrift

In der Regel werden die Beschlüsse der Kommission einstimmig gefasst. Beschlüsse und gegebenenfalls anders lautende Voten werden in der Ergebnisniederschrift dokumentiert. Der Kommissionsvorsitzende und der Protokollant unterschreiben die Ergebnisniederschrift.

Konsequenzen der Dokumentationsprüfung

Die Substitutionsrichtlinie sieht mehrere aufeinanderfolgende Konsequenzen der Dokumentationsprüfung vor: Zunächst die Ergebnismitteilung an den substituierenden Arzt, gegebenenfalls mit einer Mitteilung über die festgestellten Qualitätsmängel beziehungsweise das Angebot einer Beratung. Gelingt es trotz wiederholter Anhörung und Beratung des Arztes nicht, eine richtliniengemäße Substitutionsbehandlung zu erreichen, kann dem Arzt die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Substitution durch die KV entzogen werden.

Ergänzender Hinweis zum Datenschutz

Die KV darf zur Durchführung von Qualitätsprüfungen gem. §§ 285 und 294 SGB V Daten erheben. Ein datenschutzrechtliches Problem in Bezug auf die patientenbezogenen Dokumentationen besteht daher nicht.

Weitere Kommissionsaufgaben

Unter Vorgabe der o. g. Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger wird über Patientenanträge beraten und durchgängig ein befristetes Votum abgegeben. Es handelte sich hierbei um die Substitutionsbehandlung Minderjähriger und die Behandlung von Kurzabhängigen (höchstens 2 Jahre). Anträge zur Substitutionsbehandlung mit Codein/Dihydrocodein wurden nicht (mehr) gestellt.

Im Jahr 2009 wurden fünf Arztanträge zur (generellen) Durchführung und Abrechnung von Substitutionsbehandlungen bzw. auf Erhöhung der Patientenhöchstzahl (> 50 Patienten) gestellt.

Weiterhin sind kollegiale Fachgespräche durchgeführt worden. Anlass waren einerseits bekannt gewordene Unstimmigkeiten oder die individuelle Darstellung persönlicher Anträge.

Die Kommission hat sich hier immer als Gremium verstanden, das den Arzt berät, um ihm den Rücken zu stärken – auch gegenüber den z. T. heftigen Forderungen seitens der Patienten.

Die Kommission wird von der Verwaltung regelmäßig über Veränderungen bzw. Neuerungen im Berliner Drogenhilfesystem informiert. Weiterhin erhält sie Informationen über einschlägige Presseveröffentlichungen, Kongressberichte sowie jährlich eine differenzierte Übersicht der Drogenmortalität in Berlin, unter besonderer Berücksichtigung der Substitution. Es bestehen gute Kontakte zum entsprechenden Fachreferat bei der Senatsgesundheitsverwaltung.

Zweimal im Jahr treffen sich bundesweit die Kommissionsvorsitzenden ebenso wie die zuständigen Geschäftsstellenleiter der KVen, um Erfahrungen auszutauschen.

Im Anschluss an jede reguläre Kommissionssitzung bevoten die ärztlichen Mitglieder die durch die Verwaltung bereits vorab bevoteten **Hilfebedarfspläne** der psychosozialen Betreuungen. Dies waren im Berichtszeitraum 2009 insgesamt 880 Hilfepläne. Zusammenfassend ist hier festzustellen, dass alle Beteiligten sowie die zuständige Senatsverwaltung mit dem im Oktober 2004 vereinbarten Prozedere sehr zufrieden sind und es eine deutliche Verbesserung gegenüber dem vorherigen Verfahren darstellt.

6 Qualitätsförderung – aktuell

Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Die Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse ist in das dritte Jahr gegangen. Die Datenübermittlungswege von der Dialyseeinrichtung über die Kassenärztliche Vereinigung zum Zentralen Datenanalysten und wieder zurück sind mittlerweile zur Routine geworden. Ende 2009 hatten bundesweit 717 Einrichtungen 77.615 Dialysefälle gemeldet. In der KV Berlin waren dies 31 Einrichtungen mit 3.323 Dialysefällen. Das ist eine Teilnahmequote von bundesweit 96,5 Prozent, für unseren KV-Bereich von 96,9 Prozent.

Die Qualitätssicherungskommission Dialyse wurde bereits 2007 eingerichtet. Seit 2008 konnte sie auf Grundlage der seit Ende 2007 quartalsweise erscheinenden Rückmeldeberichte erste Erfahrungen hinsichtlich möglicher Kriterien zur Aufnahme von Stichprobenprüfungen und gegebenenfalls zur Einleitung anschließender qualitätsfördernder Maßnahmen machen. In zwei von der KBV veranstalteten Workshops hatte unsere Qualitätssicherungskommission zudem Gelegenheit, sich über aktuelle Entwicklungen zu informieren und sich mit den Kommissionen der anderen KVen auszutauschen – auch um sich auf eine gemeinsame Vorgehensweise zu verständigen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss begleitet die Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse in einer Arbeitsgruppe. Die dort gewonnenen Erkenntnisse sollen in eine für 2010 geplante Überarbeitung einfließen. Darüber hinaus soll die Möglichkeit einer Längsschnittdarstellung geschaffen werden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen wurden mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch Einführung des § 299 SGB V gesetzt. Danach dürfen Sozialdaten zum Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auch ohne Einwilligung des Patienten erhoben und verarbeitet werden.

