

# Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung

## Qualitätsbericht 2012 der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin Langfassung für das Berichtsjahr 2011



## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung</b>	<b>3</b>
Wie kann Qualität gemessen werden?.....	3
Strukturqualität – Prozessqualität – Ergebnisqualität .....	4
<b>2. Qualitätssicherungsbereiche</b>	<b>6</b>
<b>3. Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse</b>	<b>9</b>
Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen.....	9
Eingangsprüfung.....	10
Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben gemäß § 136 Abs. 2 SGB V .....	11
Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben gemäß § 135 Abs. 2 SGB V .....	15
Regelmäßige Dokumentationsprüfungen .....	15
Rezertifizierung.....	17
Rückmeldesysteme.....	18
Frequenzregelungen.....	20
Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen .....	24
Pflicht zur Fort- und Weiterbildung .....	25
Qualitätszirkel .....	26
Fallkonferenzen .....	26
Kolloquium/Beratung.....	27
Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	28
<b>4. Qualitätssicherungskommissionen</b>	<b>31</b>
<b>5. Projektarbeit der KV Berlin</b>	<b>32</b>
Beteiligung am Kompetenzzentrum „Hygiene und Medizinprodukte“ .....	32
Mitarbeit am Kompetenzzentrum „Patientensicherheit“ .....	33
Ziele für Qualitätsförderungsmaßnahmen zum Thema „Depression“ .....	34
<b>6. Regionale Versorgungsschwerpunkte der KV Berlin</b>	<b>38</b>
Einführung einer Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Akupunktur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule .....	38
Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung .....	39
Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie.....	40
Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus (Fortsetzung).....	40
Verbesserte Versorgung von Patienten mit akuten und chronischen Rückenschmerzen .....	41
Erweiterung des Versorgungsangebots mit klassischer Homöopathie ...	42
Verbesserung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.....	42
<b>7. Service</b>	<b>43</b>
Ansprechpartner und Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung .....	43
Arzt- und Psychotherapeutensuche der KV Berlin im Internet.....	44



## 1. Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Sicherung und Verbesserung der ambulanten 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.

Der Begriff Qualität wird von jedem Patienten unterschiedlich definiert – die Qualität subjektiv wahrgenommen. Gerade wenn man krank ist, möchte man sich in den besten Händen wissen. Doch bei welchem Arzt ist man in den besten Händen? Die meisten Patienten entscheiden sich auf der Grundlage persönlicher Empfehlungen oder Tipps für einen Arzt.

Immer deutlicher wird das starke Bedürfnis der Patienten und Verbraucher nach verlässlichen Informationen, die eine Entscheidung wirklich unterstützen. Arztbewertungsportale sind kaum in der Lage, ihrem Nutzerkreis objektive Hilfestellungen zur Identifikation einer guten Praxis zu geben. Sie liefern lediglich subjektive Einschätzungen der Patienten zu einzelnen Aspekten der Versorgung und Betreuung durch den Arzt bzw. das Praxispersonal, können aber nicht die medizinische Fachkompetenz der bewerteten Ärzte abbilden. Daher besteht eine Nachfrage nach vergleichbaren und einheitlichen Kriterien, die Rückschlüsse auf die medizinische Kompetenz des Arztes und die Qualität der Behandlung zulassen. Diese sind in Vereinbarungen, Regelungen und Richtlinien festgelegt.

Der KV Berlin kommt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle zu. Sie kontrolliert durch ihre Abteilung „Qualitätssicherung“ nicht nur, dass der Patient die von ihm zu beanspruchende medizinische Qualität auch erhalten hat. Sie unterstützt und fördert zudem auch ihre Mitglieder – also die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten – bei der Gewährleistung der vorgegebenen Qualitätsstandards.

Fortwährend werden die Qualitätsstandards der Behandlungen überprüft und weiterentwickelt. Das ist eine der ureigensten Aufgaben der KV Berlin. Rund zwei Drittel aller Kassenleistungen unterliegen einer zusätzlichen Qualitätssicherung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Die KV Berlin ist somit Garant für die hervorragende ärztliche und therapeutische ambulante Versorgung. Berlin verfügt über ein dichtes, hochspezialisiertes ambulantes Versorgungsnetz wie kaum eine andere Region.

Der Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin stellt jährlich die verschiedenen Maßnahmen mit den entsprechenden Ergebnissen der Bewertungen der Qualität ambulanter Versorgung in Berlin dar. Er liefert somit transparente Informationen über die Qualität der Gesundheitsversorgung, die Rückschlüsse auf die medizinische Kompetenz der Ärzteschaft und auf die Behandlungsqualität ermöglichen.

### Wie kann Qualität gemessen werden?

Alle Leistungserbringer im ambulanten vertragsärztlichen Bereich sind gemäß § 135a SGB V zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität verpflichtet. Da dies ohne Kenntnis der aktuellen Versorgungsqualität unmöglich ist, ergibt sich allein schon daraus die Notwendigkeit einer umfassenden Qualitätsmessung und -bewertung in allen Versorgungssektoren.

Um die Qualität der Leistungserbringung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung messen zu können, ist es erforderlich, die unterschiedlichen Anforderungen genau zu definieren und die tatsächlich erbrachte Qualität möglichst exakt zu bewerten. Grundlage hierfür ist die Einführung von Messgrößen, die auch als Qualitätsindikatoren bezeichnet werden.

Für die Festlegung bestimmter Qualitätsindikatoren oder -standards muss zunächst definiert werden, was Qualität konkret ist. Qualität hat für jeden eine andere Bedeutung. Einige interessiert vielleicht nur das Behandlungsergebnis, andere die gute Ausstattung der Praxis oder nur die fachliche Qualifikation des Arztes.

Der amerikanische Wissenschaftler Avedis DONABEDIAN, Mitbegründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen, hat eine international anerkannte Systematik geschaffen, die im Mai 1993 auf dem 96. Deutschen Ärztetag inhaltlich als Grundlage für die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung übernommen wurde.

Nach DONABEDIAN werden mit Qualitätsindikatoren Strukturen der Versorgung, Versorgungsprozesse und Versorgungsergebnisse beurteilt. Anhand der Ausprägung von Qualitätsindikatoren und einem Vergleich mit Referenzbereichen für gute Qualität kann beurteilt werden, ob die Versorgungsqualität die Güte besitzt, die von ihr erwartet wird. Als Stellgrößen der erreichten und erreichbaren Qualität führen die Indikatoren zur Erkennung von Qualitätsstärken und Qualitätsdefiziten.

Demnach setzt sich die medizinische Qualität aus den folgenden drei Komponenten zusammen: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

## Strukturqualität – Prozessqualität – Ergebnisqualität

### Strukturqualität

Mit Strukturqualität werden die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung insbesondere hinsichtlich der personellen Voraussetzungen, wie beispielsweise die fachliche Qualifikation der Ärzte und der Psychologischen Psychotherapeuten, bezeichnet. Sie umfasst darüber hinaus die Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an die Organisation und Hygiene in der Praxis.

Die jeweiligen fachlichen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen bzw. Anforderungen sind in den entsprechenden Gesetzen, Vereinbarungen und Richtlinien festgelegt. Diese basieren im Wesentlichen auf Erkenntnissen aus der medizinischen Wissenschaft und Forschung insbesondere auf Leitlinien, die aus evidenzbasierten Studien abgeleitet wurden. Aber sie sind ebenso auch Ergebnisse der unterschiedlichen Verhandlungspositionen der Vertragspartner (Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Gemeinsamer Bundesausschuss).

Sie bestimmen beispielsweise, welche fachliche Qualifikation und Erfahrung ein Arzt sowie ggf. sein Praxisteam besitzen müssen, um bestimmte genehmigungspflichtige Leistungen erbringen zu dürfen. Ferner regeln sie, welche räumliche Ausstattung in der Praxis gegeben sein muss, damit beispielsweise die Mindestanforderungen an die Hygienestandards in Operationsräumen gewährleistet sind. Vorgaben zur Sachausstattung regeln, welchen technischen Stand und welches Alter eingesetzte Geräte zum Beispiel in der Radiologie oder in der Ultraschalldiagnostik haben müssen bzw. dürfen. Falls erforderlich, kann durch Praxisbegehungen kontrolliert werden, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den Anforderungen genügt und Hygienestandards eingehalten werden.

Die Strukturqualität bezieht sich also vor allem auf exakt erfassbare organisationsinterne Sachverhalte und ist eine wichtige Grundvoraussetzung für gute Behandlungsergebnisse – garantiert diese jedoch nicht automatisch.

### Prozessqualität

Die Qualität der diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufs in der Praxis wird als Prozessqualität bezeichnet. Dazu gehören unter anderem die Anamneseerhebung, die ärztliche Dokumentation sowie die Beachtung von empfohlenen Behandlungspfaden und Vorgaben zur Indikationsstellung.

Die Prozessqualität ist jeweils im Einzelfall zu überprüfen. Dies geschieht in der Regel im Rahmen von Stichproben, deren Verfahren und Beurteilungskriterien leistungsspezifisch ebenfalls in Richtlinien geregelt sind. Durch den Vergleich von bestimmten Kriterien mit entsprechenden Standards oder Durchschnittswerten kann auf die (gute oder schlechte) Qualität eines Leistungsprozesses geschlossen werden. Ein Urteil über die Prozessqualität ist oft schwieriger als die Bewertung der Strukturqualität, bei der Zeugnisse, Qualifikationsnachweise und Gewährleistungserklärungen zur apparativen Ausstattung ein klares Urteil erlauben.

## Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität umfasst die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses, also inwieweit die Leistungsziele tatsächlich erreicht wurden. Sie kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie beispielsweise an der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Heilung von Erkrankungen, der Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden. Zur umfassenden Bewertung der Ergebnisqualität helfen Auswertungs- und Evaluationsverfahren anhand von Daten der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

## Zusammenfassung

Der größte Teil aller Qualitätsprüfungen betrifft die Strukturqualität der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, denn hier sind geeignete Prüfparameter verhältnismäßig einfach zu bestimmen. Aber auch die prozess- und ergebnisorientierten Verfahren werden stufenweise integriert. Diagnostische Prozeduren werden regelmäßig überprüft, der hygienische Zustand von Koloskopien kontrolliert (Prozessqualität) oder Röntgenbilder (Ergebnisqualität) von unabhängigen Fachleuten beurteilt.

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.

Sehr schwierig ist es, Indikatoren für therapeutisches Vorgehen zu ermitteln, die einen Rückschluss auf die Qualität der erbrachten Leistung zulassen, denn das grundsätzlich gewünschte Therapieziel – ein verbesserter Gesundheitszustand – ist 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 von Qualitätszirkeln (Prozessqualität) durch die KV Berlin gefördert.

Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stehen also in einem engen wechselseitigen Beziehungsgeflecht.

Die folgende Abbildung stellt die im Wesentlichen von der KV Berlin eingesetzten Qualitätssicherungsinstrumente dar – differenziert nach den drei Dimensionen von Qualität. Diese werden im Einzelnen in dem Kapitel 3 „Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse“ mit den jeweiligen Prüfergebnissen genauer vorgestellt.

<b>Strukturqualität</b>
bei Genehmigungserteilung:
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes</li> <li>➤ Eingangsprüfungen</li> <li>➤ Prüfung apparativer und räumlicher Vorgaben</li> <li>➤ Prüfung organisatorischer Voraussetzungen zum Genehmigungserhalt</li> <li>➤ Prüfung vorgegebener Frequenzen</li> <li>➤ Nachweis von Fortbildungen</li> <li>➤ Rezertifizierungen</li> </ul>
<b>Prozessqualität</b>
zum Genehmigungserhalt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einzelfallprüfungen durch Stichproben</li> <li>➤ Dokumentationsprüfungen</li> <li>➤ Präparateprüfungen</li> <li>➤ Hygieneprüfungen</li> <li>➤ Qualitätsmanagement</li> </ul>
<b>Ergebnisqualität</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Benchmarkberichte</li> <li>➤ Rückmeldesysteme</li> <li>➤ Jahresstatistiken (z. B. bei Dialyse)</li> </ul>

 **2. Qualitätssicherungsbereiche**

In der KV Berlin gibt es derzeit insgesamt 74 Qualitätssicherungsbereiche. Davon sind in 57 Bereichen die Qualitätsanforderungen durch bundeseinheitliche Normen definiert. In bisher 17 Bereichen hat die KV Berlin regionale Maßnahmen zur Förderung der Qualität vereinbart. Der hiermit verbundene Verwaltungsaufwand zeigt sich zum Beispiel in der Vielzahl der bearbeiteten Genehmigungen, die in der Hauptsache durch die 445 neuen Genehmigungen im Rahmen der Ultraschall-Vereinbarung vom 31.10.2008 in der derzeit gültigen Fassung bedingt sind.

Qualitätssicherungsbereiche (Stand 31.12.2011)	Anzahl der Ärzte / Psycho- therapeuten mit Genehmigungen	Anzahl der neu erteilten Genehmigungen	Anzahl der Ablehnungen	Anzahl der Widerrufe	Anzahl der Rück- gaben / Beendi- gungen von Ge- nehmigungen
<b>Bundeseinheitliche Vereinbarungen</b>					
Akupunktur	534	27	1	0	15
Ambulantes Operieren	1.341	16	1	0	31
Anästhesien	138	11	0	0	1
Apheresen	20	2	0	0	0
Arthroskopie	207	16	0	0	2
Balneophototherapie	19	5	0	0	1
Dialyse	110	28	0	0	2
Erweitertes Neugeborenen-Screening	1	0	0	0	0
Hautkrebs-Screening	1.508	83	0	0	78
Herzschrittmacherkontrolle	96	9	1	0	5
Histopathologie Hautkrebs-Screening	38	5	0	0	11
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	60	1	0	0	5
Interventionelle Radiologie	11	0	0	0	0
Invasive Kardiologie	28	2	0	0	0
Koloskopie	79	8	0	1	3
Künstliche Befruchtung (Beratung des Ehepaares)	189	22	0	0	17
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination ohne Stimulation)	111	17	0	0	12
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination mit Stimulation)	31	6	0	0	5
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI)	26	6	0	0	5
Laboratoriumsuntersuchungen	952	32	29	0	39
Langzeit-EKG	1.805	76	0	0	7
Magnetresonanz-Angiographie	107	19	4	0	9
Magnetresonanztomographie (allgemein)	156	29	3	0	16
Magnetresonanztomographie der Mamma	8	1	1	0	2
Mammographie (kurativ)	114	16	9	3	14
Mammographie-Screening	54	5	0	0	6
Medizinische Rehabilitation	994	130	2	0	24
Onkologie	244	29	11	7	23
Otoakustische Emissionen	203	20	0	0	12
Photodynamische Therapie	19	0	0	0	0
Phototherapeutische Keratektomie	5	0	0	0	0
Psychotherapie (psychosomatische Grundversorgung)	3.798	282	5	162	108
Psychotherapie (übende und suggestive Techniken)	1.820	64	5	38	55
Psychotherapie (mit mindestens einem Richtlinienverfahren)	2.468	167	10	134	60
Röntgendiagnostik (konventionelle)	781	87	5	0	75
Computertomographie	234	29	1	0	20

Qualitätssicherungsbereiche (Stand 31.12.2011)	Anzahl der Ärzte / Psycho- therapeuten mit Genehmi- gungen	Anzahl der neu erteilten Genehmi- gungen	Anzahl der Ablehnungen	Anzahl der Widerrufe	Anzahl der Rück- gaben / Beendi- gungen von Ge- nehmigungen
<b>Bundeseinheitliche Vereinbarungen</b>					
Nuklearmedizin	74	4	0	0	16
Osteodensitometrie	68	5	1	0	10
Strahlentherapie	41	8	0	0	12
Schlafbezogene Atmungsstörungen	101	9	1	0	1
Schmerztherapie	56	15	2	0	1
Sozialpsychiatrie	40	6	0	2	2
Soziotherapie	168	9	0	7	0
Stoßwellenlithotripsie	29	0	0	0	1
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	179	9	0	6	1
Ultraschall	3.012	445	85	0	359
Ultraschall der Säuglingshüfte	192	23	2	16	18
Vakuumbiopsie der Brust	16	5	0	0	7
Zytologie	57	2	1	0	4
<b>EBM-Regelungen</b>					
Audiometrie	546	39	0	0	43
Diabetischer Fuß	369	39	0	0	21
Empfängnisregelung	879	1	0	0	1
Orientierende entwicklungsneuro- logische Untersuchung	91	1	0	0	0
Funktionsstörung der Hand	157	11	1	1	14
Krebsfrüherkennung	655	56	0	0	7
Neurophysiologische Übungsbehandlung	916	13	2	0	12
Physikalische Therapie	1.776	2	0	0	36
<b>Regionale Vereinbarungen</b>					
Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus	20	20	0	0	0
Früherkennungsuntersuchungen Kinder- und Jugendmedizin (TK)	399	6	2	0	0
Früherkennungsuntersuchungen Kinder- und Jugendmedizin (Knappschaft)	425	9	27	0	1
DMP Asthma bronchiale	1.294	147	1	7	14
DMP COPD	1.267	150	0	5	12
DMP Diabetes mellitus Typ 1	210	52	1	0	35
DMP Diabetes mellitus Typ 2	1.841	123	0	10	105
DMP KHK	1.831	119	0	8	94
Gestationsdiabetes	86	9	0	0	12
Hausarztverträge (BIG direkt gesund)	208	4	0	4	64
Hausarztverträge (BKK)	573	5	0	0	20
Hausarztverträge (Knappschaft)	96	3	0	0	3
Hausarztverträge (IKK Hamburg)	52	2	0	0	3
Hautkrebs-Screening (BIG direkt gesund)	174	10	0	0	9
Hautkrebs-Screening (TK)	191	15	0	0	15
Homöopathie	123	27	0	0	4
Katheter-Vereinbarung	154	3	0	0	2
Onkologie-Fördervertrag	102	102	0	0	0
Rheumatologie-Vereinbarung	160	20	0	0	23
Rückenschmerzversorgungsmodell (KKH Allianz) - chronisch	31	42	0	0	2
Rückenschmerzversorgungsmodell (KKH Allianz) - akut	553	27	0	1	25
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	84	13	0	0	9
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (PbeaKK)	80	89	0	0	9
Tonsillotomie	8	8	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>37.693</b>	<b>2.957</b>	<b>214</b>	<b>412</b>	<b>1.690</b>

**Anzahl der Ärzte mit Genehmigung je Fachbereich (Stand 31.12.2011)**

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.

