

# Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung

## Qualitätsbericht 2013 der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin für das Berichtsjahr 2012



# 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>11</b>
Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen .....	11
Eingangsprüfung .....	12
Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben gemäß § 136 Abs. 2 SGB V .....	13
Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben gemäß § 135 Abs. 2 SGB V .....	17
Regelmäßige Dokumentationsprüfungen .....	19
Rezertifizierung .....	23
Rückmeldesysteme .....	23
Frequenzregelungen .....	25
Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen .....	29
Pflicht zur Fort- und Weiterbildung .....	30
Qualitätszirkel .....	31
Fallkonferenzen .....	31
Kolloquium/Beratung .....	32
Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	32
<b>4. Qualitätssicherungskommissionen</b>	<b>36</b>
<b>5. Regionale Versorgungsschwerpunkte der KV Berlin</b>	<b>37</b>
„Hallo Baby“ – Die ambulante Vorsorgeinitiative in Berlin .....	37
Weitere Verträge über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11/J2) für Kinder und Jugendliche .....	38
Einführung einer Impfvereinbarung – Reiseschutz und HPV .....	38
Verlängerung des Fördervertrages Onkologie .....	39
<b>6. Was ist neu in 2012?</b>	<b>40</b>
Qualitätssicherungsvereinbarung Sonographie der Säuglingshüfte .....	40
Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik .....	41
Vergütungsvereinbarung MRSA .....	42
Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Hörgeräteversorgung .....	43
<b>7. Projektarbeit der KV Berlin</b>	<b>44</b>
Beteiligung am Kompetenzzentrum „Hygiene und Medizinprodukte“ .....	44
Mitarbeit am Kompetenzzentrum „Patientensicherheit“ .....	46
Ziele für Qualitätsförderungsmaßnahmen zum Thema „Depression“ .....	47
<b>8. Service</b>	<b>52</b>
Ansprechpartner und Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung (QS) .....	52
Elektronische Dokumentation (eDoku) .....	52
Mein PraxisCheck Informationssicherheit .....	53
Arzt- und Psychotherapeutensuche der KV Berlin im Internet .....	54



## 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 überprüfaren 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>
<b>bei Genehmigungserteilung:</b>
Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
Eingangsprüfungen
Prüfung apparativer und räumlicher Vorgaben
Prüfung organisatorischer Voraussetzungen
Prüfung vorgegebener Frequenzen
Nachweis von Fortbildungen
Rezertifizierungen
<b>Prozessqualität</b>
<b>zum Genehmigungserhalt:</b>
Einzelfallprüfungen durch Stichproben
Dokumentationsprüfungen
Präparateprüfungen
Hygieneprüfungen
Qualitätsmanagement
<b>Ergebnisqualität</b>
Benchmarkberichte
Rückmeldesysteme
Jahresstatistiken



## 2. Qualitätssicherungsbereiche

In der KV Berlin gibt es derzeit insgesamt 80 Qualitätssicherungsbereiche. Davon sind in 65 Bereichen die Qualitätsanforderungen durch bundeseinheitliche Normen definiert. In bisher 25 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 465 Genehmigungen im Rahmen der Ultraschalldiagnostik bedingt sind.