Im Frühjahr 2009 ist der erste Jahresbericht (Berichtsjahr 2007) des Zentralen Datenanalysten MNC herausgekommen (www.g-ba.de/downloads/17-98-2645/2008-11-20_Jahresbericht2007-dialyse.pdf). Der Bericht für 2008 wurde im September 2009 veröffentlicht (www.g-ba.de/downloads/40-268-970/2009-08-20-Jahresbericht2008-Dialyse_Bericht.pdf). Danach zeigt die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse Wirkung: Verglichen mit den Ergebnissen von 2007 haben sich die Anteile der auffälligen Dialyseeinrichtungen bundesweit in allen vier Kernparametern zur Hämodialyse verringert. Eine Dialyseeinrichtung wird dann auffällig, wenn je Qualitätsparameter bei mehr

als 15 Prozent der behandelten Patienten die vorgegebenen Grenzwerte für den jeweiligen Parameter nicht erreicht wurden. So konnte beispielsweise der Anteil der Einrichtungen, die über 15 Prozent der Patienten mit einem Kt/V-Wert unter 1,2 haben, bundesweit von 57 um fast ein Drittel auf etwa 40 Prozent gesenkt werden (in der KV Berlin von 68 auf 47 Prozent). Ein besonderes Qualitätskriterium für eine gute Dialysebehandlung ist eine Mindesthäufigkeit von drei Dialysen pro Woche. Hier konnte der Anteil der Dialysepraxen, die nicht diese Mindesthäufigkeit erfüllten, im Bundesdurchschnitt von 27 auf 15 Prozent nahezu halbiert werden (**in der KV Berlin von 35 auf 6 Prozent**).

Betrachtet man die bundesweiten Ergebnisse quartalsweise auf Patientenebene, so zeigt sich seit Beginn der verpflichtenden Datenübermittlung (3. Quartal 2007) bis Ende 2008 ein kontinuierlicher Rückgang der Anteile von Dialysepatienten, die kürzer als vier Stunden und seltener als dreimal pro Woche dialysiert wurden. Hierbei handelt es sich um die Parameter, die eine besonders schonende Entgiftung und Entwässerung der niereninsuffizienten Patienten darstellen und gleichzeitig direkte Auswirkungen auf den Ressourceneinsatz der Dialysepraxis haben.

Die vier Kernparameter der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse beziehen sich allerdings ausnahmslos auf die Prozessqualität. Darüber, ob die hier dargestellte verbesserte Prozessqualität auch tatsächlich Auswirkungen auf die Ergebnisqualität hat, also auf die Lebensqualität und Überlebensdauer der dialysepflichtigen Patienten, lässt sich derzeit nur spekulieren. Wenn nach Aktualisierung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (voraussichtlich 2010) Längsschnittuntersuchungen einbezogen werden können, lassen sich künftig auch darüber Aussagen machen. Somit könnte eine Qualitätssicherungsmaßnahme auch einen Beitrag zur Versorgungsforschung leisten.

Ergebnisse der Stichprobenprüfung in der KV Berlin 2009

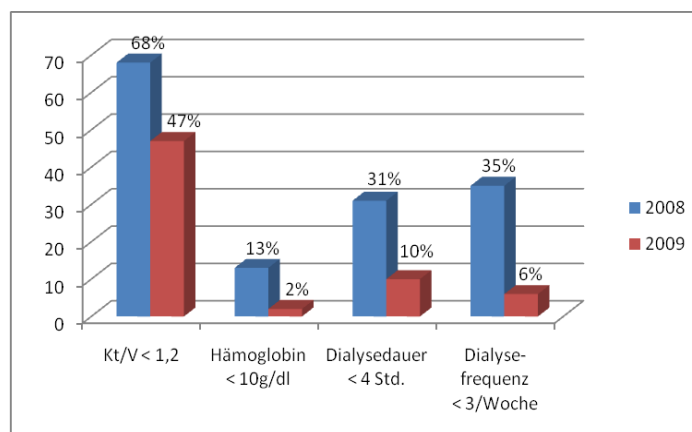
Im Rahmen der Stichprobenprüfungen im Berichtsjahr 2009 wurde festgestellt, dass alle durchgeführten Dialysebehandlungen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprachen und in der geforderten fachlichen Qualität erbracht wurden.

Keine Dialyseeinrichtung wurde von der KV Berlin schriftlich aufgefordert, ihre Mängel zu beseitigen. Die aufgetretenen Grenzwertüberschreitungen kamen aufgrund von Problemen und Fehlern innerhalb der Dokumentation der Dialyседaten zustande.

Gemäß § 10 Abs. 1 Satz 2 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse wurden mit drei betroffenen Dialyseeinrichtungen Beratungsgespräche durchgeführt, um die Problematik im Umgang mit der Dokumentation der Dialyseergebnisse in der Software anschaulich und ergebnisorientiert zu erörtern. Mit vier weiteren Dialyseeinrichtungen wurde ein von der Stichprobenprüfung unabhängiges Beratungsgespräch durchgeführt.

Zudem wurden insgesamt 16 Dialyseeinrichtungen zu einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 2 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse aufgefordert, da hier auffällige Werte vorlagen, die auf eine fehlerhafte Dokumentation zurückzuführen waren.