VERFAHREN	ANZAHL ÄRZTE
Erweitertes Neugeborenen-Screening	1
Phototherapeutische Keratektomie	5
Magnetresonanz-Tomographie der Mamma	8
Interventionelle Radiologie	11
Vakuumbiopsie der Brust	16
Balneophototherapie	19
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	19
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	20
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI)	26
Invasive Kardiologie	28
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	29
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination mit Stimulation)	31
Histopathologie beim Hautkrebs-Screening	38
Sozialpsychiatrie	40
Strahlentherapie	41
Mammographie-Screening	54
Schmerztherapie	56
Zytologische Untersuchungen v. Abstrichen d. Zervix Uteri	57
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	60
Osteodensitometrie	68
Nuklearmedizin	74
Koloskopie	79
Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	91
Herzschrittmacher-Kontrolle	96
Schlafbezogene Atmungsstörungen	101
Magnetresonanz-Angiographie	107
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	110
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination ohne Stimulation)	111
Mammographie (kurativ)	114
Anästhesien	138
Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)	156
Funktionsstörung der Hand	157
Soziotherapie	168
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	179
Künstliche Befruchtung (Beratung des Ehepaares)	189
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	199
Otoakustische Emissionen	203
Arthroskopie	207
Computertomographie	234
Onkologie	244
Diabetischer Fuß	369
Akupunktur	534
Audiometrie	546
Krebsfrüherkennung bei der Frau	655
Röntgendiagnostik (konventionelle)	781
Empfängnisregelung	879
Langzeit-EKG-Untersuchungen	899
Neurophysiologische Übungsbehandlung	916
Laboratoriumsuntersuchungen	952
Medizinische Rehabilitation	994
Hautkrebs-Screening	1.508
Physikalische Therapie	1.776
Psychotherapie (übende und suggestive Techniken)	1.820
Psychotherapie (mit mind. einem Richtlinienverfahren)	2.468
Ambulantes Operieren	2.543
Ultraschalldiagnostik	3.012
Psychotherapie (psychosomatische Grundversorgung)	3.798





### 3. Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse

#### Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen

Um bestimmte medizinische Leistungen, die einer besonderen Qualitätssicherung unterliegen, als Vertragsarzt/-psychotherapeut durchführen und abrechnen zu können, ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin erforderlich. Hierfür müssen die Vertragsärzte/-psychotherapeuten einen Antrag auf Abrechnungsgenehmigung bei der KV Berlin stellen.

Ist der Antrag bei der KV Berlin eingegangen, erfolgt die Überprüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen des Antragstellers. Diese umfasst die Bewertung der fachlichen Befähigung des Arztes bzw. Psychologischen Psychotherapeuten sowie der ggf. erforderlichen apparativen, räumlichen und/oder organisatorischen Voraussetzungen. Kann der Antragsteller die Nachweise für die je nach Art der medizinischen Leistungen unterschiedlichen Akkreditierungsvoraussetzungen nachweisen, erteilt ihm die KV Berlin eine Abrechnungsgenehmigung. Erst jetzt darf der Vertragsarzt/-psychotherapeut die beantragte Leistung erbringen und abrechnen.

Der Rahmen des Genehmigungsverfahrens ist in den einzelnen Qualitätssicherungsbereichen geregelt. Insgesamt betrachtet ergibt sich ein weitgehend einheitliches Schema, das zum Teil durch Richtlinien, Vereinbarungen und Vorgaben jeder Kassenärztlichen Vereinigung unterschiedlich konkretisiert und präzisiert worden ist.

Aber auch nach der Erteilung einer Genehmigung erfolgt bei sehr vielen ambulanten Leistungen (z. B. Koloskopie, Schmerztherapie) eine Qualitätsprüfung. So werden Praxisbegehungen, Hygienekontrollen oder stichprobenartige Prüfungen der Untersuchungsergebnisse durchgeführt.

Die folgende Abbildung stellt den schematischen Ablauf eines Genehmigungsverfahrens dar:



### Berliner Ergebnisse zu den Genehmigungsverfahren

Im **Berichtsjahr 2011** wurden 2.957 Genehmigungsbescheide erteilt. 214 Anträge mussten aufgrund der Nichterfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen abgelehnt werden.

Das heißt: Im Berichtsjahr konnten von den insgesamt 3.171 Anträgen insgesamt **93 Prozent positiv** beschieden werden. Lediglich 7 Prozent der Anträge mussten abgelehnt werden, weil der Antragsteller die Voraussetzungen zur Leistungserbringung nicht erfüllt hat. So mussten z. B. Genehmigungen zur Abrechnung und Durchführung der Ultraschalldiagnostik verwehrt werden, weil die fachlichen Anforderungen nicht nachgewiesen wurden oder die erforderlichen Geräte nicht zur Verfügung standen.

## 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.

### Eingangsprüfung kurative Mammographie

Ärzte, die eine Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie beantragen, erhalten diese nur dann, wenn sie die geforderte Anzahl von Mammographieaufnahmen zutreffend beurteilt haben. Die zu beurteilenden Mammographieaufnahmen werden den Ärzten in Form einer Fallsammlung vorgelegt, die bestimmten Anforderungen gerecht werden muss. Eine Fallsammlung besteht aus 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen).

Die Teilnahme an der Beurteilung war erfolgreich, wenn die Sensitivität und die Spezifität jeweils mindestens 90 % betragen hat. War die Teilnahme an der Beurteilung nicht erfolgreich, kann der Antrag auf eine erneute Teilnahme frühestens nach 3 Monaten an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gerichtet werden. Hat ein Arzt dreimal nicht erfolgreich an der Beurteilung teilgenommen, entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung über die Voraussetzungen zur erneuten Teilnahme.

### Berliner Ergebnisse zum Leistungsbereich „Kurative Mammographie“

Im **Berichtsjahr 2011** wurden 14 Ärzte hinsichtlich der Beurteilung von Mammographieaufnahmen (Fallsammlungen) im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß Abschnitt C der Mammographie-Vereinbarung überprüft. Insgesamt 8 Ärzte haben die Mammographieaufnahmen bereits bei der Erstprüfung und 5 weitere Ärzte bei den Wiederholungsprüfungen zutreffend beurteilt. In der Gesamtschau überzeugten damit **93 Prozent** der überprüften Ärzte bei der Beurteilung von Mammographieaufnahmen und haben demzufolge eine Abrechnungsgenehmigung für die kurative Mammographie erhalten.

### Eingangsprüfung Zervix-Zytologie

Für den Erhalt einer Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri müssen die Ärzte innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung auf Genehmigung an einer Präparateprüfung nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie erfolgreich teilnehmen. Der teilnehmende Arzt erhält zu Beginn der Prüfung einen von der Qualitätssicherungskommission zusammengestellten Präparatekasten, der 20 zytologische Präparate aus der Routinediagnostik in unterschiedlicher Zusammensetzung enthält, die am Mikroskop zu befunden sind. Hierfür stehen dem Prüfungsteilnehmer maximal vier Stunden zur Verfügung.

Die Prüfung ist bestanden, wenn aufgrund der Auswertung des Befundbogens durch die Qualitätssicherungskommission keine falsch-negativen Befunde und nicht mehr als eine falsch-positive Befundung erfolgt ist. Von der Gesamtzahl der positiven Präparate müssen 50 % oder mehr eindeutig der zutreffenden Gruppe zugeordnet werden. Eine Teilnahme an einer erneuten Prüfung ist frühestens 3 Monate nach der vorausgegangenen Prüfung möglich.

Berliner Ergebnisse zum Leistungsbereich „Zervix-Zytologie“

Im **Berichtsjahr 2011** haben zwei Ärzte an einer Präparateprüfung teilgenommen. Von diesen zwei Ärzten hat einer die Prüfung bestanden und eine Abrechnungsgenehmigung für die zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri von der KV Berlin erhalten.

## Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben gemäß § 136 Abs. 2 SGB V

Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt bereits seit 1989 die Überprüfung der Behandlungsqualität von Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Das betrifft *bundesweit* die folgenden Leistungsbereiche:

- Computertomographie
- Magnetresonanz-Angiographie
- Magnetresonanz-Tomographie
- Röntgendiagnostik

Im Rahmen der Stichprobenprüfungen werden in enger Zusammenarbeit mit den entsprechenden zuständigen Kommissionen die schriftlichen und bildlichen Patientendokumentationen von jährlich jeweils mindestens 4 Prozent der per Zufallsprinzip ausgewählten Ärzte überprüft.

Werden bei diesen Qualitätsprüfungen erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt, können Ärzte neben den zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen auch im Rahmen von kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen überprüft werden.

Neben diesen bundesweit verbindlich vorgeschriebenen Stichprobenprüfungen hat die KV Berlin noch *regional* besondere Schwerpunkte gesetzt, indem sie auf der Grundlage eigener Kriterien zur Qualitätsbeurteilung anhand der vorgelegten Patientendokumentationen überprüft:

- Ambulantes Operieren
- Arthroskopie
- Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen
- Langzeit-Elektrokardiographische Untersuchungen
- Substitutionsgestützte Behandlungen Opiatabhängiger

Allgemeine Berliner Ergebnisse der Stichprobenprüfungen gemäß § 136 Abs. 2 SGB V

Im **Berichtsjahr 2011** wurden 196 Vertragsärzte im Rahmen von zufallsgesteuerten und kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen auf der Grundlage der Dokumentationen zu jeweils 12 Patienten geprüft. Damit hat die KV Berlin stichprobenhaft die Behandlungsqualität von 2.352 gesetzlich krankenversicherten Patienten überprüft und beurteilt.

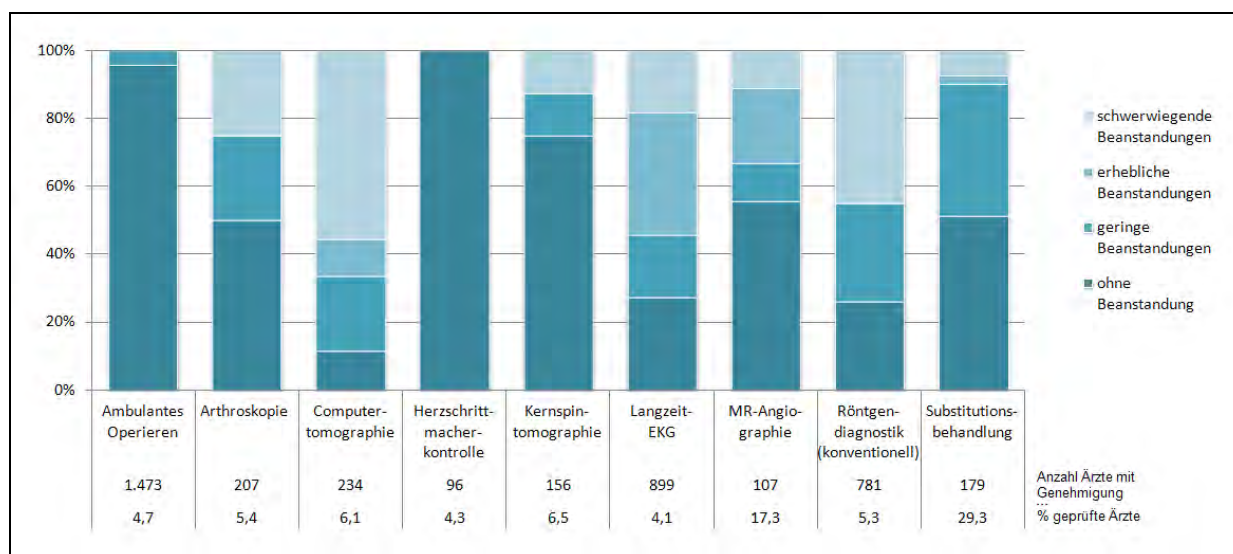
Insgesamt haben **über 70 Prozent** der geprüften Berliner Ärzte **sehr gute bis gute Ergebnisse** hinsichtlich der Qualität der erstellten Patientendokumentationen erzielt. Bei der Feststellung von Beanstandungen wurden schriftliche Empfehlungen bzw. Verpflichtungen zur Beseitigung von Mängeln erteilt, Ärzte zu Beratungsgesprächen aufgefordert, Honorarrückforderungen für die mangelbehaftete Leistungserbringung sowie Durchführung von erneuten Qualitätsprüfungen veranlasst. In nur einem Fall wurde die Abrechnungsgenehmigung aufgrund der beanstandeten Mängel widerrufen, da von einer erheblichen Gefährdung von Leben und Gesundheit des Patienten ausgegangen werden musste.

Leistungsbereiche	Anzahl der Ärzte für den Prüfumfang	Anzahl geprüfter Ärzte in 2011		Anzahl von Beanstandungen an der Qualität der Patientendokumentationen	
		bei zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen	bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen	keine und geringe Beanstandungen	erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen
Ambulantes Operieren	1.036	48	0	48	0
Arthroskopie	148	8	0	6	2
Computertomographie	147	9	1	4	6
Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen	70	3	0	3	0
Langzeit-EKG	543	22	4	12	14
Magnetresonanztomographie	52	9	0	6	3
Magnetresonanztomographie	124	8	0	7	1
Röntgendiagnostik	582	31	11	19	23
Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	140	41	1	37	5

In den Bereichen ambulantes Operieren, Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen, Kernspintomographie sowie Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger wurde eine besonders gute Qualität erzielt. Dahingegen werden in den Bereichen Röntgendiagnostik und Computertomographie Defizite sichtbar, die im Allgemeinen überwiegend von Teilgebietsradiologen wie beispielsweise Orthopäden und Chirurgen ausgehen.

Die KV Berlin wirkt diesen Qualitätsmängeln gezielt entgegen, indem sie vermehrt Beratungen und kollegiale Fachgespräche durchführt sowie Aufforderungen zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz erteilt. Ferner plant die KV Berlin in Zusammenarbeit mit der Qualitätssicherungskommission Radiologie eine Servicebroschüre zu entwickeln, die sich speziell auf die Skelettradiologie bezieht. Die Broschüre soll dazu dienen, häufig gemachte Fehler zu vermeiden, indem mit Hilfe von Bildern detailliert erläutert wird, wie es richtig gemacht wird. Den Ärzten wird die Broschüre zusammen mit ihrem Ergebnisbescheid der Stichprobenprüfung als qualitätsverbessernde Maßnahme übermittelt.

### Berliner Ergebnisse der Stichprobenprüfungen gemäß § 136 Abs. 2 SGB V



Die einzelnen Ergebnisse der Überprüfungen der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben zu den oben aufgeführten Leistungsbereichen werden im Folgenden ausführlich dargestellt.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Ambulantes Operieren“

Im **Berichtsjahr 2011** hat die KV Berlin von 1.031 abrechnenden Ärzten insgesamt 48 Ärzte (4,7 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, um die im Rahmen des ambulanten Operierens erstellten Patientendokumentationen auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit zu überprüfen. Bei 46 Ärzten gab es keine Beanstandungen zu verzeichnen. Den beiden Ärzten mit geringen Beanstandungen wurden schriftliche Empfehlungen/Verpflichtungen zur Beseitigung der Mängel erteilt. Demnach haben alle geprüften Ärzte, also **100 Prozent**, sehr gute bis gute Ergebnisse bei der Überprüfung erzielt.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Arthroskopie“

Gemäß der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie (Inkrafttreten: 3.3.2010) sind für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie mindestens 10 Prozent, also jährlich mindestens 5 Prozent, der abrechnenden Ärzte durch die KV Berlin zu überprüfen.

Im **Berichtsjahr 2011** wurden 8 der 148 abrechnenden Ärzte (5,4 Prozent) von der KV Berlin im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen überprüft. Hierbei konnten **75 Prozent** der Ärzte mit sehr guten bis guten Ergebnissen bei ihrer Patientendokumentation überzeugen. In zwei Fällen mussten Honorarrückforderungen für die mangelbehafteten Leistungen veranlasst werden.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Computertomographie“

Im **Berichtsjahr 2011** wurden 9 der 147 abrechnenden Ärzte (6,1 Prozent) von der KV Berlin im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen überprüft. Zudem wurde eine kriterienbezogene Überprüfung und zwei Prüfungen als Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 3c der entsprechenden Vereinbarung durchgeführt.

Lediglich 5 Ärzte, also **42 Prozent**, der insgesamt 12 geprüften Ärzte konnten bei der Prüfung mit sehr guten bis guten Ergebnissen bei ihrer Patientendokumentation überzeugen. Von den verbleibenden 7 Ärzten hatte einer erhebliche und 6 Ärzte schwerwiegende Beanstandungen bei ihren Patientendokumentationen vorzuweisen. In diesen Fällen mussten Honorarrückforderungen für die mangelbehafteten Leistungen veranlasst werden. Zudem wurden den Ärzten mit Beanstandungen in den Patientendokumentationen schriftliche Empfehlungen bzw. Verpflichtungen zur Mängelbeseitigung zugeschickt. Bei der Computertomographie sind die Defizite hauptsächlich auf die fehlerhafte Untersuchungsmethodik, die rechtfertigende Indikationsstellung sowie die Interpretation der Befunde zurückzuführen, die überwiegend von den Teilgebetsradiologen wie beispielsweise Orthopäden und Chirurgen ausgehen.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Herzschrittmacher-Kontrolle“

Im **Berichtsjahr 2011** hat die KV Berlin von 70 abrechnenden und prüfbaren Ärzten insgesamt 3 Ärzte (4,3 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und ihre Patientendokumentationen im Rahmen der Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft.

Im Ergebnis konnten **alle Ärzte** Patientendokumentationen ohne Beanstandungen vorweisen.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Langzeit-EKG-Untersuchung“

Im **Berichtsjahr 2011** wurden 22 der 543 abrechnenden und überprüfbaren Ärzte (4,1 Prozent) im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen von der KV Berlin kontrolliert. Zudem wurden vier kriterienbezogene Überprüfungen durchgeführt.