Qualitätssicherungsbereiche (Stand 31.12.2012)	Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten mit Genehmigungen	Anzahl erteilte Genehmigungen	Anzahl Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen
<b>Bundeseinheitliche Vereinbarungen</b>					
Akupunktur	545	62	2	16	1
Ambulantes Operieren/ Anästhesien	2.525	250	0	0	153
Apheresen	20	1	1	0	1
Arthroskopie	218	25	0	0	6
Balneophototherapie	23	6	0	0	2
Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	116	22	0	0	5
Computertomographie	246	115	0	0	44
DMP Asthma bronchiale	1.430	144	0	0	8
DMP COPD	1.369	135	0	0	33
DMP Diabetes mellitus Typ 1	224	28	0	0	14
DMP Diabetes mellitus Typ 2	1.850	155	0	0	146
DMP KHK	1.838	142	0	0	135
Erweitertes Neugeborenen- Screening	1	1	1	0	0
Hautkrebs-Screening	1.538	97	0	0	67
Herzschrittmacherkontrolle	102	17	1	0	12
Histopathologie beim Hautkrebs-Screening	32	4	0	0	10
HIV-Infektionen/ Aids-Erkrankungen	53	7	0	7	7
Hörgeräteversorgung	230	230	0	0	0
Hörgeräteversorgung Kinder	3	3	0	0	0
Interventionelle Radiologie	10	3	0	0	1
Invasive Kardiologie	24	1	0	0	4
Koloskopie	81	10	0	0	7
Künstliche Befruchtung (Beratung des Ehepaares)	195	17	0	0	11
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination ohne Stimulation)	112	9	0	0	8

Qualitätssicherungs- bereiche (Stand 31.12.2012)	Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten mit Ge- nehmigungen	Anzahl erteilte Genehmigungen	Anzahl Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rück- gaben / Beendi- gungen von Ge- nehmigungen
<b>Bundeseinheitliche Vereinbarungen</b>					
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination mit Stimulation)	34	7	0	0	4
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI)	29	5	0	0	2
Laboratoriumsuntersuchungen	905	130	27	0	91
Langzeit-EKG	912	115	2	0	109
Magnetresonanz-Angiographie	111	59	2	0	18
Magnetresonanz-Tomographie (allgemein)	158	80	2	0	35
Magnetresonanz-Tomographie der Mamma	8	6	0	0	1
Mammographie (kurativ)	106	95	1	1	21
Mammographie-Screening	45	10	0	0	7
Medizinische Rehabilitation	1.001	57	1	0	50
MRSA-Vergütungs- vereinbarung	917	256	0	0	8
Molekulargenetik	31	31	28	0	64
Nuklearmedizin	75	28	0	0	13
Onkologie	247	35	1	2	19
Osteodensitometrie	63	23	1	0	9
Otoakustische Emissionen	203	21	0	0	19
Photodynamische Therapie	18	1	0	0	1
Phototherapeutische Keratektomie	6	1	0	0	0
Psychotherapie (psychosomat. Grundversorgung)	3.828	308	9	93	150
Psychotherapie (übende und suggestive Techniken)	2.087	37	1	1	13
Psychotherapie (mit mind. einem Richtlinienverfahren)	2.624	182	1	21	5
Röntgendiagnostik (konventionelle)	774	342	16	0	93
Schlafbezogene Atmungsstörungen	122	23	0	0	2
Schmerztherapie	63	11	2	0	6
Sozialpsychiatrie	48	56	0	0	0
Soziotherapie	170	10	1	0	8
Stoßwellenlithotripsie	27	0	1	0	2
Strahlentherapie	53	56	0	0	13
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	156	20	0	9	20
Ultraschalldiagnostik	3.029	465	47	0	245