Anteil auffälliger Einrichtungen in Berlin 2009 Zusammenfassung der Qualitätsindikatoren zur Hämodialyse



Histopathologie Hautkrebs-Screening

Die zweijährliche Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs können Dermatologen oder Hausärzte vornehmen. Wenn ein Verdacht auf Hautkrebs besteht, wird dieser immer durch einen Dermatologen abgeklärt, zunächst durch die visuelle Untersuchung und gegebenenfalls durch eine Gewebeentnahme. Die histopathologische Beurteilung der Gewebeproben ist in der diagnostischen Kette von ausschlaggebender Bedeutung für das weitere therapeutische Vorgehen. Aus diesem Grund haben sich die Partner der Bundesmantelverträge, das heißt die KBV und der GKV-Spitzenverband, auf eine Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Histopathologie beim Hautkrebs-Screening verständigt, die zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten ist. Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind:

- Festlegung der Eingangsqualifikation: Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen oder 6.000 dermatohistologischen Präparaten
- Frequenzregelung: Befundung von jährlich mindestens 1.000 dermatohistologischen Präparaten
- Einholung einer Zweitmeinung bei unklaren Befunden
- Standardisierung der ärztlichen Dokumentation nach festgelegten Vorgaben unter anderem zu Angaben über den mikroskopischen Befund und die Diagnose
- stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation durch die KVen

Ob diese Ganzkörperuntersuchung der Haut tatsächlich zu einer Verminderung von schwer verlaufenden Erkrankungen und Todesfällen führt, wird spätestens fünf Jahre nach Einführung dieser Präventionsleistung überprüft.

HIV/AIDS

Die spezialisierte Versorgung von Patienten mit einer HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung wurde bisher in der KV Berlin durch einen regionalen Vertrag aus dem Jahr 1994 (im Vorgriff auf den späteren § 73a SGB V) geregelt. Die guten Erfahrungen unserer und anderer KVen sind 2009 in eine bundesweit einheitlich geltende Vereinbarung eingeflossen.

Ziel der neuen Vereinbarung ist die Sicherstellung einer – dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden – leitliniengerechten Steuerung und Durchführung der Behandlung und Betreuung HIV-infizierter und an Aids erkrankter Patienten. Dies soll der behandlungsführende Arzt auch in Kooperation mit anderen, besonders qualifizierten Fachärzten während aller Krankheits-Stadien gewährleisten.

Die Vereinbarung umfasst Anforderungen an eine patientengruppenübergreifende spezialisierte Versorgung, ergänzt um einen patientengruppenabhängigen Bereich. Danach umfasst die Basisbetreuung die regelmäßige Untersuchung des Patienten, die Steuerung und Koordination der Behandlung, die Beratung des Patienten, die Durchführung eines Recall-Systems, die aktive Beteiligung des Patienten sowie die Dokumentation.

Die regelmäßige Untersuchung des Patienten umfasst insbesondere die Bestimmung der CD4-Zellen, die Bestimmung der Viruslast, die Veranlassung sowie Bewertung der erforderlichen Laboruntersuchungen, die Untersuchung und Beratung zu sexuell übertragbaren Krankheiten und ein Screening auf Erkrankungen, die bei diesen Patienten häufiger auftreten.

Die Steuerung und Koordination der Behandlung umfasst auch die psychosoziale Versorgung und die Vermittlung von geeigneten Beratungsangeboten bis hin zur Kooperation mit spezialisierten Pflegediensten und Hospizen.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung müssen die teilnehmenden Ärzte nachweisen, dass sie im Schnitt pro Quartal 25 Patienten betreuen. In begründeten Einzelfällen kann die KV zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten von dieser Regelung abweichen. Ein wichtiger Aspekt der Vereinbarung ist die kontinuierliche Weiterbildung der Ärzte. Jährlich müssen sie 30 Fortbildungspunkte zu diesem speziellen Themenkomplex nachweisen, der zum Teil durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln erworben werden kann. Hinzu kommen die jährlichen Dokumentationsprüfungen der KVen von 10 Prozent der teilnehmenden Ärzte zu 10 abgerechneten Fällen.

Vakuumbiopsie der Brust

Die Heilungschance einer Brustkrebserkrankung hängt entscheidend von ihrer Früherkennung ab. Deshalb kann die Entnahme einer Gewebeprobe bei einer unklaren oder verdächtigen Veränderung der Brust notwendig sein. Insbesondere sind bei Mammographieaufnahmen häufig kleinste Verkalkungen (Mikrokalk) oder Veränderungen des Brustgewebes erkennbar. Da Mikrokalk ausschließlich auf Röntgenaufnahmen zu sehen ist, ist die eindeutige Bewertung von Mikrokalk eine der wesentlichen Aufgaben eines mammographierenden Arztes. Mammographisch

nicht eindeutig zu bewertender Mikrokalk kann nur durch die Entnahme einer Gewebeprobe sicher beurteilt werden. Hierzu stehen im Wesentlichen drei Verfahren zur Verfügung, die je nach individuellem Befund angewandt werden:

Offene chirurgische Biopsie

Eine Operation in Vollnarkose, bei der ein Gewebestück aus der Brust entnommen wird. Sie erfordert in der Regel einen mehrtägigen Krankenhausaufenthalt.

Stanzbiopsie

Bei der Stanzbiopsie mittels spezieller Nadeln werden unter örtlicher Betäubung Gewebeproben aus der Brust entnommen. Die Stanzbiopsie eignet sich zur Abklärung sowohl von tastbaren Knoten als auch von nicht tastbaren verdächtigen Befunden. Zur Lokalisation der betroffenen Areale unter Röntgen- oder Ultraschallkontrolle können auch computergestützte Steuerungsverfahren eingesetzt werden.