Im Ergebnis konnten 12 Ärzte, das sind **46 Prozent**, der insgesamt 26 geprüften Ärzte sehr gute bis gute Ergebnisse für ihre Patientendokumentationen im Rahmen der Langzeit-Elektrokardiographischen Untersuchungen vorweisen. Von den verbleibenden 14 Ärzten hatten 8 Ärzte erhebliche und immerhin 6 Ärzte schwerwiegende Beanstandungen bei ihren Patientendokumentationen. Für diese 14 Ärzte mussten Honorarrückforderungen für die mangelbehafteten Leistungen veranlasst werden. Zudem wurden den 19 Ärzten mit Beanstandungen in den Patientendokumentationen schriftliche Empfehlungen bzw. Verpflichtungen zur Mängelbeseitigung zugeschickt. Ferner erfolgten ein Beratungsgespräch sowie ein Kolloquium, in dem der Arzt sein fachliches Können erfolgreich nachweisen konnte.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Magnetresonanz-Angiographie“

Im **Berichtsjahr 2011** hat die KV Berlin von 52 abrechnenden Ärzten insgesamt 9 Ärzte (17,3 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und ihre Patientendokumentationen im Rahmen der Magnetresonanz-Angiographie auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft. Zudem wurde eine Prüfung als Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 3c durchgeführt.

Im Ergebnis konnten 7 Ärzte, das sind rund **70 Prozent**, Patientendokumentationen ohne (5 Ärzte) oder mit nur geringen (1 Arzt) Beanstandungen vorweisen. Zwei Ärzte hatten bei ihren Patientendokumentationen erhebliche und ein Arzt schwerwiegende Beanstandungen vorzuweisen. In diesen Fällen mussten die bereits geleisteten Vergütungen zurückgefordert werden. In fünf Fällen wurde eine schriftliche Empfehlung bzw. eine Verpflichtung zur Beseitigung der Mängel erteilt.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Magnetresonanz-Tomographie“

Im **Berichtsjahr 2011** hat die KV Berlin von 124 abrechnenden Ärzten insgesamt 8 Ärzte (6,4 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und ihre Patientendokumentationen im Rahmen der Magnetresonanz-Tomographie auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft.

Im Ergebnis konnten 7 Ärzte, das sind rund **90 Prozent**, Patientendokumentationen ohne (6 Ärzte) oder mit nur geringen (1 Arzt) Beanstandungen vorweisen. Ein Arzt hatte bei seinen Patientendokumentationen schwerwiegende Beanstandungen vorzuweisen, sodass in diesem Fall Honorarrückforderungen für die mangelbehafteten Leistungen veranlasst wurden. Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden zusätzlich zwei schriftliche Empfehlungen bzw. Verpflichtungen zur Mängelbeseitigung an die betreffenden Ärzte übermittelt.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Röntgendiagnostik“

Im **Berichtsjahr 2011** wurden 31 der 582 abrechnenden Ärzte (5,3 Prozent) von der KV Berlin im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen überprüft. Zudem wurden 11 kriterienbezogene Überprüfungen sowie 5 Prüfungen als Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 3c der entsprechenden Vereinbarung durchgeführt.

Insgesamt 23 Ärzte, das sind rund **50 Prozent**, der 47 geprüften Ärzte konnten bei der Prüfung mit sehr guten bis guten Ergebnissen bei ihrer Patientendokumentation überzeugen. Die noch verbleibenden 24 Ärzte hatten alle schwerwiegende Beanstandungen bei ihren Patientendokumentationen vorzuweisen, sodass die bereits geleisteten Vergütungen für diese röntgendiagnostischen Leistungen von ihnen zurückgefordert worden sind. Zudem wurden den Ärzten mit Beanstandungen in den Patientendokumentationen schriftliche Empfehlungen bzw. Verpflichtungen zur Mängelbeseitigung zugeschickt. Die Defizite bei der Röntgendiagnostik sind insbesondere auf qualitative Beanstandungen des Röntgenbildes, Verstöße gegen die Strahlenschutzbestimmungen sowie die fehlerhafte Befundung von Röntgenaufnahmen zurückzuführen.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger“

In Berlin werden die Dokumentationsprüfungen durch Stichproben im Einzelfall gemäß § 9 Abs. 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Anlage 1 Nr. 2) in Verbindung mit den Stichprobenprüfungen gemäß § 136 Abs. 2 SGB V durchgeführt. Demzufolge hat die KV Berlin pro Quartal mindestens 2 Prozent der abgerechneten Behandlungsfälle von jährlich mindestens 4 Prozent der abrechnenden Ärzte im Rahmen einer Zufallsauswahl zu überprüfen.

Im **Berichtsjahr 2011** hat die KV Berlin von 140 abrechnenden Ärzten insgesamt 41 Ärzte (29,3 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und ihre 456 Patientendokumentationen im Rahmen der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft. Zudem wurde eine kriterienbezogene Überprüfung durchgeführt.

Im Ergebnis konnten 37 Ärzte, das sind rund **90 Prozent der geprüften Ärzte**, Patientendokumentationen ohne (21 Ärzte) oder mit nur geringen (16 Ärzte) Beanstandungen vorweisen. Ein Arzt hatte bei seinen Patientendokumentationen erhebliche und 4 Ärzte schwerwiegende Beanstandungen vorzuweisen.

*In diesen fünf Fällen mussten Honorarrückforderungen für die mängelbehafteten Leistungen veranlasst werden. Darüber hinaus haben alle Ärzte mit Beanstandungen schriftliche Empfehlungen bzw. Verpflichtungen zur Mängelbeseitigung von der KV Berlin erhalten.*

*Die Auswertung der insgesamt 456 geprüften Fälle ergab Folgendes: 335 Behandlungsfälle ohne Beanstandungen, 84 Fälle mit geringen Beanstandungen, 16 Fälle mit erheblichen sowie 21 Fälle mit schwerwiegenden Beanstandungen. Insgesamt konnten also bei zirka **92 Prozent der geprüften Fälle** eine sehr gute bis gute Qualität in der Patientendokumentation nachgewiesen werden.*

## Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Im Jahr 2011 wurde für eine vorgeschriebene Stichprobe ausgewählter Ärzte, die berechtigt sind, die Leistungen zur Akupunktur und Magnetresonanz-Angiographie zu erbringen und abzurechnen, Dokumentationsprüfungen auf der Grundlage von Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V von der KV Berlin durchgeführt. Die Auswahl der Ärzte und der zu überprüfenden Behandlungsfälle erfolgt, analog den Überprüfungen gemäß § 136 Abs. 2 SGB V, nach dem Zufallsprinzip. Die Beurteilung der Qualität der medizinischen Leistungserbringung erfolgt auf der Grundlage der schriftlichen und ggf. bildlichen Patientendokumentationen.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Akupunktur“

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur (Inkrafttreten: 01.01.2007) sieht eine jährliche Dokumentationsprüfung bei 5 Prozent der abrechnenden Ärzte durch die KV Berlin vor.

*Im **Berichtsjahr 2011** hat die KV Berlin von 511 die Akupunktur abrechnenden Ärzten 28 (5,5 Prozent) zufallsgesteuert ausgewählt, um die im Rahmen der Akupunkturbehandlung erstellten Patientendokumentationen auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit zu überprüfen. Dazu wurden die Dokumentationen des Therapieplans, der Eingangs- und Verlaufserhebung sowie der Begründung für Ausnahmefälle zu maximal 30 Patienten je überprüften Arzt angefordert. Diese vorgegebenen Dokumentationsinhalte haben **82,1 Prozent** vollständig und nachvollziehbar erfüllt.*

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Magnetresonanz-Angiographie“

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Magnetresonanz-Angiographie (Inkrafttreten: 01.10.2007) sieht ebenfalls eine jährliche Dokumentationsprüfung durch die KV Berlin bei 20 Prozent der abrechnenden Ärzte vor.

*Im **Berichtsjahr 2011** hat die KV Berlin von 52 abrechnenden Ärzten 15 Ärzte (28,9 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, um die Dokumentationen zu zwölf abgerechneten MR-Angiographien auf die Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsganges zur Indikationsstellung zu überprüfen. Dazu wurden die schriftlichen Befundberichte sowie die Original-Schnittbilder der durchgeführten MR-Angiographie angefordert. Die Überprüfung hat ergeben, dass **73,3 Prozent** die individuellen medizinischen Fragestellungen, die eine Indikation zur MR-Angiographie begründen, aus den Beschwerden der Patienten zutreffend abgeleitet und die Durchführung sachgerecht und nachvollziehbar dokumentiert haben.*

## Regelmäßige Dokumentationsprüfungen

Bei den Leistungsbereichen Koloskopie, kurative Mammographie, Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (ab 30.06.2014), Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte sowie bei der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger werden regelmäßige Leistungsüberprüfungen aller zur Durchführung und Abrechnung berechtigten Ärzte durchgeführt. Diese Überprüfungen sind in der besonderen Schwierigkeit sowie in dem hohen Aufwand der o. g. Leistungsbereiche begründet und dienen der

Sicherung und der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität. Im Rahmen dieser regelmäßigen Dokumentationsprüfungen wird der Arzt dahingehend kontrolliert, ob er die bundesweit einheitlich vorgegebenen Qualitätsstandards einhält. Im Folgenden werden die einzelnen Ergebnisse der entsprechenden Leistungsbereiche dargestellt.

## Leistungsbereich „Koloskopie“

Jährlich werden alle Ärzte, die zur Durchführung und Abrechnung von Koloskopien berechtigt sind, von der KV Berlin aufgefordert, zu 20 Patienten die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen der durchgeführten und abgerechneten Koloskopien einzureichen. Bei einer notwendigen Polypektomie muss der Arzt zusätzlich zu fünf Patienten Dokumentationen einreichen. Diese Dokumentationen werden von der Abteilung Qualitätssicherung in Zusammenarbeit mit der zuständigen Kommission überprüft, ob es sich hierbei tatsächlich um totale Koloskopien handelt (Sichtbarkeit des Wurmfortsatzes beim Blinddarm) und ob diese Mängel aufweisen.

Die Qualitätsanforderungen an die bildlichen und schriftlichen Dokumentationen gelten als erfüllt, wenn höchstens zwei der 20 eingereichten Patientendokumentationen zur Koloskopie und keine der fünf Patientendokumentationen zur Polypektomie Mängel aufweisen.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Koloskopie“

*Im Berichtsjahr 2011 wurden die Patientendokumentationen von 65 Ärzten durch die KV Berlin und die Koloskopie-Kommission auf Mängel, die eine schlechte Behandlungsqualität bedeuten würden, überprüft. Von den 63 abschließend geprüften Ärzten konnten alle Ärzte sofort eine hohe Behandlungsqualität mit ihren vorgelegten Patientendokumentationen nachweisen. Zwei Dokumentationsprüfungen stehen noch aus.*

*Diese Ergebnisse machen deutlich, dass **100 Prozent** der berechtigten Ärzte die geforderten hohen Qualitätsstandards erfüllen. Demzufolge wird den Patienten in den Berliner Praxen eine hervorragende Behandlungsqualität bei der Durchführung von Darmspiegelungen geboten.*

## Leistungsbereich „Kurative Mammographie“

Alle Ärzte, die eine Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung der kurativen Mammographie haben, müssen alle zwei Jahre an einer Überprüfung ihrer schriftlichen und bildlichen Dokumentation zu 10 Patienten teilnehmen. Diese spezifische Maßnahme zur Qualitätssicherung der kurativen Mammographie gibt es bereits seit 2002.

Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation umfasst die Qualität der mammographischen Untersuchung mit ihren diagnostischen Informationen sowie die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Indikationsstellung und Befundung.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Kurative Mammographie“

*Im Berichtsjahr 2011 wurden von 48 Ärzten die Dokumentationen von abgerechneten kurativen Mammographien zu zehn Patienten überprüft. Dabei handelte es sich um 8 Wiederholungsprüfungen und 40 reguläre Prüfungen. Von diesen 40 geprüften Ärzten konnten 29 Ärzte die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation der durchgeführten kurativen Mammographien bereits bei der Erstprüfung nachweisen. Die anderen 11 Ärzte haben die Möglichkeit, die mängelfreie Erstellung ihrer ärztlichen Dokumentation bei einer Wiederholungsprüfung nachzuweisen. Im Rahmen der 11 Wiederholungsprüfungen konnten 8 Ärzte bestehen, bei weiteren drei Ärzten wird ein Widerruf der Abrechnungsgenehmigung geprüft.*

*Nahezu **80 Prozent** der überprüften Ärzte mit einer Genehmigung zur kurativen Mammographie überzeugten durch eine gute diagnostische Qualität ihrer Mammographieaufnahmen sowie ihre gut nachvollziehbaren und vollständigen Patientendokumentationen.*



## Leistungsbereich „Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte“

Mit Hilfe der Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte im Rahmen der (U3-) Kindervorsorgeuntersuchung können eventuelle Entwicklungsstörungen des Hüftgelenks (Hüftdysplasie) frühzeitig erkannt und behandelt werden. Damit eine optimale Durchführung des Hüftsonographie-Screenings gegeben ist, erfolgt die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung dieser Leistung nur mit der Auflage der erfolgreichen Teilnahme an einer regelmäßigen Überprüfung der ärztlichen Dokumentation. Grundlage der Beurteilung dieser Dokumentationen sind die bundesweit einheitlichen Prüfkriterien.

In diesem Zusammenhang werden alle zwei Jahre zufällig ausgewählte bildliche und schriftliche Dokumentationen von Screening-Untersuchungen bei mindestens 12 Säuglingen durch die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Berlin überprüft. Dadurch sollen die Ärzte die Möglichkeit bekommen, ihre Qualitätsdefizite zu erkennen und entsprechend zu beseitigen.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte“

*Im Berichtsjahr 2011 wurden von 40 Ärzten je 48 bildliche sowie 12 schriftliche Dokumentationen von abgerechneten sonographischen Untersuchungen der Hüftgelenke von 12 Säuglingen angefordert. Davon waren 27 reguläre Erstüberprüfungen und 13 Wiederholungsprüfungen.*

*Im Rahmen der Erstüberprüfung konnten 16 Ärzte eine sachgerechte Dokumentation nachweisen. Bei den Wiederholungsprüfungen waren es 12 Ärzte, die eine sachgerechte Dokumentation nachweisen konnten. 9 Ärzte haben die Möglichkeit, ihre mängelfreie Erstellung von ärztlichen Befunden im Rahmen von Wiederholungsprüfungen nachzuweisen. Bei nur 3 Ärzten konnte auch bei erneuter Wiederholungsprüfung keine sachgerechte Dokumentation nachgewiesen werden, sodass in diesen Fällen der Widerruf der Abrechnungsgenehmigung geprüft wird.*

*Insgesamt **70 Prozent** der überprüften Ärzte mit einer Genehmigung zur sonographischen Untersuchung überzeugten durch eine gute diagnostische Qualität ihrer Ultraschallaufnahmen sowie ihre gut nachvollziehbaren und vollständigen Patientendokumentationen.*

## Leistungsbereich „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“

Gemäß den Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger hat der Arzt bei allen Substitutionsbehandlungen mit Ablauf von jeweils 5 Behandlungsjahren, die patientenbezogenen Dokumentationen mit den jeweiligen umfassenden Therapiekonzepten und den Behandlungsdokumentationen an die KV Berlin zur Prüfung zu übermitteln. Diese überprüft in enger Zusammenarbeit mit der Qualitätssicherungskommission Substitution, ob es Beanstandungen bei der Qualität der Patientendokumentationen gibt und teilt diese dem Arzt gegebenenfalls mit.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“

*Im Berichtsjahr 2011 wurde die Qualität der Patientendokumentationen von insgesamt 155 Behandlungsfällen gemäß § 3 Abs. 6 auf Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit überprüft. Von den überprüften Patientendokumentationen wiesen 144 Behandlungsfälle keine Beanstandungen auf.*

*Die Auswertung hat ergeben, dass **93 Prozent** der berechtigten Ärzte die hohen Qualitätsanforderungen der Substitutionsbehandlung bei ihren Patienten in vollem Maße erfüllen.*

## Rezertifizierung

Bei Ärzten, die Mammographien (Röntgenuntersuchungen) der weiblichen Brust durchführen, beinhaltet die Mammographie-Vereinbarung vom 11.02.2011 zusätzlich eine kontrollierte Selbstüberprüfung (Rezertifizierung) im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D. Alle zwei Jahre müssen sie sich einer solchen Überprüfung unterziehen. Dabei wird die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen der weiblichen Brust geschult und kontrolliert.

Die zu beurteilenden Mammographieaufnahmen werden den Ärzten in Form einer Fallsammlung, die den in der o. g. Vereinbarung festgelegten Anforderungen entsprechen muss, vorgelegt. Eine Fallsammlung besteht aus 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen) und beinhaltet auch Fälle, die in der Routinepraxis nur sehr selten vorkommen. Deren Beurteilung ist entsprechend anspruchsvoll. Für die selbstständige Beurteilung der Fallsammlung über ein Bildwiedergabegerät einer Prüfstation bei der KV Berlin hat der Arzt sechs Stunden Zeit.

Die bundesweiten Ergebnisse werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung regelmäßig zusammengefasst. Ärzte, deren Ergebnisse zu den bundesweit schlechtesten fünf Prozent gehören, müssen eine Wiederholungsprüfung absolvieren. Sollten sie dabei wieder zu den schlechtesten fünf Prozent gehören, müssen sie ihre Qualifikationen im Rahmen eines Kolloquiums nachweisen. Ansonsten dürfen die Ärzte diese Leistung nicht mehr für Kassenpatienten erbringen.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Kurative Mammographie“

*Im **Berichtsjahr 2011** haben insgesamt 37 Ärzte, davon 2 Ärzte wiederholt, an der kontrollierten Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung gemäß Abschnitt D teilgenommen.*

*Insgesamt haben 33 Ärzte, also **90 Prozent** der geprüften Ärzte, ihr fachliches Können hinsichtlich der Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen der weiblichen Brust erfolgreich nachgewiesen. Drei Ärzte können ihre Qualifikationen bei der Wiederholungsprüfung unter Beweis stellen, ein weiterer Arzt verzichtete auf seine Abrechnungsgenehmigung.*

*Diese gute Bestandsquote belegt, dass die sehr hohen Anforderungen an die Erfahrung des befundenden Arztes erfüllt werden. (Zum Zeitpunkt der Erstellung des Datenteils war eine abschließende Beurteilung der Prüfungen noch nicht möglich, da die Ergebnisübermittlung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung noch ausstand - Stand: 31.03.2012).*

## Rückmeldesysteme

Ein hoher Behandlungserfolg bedeutet für den Arzt sowohl die Zufriedenheit seiner behandelten Patienten als auch die Bestätigung seiner angewandten Behandlungsverfahren. Für die Bewertung des Behandlungserfolges reicht allerdings nicht die subjektive Einschätzung von Arzt und Patient aus. Viel aussagekräftiger sind ein Vergleich mit den Datenerhebungen anderer Ärzte sowie ein Vergleich mit den vorgegebenen optimalen Zielwerten. Diese Vergleiche sind mit Hilfe von sogenannten Rückmeldesystemen bzw. Feedbacksystemen möglich.