Qualitätssicherungs- bereiche (Stand 31.12.2012)	Anzahl Ärzte / Psychothera- peuten mit Ge- nehmigungen	Anzahl erteilte Genehmi- gungen	Anzahl Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rück- gaben / Beendi- gungen von Ge- nehmigungen
<b>Bundeseinheitliche Vereinbarungen</b>					
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	193	22	0	10	8
Vakuumbiopsie der Brust	15	10	1	0	4
Zervix-Zytologie	57	9	2	1	4
<b>EBM-Regelungen</b>					
Audiometrie	553	71	0	0	64
Diabetischer Fuß	383	48	1	0	34
Empfängnisregelung	833	0	0	0	4
Funktionsstörung der Hand	159	15	0	1	12
Krebsfrüherkennung bei der Frau	662	1	0	0	4
Neurophysiologische Übungsbehandlung	919	9	1	0	11
Orientierende entwicklungs- neurologische Untersuchung	88	1	0	0	4
Physikalische Therapie	1.801	7	0	0	41
<b>Regionale Vereinbarungen</b>					
Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus	30	12	0	0	2
Früherkennungsuntersuchun- gen Kinder- u. Jugendmedizin („Starke Kids“ - BKK LV Mitte)	243	249	2	0	6
Früherkennungsuntersuchun- gen Kinder- u. Jugendmedizin (Knappschaft)	421	4	0	0	11
Früherkennungsuntersuchun- gen Kinder- u. Jugendmedizin (pronova BKK)	219	224	0	0	5
Früherkennungsuntersuchun- gen Kinder- und Jugendmedi- zin (Techniker Krankenkasse)	402	5	0	0	5
Gestationsdiabetes	90	11	0	0	7
„Hallo Baby“ – Die ambulante Vorsorgeinitiative in Berlin	192	197	0	0	5
Hausarztverträge (BIG direkt gesund)	175	9	0	2	40
Hausarztverträge (BKK)	543	11	0	0	41
Hausarztverträge (IKK Hamburg)	50	6	0	0	8
Hausarztverträge (Knappschaft)	80	5	0	0	21
Hautkrebs-Screening (Barmer GEK)	197	197	0	0	0
Hautkrebs-Screening (BIG direkt gesund)	189	24	0	0	9
Hautkrebs-Screening (Knappschaft)	187	187	0	0	0
Hautkrebs-Screening (TK)	201	15	0	0	5
Homöopathie	133	56	0	0	4



Qualitätssicherungs- bereiche (Stand 31.12.2012)	Anzahl Ärzte / Psychothera- peuten mit Ge- nehmigungen	Anzahl erteilte Genehmi- gungen	Anzahl Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rück- gaben / Beendi- gungen von Ge- nehmigungen
<b>Regionale Vereinbarungen</b>					
Impfvereinbarung – Reise- schutz u. HPV (Deutsche BKK)	349	349	0	0	0
Katheter-Vereinbarung	155	9	0	0	8
Onkologie-Fördervertrag (AOK Nordost)	152	58	18	0	8
Rheumatologie (AOK Berlin)	140	22	0	0	39
Rückenschmerzversorgungs- modell - akut (KKH)	529	17	1	0	38
Rückenschmerzversorgungs- modell - chronisch (KKH)	32	1	0	0	0
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	87	38	0	0	7
Spezialisierte ambulante Pallia- tivversorgung (Postbeamtkk)	78	31	0	0	7
Tonsillotomie (Novitas BKK)	9	1	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>39.751</b>	<b>5.741</b>	<b>172</b>	<b>164</b>	<b>2.161</b>

**Anzahl der Ärzte mit Genehmigung je Fachbereich (Stand 31.12.2012)**

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
Hörgeräteversorgung Kinder	3
Phototherapeutische Keratektomie	6
Magnetresonanztomographie der Mamma	8
Interventionelle Radiologie	10
Vakuumbiopsie der Brust	15
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	18
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	20
Balneophototherapie	23
Invasive Kardiologie	24
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	27
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI)	29
Molekulargenetik	31
Histopathologie beim Hautkrebs-Screening	32
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination mit Stimulation)	34
Mammographie-Screening	45
Sozialpsychiatrie	48
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	53
Strahlentherapie	53
Zytologische Untersuchungen v. Abstrichen d. Zervix Uteri	57
Osteodensitometrie	63
Schmerztherapie	63
Nuklearmedizin	75
Koloskopie	81
Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	88
Herzschrittmacher-Kontrolle	102
Mammographie (kurativ)	106
Magnetresonanztomographie-Angiographie	111
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination ohne Stimulation)	112
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	116
Schlafbezogene Atemstörungen	122
Anästhesien	143
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	156
Magnetresonanztomographie (allgemein)	158
Funktionsstörung der Hand	159
Soziotherapie	170
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	193
Künstliche Befruchtung (Beratung des Ehepaares)	195
Otoakustische Emissionen	203
Arthroskopie	218
DMP Diabetes mellitus Typ 1	224
Hörgeräteversorgung	230
Computertomographie	246
Onkologie	247
Diabetischer Fuß	383
Akupunktur	545
Audiometrie	553
Krebsfrüherkennung bei der Frau	662
Röntgendiagnostik (konventionelle)	774
Empfängnisregelung	833
Laboratoriumsuntersuchungen	905
Langzeit-EKG-Untersuchungen	912
MRSA - Diagnostik und Behandlung	917
Neurophysiologische Übungsbehandlung	919
Medizinische Rehabilitation	1.001
DMP COPD	1.369
DMP Asthma bronchiale	1.430
Hautkrebs-Screening	1.538
Physikalische Therapie	1.801
DMP KHK	1.838
DMP Diabetes mellitus Typ 2	1.850
Psychotherapie (übende und suggestive Techniken)	2.087
Ambulantes Operieren	2.525
Psychotherapie (mit mind. einem Richtlinienverfahren)	2.624
Ultraschalldiagnostik	3.029
Psychotherapie (psychosomatische Grundversorgung)	3.828