Vakuumbiopsie

Bei der Vakuumbiopsie wird eine Hohlnadel in die Brust eingeführt. Durch Unterdruck wird das verdächtige Gewebe durch eine seitliche Öffnung in die Nadel eingesaugt, abgetrennt und entnommen. Durch Drehen der Nadel können mehrere Gewebszylinder ohne neuen Einstich aus einem verdächtigen Bezirk gewonnen werden. Die Vakuumbiopsie wird insbesondere zur präzisen Abklärung von Mikrokalkablagerungen eingesetzt.

Mit Wirkung zum 1. Juli 2007 wurde die Vakuumbiopsie der Brust unter Röntgenkontrolle sowohl für die kurative Versorgung als auch für die Anwendung im Rahmen des Mammographie-Screenings in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Begleitend mit der Einführung in den EBM wurde auf Grundlage von § 135 Abs. 2 SGB V eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung getroffen, in der unter anderem die 2008 aktualisierte Stufe-3-Leitlinie „Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland“ Berücksichtigung fand. Eckpunkte der Vereinbarung sind Fallzahlanforderungen als Genehmigungsvoraussetzung, eine Mindestzahl jährlich durchzuführender Vakuumbiopsien, apparative Anforderungen (zum Beispiel automatische Nadelführung) sowie Vorgaben zur Durchführung und zur Dokumentation. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich eine Auflistung der durchgeführten Vakuumbiopsien mit Angaben zur Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund vorzulegen. Die Vereinbarung ist zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten.

Sozialpsychiatrie

Die neue „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) ist zum 1. Juli 2009 in Kraft getreten. Sie ersetzt die alte regionale „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“ vom 19. Dezember 2008. Zur Vereinheitlichung bereits bestehender regionaler Qualitätssicherungs-Aktivitäten sowie zur Anpassung an internationale Standards haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die bisherige Sozialpsychiatrie-Vereinbarung durch die neue bundeseinheitliche Vereinbarung ersetzt.

Nach der neuen Vereinbarung ist die sozialpsychiatrische Behandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Patienten aufzunehmen. Zu einem späteren Zeitpunkt begonnene Behandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung. Eine Fortführung der sozialpsychiatrischen Behandlung über die Vollendung des 21. Lebensjahres des Patienten hinaus ist nur unter Angabe einer besonderen Begründung möglich.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist unabhängig von der Teilnahme an der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung. Ärzte, die bereits an der bisherigen regionalen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilnehmen, können ohne erneutes Antragsverfahren zur Teilnahme an dieser Vereinbarung zugelassen werden, wenn sie die Voraussetzungen zur Teilnahme an der neuen Vereinbarung erfüllen.

Ein Anspruch auf Versorgung und Vergütung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung besteht erst, nachdem bereits laufende sozialpsychiatrische Behandlungen in Sozialpädiatrischen Zentren, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen Sozialpsychiatrischen Einrichtungen beendet sind.

Die neue Vereinbarung sieht eine Evaluation vor – mindestens ein Jahr, höchstens zwei Jahre nach Abschluss der Vereinbarung. Diese wird nach fünf Jahren wiederholt. Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zur Beteiligung an der Evaluation, bei der Angaben zur Durchführung der Maßnahmen und zu deren Ergebnissen erhoben werden.

Onkologie

Die neue bundeseinheitliche Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung) ist am 1. Oktober 2009 in Kraft getreten und ersetzt alle bisherigen regionalen Vereinbarungen.

Sie wurde mit dem Ziel abgeschlossen, eine qualifizierte ambulante Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern. Die ambulant durchgeführte Nachsorge von Patienten, die krebskrank waren, ist nicht in dieser Vereinbarung geregelt.

Für den onkologisch qualifizierten Arzt ergeben sich aufgrund der besonderen Anforderungen an die ambulante Versorgung von krebskranken Patienten erhöhte zeitliche, finanzielle und vor allem personelle Belastungen.

Voraussetzung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung ist insbesondere der Nachweis der geforderten Schwerpunktbezeichnung bzw. der geforderten Facharztweiterbildung. Der onkologisch qualifizierte Arzt hat unter anderem sicherzustellen, dass er stets in Kooperation mit dem Hausarzt, dem ambulanten Pflegedienst, den Fachabteilungen benachbarter zugelassener Krankenhäuser und ggf. mit einem Hospiz tätig ist. Weiterhin muss er eine 24-stündige Rufbereitschaft für die von ihm betreuten Patienten gewährleisten.

Neu in dieser Vereinbarung ist die Regelung, dass die Betreuung der Patienten durch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/innen nachzuweisen ist. Diese müssen eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur Pflege onkologischer Patienten oder eine mindestens dreijährige Erfahrung in der Pflege onkologischer Patienten in einer onkologischen Fachabteilung besitzen.

Auch neu ist, dass der onkologisch qualifizierte Arzt zu einer patientenbezogenen Dokumentation verpflichtet ist, insbesondere der histopathologischen Befunde, Operationsberichte, Bestrahlungspläne sowie die Dokumentation der systematischen medikamentösen Therapie. Diese Dokumentation wird hinsichtlich der Vollständigkeit und der Orientierung der Behandlung an den aktuellen, einschlägig interdisziplinär abgestimmten Leitlinien durch die Onkologie-Kommission jährlich stichprobenweise überprüft.

Fortbildungsverpflichtung

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) begründet seit 1. Juli 2004 im § 95d SGB V die Fortbildungsverpflichtung der Ärzteschaft und deren Nachweis gegenüber ihrer KV. Im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer (BÄK/BPTK) hat der Vorstand der KBV die „Regelung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten“ beschlossen. Damit wurde die Notwendigkeit zur kontinuierlichen, berufsbegleitenden Fortbildung zur Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz und Aktualisierung des Wissens in ihrer Bedeutung unterstrichen. In den Berufsordnungen ist sie schon längst festgeschrieben.