Dazu werden die von den Praxen erstellten Dokumentationen ausgewertet. Feedback-Systeme werden vor allem im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP = Disease-Management-Programme), aber auch bei der Dialyse zur Qualitätsverbesserung eingesetzt.

### Rückmeldesysteme am Beispiel DMP

Disease-Management-Programme sollen die Lebensqualität von chronisch kranken Patienten verbessern, indem die Symptome und der Krankheitsverlauf der Krankheit hinausgezögert oder eingedämmt werden.

In Berlin gibt es Disease-Management-Programme zu folgenden Krankheiten:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Asthma bronchiale
- Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Koronare Herzkrankheit (KHK)

Der Patient wird in einer strukturierten Behandlungskette behandelt und stärker in den Behandlungsprozess eingebunden. Die Behandlung verläuft nach standardisierten Vorgaben, bei der alle Therapieschrit-

te wie Behandlung, Rehabilitation und Pflege auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien aufeinander abgestimmt werden. Zur Qualitätskontrolle müssen Ärzte den Behandlungsverlauf regelmäßig dokumentieren.

Die an diesen Programmen teilnehmenden Ärzte erhalten zweimal im Jahr eine Auswertung mit den Daten ihrer Patienten, für die mindestens zwei Behandlungsdokumentationen vorliegen. Diese anonymisierten Daten werden mit den Durchschnittsdaten aller DMP-Praxen in Deutschland verglichen.

Durch diese regelmäßige Selbstkontrolle hat der Arzt die Möglichkeit, sich selbst objektiv einzuschätzen und eventuelle Verbesserungspotenziale zu identifizieren und diese künftig umzusetzen.

Die Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen zu den Disease-Management-Programmen sind im Internet unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Qualität > DMP > DMP-Qualitätsberichte eingestellt.

Berliner Ergebnisse für die DMPe

Im **Berichtsjahr 2011** wurden insgesamt **11.644 DMP-Berichte** verschickt. Das sind knapp 400 mehr als noch im Jahr zuvor (2010: 11.264). Die über die vergangenen Jahre stetig ansteigende Zahl der verschickten DMP-Berichte macht die Nachfrage der behandelnden Ärzte nach der Sicherung einer strukturierten, interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlung nach einheitlichen und qualitätsgesicherten Richtlinien deutlich.

**Anzahl der 2011 in Berlin verschickten Feedbackberichte**

Indikation	1. Halbjahr 2009	2. Halbjahr 2009	Gesamt
Asthma bronchiale	1.132	1.151	2.283
COPD	1.142	1.146	2.288
Diabetes mellitus Typ 1	143	146	289
Diabetes mellitus Typ 2	1.712	1.724	3.436
KHK	1.666	1.682	3.348
<b>Gesamt</b>	<b>5.795</b>	<b>5.849</b>	<b>11.644</b>

**Rückmeldesysteme am Beispiel Dialyse**

Gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse sind alle Dialyse-Einrichtungen zur Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Rückmeldesystem zur Selbstkontrolle verpflichtet.

Hierfür dokumentiert der Arzt anhand von festgelegten Parametern die Behandlung für jeden Dialyse-Patienten. Sowie die Ergebnisse des zentralen Datenanalysten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zur Verfügung gestellt wurden, teilt diese der jeweiligen Dialyse-Einrichtung schriftlich mit, ob es zu einer Überschreitung der in der Qualitätssicherungs-Richtlinie definierten Grenzwerte kam.

Bei Vorliegen einer Grenzwertüberschreitung wird die Dialyse-Einrichtung aufgefordert, diese Auffälligkeiten bei der Durchführung der Dialysen zu kompensieren, da sonst von einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine qualitativ unzureichende Behandlung auszugehen ist. Die Überschreitung kann aber auch durch besondere Umstände des Einzelfalls begründet sein, denen auf der Grundlage der Stellungnahme der überprüften Dialyse-Einrichtung im Rahmen des Prüfungsverfahrens nachzugehen ist.

Durch dieses standardisierte Verfahren kann der Arzt einen Vergleich der eigenen Position mit den anonymisierten bundesweiten Ergebnissen anderer Dialyse-Einrichtungen ziehen und seine Behandlungsqualität auf diese Weise objektiv bewerten.

Die Ergebnisse der Qualitätssicherung Dialyse sind unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > Informations-Archiv > Richtlinien > Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse veröffentlicht.

## Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Dialyse“

Im **Berichtsjahr 2011** verfügten in Berlin 32 Dialyse-Einrichtungen (Quartale I, II, IV = 32; Quartal III = 31) mit 110 Fachärzten über eine Genehmigung, chronisch niereninsuffiziente Patienten kontinuierlich mit einem Dialyseverfahren ambulant zu behandeln.

Es wurden insgesamt 18 Dialyseeinrichtungen im Rahmen der Stichprobenprüfung nach § 8 Abs. 1 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse in 2011 überprüft.

Bei 16 Dialyseeinrichtungen waren die Grenzwertüberschreitungen durch besondere Umstände des Einzelfalls begründet, sodass es keine Notwendigkeit gab, Maßnahmen gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse zu ergreifen. Bei den beiden anderen Dialyse-Einrichtungen sind die Prüfverfahren noch nicht abgeschlossen.

Bei der Überprüfung durch die KV Berlin wurde festgestellt, dass die bei **2.670 Patienten** durchgeführten Dialyse-Behandlungen alle, also zu **100 Prozent**, den geforderten fachlichen Qualitätsstandards sowie dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprachen.

## Frequenzregelungen

Manche Behandlungsmethoden sind aufgrund ihrer Komplexität sehr schwierig durchzuführen. Sie erfordern ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit, die der Arzt durch Häufigkeit und Regelmäßigkeit erlangt. Aus diesem Grund hat sich das Erreichen einer sogenannten Mindestfallzahl als wesentlicher Qualitätsindikator etabliert.

Mindestmengen können also erforderlich sein, um die notwendige Übung und Erfahrung für eine bestimmte Behandlungsmethode und dadurch eine Risikoabsenkung sowie eine Qualitätssteigerung zu erreichen. Das bedeutet jedoch nicht, dass häufig erbrachte Leistungen automatisch eine qualitativ gute Behandlungsqualität aufweisen. Vielmehr wird die Qualität der Behandlungsergebnisse durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren bestimmt.

In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für die folgenden qualitätsgesicherten Leistungen festgelegt:

- Histopathologie Hautkrebs-Screening
- HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen
- Interventionelle Radiologie
- Invasive Kardiologie
- Koloskopie
- Magnetresonanztomographie der Mamma
- Onkologie
- Vakuumbiopsie der Brust

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin prüft regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl der oben aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, muss dem Arzt eine nur unzureichende ärztliche Routine unterstellt werden. Bei wiederholter Nichterfüllung dieser Auflage wird seine Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der GKV erbringen.

## Leistungsbereich „Histopathologie Hautkrebs-Screening“

Gemäß der zum 01.10.2009 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening müssen alle Ärzte, die zur Durchführung und Abrechnung dieser Leistungen berechtigt sind, gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ) innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten durchgeführt haben. Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Befundungen von dermatohistologischen Präparaten können auf die nachzuweisenden Zahlen angerechnet werden. Kann der Nachweis auch nach weiteren 12 Monaten nicht geführt werden, wird dem Arzt die Genehmigung widerrufen.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Histopathologie Hautkrebs-Screening“

Im **Berichtsjahr 2011** hatten 38 Ärzte eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von histopathologischen Leistungen im Rahmen des Hautkrebs-Screenings. Von den 34 überprüften Ärzten konnten 20 Ärzte (zirka **60 Prozent**) den Nachweis von 1.000 Befundungen erbringen. Für vier weitere Ärzte bestand (noch) keine Nachweispflicht.

## Leistungsbereich „HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen“

Gemäß der zum 01.07.2009 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids müssen alle Ärzte, die an dieser QS-Vereinbarung teilnehmen, gegenüber KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie durchschnittlich 25 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal selbstständig betreuen. Unter Berücksichtigung von regionalen Versorgungsdefiziten kann die Mindestanzahl von 25 Patienten je Quartal unterschritten werden. Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte Betreuungsleistungen von HIV-/Aids-Patienten können auf die nachzuweisenden Zahlen angerechnet werden. Können die Nachweise nach Ablauf von weiteren 12 Monaten erneut nicht geführt werden, wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung widerrufen.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen“

Im **Berichtsjahr 2011** hatten 60 Ärzte die Genehmigung, HIV-infizierte und an Aids erkrankte Patienten zu betreuen. Von diesen konnten 49 Ärzte belegen, dass sie die geforderten durchschnittlich 25 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal betreut haben, davon ein Arzt durch den Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs betreute Patienten. Zudem gab es einen Arzt, der mit Genehmigung der KV Berlin auf Grund regionaler Besonderheiten von der Frequenzregelung ausgenommen und somit weniger als 25 Patienten pro Quartal betreute. Demnach haben insgesamt **83 Prozent** die Mindestfrequenzen erfüllen können. Nur 10 Ärzte konnten diesen Nachweis nicht erbringen.

## Leistungsbereich „Interventionelle Radiologie“

Alle Ärzte, die berechtigt sind, Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie zu erbringen, müssen gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 100 diagnostische Katheterangiographien durchgeführt haben. Alle Ärzte, die berechtigt sind, Leistungen gemäß § 3 Abs. 2 der o.g. Vereinbarung zu erbringen, müssen gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 100 diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe, durchgeführt haben.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Interventionelle Radiologie“

Im **Berichtsjahr 2011** hatte ein Arzt eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von diagnostischen Katheterangiographien. Dieser konnte die Mindestfrequenz von 100 diagnostischen Katheterangiographien durch den Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen erreichen.

Weitere 10 Ärzte hatten im Berichtsjahr 2011 eine Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung von diagnostischen Katheterangiographien und kathetergestützten therapeutischen Eingriffen. Von den 9 nachweispflichtigen Ärzten konnten 7 Ärzte die Mindestfrequenz von 100 diagnostischen Katheterangiographien und kathetergestützten therapeutischen Eingriffen nachweisen. Für einen Arzt bestand aufgrund des Datums der erstmaligen Erteilung seiner Abrechnungsgenehmigung noch keine Nachweispflicht. Demnach konnten **80 Prozent** der überprüften Ärzte die geforderten Mindestfrequenzen erbringen.

## Leistungsbereich „Invasive Kardiologie“

Alle Ärzte, die berechtigt sind, Katheteruntersuchungen gemäß § 7 Abs. 2 der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie durchzuführen, müssen gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen durchgeführt haben. Die Ärzte, die auch therapeutische Katheterinterventionen gemäß § 7 Abs. 1 der Vereinbarung erbringen dürfen, müssen von den 150 Untersuchungen mindestens 50 mit therapeutischem Zweck durchgeführt haben.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Invasive Kardiologie“

Im **Berichtsjahr 2011** hatten 3 Ärzte eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von diagnostischen Katheterisierungen. Von den 3 geprüften Ärzten konnten 2 Ärzte die Mindestfrequenz von 150 durch von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachte Leistungen erreichen.

Zudem hatten im Berichtsjahr 2011 insgesamt 25 Ärzte eine Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung von diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen. Von den 19 geprüften Ärzten haben 18 Ärzte die Mindestfrequenz erreicht, 17 davon durch von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachte Leistungen. Insgesamt haben **91 Prozent** der überprüften Ärzte die geforderten Mindestfrequenzen erbringen können.

## Leistungsbereich „Koloskopie“

Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie müssen alle Ärzte, die berechtigt sind, Koloskopien durchzuführen, gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 200 totale Koloskopien und 10 Polypektomien innerhalb von 12 Monaten selbstständig durchgeführt haben. Hierzu fordert die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die schriftlichen und bildlichen (Foto- oder Video-) Dokumentationen von 20 abgerechneten Koloskopien sowie zusätzlich von fünf eventuell erforderlichen abgerechneten Polypektomien an. In enger Zusammenarbeit mit der zuständigen Qualitätskommission werden die eingereichten Dokumentationen überprüft, ob diese Mängel aufweisen und ob es sich dabei tatsächlich um die Öffnung des Wurmfortsatzes des Blinddarms (totale Koloskopie) handelt.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Koloskopie“

Im **Berichtsjahr 2011** waren 78 Ärzte berechtigt, kurative und präventive Koloskopien durchzuführen und abzurechnen. Ein weiterer Arzt war ausschließlich dazu berechtigt, die kurative Koloskopie durchzuführen und abzurechnen.

Von den 78 Ärzten mussten 65 Ärzte die jährliche Durchführung von mindestens 200 Koloskopien und 10 Polypektomien nachweisen. Alle geprüften Ärzte konnten die erforderlichen Mindestzahlen nachweisen. Davon haben im Rahmen der totalen Koloskopie 2 Ärzte und bei der Polypektomie 1 Arzt die Mindestfrequenz durch den Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen erreicht.

Die hohe Erfüllungsrate von **100 Prozent** der geforderten Mindestmengen macht deutlich, dass die zur Erbringung der Koloskopie berechtigten Vertragsärzte bei ihren Untersuchungen eine sehr gute fachliche Routine und somit eine sehr hohe Behandlungsqualität bei der Durchführung von Darmspiegelungen belegen können.

## Leistungsbereich „Magnetresonanztomographie der Mamma“

Gemäß der derzeit gültigen Kernspintomographie-Vereinbarung müssen alle Ärzte, die berechtigt sind, Magnetresonanztomographien der Mamma durchzuführen, gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 50 kernspintomographische Leistungen der Mamma selbstständig durchgeführt haben. Kann der Arzt dies nicht nachweisen, hat der Arzt die Möglichkeit, seine fachliche Befähigung in einem Kolloquium zu belegen. Andernfalls ist ihm die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Leistungen der Mamma in der vertragsärztlichen Versorgung zu widerrufen.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Magnetresonanztomographie der Mamma“

Im **Berichtsjahr 2011** waren 9 Ärzte berechtigt, Leistungen im Rahmen der Magnetresonanztomographie der Mamma durchzuführen und abzurechnen. Von den 6 nachweispflichtigen Ärzten konnten 5 Ärzte die Durchführung von mindestens 50 kernspintomographischen Leistungen belegen. Die Auswertung zeigt, dass über **83 Prozent** der überprüften Ärzte die geforderten Mindestmengen erreichen und damit über ein hohes Maß an ärztlicher Routine verfügen.

## Leistungsbereich „Onkologie“

Gemäß der Onkologie-Vereinbarung müssen Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung „Hämatologie und internistische Onkologie“ seit dem 1. Oktober 2009 gegenüber der KV Berlin nachweisen, dass sie durchschnittlich 120 Patienten pro Quartal während der letzten 12 Monate betreut haben. Ärzte anderer Fachgruppen müssen die Betreuung von 80 Patienten pro Quartal während des o. g. Zeitraums nachweisen.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Onkologie“

Im **Berichtsjahr 2011** waren 244 Ärzte zur Durchführung und Abrechnung onkologischer Leistungen berechtigt. Von diesen 244 Ärzten konnten 47 Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung „Hämatologie und internistische Onkologie“ die Betreuung von durchschnittlich 120 krebserkrankten Patienten pro Quartal nachweisen. 155 Ärzte anderer Fachgruppen konnten die Betreuung von durchschnittlich 80 krebserkrankten Patienten pro Quartal nachweisen. 25 Ärzte haben die auf regionaler Ebene verhandelten abgesenkten Fallzahlen zur Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten ambulanten Versorgung belegt. 17 Ärzte nehmen erst weniger als zwei Jahre an der Onkologie-Vereinbarung teil, sodass sie den geforderten Nachweis noch nicht erbringen können und verspätet nachweisen dürfen.

## Leistungsbereich „Vakuumbiopsie der Brust“

Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust müssen die zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigten Ärzte nachweisen, dass sie mindestens 25 Vakuumbiopsien innerhalb von jeweils 12 Monaten selbstständig durchgeführt haben. Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Vakuumbiopsien können auf die nachzuweisenden Zahlen angerechnet werden. Kann der Nachweis nach Ablauf von weiteren 12 Monaten erneut nicht geführt werden, wird dem Arzt die Abrechnungsgenehmigung widerrufen.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Vakuumbiopsie der Brust“

Im **Berichtsjahr 2011** waren 16 Ärzte berechtigt, Leistungen im Rahmen der Vakuumbiopsie der Brust durchzuführen und abzurechnen. Von den 15 nachweispflichtigen Ärzten konnten **100 Prozent** der überprüften Ärzte die Durchführung von mindestens 25 Vakuumbiopsien belegen, 6 davon durch den Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen.

## Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind für Praxen vorgeschrieben, in denen beispielsweise Koloskopien durchgeführt werden und die dafür besondere, bauliche Strukturen vorhalten müssen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt hier zweimal im Jahr durch ein von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes anerkanntes Hygieneinstitut.

Die Überprüfung umfasst die hygienisch-mikrobiologische Kontrolle von einem Koloskop je Praxis mittels Durchspülung von Endoskopkanälen (zum Beispiel Instrumentierkanal und L/W-Kanal) und Abstrichen von Endoskopstellen (zum Beispiel Kanaleingänge am Distalende), welche der Reinigung und Desinfektion nur schwer zugänglich sind sowie die während der Koloskopie verwendeten Lösungen der Optikspülsysteme. Soweit manuelle und maschinelle Aufbereitungsverfahren zur Anwendung kommen, ist ein Koloskop je Aufbereitungsverfahren zu kontrollieren.