### 3. Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse

#### Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen

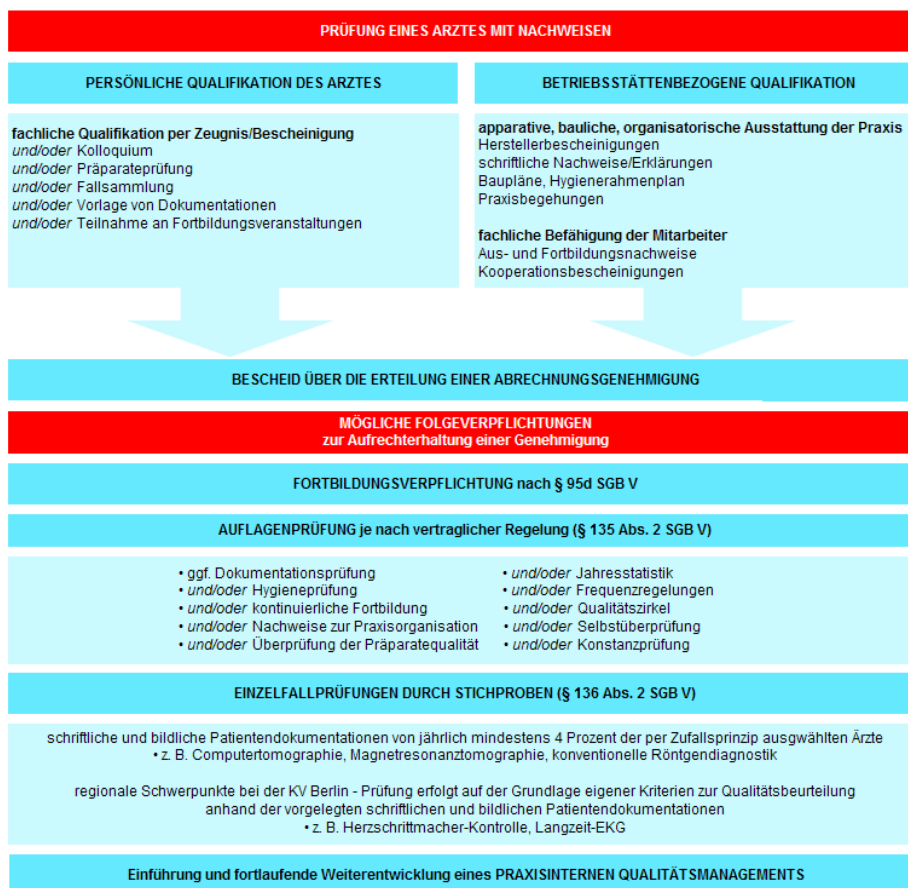
Um bestimmte medizinische Leistungen, die einer besonderen Qualitätssicherung unterliegen, als Vertragsarzt/-psychotherapeut durchführen und abrechnen zu können, ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin erforderlich. Hierfür müssen die Vertragsärzte/-psychotherapeuten einen Antrag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