Seit 1. Juli 2004 müssen alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind, jeweils innerhalb eines Fünfjahreszeitraumes den Nachweis über 250 erworbene Fortbildungspunkte erbringen. Dies gilt auch für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie für Fachwissenschaftler der Medizin.

Diese Mindestanforderung gilt auch bei anteilig ärztlicher Tätigkeit.

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. Voraussetzung dafür ist, dass die Fortbildung durch eine Kammer oder auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung als Fortbildungsmaßnahme anerkannt ist.

Der Nachweis der 250 Fortbildungspunkte erfolgt in der Regel über ein Zertifikat der Landesärztekammer beziehungsweise der Landespsychotherapeutenkammer oder ein vergleichbares Zertifikat, das den Anforderungen der Musterregelungen der BÄK beziehungsweise BPTK entspricht.

Für angestellte Ärzte ist der Fortbildungsnachweis durch den anstellenden Vertragsarzt beziehungsweise das Medizinische Versorgungszentrum zu erbringen. Bei Fachwissenschaftlern, welche keiner Kammer angehören, erfolgt die Nachweisführung durch die KV.

Einen kontinuierlichen Überblick über ihren Punktestand erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch Punktekonto, die bei den Landeskammern geführt werden. In einigen Kammerbereichen sind bereits Online-Abfragen zu den Punkteständen möglich.

Die Folgen einer unzureichenden Fortbildung hat der Gesetzgeber in § 95d Abs. 3 SGB V streng definiert. Mit folgenden Konsequenzen muss gerechnet werden:

- Honorarkürzungen über vier Quartale um zehn Prozent, ab dem fünften Quartal 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

War eine längere Erkrankung oder Unterbrechung der Tätigkeit, z. B. wegen Elternzeit, ursächlich für das Nichterreichen der notwendigen Fortbildungspunkte, ist eine Einzelfallprüfung notwendig. Auf Antrag kann eine Verlängerung des Fünfjahreszeitraumes um die Fehlzeiten erfolgen. Dieser Antrag muss bis zum Ablauf des Fünfjahreszeitraumes gestellt werden.

In der KV Berlin sind von dieser Regelung 5.641 Ärzte und 1.460 psychologische Psychotherapeuten betroffen, von denen 5.053 bzw. 1.424 im Berichtsjahr 2009 diesen Nachweis gegenüber der KV erbracht haben. Prozentual betrachtet sind das 91,2 Prozent.

Praxisinternes Qualitätsmanagement

Im Jahr 2004 sind mit dem GKV-Modernisierungsgesetz alle Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten verpflichtet worden, ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) in ihren Praxen einzuführen. Die Details wurden bundeseinheitlich in der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ zum 1. Januar 2006 festgelegt. Dieser Richtlinie liegt ein Phasenmodell zugrunde, das folgende Zeiträume vorsieht:

- Phase I: Planung (maximal 2 Jahre, bis 31.12.2007)
- Phase II: Umsetzung (maximal 2 Jahre bis zum 31.12.2009)
- Phase III: Überprüfung (maximal 1 Jahr bis zum 31.12.2010)
- Phase IV: Fortlaufende Weiterentwicklung (ab 01.01.2011)

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

Vorteile der Implementierung von QM

Neben der rechtlichen Verpflichtung, ein Qualitätsmanagement einzurichten und weiterzuentwickeln, gibt es für Arztpraxen auch vielversprechende praktische Vorteile, die für die Implementierung von QM sprechen. Ein Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung. Des Weiteren wird durch QM eine verbesserte Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und der Praxisleitung erreicht, indem Prozesse der Praxis transparent in Verfahrensabläufen dargelegt und effizienter gestaltet werden. Das reicht von der Optimierung der Terminvergabe bis hin zur Erstellung und Überprüfung des Notfallplans. Ein funktionierender Praxisalltag vermittelt Zufriedenheit und ermöglicht dem Arzt bzw. Psychotherapeuten volle Leistungsfähigkeit. Festgeschriebene Qualitätsziele und -standards erleichtern das Handeln der Mitarbeiter. Eine systematische Analyse der Praxisabläufe ermöglicht eine höhere Transparenz für alle Praxismitarbeiter, legt Zuständigkeiten fest und dient somit der Verringerung von Fehlern und deckt Verbesserungspotentiale auf. Weiterhin ist die Schnittstellenverbesserung und die bessere Verzahnung zwischen den ambulanten und stationären Bereichen ein wichtiger Punkt beim Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems.

Auch Patienten haben Vorteile von der Einführung von QM

Patienten sind an Transparenz und Qualität der ambulanten Versorgung sehr interessiert. Die von einer Praxis nachgewiesene Qualität bei der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung bietet ihnen Orientierung bei der Wahl eines Arztes oder Psychotherapeuten. Zudem hat ein gut organisierter Arzt mehr Zeit für seine Patienten. Optimierte Praxisabläufe sorgen außerdem für kürzere Wartezeiten. Eine gute Praxisstruktur verbessert das Betriebsklima und lässt auch den Patienten noch zufriedener mit dem Arzt oder Psychotherapeuten seines Vertrauens sein.