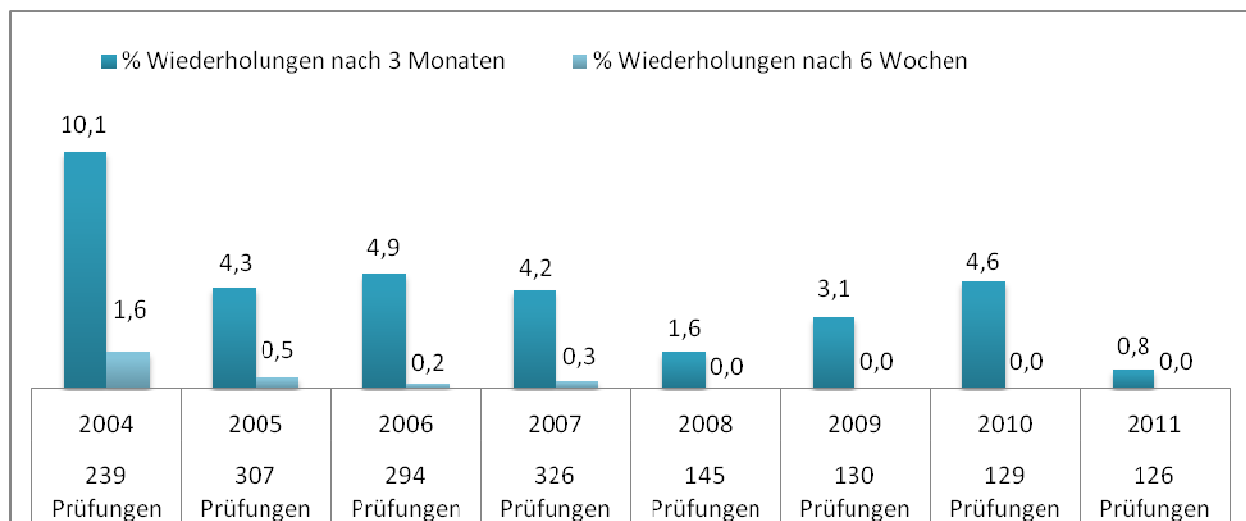
Die Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität gelten als erfüllt bei fehlendem Nachweis von *Escherichia coli*, anderen *Enterobacteriaceae* oder Enterokokken, von *Pseudomonas aeruginosa*, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern und bei fehlendem Nachweis von weiteren hygiene-relevanten Erregern wie *Staphylococcus aureus* sowie bei maximaler Keimbelastung von  $\leq 10$  kolonie-bildende Einheiten pro Milliliter in der Probe der Durchspüllösung und der Lösung des Optikspülsystems.

Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Treten wiederholt Mängel auf, kann dies zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung führen.

### Berliner Ergebnisse der Hygieneprüfungen

Im **Berichtsjahr 2011** veranlasste die KV Berlin 126 halbjährliche Überprüfungen in 63 Praxen, in denen Koloskopien durchgeführt und abgerechnet werden. Dabei hat das beauftragte Hygieneinstitut in einem Fall hygienerelevante Erreger am Endoskop gefunden, die eine erneute Überprüfung innerhalb von drei Monaten zur Folge hatten. Bei dieser erneuten Überprüfung konnte eine einwandfreie und sachgerechte Hygienequalität nach der Aufbereitung der Endoskope festgestellt werden.

### Hygieneprüfungen bei der KV Berlin für die Jahre 2004 – 2011





## Pflicht zur Fort- und Weiterbildung

### Pflicht zur allgemeinen Fortbildung

Die Berufsordnungen schreiben eine kontinuierliche Fortbildung zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen fachlichen Kompetenzen vor. Daneben besteht seit dem 1.1.2004 für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden (auch ermächtigte und angestellte) Ärzte und Psychotherapeuten auch die gesetzliche Verpflichtung zum Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung gemäß § 95d SGB V.

Danach müssen alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten innerhalb von fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte für die Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen, Kongressen, Seminaren etc. erwerben. Dafür erhalten die Leistungserbringer ein Fortbildungszertifikat von den jeweils zuständigen Berufskammern (Landesärztekammern und Psychotherapeutenkammern).

Der Erhalt eines solchen Fortbildungszertifikats muss alle fünf Jahre gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durch die Vertragsärzte und -psychotherapeuten nachgewiesen werden. Ärzte und Psychotherapeuten, die bereits vor dem 30.6.2004 zugelassen waren, mussten erstmals bis zum 30.6.2009 ein entsprechendes Fortbildungszertifikat der Ärztekammer bei der KV vorlegen.

Wird dieser Nachweis nicht oder unvollständig erbracht, folgen Sanktionen, die über Kürzungen des Honorars bis zum Antrag auf Entziehung der Zulassung reichen. Nach Ablauf der Fünfjahresfrist besteht die Möglichkeit, den Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungspflicht innerhalb von zwei Jahren nachzuweisen. Das gilt sowohl für Psychologische Psychotherapeuten als auch für ermächtigte oder angestellte Ärzte.

#### Berliner Ergebnisse zur allgemeinen Fortbildung gemäß § 95d SGB V

*6.725 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten mussten ihre Fortbildung für den Zeitraum vom 1.7.2004 bis zum 30.6.2009 nachweisen. Dieser Pflicht sind insgesamt 6.461 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten fristgerecht nachgekommen.*

*485 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten konnten ihre Fortbildungsmaßnahmen für den o. g. Zeitraum nicht nachweisen, sodass sie zunächst Honorarkürzungen hinnehmen mussten. Mit Stand 19.03.2012 haben 21 Ärzte und 4 Psychologische Psychotherapeuten nach wie vor kein Fortbildungszertifikat bei der KV Berlin eingereicht.*

*Im **Berichtsjahr 2011** mussten insgesamt 363 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten ihre Fortbildung gemäß § 95d SGB V nachweisen. Dieser Pflicht sind bis auf lediglich 13 Ärzte alle, das sind **96 Prozent**, fristgerecht nachgekommen (Stand 19.03.2012).*

### Pflicht zur themenspezifischen Fortbildung

Darüber hinaus schreiben viele der bundeseinheitlichen und regionalen Verträge oder Vereinbarungen – zum Beispiel für die Leistungsbereiche Akupunktur, Onkologie, Schmerztherapie, aber auch für Disease-Management-Programme oder hausarztzentrierte Versorgungsverträge – eine spezielle fachliche Fortbildung vor; in der Schmerztherapie sogar in Form von Konferenzen mit persönlicher Vorstellung von Patienten.

Der Nachweis der erforderlichen Fortbildung muss im Rahmen solcher Verträge teilweise jährlich erfolgen. Durch die Teilnahme an themenspezifischen Fortbildungen qualifizieren sich die Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten weiter und sind immer auf einem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand.

Die Einhaltung der themenspezifischen Fortbildungspflicht wird von der Abteilung Qualitätssicherung genau überprüft. In allen Leistungsbereichen konnten **sehr gute bis gute Ergebnisse** erzielt werden.

## Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind seit mehr als fünfzehn Jahren eine etablierte Form ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung: Ärzte und Psychotherapeuten tauschen sich in moderierten Arbeitskreisen über ihre Tätigkeit aus, um die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Qualitätszirkel sind damit ein wichtiges Instrument der Qualitätsförderung und -sicherung.

Ein fachlicher Austausch zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten kann intradisziplinär oder fachübergreifend 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, Tutoren, Räume sowie durch eine finanzielle Entschädigung für die Moderatoren.

### Berliner Ergebnisse für die Qualitätszirkel

Auch im **Berichtsjahr 2011** konnte wieder eine beeindruckend umfangreiche Qualitätszirkelarbeit festgestellt werden. So gab es **103 von der KV Berlin anerkannte Qualitätszirkel**, von denen 92 finanziell unterstützt wurden.

Dabei handelte es sich insbesondere um 57 fachärztliche, 14 hausärztliche und 32 psychotherapeutische Qualitätszirkel. Insgesamt stehen in Berlin 92 aktive Moderatoren für die Leitung der Qualitätszirkel zur Verfügung, von denen 6 im Jahr 2011 ausgebildet wurden.

Die Themengebiete der Zirkelarbeit betreffen insbesondere die Schmerztherapie, Akupunktur, chronische Erkrankungen, DMP Asthma bronchiale sowie die Zytologie.

Ambulantes Operieren	Infektiologie
DMP Asthma bronchiale	Integrierte Versorgung
chronische Erkrankungen	Kommunikation
Depression und Angst	Mammographie
Gastroenterologie	Schmerztherapie
Gefäßkrankheiten	Osteoporose
HIV	Zytologie

## Fallkonferenzen

Auch Fallkonferenzen sind ein ideales Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität. Gemeinschaftlich beraten Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten künftige Handlungs- und Vorgehensweisen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit. Fallkonferenzen sind meistens interdisziplinär und dienen insbesondere dem Fallverständnis, der Ziel- und Therapieplanfestlegung, der Abstimmung von Verantwortlichkeiten sowie der Dokumentation der erzielten Vereinbarungen.

### Fallkonferenzen am Beispiel Akupunktur

Ärzte, die Leistungen im Rahmen der Akupunktur-Vereinbarung durchführen und abrechnen möchten, müssen unter anderem nachweisen, dass sie regelmäßig – mindestens viermal im Jahr – an Fallkonferenzen bzw. an Qualitätszirkeln zum Thema „Chronische Schmerzen“ teilgenommen haben. Dabei sollen mindestens einmal im Jahr Fälle behandelter Patienten vorgestellt werden.

Die Fallkonferenzen werden von der Abteilung Qualitätssicherung organisiert, betreut und dahingehend überprüft, ob die qualitätssichernden Maßnahmen eingehalten werden. Darüber hinaus beantragt die KV Berlin die Zertifizierung für die Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung bei der Ärztekammer Berlin.

#### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Akupunktur“

Im **Berichtsjahr 2011** hatten 534 Ärzte eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur und fielen somit unter die Nachweispflicht über die Erfüllung ihrer themenspezifischen Fortbildung durch die Teilnahme an Fallkonferenzen oder Qualitätszirkeln. Diesen Nachweis konnten **über 80 Prozent** (434 Ärzte) erbringen. Die übrigen Ärzte können den Nachweis erst am Anfang des Folgejahres erbringen.

## Kolloquium/Beratung

### Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung

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 hat unter anderem die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers im Rahmen eines Kolloquiums zu prüfen, wenn entgegen 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.

### Kolloquien im Rahmen des Genehmigungserhalts

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 beispielsweise darlegen, warum eine schmerztherapeutische Behandlung seiner Patienten länger als zwei Jahre erforderlich ist.

#### Berliner Ergebnisse für die Kolloquien

Im **Berichtsjahr 2011** wurden 54 Kolloquien, davon 43 erfolgreich (**80 Prozent**), im Rahmen der Genehmigungserteilung durchgeführt. Dabei handelte es sich um Kolloquien für die folgenden Leistungsbereiche:

- Laboratoriumsuntersuchungen: 13, davon 11 bestanden
- Magnetresonanztomographie: 2, davon 1 bestanden
- Magnetresonanztomographie der Mamma: 1, davon 1 bestanden
- Mammographie (kurativ): 1, davon 1 bestanden
- Medizinische Rehabilitation: 1, davon 1 bestanden
- Schmerztherapie: 4, davon 4 bestanden
- Konventionelle Röntgendiagnostik: 3, davon 3 bestanden
- Computertomographie: 1, davon 1 bestanden
- Osteodensitometrie: 2, davon 1 bestanden
- Ultraschall Diagnostik: 26, davon 19 bestanden

Im **Berichtsjahr 2011** wurden weiterhin 8 Kolloquien, davon 6 erfolgreich (**75 Prozent**), im Rahmen des Genehmigungserhalts durchgeführt. Hierbei handelte es sich um die Leistungsbereiche:

- Langzeit-EKG-Untersuchungen: 1, davon 1 bestanden
- Konventionelle Röntgendiagnostik: 6, davon 4 bestanden
- Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri: 1, davon 1 bestanden

Diese Angaben machen deutlich, dass eine Vielzahl der Vertragsärzte bei der Teilnahme an Kolloquien, sowohl im Rahmen der Genehmigungserteilung als auch im Rahmen des Genehmigungserhalts, die hohen fachlichen Anforderungen für die entsprechenden Leistungsbereiche erfüllen.

## Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Gemäß § 135a Abs. 2 SGB V sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Psychologische Psychotherapeuten verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Ziel des praxisinternen Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen sicher und effizient zu gestalten, Fehler zu vermeiden und die Qualität weiterzuentwickeln. Das reicht von der Optimierung der Terminvergabe bis hin zur Erstellung und Überprüfung des Notfallplans. Ein gut organisierter Arzt hat mehr Zeit für seine Patienten. Optimierte Praxisabläufe sorgen zudem für kürzere Wartezeiten, für ein verbessertes Betriebsklima und lässt auch den Patienten noch zufriedener mit seinem Arzt bzw. Psychotherapeuten sein.

Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM wurden bundeseinheitlich in der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ (Inkrafttreten: 1.1.2006) des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt.

Ein praxisinternes Qualitätsmanagement ist innerhalb von vier Jahren nach der Aufnahme der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit vollständig einzuführen (Phase I und II) und im Anschluss an die Selbstüberprüfung (Phase III) fortlaufend weiterzuentwickeln (Phase IV). Für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die bereits vor dem 1.1.2006 an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, begann die Frist mit Inkrafttreten der QM-Richtlinie zum 1.1.2006.

Phase I	Planung (maximal 2 Jahre bzw. bis zum 31.12.2007)
Phase II	Umsetzung (maximal 2 Jahre bzw. bis zum 31.12.2009)
Phase III	Überprüfung (maximal 1 Jahr bzw. bis zum 31.12.2010)
Phase IV	Fortlaufende Weiterentwicklung (nach Phase III bzw. ab dem 1.1.2011).

Für welches QM-System sich ein Arzt bzw. Psychotherapeut entscheidet, steht ihm dabei frei. Die QM-Richtlinie legt jedoch die Grundelemente und Instrumente wie beispielsweise regelmäßige Teambesprechungen, Checklisten, Fragebögen und mehr fest.

Die KV Berlin ist gemäß der QM-Richtlinie dazu verpflichtet, ab 2007 in jährlichen Stichproben den Einführungs- und Entwicklungsstand von QM in den Praxen zu erheben, zu dokumentieren und an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu berichten.

Hierfür fordert die KV Berlin jährlich 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf, mit Hilfe des übermittelten „Fragebogen zum Einführungs- und Entwicklungsstand“ schriftliche Angaben zum zeitlichen Ablauf und zu den von ihnen ergriffenen Maßnahmen zur Einführung und Weiterentwicklung des praxisinternen Qualitätsmanagement vorzulegen.

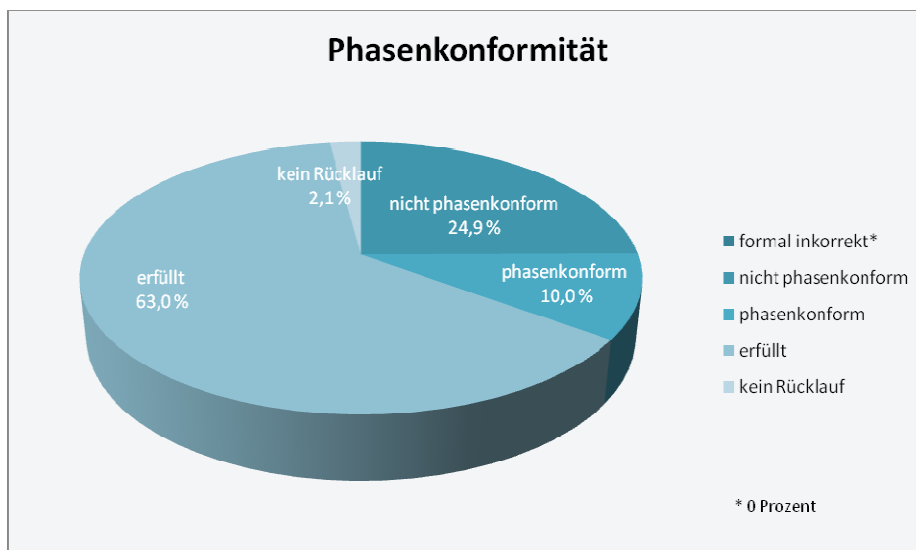
Weiterhin erhalten die durch Zufall ausgewählten Praxen einen Selbstbewertungsbogen für die Praxis. Dieser hilft den Praxen, den Ist-Zustand in ihrer Praxis selbst zu bewerten und auf diese Weise einzuschätzen, inwieweit die in der QM-Richtlinie geforderten Grundelemente und Instrumente des QM bereits umgesetzt sind. Auf der Grundlage aller Ergebnisse kann die KV Berlin bedarfsgerechte und praxisnahe Angebote wie beispielsweise Workshops und Beratungsmodule zu Fragen des Qualitätsmanagements entwickeln.

### Berliner Ergebnisse für die QM-Stichprobenprüfung – Phasenkonformität und Phasenzugehörigkeit

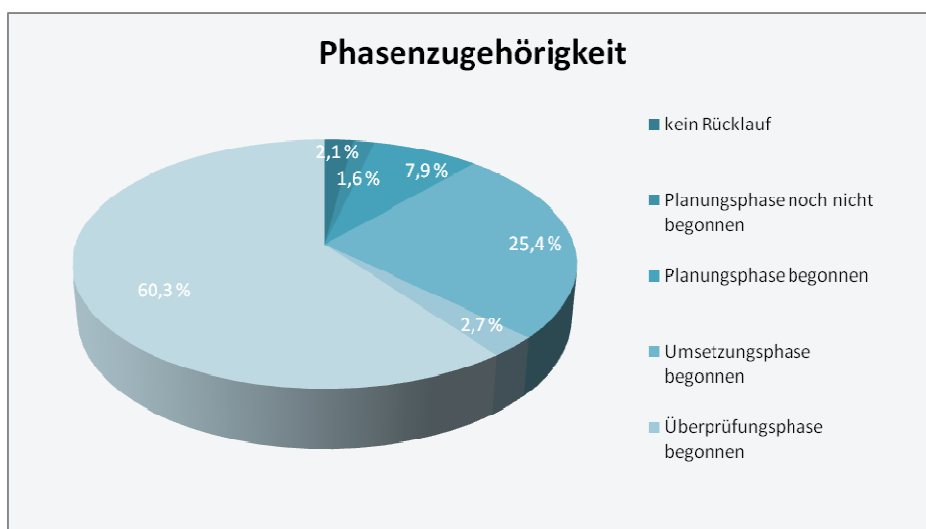
*Gemäß der QM-Richtlinie sollen sich die Vertragsärzte/-psychotherapeuten entsprechend ihrem Niederlassungsbeginn in einer bestimmten QM-Phase befinden bzw. diese durch Erfüllen aller vorgegebenen Maßnahmen bereits abgeschlossen haben.*

Im **Berichtsjahr 2011** hat die KV Berlin 189 Ärzte und Psychotherapeuten zufällig ausgewählt und den Einführungs- und Entwicklungsstand des praxisinternen Qualitätsmanagements abgefragt.