Zeitplan zur Einführung von QM

Mit Ablauf des Jahres 2007 wurde die erste Phase der Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagement-Systems abgeschlossen. Zur Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes des einrichtungsin-
ternen Qualitätsmanagements fordern die KVen jährlich mindestens 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte
bzw. Vertragspsychotherapeuten auf, schriftliche Angaben zum zeitlichen Ablauf und zu den von ihnen ergriffenen
Maßnahmen zur Einführung und Weiterentwicklung des praxisinternen Qualitätsmanagements vorzulegen.

Ergebnisse der KV Berlin 2009

Im Jahr 2009 hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin 138 Ärzte und Psychotherapeuten zufällig ausgewählt und
den Einführungs- und Entwicklungsstand des praxisinternen Qualitätsmanagements abgefragt. Von den ange-
schriebenen Ärzten und Psychotherapeuten sendeten 95 Prozent ihren Fragebogen ausgefüllt zurück.

- 7 % Ärzte und Psychotherapeuten haben die Planungsphase begonnen
- 55 % Ärzte und Psychotherapeuten haben die Umsetzungsphase begonnen
- 4 % Ärzte und Psychotherapeuten haben die Überprüfungsphase begonnen
- 29 % Ärzte und Psychotherapeuten haben die fortlaufende Weiterentwicklungsphase begonnen

Die KV Berlin unterstützt ihre Mitglieder bei der Einführung und Entwicklung von QM

Für Praxen gibt es eine Reihe von Qualitätsmanagement-Systemen zur Auswahl. Das gemeinsam von KBV und
Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelte System „QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen“ ist auf die spe-
ziellen Bedürfnisse und Belange von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ausgerichtet.

Die KV Berlin unterstützte auch im Berichtsjahr 2009 ihre Mitglieder bei der Einführung von QM durch das Angebot
von QEP®-Einführungsseminaren, QEP®-Intensivseminaren, QM-Qualitätszirkeln, aktuellen Informationen auf der
Homepage sowie einer QM-Hotline. In den QEP®-Einführungsseminaren wurden die Teilnehmer zu den Grundla-
gen des Qualitätsmanagements sowie im Umgang mit den Umsetzungsmaterialien (Qualitätsziel-Katalog, QEP®-
Manual und QEP®-Praxishandbuch) geschult. In den Seminar-Evaluationen hat sich die professionelle Durchfüh-
rung bestätigt. Die QM-Seminare wurden von den Teilnehmern durchweg für gut befunden.

Qualitätsmanagement-Fortbildung in der KV Berlin 2009

• QEP® Einführungsseminare	13 Seminare	223 Teilnehmer
• QEP® Intensivseminar	2 Seminare	35 Teilnehmer
• QM/QEP® Qualitätszirkel	7 QZ	84 Teilnehmer
• Intensivseminar Praxismanager/in	4 Seminare	65 Teilnehmer
• Qualitätsmanagementbeauftragte/r	1 Seminar	19 Teilnehmer

Ziele und besondere Projekte der KV Berlin

Arzt-/Psychotherapeutensuche in Verbindung mit qualitätsgesicherten Leistungen im Internet

Unter der Internetadresse www.kvberlin.de können Patienten gezielt nach qualitätsgesicherten Leistungen suchen
wie zum Beispiel Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen, Darmspiegelungen, ambulantes Operieren oder die
Behandlung von Diabetikern. Sie können sich darüber informieren, welche Ärzte welche qualitätsgesicherten Lei-
stungen erbringen. In der Arzt- und Psychotherapeutensuche sind weitere Informationen hinterlegt wie Adresse und
Sprechzeiten des Arztes sowie Spezialisierungen, Praxisschwerpunkte, Fremdsprachenkenntnisse, barrierefreie
Praxen u.v.m.

Regelmäßige Info-/Gesundheitstage der KV Berlin

Patienten können sich an jedem letzten Dienstag im Monat von 18 bis 20 Uhr von Psychotherapeuten, Haus- und
Fachärzten der KV Berlin sowie Vertretern von Patientengruppen in der sogenannten KV-Sprechstunde zu aktuel-
len Gesundheitsthemen informieren lassen. Die Experten stellen neue Behandlungsmethoden vor und geben Tipps
sowie Anregungen für eine gesunde Lebensweise. Darüber hinaus stehen sie im Anschluss für Fragen zur Verfü-
gung. Alle Veranstaltungen sind kostenlos und finden in den Räumen der KV Berlin statt.

Fortbildungsveranstaltungen der KV Berlin

Seit 1998 bietet die KV Berlin regelmäßig Fortbildungen zu allen Themen der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung an. Die KV Berlin ist im Rahmen eines Modellversuches der Ärztekammer Berlin anerkannter Fortbildungsveranstalter.

Im Jahr 2009 hat die KV Berlin insgesamt 128 Fortbildungsveranstaltungen (einschließlich Qualitätszirkel) angeboten. Des Weiteren wurden im Berichtsjahr 2009 von der KV Berlin Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten unter anderem zu folgenden Themen angeboten:

- Qualitätsmanagement
- Mammographie-Screening
- Unspezifischer Rückenschmerz

AQUIK

In einem zunehmend wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem und der damit einhergehenden Weiterentwicklung der Vertrags- und Versorgungsstrukturen nimmt die Frage der Qualität der ärztlichen Leistung einen immer höheren Stellenwert ein.

Neben den bisherigen Kriterien – Menge der erbrachten Leistungen und Morbidität der behandelten Patienten – wird zunehmend diskutiert, Honorare auch an die Qualitätsparameter zu koppeln. Um Qualität messen, analysieren, bewerten und in der Konsequenz Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung ableiten zu können, sind valide Instrumente erforderlich.

Ziel des Projektes „AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) war es, Instrumente zu entwickeln, um Qualität ärztlicher Leistungen messbar zu machen. Es wurde überprüft, welche Qualitätsindikatoren bereits national und international entwickelt und eingesetzt wurden und ob diese auch auf die deutsche Versorgungssituation angewendet werden könnten. Im Rahmen eines strukturierten und moderierten Fachgruppenprozesses wurden diese Indikatoren von Experten im Hinblick auf Relevanz und Machbarkeit bewertet. In einem weiteren Schritt testeten Praxen diese auf Datenverfügbarkeit und -abrufbarkeit. Ergebnis: Es stehen 48 strukturiert entwickelte und valide, sowohl fachgruppenspezifische als auch fachgruppenübergreifende sowie patientenorientierte und qualitätsmanagementbezogene Qualitätsindikatoren für die Anwendung in verschiedenen Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung.

Mit der Nutzung von Qualitätsindikatoren wird dazu beigetragen, die Resultate der vielfältigen Qualitätssicherungs- und Entwicklungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung transparent und öffentlich zu machen.

Was sind Qualitätsindikatoren?

Qualitätsindikatoren sind Messzahlen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Sie ermöglichen Aussagen zu den drei Dimensionen von Versorgungsqualität, nämlich zu Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität. Qualitätsindikatoren können sich dabei sowohl auf Anteile und Häufigkeiten beziehen als auch auf Einzelergebnisse oder qualitative Aussagen. Sie bilden dabei immer nur einzelne Aspekte von Versorgungsabläufen ab. Als quantitative Messgröße unterstützen sie das Monitoring und die Bewertung von Qualität.

Arzneimitteltherapiesicherheit	OTC-Schmerzmittel, Polymedikation Älterer, Antikoagulantien
Querschnittsthemen	RR-Dokumentationen, Rauchen, Übergewicht
Prävention	Impfung, Zervixscreening, sexuell übertragbare Erkrankungen (HIV, Chlamydien)
Praxismanagement	Patienteninformation-/aufklärung, Nachbesprechung kritischer Ereignisse, Notfallausrüstung/-medikamente, Patientenbefragung
chronische Erkrankungen	Diabetes*, Asthma*, COPD*, Brustkrebs*, Hypertonie, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz*, KHK*, ADHS, Depression, Demenz, Epilepsie, Rückenschmerz, Arthrose, Rheuma, AIDS/HIV, Harninkontinenz, Schwerhörigkeit * DMP Indikatoren

Das gesamte AQUIK-Qualitätsindikatorenset liegt auf der Homepage der KBV zum Download bereit:
<http://www.kbv.de/aquik.html>

Projektziele

- Erprobung und Etablierung eines ersten validen und transparenten Satzes von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung
- Erweiterung des Portfolios der Qualitätsinstrumente der KBV stärker in Richtung Messung von Versorgungsauscomes (Ergebnisqualität)
- Prüfung der Einsatzmöglichkeiten von Qualitätsindikatoren zur Qualitätsförderung und -darstellung sowie zur Vergütungskoppelung
- Expertise der KBV/KVen in der systematischen Entwicklung, Anwendung und Nutzung von Qualitätsindikatoren im System der vertragsärztlichen Versorgung

Projektphasen

Methodikphase	Entwicklung der Methodik unter Einbeziehung nationaler, US-amerikanischer und europäischer Expertise
Sammelphase	Entwicklung der Methodik unter Einbeziehung nationaler, US-amerikanischer und europäischer Expertise
Auswahlphase	Bewertung und Auswahl der Qualitätsindikatoren, Prüfung der Übertragbarkeit auf den deutschen Kontext und Konsentieren eines ersten Indikatorensets
Testphase	Machbarkeitsanalyse der Indikatoren in Fokuspraxen
Vergütungskoppelung	Prüfung der Voraussetzung und Möglichkeiten des Einsatzes von Indikatoren für eine qualitätsorientierte Vergütung
Unterstützungsphase	Begleitung des Projektes durch IT-Maßnahmen

Machbarkeitsanalyse

Einer der wichtigsten Schritte des Projektes war der Indikatoren-Test auf Machbarkeit in Praxen niedergelassener Ärzte. Dazu sind zehn Kernfragen erarbeitet worden:

Filterfrage

1. Trifft dieser Indikator für Ihre Praxis zu?

Score A:

2. Werden die Informationen für Zähler/Nenner zusätzlich erhoben und dokumentiert?
3. Werden die Informationen handschriftlich oder rechnergestützt dokumentiert?

Score B:

4. Können Sie die Informationen für die Zähler mit einer statistischen Abfragefunktion aus Ihrer Praxisverwaltungssoftware (PVS) abrufen?
5. Können Sie die Information für den Nenner mit einer statistischen Abfragefunktion aus Ihrer PVS abrufen?
6. Halten Sie den Zeitaufwand unter den jetzigen Praxisbedingungen für zumutbar?

Score C:

7. Halten Sie die Bewertung der Versorgungsqualität des Indikators für aussagekräftig?
8. Wie schätzen Sie die Zuverlässigkeit der Erhebung zu diesem Indikator ein?
9. Würden Sie es akzeptieren, wenn ein Aspekt der Versorgungsqualität einer Praxis in Ihrem Fachgebiet mit diesem Indikator beurteilt würde?