- Insgesamt **zwei Drittel** (119 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten) haben die Anforderungen der ihnen gemäß der QM-Richtlinie jeweils vorgegebenen QM-Phase **vollständig erfüllt** und diese Phase somit vollständig abgeschlossen.
- Weitere **10 Prozent** (19 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten) haben die Anforderungen der ihnen gemäß der QM-Richtlinie jeweils vorgegebenen QM-Phase **nahezu erfüllt** (phasenkonform) und die entsprechende Phase demzufolge fast abgeschlossen.
- Noch nicht mit der vorgegebenen QM-Phase begonnen (nicht phasenkonform) haben 47 der 189 zufällig ausgewählten Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten.



Von den im Berichtsjahr 2011 zufällig ausgewählten 189 Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten haben 15 Ärzte (7,9 Prozent) mit der Planungsphase, 48 Ärzte (25,4 Prozent) mit der Umsetzungsphase, 5 Ärzte (2,7 Prozent) mit der Überprüfungsphase sowie 114 Ärzte (60,3 Prozent) mit der fortlaufenden Weiterentwicklungsphase begonnen. Lediglich 3 Ärzte (1,6 Prozent) haben laut ihrer ausgefüllten Fragebögen noch nicht mit der Planungsphase begonnen.



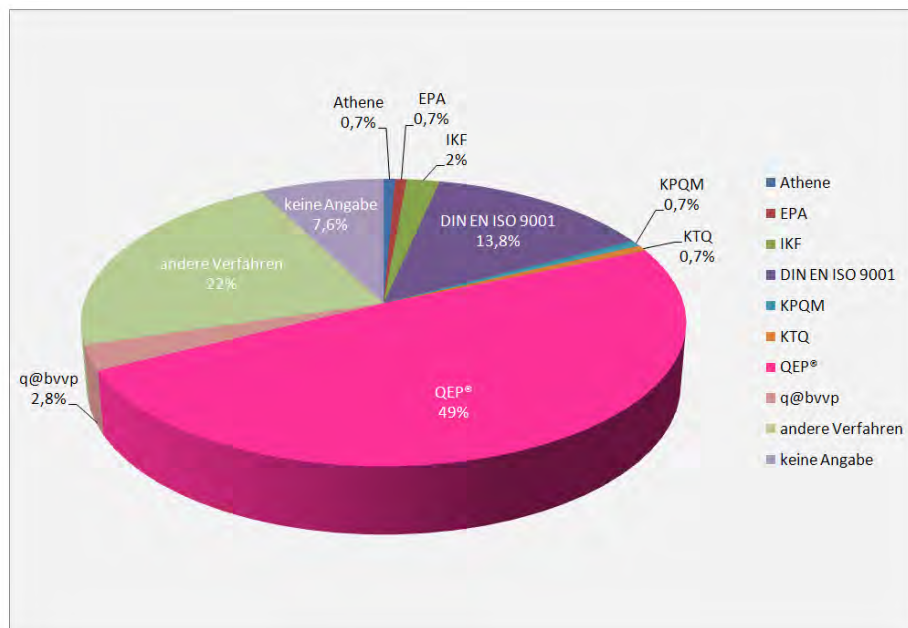
Insgesamt haben **96,3 Prozent** der in der Stichprobenprüfung 2011 zufällig ausgewählten Vertragsärzte/-psychotherapeuten ein **einrichtungsinernes Qualitätsmanagement** gemäß der QM-Richtlinie teilweise bzw. sogar vollständig **eingeführt**.

Für die Praxen stehen eine Reihe von Qualitätsmanagement-Systemen zur Verfügung. Für welches QM-System sich die Praxen entscheiden, steht ihnen frei. Das gemeinsam von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelte System „QEP® - Qualität und Entwicklung in Praxen“ ist auf die speziellen Bedürfnisse und Belange von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ausgerichtet.

Im Rahmen der QM-Stichprobenprüfung 2011 konnten die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten freiwillig angeben, für welches QM-System sie sich entschieden haben.

Berliner Ergebnisse für die QM-Stichprobenprüfung – Qualitätsmanagementsysteme

Die  **Hälfte der Praxen** hatten sich für das **QM-System QEP®**, 13,8 Prozent für QM-System DIN EN ISO 9001 und 2,8 Prozent für das QM-System q@bvvp entschieden.



Die Einführung und Umsetzung eines QM-Systems kann im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens bestätigt werden. Informationen dazu sind auf der Homepage der KV Berlin unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Qualität > Qualitätsmanagement zu finden.

Die Fremdbewertung und das Feedback durch neutrale Stellen bestätigen den Praxen ihre Qualität und machen sie für Dritte transparent. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Zertifizierung der Praxis gibt es gemäß der derzeit gültigen QM-Richtlinie jedoch nicht.

Durchgeführte Qualitätsmanagement-Fortbildungen in der KV Berlin

Auch im **Berichtsjahr 2011** unterstützte die KV Berlin ihre Mitglieder bei der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch das Angebot von insgesamt **15 QM-Fortbildungen**, die von 228 Interessenten besucht worden sind. Das waren im Einzelnen:

- 3 QEP®-Einführungsseminare mit 56 Teilnehmern,
- 1 Intensivkurs Praxismanager mit 15 Teilnehmern,
- 1 Datenschutzseminar mit 19 Teilnehmern,
- 1 Arbeitsschutzseminar mit 17 Teilnehmern,
- 2 Hygieneseminare mit 38 Teilnehmern,
- 1 Kommunikationsseminar mit 9 Teilnehmern,
- 1 Ausbildung zur/m Qualitätsmanagementbeauftragten mit 20 Teilnehmern
- 5 QM-bezogene Qualitätszirkel (QEP®) mit 54 Teilnehmern



## 4. Qualitätssicherungskommissionen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in ärztlicher Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Möchte ein Kassenarzt oder -psychotherapeut gesetzlich Versicherten medizinische Leistungen anbieten, die fachliche, räumliche, apparative und/oder technische Voraussetzungen erfordern, prüft die jeweils zuständige Kommission ehrenamtlich, ob er die Anforderungen erfüllt.

Eine Übersicht zu den in der KV Berlin eingerichteten Kommissionen sind unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Über uns > Wer wir sind > Gremien > Kommissionen zur Qualitätssicherung zu finden.

### Qualitätssicherungskommissionen der KV Berlin (Stand 31.12.2011)

Bereich	Mitglieder
Aids	4 ärztliche Mitglieder der KV 4 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Akupunktur	6 ärztliche Mitglieder der KV 9 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Ambulantes Operieren und Arthroskopie	11 ärztliche Mitglieder der KV
Diabetes	8 ärztliche Mitglieder der KV
Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	5 ärztliche Mitglieder der KV 5 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Dialyse	4 ärztliche Mitglieder der KV 2 stellv. Ärztliche Mitglieder der KV
Histopathologie Hautkrebsscreening	5 ärztliche Mitglieder der KV
Kardiologie	5 ärztliche Mitglieder der KV 13 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Kernspintomographie	9 ärztliche Mitglieder der KV 3 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Koloskopie	5 ärztliche Mitglieder der KV 3 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Krankenhäuser	3 ärztliche Mitglieder der KV 2 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Labor	5 ärztliche Mitglieder der KV 4 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Onkologie	8 ärztliche Mitglieder der KV 6 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Photodynamische Therapie	3 ärztliche Mitglieder der KV 2 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Phototherapeutische Keratektomie	3 ärztliche Mitglieder der KV
Qualitätsmanagement	5 ärztliche Mitglieder der KV 2 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle	5 ärztliche Mitglieder der KV 6 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Radiologie	9 ärztliche Mitglieder der KV 40 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Rehabilitation	4 ärztliche Mitglieder der KV 6 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Rheuma	4 ärztliche Mitglieder der KV 1 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Schmerztherapie	5 ärztliche Mitglieder der KV 6 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Sonographie	15 ärztliche Mitglieder der KV 49 stellv. ärztliche Mitglieder der KV
Substitution	6 ärztliche Mitglieder der KV 3 Vertreter der KK (paritätische Besetzung)
Zytologie	5 ärztliche Mitglieder der KV



## 5. Projektarbeit der KV Berlin

Auch die Projektarbeit gehört zu den Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung. Die Planung, Entwicklung und Beteiligung an Qualitätsprojekten dient ebenfalls der Qualitätsverbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung sowie der Sicherstellung und Optimierung der Behandlungsqualität. Viele wichtige Informationen, die den Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten bereits zur Verfügung stehen, werden im Rahmen der Projektarbeit ausgewertet und gemäß dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand aufbereitet. Dadurch wird die ambulante qualitativ hochwertige Patientenversorgung sichergestellt und weiter ausgebaut.

Im Folgenden werden die drei wichtigsten Projekte, bei der die Abteilung Qualitätssicherung auch im Berichtsjahr 2011 maßgeblich mitgewirkt hat, vorgestellt.

### Beteiligung am Kompetenzzentrum „Hygiene und Medizinprodukte“

Zum 1.7.2010 initiierte die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg mit 13 weiteren Kassenärztlichen Vereinigungen, unter anderem mit der KV Berlin, das Kompetenzzentrum „Hygiene und Medizinprodukte“.

Für den einzelnen Praxisinhaber ist es schwierig, neben der Praxistätigkeit eine Übersicht über die komplexen und umfangreichen Gesetze, Richtlinien, Normen, Regelungen und Vorschriften zu behalten.

Aus diesem Grund wurde das Kompetenzzentrum (CoC – Center of Competence) „Hygiene und Medizinprodukte“ errichtet, das die Informationsflut zu den Themen Aufbereitung von Medizinprodukten, Validierung von Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsprozessen, Umgang in der Praxis mit den Inhalten eines Hygieneplans, nosokomiale Infektionen und Multiresistenzen, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit bundesweit aufarbeitet und die Mitarbeiter der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen dazu schult und qualifiziert. Durch den Informations- und Erfahrungsaustausch der Mitglieder-KVen zu den genannten Themen soll eine objektive und fachkundige Beratung der Arztpraxen ermöglicht und die Netzwerkbildung gefördert werden.

Inzwischen verfügt die KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, über mehrere ausgebildete Hygieneberater, die den sogenannten „Sachkundekurs zur Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis“ (DGSV® e. V.) absolviert haben. Die vermittelte Sachkunde berücksichtigt die spezielle Arbeitssituation im niedergelassenen Bereich. Die erfolgreichen Absolventen haben die Grundlagen der Mikrobiologie und Epidemiologie, der Desinfektion und Reinigung, der Hygiene, die Aufbereitung von Medizinprodukten im Güterkreislauf sowie eine Übersicht der geltenden rechtlichen Grundlagen kennengelernt. Diese besondere Qualifikation ermöglicht den Hygieneberatern, die Fragen der Vertragsärzte zur qualitätsgerechten und sicheren Aufbereitung von Medizinprodukten sowie Anfragen zum Thema Hygiene fachkompetent zu beantworten.

Jedes Jahr werden die Hygiene-Berater der KVen in Form von mehrtägigen **Berater-Workshops** themenspezifisch durch das Kompetenzzentrum weitergebildet. Im Jahr 2011 fand zum Beispiel der zweitägige Berater-Workshop „Hygiene in der Endoskopie“ in Reutlingen statt. Inhalte waren insbesondere die Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums, Instrumente und Risikobewertung, räumliche Anforderungen sowie personalbezogene Hygieneanforderungen. Für das Jahr 2012 sind weitere Fortbildungsveranstaltungen geplant.

Zudem hat das Kompetenzzentrum in enger Zusammenarbeit mit den KVen und einigen Fachexperten einen **Musterhygieneplan zur Endoskopie** erarbeitet. Dieser enthält hilfreiche Informationen zu den Themen personelle, räumliche und apparative Anforderungen, Personalhygiene und Personalschutz, Patientenhgiene sowie Grundregeln für die Aufbereitung flexibler Endoskope. Diese umfangreichen Informationen werden durch zahlreiche Arbeitsanweisungen, Checklisten, Abbildungen und Beispiele veranschaulicht. Der Musterhygieneplan soll den Endoskopien durchführenden Ärzten zur Verfügung gestellt werden.



Durch Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Normen werden sehr hohe Anforderungen an die Aufbereitung, d. h. Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten gestellt, sodass viele Praxisinhaber Alternativen zur Aufbereitung in der eigenen Praxis suchen. Aus diesem Grund hat die Abteilung Qualitätssicherung bereits im Jahr 2010 eine **Umfrage zur externen Aufbereitung** bei Krankenhäusern mit einer zentralen Sterilgutversorgungsabteilung durchgeführt, um bei Anfragen der Vertragsärzte auf regionale Anbieter bzw. auch bundeslandübergreifende Anbieter verweisen zu können.

Die Ergebnisse dieser Umfrage sowie weitere nützliche Informationen zu den Themen externe Aufbereitung, Hygienemaßnahmen, Aufbereitung von Medizinprodukten etc. sind auf der Homepage des Kompetenzzentrums zu finden: [www.hygiene-medizinprodukte.de](http://www.hygiene-medizinprodukte.de).

Darüber hinaus werden über die **Mitarbeit des Kompetenzzentrums in Normausschüssen und Gremien** (z. B. *Robert Koch-Institut, Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung, Deutsches Institut für Normung, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*) die Erfordernisse des ambulanten Sektors bei der Aufbereitung von Medizinprodukten und Hygienemaßnahmen in der Praxis künftig stärker Berücksichtigung finden.

## Mitarbeit am Kompetenzzentrum „Patientensicherheit“

Seit 2010 ist die KV Berlin Mitglied des *Kompetenzzentrums (CoC) Patientensicherheit*. Dieses wurde 2008 von der KV Westfalen-Lippe gegründet. Das Kompetenzzentrum hat die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit im ambulanten Bereich zum Ziel. Hierfür wurden Kommunikationsstrukturen geschaffen, mit deren Hilfe nachhaltige Umsetzungsempfehlungen erarbeitet und veröffentlicht werden können. Auf diese Weise wird ein konstruktiver und lernorientierter Umgang mit Fehlern gefördert und unabhängig von Personen analysiert.

Das Kompetenzzentrum *Patientensicherheit* hat enge Kontakte und Netzwerke mit anderen Initiativen und Organisationen geknüpft, wie beispielsweise mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin und Stiftung Patientensicherheit in der Schweiz. Durch den konsequenten Austausch mit diesen und den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen konnten bereits wichtige Informationen für die KV-Mitglieder aufbereitet und zusammengefasst werden.

Bereits im Berichtsjahr 2010 wurden verschiedene Informationsblätter zum Thema Methicillin-resistenter *Staphylococcus Aureus* im ambulanten Bereich erarbeitet (*Umgang mit MRSA in der Arztpraxis und bei Hausbesuchen, Aufklärungsbogen für Kontaktpersonen etc.*). Weiterhin hat die KV Berlin einen eigenen MRSA-Flyer entworfen, der auf die Problematik des weit verbreiteten Bakteriums in der ambulanten Arztpraxis hinweist ([www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Themen von A-Z > MRSA).

Einige Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin wurden im Rahmen von Einführungsveranstaltungen vom Kompetenzzentrum geschult.

Für den *Internationalen Kongress Patientensicherheit* hat das Kompetenzzentrum in Zusammenarbeit mit den KVen im Rahmen eines Wettbewerbs ein Poster entwickelt, das die Arbeit und Kooperationen des Kompetenzzentrums darstellt.

Im **Berichtsjahr 2011** hat die KV Berlin beschlossen, sich bei der **AG Handlungsempfehlungen** des Kompetenzzentrums Patientensicherheit zu beteiligen. Im Rahmen dieser Arbeitsgemeinschaft soll in Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) die bereits bestehenden Handlungsempfehlungen zu den Themen *Eingriffsverwechslungen* und *Patientenidentifikation* aus dem stationären Bereich für den ambulanten Bereich überarbeitet werden. Ferner sind Informationsbroschüren für den ambulanten Bereich geplant.

Bei einem ersten Treffen wurden den beteiligten KVen das Projekt sowie die zu überarbeitenden Handlungsempfehlungen aus dem stationären Bereich näher vorgestellt und besprochen. Bei einem weiteren geplanten Treffen für 2012 sollen die Überarbeitungen der einzelnen KVen diskutiert werden, sodass die Handlungsempfehlungen zu den Themen Eingriffsverwechslungen und Patientenidentifikation für den ambulanten Bereich voraussichtlich schon Ende 2012 veröffentlicht werden können.

Zudem hat das Kompetenzzentrum in Zusammenarbeit mit einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweite **Seminare zum Thema Patientensicherheit** für die Vertragsärzte angeboten. Mit diesen Veranstaltungen sollten Ärzte und medizinische Angestellte auf das Thema aufmerksam gemacht und zusätzlich versucht werden, die Fehlerkultur im ambulanten Bereich zu verändern. Mit Hilfe einer Evaluation sollten die Inhalte definiert werden, die für die Ärzte von besonderem Interesse sind und darauf aufbauend eine allgemein gültige Präsentation für weitere Veranstaltungen zum Thema Patientensicherheit erstellt werden.

Ferner hat die KV Berlin in enger Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Patientensicherheit sowie der Senatsverwaltung für Gesundheit **Fortbildungsveranstaltungen zum Thema MRSA** für die Berliner Ärzte und ihre Praxismitarbeiter durchgeführt. Bei den zweimal im Jahr stattfindenden Infotagen der KV Berlin wurden Vorträge zum „Umgang mit MRSA in der Arztpraxis“ sowie zum Thema „Nosokomiale Erreger im ambulanten Bereich“ (von der Ärztekammer Berlin zertifiziert) gehalten.

Zusätzlich sei noch darauf hingewiesen, dass sich die Kassenärztliche Vereinigung Berlin im letzten Jahr bei der **Jahresveranstaltung des MRSA-Netzwerkes Berlin** mit einem Beitrag zum Thema „Nosokomiale Infektionen – (K)ein Thema in der ambulanten Versorgung?“ beteiligte. In diesem Zusammenhang wurde auf die Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von MRSA-Patienten im ambulanten Bereich sowie auf die bereits durchgeführten Maßnahmen (Artikel in der KV-Blatt-Ausgabe 10/2010, Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Patientensicherheit, Erstellen von zahlreichen Informationsblättern, Vorträge bei Infotagen, Einrichtung einer Internet-Themenseite) der KV Berlin aufmerksam gemacht.

### Ziele für Qualitätsförderungsmaßnahmen zum Thema „Depression“

Die Ursachen für das Erkranken an einer Depression sind sehr vielseitig. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass diese Patienten oft vorher eine belastende Situation, wie zum Beispiel eine Trennung oder den Verlust des Arbeitsplatzes, durchlebt haben. Auch körperliche Erkrankungen, wie Diabetes, Krebs oder Aids, können zu Depressionen führen. Alle diese Faktoren – psychologische, biologische und soziale – zusammengenommen können die Symptome einer Depression entstehen lassen.

Doch die Krankheit Depression wird in der Bevölkerung nach wie vor nicht von jedem als Krankheit gemäß den ICD-10-Kriterien anerkannt. Oft werden Betroffene mit Vorurteilen konfrontiert, sie seien lediglich vorübergehend verstimmt oder lustlos. Dabei führen Depressionen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit des Betroffenen. Es bestehen enorme Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen der Betroffenen. An Familienangehörige und Bekannte des Betroffenen wird ein hohes Maß an Verständnis und Geduld gestellt. Depressionen reduzieren aufgrund der Antriebsstörung auch die berufliche Leistungsfähigkeit und können sogar bis zur Arbeitsunfähigkeit führen.

Die Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit Depression haben sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Dennoch sind Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung noch immer nicht zwischen haus-, fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung optimal abgestuft und abgestimmt.

Die KV Berlin möchte ihre Mitglieder bei der Versorgung depressiver Patienten unterstützen und für die Patienten den derzeitigen Stand von Diagnose und Therapie, Versorgungsangeboten und Präventionsmöglichkeiten darstellen. Oberstes Ziel ist die Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität von Depressionen.

Aus diesem Grund hat sich die KV Berlin im Rahmen des Projekts „Ziele für Qualitätsförderungsmaßnahmen Kassenärztlicher Vereinigungen nach § 136 Abs. 1 SGB V“ dem Thema „Depressionen“ angenommen. Die Projektarbeit soll dazu dienen, den Qualitätsförderungsprozess durch einen strukturierten Priorisierungs- und Zielauswahlprozess aktiv zu gestalten und zu unterstützen. Koordiniert wird das Ganze von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die KV Berlin hat hierfür bereits zahlreiche Ideen ausgearbeitet. Teilweise wurden sogar schon einzelne Maßnahmen zur Zielerreichung durchgeführt. Alle weiteren Maßnahmen gilt es in den kommenden Jahren zügig umzusetzen.

Bei der Formulierung von Projektzielen und möglichen Maßnahmen wurde insbesondere die im Dezember 2009 veröffentlichte *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Unipolare Depression* berücksichtigt. Diese wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde initiiert. Ziel dieser Leitlinie ist es, Handlungsempfehlungen für eine optimale Abstufung und Abstimmung von Diagnostik und Therapie zwischen haus-, fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung zu vermitteln.

Im Folgenden werden einige der von der KV Berlin erarbeiteten Ideen zur Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität bei Depressionen dargestellt:

## **Frühzeitige Erkennung und Diagnostik von Depressionen**

Damit Depressionen frühzeitig erkannt und diagnostiziert werden können, ist es wichtig sowohl die allgemeine Bevölkerung als auch die Ärzte für diese Krankheit noch stärker zu sensibilisieren. Das gilt insbesondere für Angehörige von an Depression erkrankten Patienten sowie für Hausärzte, da sie in der Regel die erste Anlaufstelle für Betroffene sind.

Die Symptome der Erkrankung können sich in sehr unterschiedlicher Weise äußern. Viele Betroffene berichten über Antriebslosigkeit, Interessenverlust, eine gedrückte Stimmung, Hilflosigkeit, Schuld- und Angstgefühle oder über die Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden. Neben diesen Veränderungen im Erleben und Verhalten des Erkrankten werden nicht selten auch körperliche Beschwerden geäußert. Manche Patienten gehen zu ihrem Hausarzt und beklagen sich über Muskelverspannungen, anhaltende Müdigkeitserscheinungen, Appetit- oder Schlafstörungen. Auch das können bereits Symptome für Depressionen sein.

Aus diesen Gründen hat sich die KV Berlin zum Ziel gesetzt, die Kompetenz ihrer Mitglieder zum Thema Depression weiter zu verbessern. Zudem ist eine Informationskampagne für Betroffene und deren Angehörige sowie für an diesem Thema Interessierte geplant.

Projektziel:

Die Kompetenz von Vertragsärzten und -psychotherapeuten zum Thema Depression ist hinsichtlich medizinischer, psychologischer und sozialer Aspekte durch fachübergreifende zertifizierte Fort- und Weiterbildungsangebote verbessert.

Eine Möglichkeit der fachübergreifenden Fort- und Weiterbildung stellen Qualitätszirkel dar, in denen sich der Arzt oder Psychotherapeut mit Kollegen fallorientiert und themenspezifisch austauscht. Zur Erreichung des o. g. Projektziels unterstützt die KV Berlin ihre Vertragsärzte und -psychotherapeuten bei der Etablierung von Qualitätszirkeln zur Früherkennung und Diagnostik von Depressionen. Die neuen Erkenntnisse aus der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression sollen hierbei Berücksichtigung finden.

Zudem plant die KV Berlin die Erstellung einer Internetseite, auf der Informationen zur Erkennung und Diagnostik von Depressionen – insbesondere für Hausärzte als erste Ansprechpartner für Patienten mit Depressionen – zu finden sind. Das Informationsangebot greift dabei die folgenden Aspekte auf: Überblick über die in Fachzeitschriften veröffentlichten Artikel zu neuen Forschungsergebnissen, Veröffentlichung der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, Ansprechpartner und Adressen von Hilfe- und Beratungsstellen in Berlin zur Weitergabe an die betroffenen Patienten, u.v.m.

Projektziel:

Eine Informationskampagne zum Thema Depression wurde für die allgemeine Bevölkerung, Betroffenen und die Angehörigen durchgeführt.

Viele Betroffene sprechen aus Scham und Angst vor negativen Reaktionen sowie Unverständnis im privaten und beruflichen Umfeld noch immer nicht offen über ihre Erkrankung an einer Depression. Nach wie vor ist die Depression nicht bei jedem als organische Krankheit anerkannt. Sie wird vielmehr in Bezug auf ihre Bedeutung für die Betroffenen und die Gesellschaft unterschätzt. Dabei gehören Depressionen mittlerweile zu den häufigsten Erkrankungen. Das Risiko, im Laufe eines Lebens an einer Depression zu erkranken, liegt bei etwa 16 bis 20 Prozent (NEMESIS). Depressionen treten in jedem Lebensalter

auf. Laut dem Bundesgesundheitsurvey erkranken zirka 50 Prozent der deutschen Bevölkerung bereits vor ihrem 31. Lebensjahr erstmalig an Depression. Auch der Anteil an Depressionen bei Kindern nimmt immer mehr zu.

Aus diesen Gründen hat sich die KV Berlin das Ziel gesetzt, dazu beizutragen, das öffentliche Bewusstsein für die Depression als ernsthafte Erkrankung zu stärken.

Hierfür entwickelt die KV Berlin zunächst in Anlehnung an die Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Informationsmaterial in Form von Broschüren, Informationsblättern und anderen mehr. Diese sollen dann auf der bereits dafür eingerichteten Internetseite der KV Berlin veröffentlicht, regelmäßig aktualisiert und ergänzt werden.

Zudem ist eine Auflistung der Hilfe- und Beratungsstellen in den einzelnen Bezirken Berlins sowie deren Verlinkung geplant, um auch deren Informationsangebote mit einzubeziehen.

Eine weitere Maßnahme der KV Berlin ist die Durchführung von Informationsveranstaltungen zum Thema Depression. Hierzu gab es bereits eine gut besuchte KV-Sprechstunde im Februar 2011 – eine weitere ist in Planung. Ebenso war das Thema Depression beim zweimal im Jahr in der KV Berlin stattfindenden Infotag vertreten.

## **Verbesserung der Schnittstellen Hausarzt/Facharzt/Psychotherapeut/Krankenhaus**

Bei der Formulierung von Projektzielen und entsprechenden Maßnahmen für die Verbesserung der Strukturierung der Schnittstellen Hausarzt/Facharzt/Psychotherapeut/Krankenhaus ist es der KV Berlin besonders wichtig, dass die Patientenzufriedenheit stets im Fokus steht. Der Patient sollte bei der Entscheidungsfindung über die in Betracht kommenden Behandlungsmöglichkeiten und den damit erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken einbezogen werden.

Projektziel:

Im Rahmen der Verbesserung der o. g. Schnittstellen steht der Patient stets im Mittelpunkt.

Als weitere hilfreiche Unterstützung ist die Erstellung einer webbasierten Datenbank über deutschlandweite Rehabilitationskliniken für psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen – differenziert nach Bundesland geplant.

Für die Suche nach Psychologischen Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzten, zum Beispiel in einem bestimmten Bezirk oder mit einem bestimmten Behandlungsschwerpunkt, ist die Online-Arztsuche und die Online-Psychotherapeutensuche der KV Berlin sehr hilfreich ([www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)).

Der Gesundheitslotsendienst erteilt Auskünfte zu Praxisadressen, Sprechzeiten, Sondersprechstunden, Fremdsprachenkenntnissen, Patientenselbsthilfegruppen, Therapieeinrichtungen, etc. und ist telefonisch unter der folgenden Telefonnummer zu erreichen: 030/ 31003 – 222 (Montag bis Donnerstag 8.30 bis 13.00 Uhr sowie 14.30-16.00 Uhr, Freitag 8.30-13.00 Uhr).

## **Verbesserung der medikamentösen Versorgung**

Projektziel:

Die Kompetenz von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten zum Thema Depression ist hinsichtlich der medikamentösen Versorgung durch fachübergreifende zertifizierte Fort- und Weiterbildungsangebote verbessert.

Bezüglich der medikamentösen Versorgung von an Depression erkrankten Patienten gibt es sehr unterschiedliche Auffassungen. Es gibt Ärzte, die ungern Antidepressiva verschreiben, obwohl es manchmal medizinisch sinnvoll und auch notwendig ist. Und es gibt Ärzte, die schnell zu Antidepressiva greifen, obwohl eine Psychotherapie ebenso erfolgreich sein könnte.

Zudem besteht die Möglichkeit, dass eine erfolgreich begonnene Therapie mit Antidepressiva ins Gegenteil verläuft, da die Medikamente nicht vorschriftsgemäß eingenommen werden. Ein Grund hierfür kann das eigenmächtige vorzeitige Absetzen des Medikaments nach den ersten Beschwerdebesserungen durch den Patienten sein. Das könnte einen Rückfall oder sogar eine chronische Depression begünstigen.

Die Nationale VersorgungsLeitlinie empfiehlt zum Beispiel, Antidepressiva nicht generell zur Erstbehandlung bei einer leichten Depression anzuwenden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses. Erst ab einer mittel- bis schweren Depression soll dem Patienten eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden.

Daher ist es aus Sicht der KV Berlin wichtig, insbesondere die Kompetenz der Hausärzte hinsichtlich der medikamentösen Versorgung durch fachübergreifende zertifizierte Fort- und Weiterbildungsangebote kontinuierlich zu verbessern.

Das kann zum Beispiel durch die Etablierung und Unterstützung von interdisziplinären Qualitätszirkeln zur medikamentösen Behandlung von Erkrankten unter Einbeziehen der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression erfolgen. Die Leitlinie enthält wissenschaftlich fundierte Angaben über die (Wechsel-) Wirkungen mit anderen Medikamenten sowie Angaben über Erfolge und Nichtansprechen auf bestimmte Medikamente in Abhängigkeit von der Schwere der Depression.

In Verbindung mit der medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva sollte auch auf die Folgen eines Medikamentenmissbrauchs hingewiesen werden. Hierzu existiert bereits ein Leitfaden für die ärztliche Praxis der Bundesärztekammer „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“, der ebenfalls auf der entsprechenden Internetseite der KV Berlin eingestellt wird.

Die Ergebnisse aller Maßnahmen der in dieser Broschüre vorgestellten Projektziele werden jährlich dokumentiert und von der KV Berlin veröffentlicht.

## **Bildung und Arbeitsweise einer Projektgruppe**

Zur Umsetzung der Projektziele unter Einbezug eines breit gefächerten Sach- und Fachwissens sowie praktischer Erfahrungen hat die KV Berlin eine Projektgruppe etabliert, bei der auch der Beratende Fachausschuss für psychotherapeutische Versorgung der KV Berlin mitwirkt. Je nach geplantem Thema der jeweiligen Sitzung werden gegebenenfalls weitere Interessenten zur Projektgruppe eingeladen. Auf Anfragen der KV Berlin bei entsprechenden eingetragenen Berliner Vereinen, Berufsverbänden, Selbsthilfegruppen, etc. gibt es reges Interesse, sich an diesem Projekt unterstützend zu beteiligen.

Die Projektgruppe wird sich mehrmals im Jahr treffen, um die Vorgehensweisen der geplanten Maßnahmen zu besprechen und die sach- und fachgerechten Angaben bei Informationsangeboten zu gewährleisten.

Das erste Treffen der Projektgruppe *Depression* fand bereits Ende 2011 statt. Dabei wurde den Teilnehmern zunächst das Projekt, dessen Ziele sowie die ersten erarbeiteten Maßnahmen vorgestellt. Im Rahmen dieser Sitzung konnten sich die Teilnehmer bereits einstimmig auf eine erste Maßnahme einigen: die Erstellung einer Handlungsempfehlung zur frühzeitigen Erkennung und Diagnostik sowie zur medikamentösen Versorgung für Hausärzte.

Bei dem nächsten geplanten Treffen sollen die Ideen der Teilnehmer für diese Handlungsempfehlung zusammengetragen und diskutiert werden.

Sobald die Erstellung der Handlungsempfehlung für Hausärzte abgeschlossen ist, wird die Projektgruppe mit der Umsetzung der nächsten Maßnahme zur Erreichung der weiteren Projektziele beginnen.

## Ausblick

Alle Maßnahmen zur Verbesserung der Erkennung und Diagnostik von Depressionen sowie zur Verbesserung der Behandlung von betroffenen Patienten müssen auf mehreren Ebenen gleichzeitig ansetzen. Das ist in jedem Fall wirkungsvoller für die Gewährleistung einer abgestimmten Betreuung von Erkrankten als nur singuläre Interventionen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die von der KV Berlin formulierten Maßnahmen schwerpunktmäßig auf die folgenden Aspekte beziehen:

- ✓ Sensibilisierung der Bevölkerung und KV-Mitglieder für das Thema Depression
- ✓ Öffentlichkeitsarbeit und Unterstützungsangebote für Betroffene und Hausärzte
- ✓ Förderung von Multiplikatoren (bspw. Selbsthilfeinitiativen)

Weitere Informationen sind auf der KV-Themenseite zu finden: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Themen von A-Z > Depression.



## 6. Regionale Versorgungsschwerpunkte der KV Berlin

Die ambulante medizinische Versorgung sollte allen regionalen Besonderheiten und allen Altersgruppen mit ihren spezifischen Gesundheitsproblemen gerecht werden. In Berlin steigt schon seit einigen Jahren die Zahl der chronisch kranken Patienten bei einer immer älter werdenden Bevölkerung. Folglich muss das medizinische Versorgungssystem an diese demographischen Gegebenheiten angepasst werden. Aber auch die ganz kleinen Patienten müssen dabei berücksichtigt werden.

Aus diesem Grund hat die KV Berlin auch im Jahr 2011 wieder regionale Verträge über neue Behandlungskonzepte und Therapieangebote geschlossen sowie eine eigene Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie mit Fachexperten erarbeitet:

- Einführung einer Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Akupunktur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule ab 1. Juni 2011
- Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ab 16. Mai 2011
- Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie (Fördervertrag Onkologie) ab 1. Dezember 2011
- Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus (Fortsetzung) ab 1. Juli 2011
- Vertrag gemäß § 73c SGB V über eine interdisziplinäre Versorgung von Patienten mit chronischem Rückenschmerz zwischen der KV Berlin und der KKH Allianz ab 1. April 2011
- Erweiterung des Versorgungsangebots mit klassischer Homöopathie ab 1. Juli 2011
- Verbesserung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ab 1. Januar 2011 bzw. ab 1. Juli 2011

Die Inhalte und Teilnahmevoraussetzungen der oben aufgelisteten regionalen Versorgungsschwerpunkte des Jahres 2011 werden nun im weiteren Text näher beschrieben.

Weiterführende Informationen zu den neuen Verträgen sind im Internet unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen zu finden.

### Einführung einer Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Akupunktur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule

Gemäß der *Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V* (Inkrafttreten: 1.1.2007) führt die KV Berlin seit 2007 in ihrem Zuständigkeitsbereich Stichprobenprüfungen durch.

Jährlich werden per Zufallsprinzip mindestens 5 Prozent der Ärzte, die Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringen und abrechnen, ausgewählt und müssen Dokumentationen zu 12 abgerechneten Fällen und zu 18 abgerechneten Ausnahmefällen mit bis zu 15 Sitzungen nachweisen.

Auf der Grundlage der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur hat die KV Berlin als Vorreiter eine zusätzliche, noch weiter ins Detail gehende *Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie zur Überprüfung der Dokumentation einer Akupunkturbehandlung bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule bzw. in mindestens einem Kniegelenk* zum 1.6.2011 eingeführt.

Die Beurteilungskriterien sind in enger Zusammenarbeit mit der Qualitätssicherungskommission Akupunktur festgelegt worden. Sie entsprechen den Anforderungen an die Durchführung und an die Dokumentation der schmerztherapeutischen Versorgung gemäß § 5 der o. g. Vereinbarung sowie ferner den Leitlinien zur Akupunktur bei chronischen Schmerzen.

Darüber hinaus hat die KV Berlin gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur einen eigenen Patientendokumentationsbogen erarbeitet, in dem die einzelnen Prüfungsgegenstände mit ihren jeweiligen prozentualen Anteilen bei vollständiger Erfüllung aufgeführt sind. Dadurch soll die sachgerechte Dokumentation der Akupunkturbehandlung durch den Arzt vereinfacht werden.

Die Überprüfung der Dokumentation von insgesamt maximal 30 abgerechneten Fällen gilt als nicht bestanden, wenn mindestens 10 Prozent der überprüften Dokumentationen als unvollständig bzw. als nicht nachvollziehbar beurteilt wurden. In diesem Fall muss der Arzt innerhalb von zwölf Monaten erneut an der Überprüfung seiner Dokumentation teilnehmen. Besteht der Arzt auch diese Prüfung nicht, muss er innerhalb von drei Monaten erfolgreich an einem Kolloquium teilnehmen, andernfalls wird ihm die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur widerrufen.

### Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

Die KV Berlin hat mit der Novitas BKK einen *Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie bei Kindern vom 2. bis 6. Lebensjahr im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung* mit Wirkungsdatum 16.5.2011 geschlossen.

Gegenstand des Vertrags ist die ambulante Durchführung der Tonsillotomie sowie die ambulante Durchführung ggf. erforderlicher Kombinationseingriffe einschließlich der erforderlichen Nachbehandlung.

Bisher war die Tonsillotomie bei Kindern mit der Indikation einer nichtinfektiösen kindlichen Tonsillenhyperplasie nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen enthalten, sodass sie als private Individuelle Gesundheitsleistung angeboten wurde.

Da die von einer Tonsillenhyperplasie betroffenen Kinder jedoch unter schwerwiegenden Symptomen wie zum Beispiel Atem-, Schluck- und Essproblemen leiden, ist der Eingriff der Tonsillotomie medizinisch geboten. Die Tonsillotomie stellt im Vergleich zu dem alternativen und über die gesetzlichen Krankenversicherungen abrechenbaren Eingriff der Tonsillektomie das schonendere, schmerzärmere und zudem risikoärmere Verfahren dar.

Ziele des Vertrages sind daher insbesondere die Vermeidung nicht notwendiger stationärer Eingriffe sowie die Reduzierung der intra- und postoperativen Komplikationsrate (Nachblutungen). Dadurch wird die qualitätsgesicherte medizinische Versorgung der Versicherten verbessert und die hohe Qualität dieser neuen Behandlungsmethode etabliert.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und wird durch den Arzt mittels einer Teilnahmeerklärung gegenüber der KV Berlin erklärt. Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte und angestellte Ärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Vertragsarztsitz in Berlin, die eine Abrechnungsgenehmigung zum ambulanten Operieren besitzen und die Teilnahmevoraussetzungen gemäß dem Vertrag erfüllen. Konservativ tätige Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Vertragsarztsitz in Berlin und Fachärzte für Anästhesiologie können ohne Abgabe einer Teilnahmeerklärung an diesem Vertrag teilnehmen.

Im Berichtsjahr 2011 haben sich insgesamt 8 Ärzte (Stand 31.12.2011) zur Teilnahme an dem neuen Vertrag zur Durchführung einer Tonsillotomie bei Kindern entschieden.

## Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie (Fördervertrag Onkologie)

Die KV Berlin hat mit der AOK Nordost in Kooperation mit dem *Verein der niedergelassenen internistischen Onkologen e. V.* (NIO Berlin e. V.) zum 1.12.2011 einen Vertrag zur Förderung der onkologischen Behandlung geschlossen.

Ziel dieser Vereinbarung ist es, die ambulante Behandlung von onkologischen Patienten, inklusive der qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung als Alternative zur stationären Versorgung, mit hohen Standards in der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern.

Weiterhin soll die strukturierte Zusammenarbeit verschiedener Akteure in der onkologischen Versorgung gefördert werden. Der dadurch entstehende zeitliche Mehraufwand wird im Rahmen einer Pauschale bei der Bluttransfusion oder Gabe von Thrombozytenkonzentraten vergütet.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und muss mit einer Teilnahmeerklärung bei der KV Berlin beantragt werden. Erst nach positiver Bescheiderteilung ist der Arzt zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag berechtigt und verpflichtet.

Innerhalb nur eines Monats nahmen bereits 102 Ärzte (Stand 31.12.2011) an der Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie teil.

Der Vertrag gilt nur für Versicherte mit onkologischen Erkrankungen gemäß § 1 Abs. 2 der Onkologie-Vereinbarung. Dazu gehören unter anderem alle malignen soliden Tumore, intrakranielle bzw. ZNS-Neubildungen, die Langerhans-Zell-Histiozytose, die Haemophagozytäre Lymphohistiozytose sowie bestimmte Tumore bei Kindern und Jugendlichen.

Anfangs galt dieser Vertrag nur für Versicherte der AOK Nordost, die ihren Wohnsitz in Berlin hatten. Die KV Berlin hat sich sehr darum bemüht, diesen Vertrag auch für Versicherte der AOK Nordost mit anderen Wohnorten geltend zu machen – mit Erfolg. Mittlerweile gilt dieser Vertrag für Versicherte der AOK Nordost, die ihren Wohnsitz in den folgenden Bundesländern haben: Brandenburg, Bremen/Bremerhaven, Mecklenburg-Vorpommern Nordrhein, Saarland, Thüringen, Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Bayern, Hessen sowie Niedersachsen (befristet bis 30.11.2012).

## Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus (Fortsetzung)

Die KV Berlin hatte bereits seit dem 1.4.1998 mit einigen Berliner Krankenkassen, der Berliner Krankenhausesellschaft und dem Verband der Berliner Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Modellprojekts Vereinbarungen geschlossen, mit denen die Versorgung der Bewohner von Pflegeeinrichtungen in enger Verzahnung zwischen pflegerischer und ärztlicher Versorgung verbessert werden sollte. In einer ergänzenden Vereinbarung zum Modellprojekt vom 18.12.1998 wurde die ärztliche Betreuung der Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen beispielsweise durch niedergelassene Vertragsärzte gesondert geregelt.

Dadurch wurde ermöglicht, dass die umgewandelten Pflegeeinrichtungen (ehemals Krankenhäuser und Krankenhäuser für chronisch Kranke) weiterhin mit angestellten Ärzten arbeiten oder Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten schließen konnten.

Nachdem das Modellprojekt seit über 10 Jahren erprobt wurde und sich aufgrund der qualitativ hochwertigen Versorgung durch die besondere ärztliche Versorgung bewährte, hat die KV Berlin zum 1.7.2011 mit den bisher am Berliner Projekt teilnehmenden Krankenkassen (BAHN-BKK, Siemens-Betriebskrankenkasse – SBK, AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, IKK Brandenburg und Berlin) einen neuen Vertrag nach § 73c SGB V zum *Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus* geschlossen. Dieser Vertrag löst die ehemalige Rahmenvereinbarung des Berliner Projektes, die zum 30.6.2011 endete, ab.

Ziel des neuen Vertrages ist es, die qualitätsgesicherte Versorgung insbesondere chronisch, multimorbide und psychisch Erkrankter in stationären Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten und darüber hinaus durch die besondere ärztliche Versorgung weiterzuentwickeln.



Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und setzt eine Teilnahmeerklärung nach Anlage 2 zum Vertrag bei der KV Berlin voraus.

Teilnahmeberechtigt sind Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen sowie stationäre Pflegeeinrichtungen.

Während des Berichtsjahres 2011 haben bereits 20 Ärzte bzw. 17 Pflegeheime (Stand: 31.12.2011) an dem neuen *Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus* teilgenommen.

### Verbesserte Versorgung von Patienten mit akuten und chronischen Rückenschmerzen

Die KV Berlin und die KKH Allianz haben bereits zum 1.3.2009 einen Vertrag für eine verbesserte Versorgung von Patienten mit akutem unspezifischem Rückenschmerz gemäß § 73c SGB V geschlossen. Grundlage ist ein interdisziplinäres Versorgungskonzept, das die KV Berlin gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten sowie Physiotherapeuten und Experten der stationären und rehabilitativen Versorgung entwickelt hat. Kliniken und Physiotherapeuten wurden über einen Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V mit einbezogen.

Dieses Rückenschmerzprojekt der KV Berlin in Zusammenarbeit mit der KKH Allianz war damit bundesweit der erste interdisziplinäre sektorenübergreifende Vertrag, der klare Vorgaben und Behandlungspfade zur Behandlung des unteren unspezifischen Rückenschmerzes definiert.

Mit Wirkung zum 1.4.2011 hat die KV Berlin mit der KKH Allianz einen weiteren Vertrag nach § 73c SGB V abgeschlossen, der über ein interdisziplinäres Behandlungsprogramm die Versorgung von Patienten mit chronischem und chronisch-rezidivierendem Rückenschmerz verbessern soll.

Das Versorgungskonzept basiert auf den Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz und bezieht die Patienten aktiv in die Behandlung mit ein. Regelmäßige Information und kontinuierliche körperliche Aktivität und Rückenschule stehen langfristig im Vordergrund. Zudem profitieren die Patienten von einer kurzfristigen Terminvergabe und der regelmäßigen Überprüfung des Behandlungserfolgs.

Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind Vertragsärzte der folgenden Fachgruppen: Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Nervenheilkunde, Neurochirurgie, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie hausärztlich tätige Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten (nur in der Funktion als Mitbehandelnde).

Die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte müssen die Inhalte des Versorgungsauftrages sowie die des o. g. Vertrages einhalten. Ferner muss die aktuell gültige Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz bei der Behandlung der Patienten berücksichtigt werden. Zu den fachlichen Anforderungen gehören ebenso die Erfüllung der Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V durch regelmäßige Teilnahme an fachspezifischen und programmrelevanten Fortbildungen sowie an Qualitätszirkeln.

Im Berichtsjahr 2011 haben insgesamt 31 Ärzte (Stand 31.12.2011) an dem neuen Vertrag zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit akuten und chronischen Rückenschmerzen teilgenommen.

## Erweiterung des Versorgungsangebots mit klassischer Homöopathie

Bereits zum 1.7.2009 hatte die KV Berlin mit der BKK Securvita einen Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag entwickelt und abgeschlossen. Im darauffolgenden Jahr sind weitere Krankenkassen diesem Vertrag beigetreten: BKK Linde zum 1.1.2010, Daimler BKK zum 1.4.2010, BKK Essanelle und BKK 24 zum 1.7.2010 sowie BKK Pfaff zum 1.10.2010.

Ziel dieses Vertrags ist der Zugang zu Leistungen, die ansonsten nicht Bestandteil des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Der Versorgungsauftrag beinhaltet die Behandlung mit klassischer Homöopathie bestehend aus spezifisch-homöopathischen Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen sowie der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde.

Als fachliche Voraussetzungen für die Abrechnungsgenehmigung muss der Arzt zum Führen der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ berechtigt sein oder das Homöopathie-Diplom des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte nachweisen. Darüber hinaus ist der teilnehmende Arzt dazu verpflichtet, regelmäßig an anerkannten homöopathischen Fortbildungen oder Qualitätszirkeln teilzunehmen und diese Teilnahme jährlich gegenüber der KV Berlin nachzuweisen.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist nur für Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen möglich und sowohl für die Versicherten als auch für die Vertragsärzte freiwillig.

Am 31.12.2011 gab es in Berlin 123 Ärzte, die an dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag teilnehmen.

Das Interesse an diesem Versorgungsangebot hält weiter an: Mit Wirkung zum 1.7.2011 ist die BKK Herkules diesem Vertrag beigetreten, sodass auch Versicherte dieser Betriebskrankenkasse die Behandlung mit klassischer Homöopathie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen können.

## Verbesserung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Die KV Berlin hat gemeinsam mit den Berliner Krankenkassenverbänden bereits langjährige Erfahrung bei der intensiven ärztlichen Versorgung krebs- und aidskranker Patienten durch das 1992 gestartete Modellprojekt „Home-Care“ gemacht. Im Rahmen des Modellprojekts hatte die KV Berlin mit mehreren Berliner Krankenkassen Verträge über die Home-Care-Betreuung geschlossen.

Aufbauend auf diesen Erfahrungen konnte die Kassenärztliche Vereinigung Berlin bereits zum 1.7.2010 den bundesweit ersten flächendeckenden Vertrag zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 132d SGB V mit dem „Home Care Berlin e. V.“ und den folgenden Berliner Krankenkassen schließen: AOK Berlin-Brandenburg, Ersatzkassen (vdek), BKK LV-Mitte, BIG direkt gesund, IKK Brandenburg und Berlin, Knappschaft, Krankenkasse für den Gartenbau sowie Vereinigte IKK.

Dieser Rahmenvertrag über die SAPV sichert die Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld, die an nicht heilbaren, zum Tode führenden Erkrankungen im Endstadium leiden. Speziell ausgebildete Ärzte leiten und koordinieren die Versorgung der Patienten, um ihnen eine schmerzarme und menschenwürdige letzte Lebensphase zu Hause zu ermöglichen. Der Palliativarzt übernimmt dabei eine zentrale Rolle und kümmert sich um die Versorgung und bezieht die Beteiligten, wie spezialisierte Pflegedienste, Angehörige, andere Ärzte, Hospiz oder Seelsorge, mit ein. Die multiprofessionelle ärztliche und pflegerische Versorgung Schwerstkranker ist dadurch noch umfassender als bisher.

Zur Sicherstellung der hohen Versorgungsqualität muss der am SAPV-Vertrag teilnehmende Arzt eine 24-Stunden-Rufbereitschaft gewährleisten und regelmäßig an palliativmedizinischen Fortbildungen sowie möglichst alle halbe Jahre an multidisziplinären Qualitätszirkeln teilnehmen.

Mittlerweile ist auch die AOK Hessen dem SAPV-Vertrag mit Wirkung zum 1.7.2011 beigetreten.

Im Berichtsjahr 2011 haben somit insgesamt 84 Ärzte (Stand 31.12.2011) an dem Rahmenvertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 132d SGB V in Berlin teilgenommen.

Zum 1.1.2011 hat die KV Berlin auch mit der Postbeamtenkrankenkasse (PbeaKK) einen Vertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) geschlossen, der den Vertrag über die Home-Care-Betreuung mit der PbeaKK ablöst.

Die Leistungen und Vergütungen des Vertrags mit der Postbeamtenkrankenkasse sind analog dem o. g. Rahmenvertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 132d SGB V in Berlin.

Für die neu teilnehmenden Ärzte gelten die gleichen Teilnahmevoraussetzungen wie für die Teilnahme an dem SAPV-Vertrag mit den anderen Berliner Krankenkassen, jedoch ist hierfür eine gesonderte Teilnahmeerklärung erforderlich.

Im Berichtsjahr 2011 haben insgesamt 80 Ärzte (Stand 31.12.2011) an dem SAPV-Vertrag mit der Postbeamtenkrankenkasse teilgenommen.



## 7. Service

### Ansprechpartner und Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung (QS)

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

In der KV Berlin sind sämtliche Aufgaben rund um die Qualität auf einen Standort konzentriert. In der Abteilung Qualitätssicherung sind 37 Mitarbeiter für die Sicherung der Qualität zuständig. Dadurch wird für die Mitglieder eine gut erreichbare Versorgung, Beratung und Unterstützung gewährleistet.

Die Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung sind:

- Prüfung der Einhaltung der für die Qualitätssicherung geltenden gesetzlichen und/oder vertraglichen Regelungen im Einzelfall, insbesondere:
  - Antragsbearbeitung, Durchsicht der Antragsunterlagen des Vertragsarztes/-psychotherapeuten auf Vollständigkeit der erforderlichen fachlichen Nachweise sowie der räumlichen und/oder apparativen Ausstattung
  - Erstellung von Bescheiden zur Erteilung oder Ablehnung von Abrechnungsgenehmigungen, die unter Genehmigungsvorbehalt stehen, sowie über die Ergebnisse aus vorangegangenen Qualitätsprüfungen und Überprüfungen der fachlichen Befähigung,
  - Durchführung der Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)
- Vor- und Nachbereitung der Sitzungen der Qualitätssicherungskommissionen und der erforderlichen Kolloquien und Beratungsgespräche sowie die verwaltungsrechtliche Begleitung der Kommissionsarbeit,
- Betreuung und Begleitung von Qualitätszirkeln, die im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen KV arbeiten,
- Information und Beratung von Vertragsärzten/-psychotherapeuten in Fragen der Qualitätssicherung,
- Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Ärztekammern sowie anderen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

## Arzt- und Psychotherapeutensuche der KV Berlin im Internet

Seit August 2005 können sich Patienten im Internet über die Qualifikation ambulant tätiger Ärzte und Psychologischer Psychotherapeuten informieren. In der Arzt- und Psychotherapeutensuche der KV Berlin sind alle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, die zusätzlichen Qualitätsanforderungen sowie Qualitätskontrollen durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin unterliegen, aufgeführt.

Patienten können sich darüber informieren, welche Berliner Ärzte bzw. Psychotherapeuten diese Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbringen dürfen, welche besonderen Qualifikationen und Voraussetzungen diese hierfür nachweisen müssen sowie auf welchen Rechtsgrundlagen diese beruhen.

Die Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche ist unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Arztsuche bzw. Psychotherapeutensuche zu finden.

**Kassenärztliche Vereinigung Berlin**

Arztsuche | **Psychotherapeutensuche** | Homepage KVBerlin.de

Einfache Suche | Erweiterte Suche | Änderungsformular für Ärzte/Psychologen

### Erweiterte Suche

#### Arztbezogene Daten

Geschlecht: egal

Name des Arztes:

Vorname des Arztes:

Fachgebiete: Alle

Fachgebiet mit Kassenzulassung:

Schwerpunkte: Alle

Zusatzbezeichnungen: Alle

Sprache: Deutsch

QS-Leistungen / Verfahren/Krankheitsbild:

weitere Suchoptionen nach:  ambulante OP  D-Arzt  Dialyse  Hausärztliche Versorgung

#### Praxisbezogene Daten

Berliner Stadtteile: Alle

Postleitzahl:

Straße:

Die Praxis muss: nicht für Rollstühle geeignet sein

Sprechstunde: ganze Woche | Jederzeit

Tätigkeitsschwerpunkt/ med.-techn. Ausstattung:

**Jetzt suchen**

## Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin

Rund 8.900 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten übernehmen in Berlin die ambulante medizinische Versorgung. Dass alles reibungslos funktioniert, dafür sorgt die Kassenärztliche Vereinigung:

### Freie Arztwahl

Die KV Berlin schließt für alle niedergelassenen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten mit allen gesetzlichen Krankenkassen Verträge über die ambulante Versorgung ab. So können Patienten jeden Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten aufsuchen, egal, in welcher Krankenkasse sie versichert sind.

### Zu jeder Zeit

Die KV Berlin gewährleistet eine ambulante Versorgung zu jeder Tages- und Nachtzeit: Sie organisiert einen Ärztlichen Bereitschaftsdienst, der rund um die Uhr im Einsatz ist.

### Garantierte Qualität

Die KV Berlin überprüft die Qualifikationen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, kontrolliert die medizinischen Apparaturen sowie die Qualität der Untersuchungen.

### **Kontakt**

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin  
Tel: (030) 31003-999  
Fax: (030) 31003-900  
E-Mail: [kvbe@kvberlin.de](mailto:kvbe@kvberlin.de)  
Internet: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)

### **Impressum**

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Redaktion: Katrin Beck

### **Copyright:**

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Berlin, im August 2012