Im Ergebnis zeigt sich, dass die für eine Qualitätsbewertung mittels der AQUIK-Indikatoren notwendigen Daten zwar routinemäßig erhoben werden, meistens jedoch nicht automatisch abrufbar sind. Dafür ist es erforderlich, eine IT-Unterstützung zu entwickeln und zu implementieren.

Ausblick

Für die Nutzung der Indikatoren des AQUIK-Sets in der vertragsärztlichen Versorgung stehen aktuell die nachfolgend dargestellten Anwendungsgebiete im Fokus der Überlegungen der KBV:

- Abbildung von Versorgungsqualität (statistische Erhebungen, Qualitätsberichte und Qualitätszirkel)
- Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements (Feedbackberichte und Benchmarking)
- Einbindung in ergänzende Verträge/Vertragsformen
- Qualitätszuschläge im EBM
 - P4T – Pay for Transparency (Vergütung der Darstellung von Versorgungsqualität)
 - P4P – Pay for Performance (Qualitätsorientierte Vergütung)
 - P4O – Pay for Outcome (Ergebnisorientierte Vergütung)

In Abhängigkeit vom Anwendungsgebiet kann der Einsatz von Qualitätsindikatoren verbindlich oder auf freiwilliger Basis gestaltet werden.

7 Service

Gesetzliche Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung

Berufsrecht	Staatliche Normen	KV-Normen
Weiterbildungsordnung Leitlinien der BÄK u. a.	Röntgenverordnung Infektionsschutzgesetz Medizinprodukte-Gesetz Medizinprodukte-Betriebsverordnung u. a.	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vertragliche Normen Richtlinien der KBV Richtlinien der KVen u. a.

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 und Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztikammern und Kassenärztliche Vereinigungen).

Der Vertragsarzt muss in seiner Tätigkeit die Richtlinien und Vorgaben aller drei Akteure beachten. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass die KVen nicht sämtliche den Vertragsarzt betreffenden Qualitätsnormen vorgeben beziehungsweise deren Einhaltung überwachen, sondern nur die spezifischen 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, Gerätesicherheitsverordnung, Infektionsschutzgesetz)
- das Berufsrecht (zum Beispiel Berufsordnung, Weiterbildungsordnung)

Die wichtigsten Paragraphen des SGB V in diesem Kontext sind:

§ 25 Gesundheitsuntersuchungen

Früherkennungsleistungen, Festlegung unter Qualitätsgesichtspunkten von Mindestfrequenzen, bedarfsgerechte Festlegung von Planungsräumen (Qualifikation und räumliche Zuordnung)

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung, Verpflichtung zur Qualitätssicherung

§ 73a Strukturverträge

Vereinbarung von besonderen Vergütungs- und Versorgungsstrukturen

§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung

Vereinbarungen über eine besondere hausärztliche Versorgung

§ 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung

Selektivverträge

§ 75 Abs. 7 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

§ 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung

Verpflichtung der Ärzte und Psychotherapeuten zur regelmäßigen Fortbildung

§ 115b Ambulantes Operieren

Definition von Qualitätsanforderungen, Vereinbarung von Abschlägen bei mangelnder Qualität

§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Definition von Strukturanforderungen (Abs. 2);
Definition von sogenannten Kernleistungen (Abs. 1)

§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung;
Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung

§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Abs. 1 – Qualitätsberichte der KVen
Abs. 2 – Qualitätsprüfungsrichtlinien, Stichprobenprüfungen im Einzelfall
Abs. 4 – Richtlinien der KVen zu Qualitätssicherungs-Programmen etc.

§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

Anforderungen an einrichtungsinterne Qualitätsmanagementsysteme
Sektorenübergreifende Kriterien für diagnostische und therapeutische Leistungen

§ 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

Institutsbildung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Beobachtung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung
Regelmäßige Berichte

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

DMP; Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP, einschließlich Qualitätssicherung

§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

HTA (Health Technology Assessment);
Bewertung evidenzbasierter Leitlinien;
Empfehlung zu DMP;
Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln;
Bürgerinformationen

Ansprechpartner in der KV Berlin: Abteilung Qualitätssicherung (QS)

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

Die Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung sind:

- Prüfung der Einhaltung gesetzlicher und vertraglicher Regelungen, hierzu gehören u. a.:
 - Erteilung von Genehmigungen
 - Umsetzung neuer Richtlinien und Vereinbarungen
 - Überprüfung der Qualität der erbrachten Leistungen durch Stichproben
 - Überprüfung von Fortbildungsnachweisen
 - Unterstützung bei der Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements
- Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommission
- Betreuung von Qualitätszirkeln (inklusive Fortbildung der Tutoren und Moderatoren)
- Information und Beratung der Mitglieder in Fragen der Qualitätssicherung
- Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. KVen, KBV, Ärztekammer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin der KBV und BÄK).

In der KV Berlin sind sämtliche Aufgaben rund um die Qualität auf einem Standort konzentriert. In der Abteilung Qualitätssicherung sind 36 Mitarbeiter für die Sicherung der Qualität zuständig. Dadurch wird für die Mitglieder gut erreichbare Versorgung, Beratung und Unterstützung gewährleistet.

Kontakt

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin
Telefon: 030/ 31003 - 999
E-Mail: service-center@kvberlin.de
Internet: www.kvberlin.de

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Redaktion: Andrea Witham, Katrin Beck
Bettina Friedenberg (V.i.S.d.P.)

Copyright: Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Berlin, im Dezember 2010

Titelbild: istockphoto.com

Gestaltung Titel, Vorwort:
Artisan (kontakt@artisan-berlin.de)