Ist der Antrag bei der KV Berlin eingegangen, erfolgt die Überprüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen des Antragstellers. Diese umfasst je nach Vereinbarung die Bewertung der fachlichen Befähigung des Arztes bzw. Psychologischen Psychotherapeuten sowie der ggf. erforderlichen apparativen, räumlichen, organisatorischen und/oder hygienischen 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. Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht hinreichend ist.

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 2012** wurden 5.741 Genehmigungsbescheide erteilt. Für 172 Anträge mussten aufgrund der Nichterfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen Ablehnungsbescheide erteilt werden.

Das heißt: Im Berichtsjahr konnten von den insgesamt 5.741 Anträgen insgesamt **97 Prozent positiv** beschieden werden. Lediglich 3 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 von Labor-, Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen verwehrt werden, weil die geforderten fachlichen Voraussetzungen mit den vorgelegten Zeugnissen oder im Kolloquium nicht ausreichend nachgewiesen wurden.

## Eingangsprüfung

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

Ab 2013 werden auch bei der Sonographie der Säuglingshüfte Initialprüfungen gemäß der Neufassung der *Qualitätssicherungsvereinbarung Sonographie der Säuglingshüfte* (Inkrafttreten: 1.4.2012) stattfinden. Nähere Informationen hierzu sind im Kapitel 6 „Was ist neu in 2012?“ enthalten.

Im Berichtsjahr 2012 wurden insgesamt 8 Prüfungen durch die KV Berlin durchgeführt. Diese werden mit ihren Ergebnissen im Folgenden genauer erläutert.

### 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 Prozent 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 2012** wurden 3 Ärzte hinsichtlich der Beurteilung von Mammographieaufnahmen (Fallsammlungen) im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß Abschnitt C der Mammographie-Vereinbarung überprüft. Alle geprüften Ärzte haben die Mammographieaufnahmen bereits bei der Erstprüfung zutreffend beurteilt. In der Gesamtschau überzeugten damit **100 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 6 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 4 Stunden zur Verfügung.

Die Prüfung ist bestanden, wenn aufgrund der Auswertung des Befundbogens durch die Qualitätssicherungskommission keine falsch-negativen Befundungen und nicht mehr als eine falsch-positive Befundung erfolgt ist. Von der Gesamtzahl der positiven Präparate müssen 50 Prozent 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 2012** haben 5 Ärzte an einer Präparateprüfung teilgenommen. Von diesen 5 Ärzten haben 4 die Prüfung bestanden. Ein Arzt hat die Möglichkeit, sich nach mindestens 3 Monaten einer erneuten Präparateprüfung zu unterziehen. Insgesamt konnten demnach **80 Prozent** der überprüften Ärzte überzeugen 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
- Arthroskopie
- Magnetresonanztomographie
- Konventionelle 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. Das betrifft die folgenden fünf Leistungsbereiche:

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

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

Im **Berichtsjahr 2012** wurden 217 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 2.604 gesetzlich krankenversicherten Patienten überprüft und beurteilt.

Insgesamt haben **81 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 die 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 Ärzte für den Prüfumfang	Anzahl geprüfter Ärzte in 2012		Anzahl von Beanstandungen an der Qualität der Patientendokumentationen	
		bei zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen	bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen	keine und geringe Beanstandungen	erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen
Ambulantes Operieren	1.031	49	0	49	0
Arthroskopie	150	15	0	15	0
Computertomographie	154	8	1	2	7
Herzschrittmacher-Kontrolle	72	6	0	6	0
Langzeit-EKG	556	26	11	27	10
Magnetresonanztomographie	79	4	0	4	0
Magnetresonanztomographie	129	8	0	8	0
Röntgendiagnostik (konventionelle)	585	29	8	18	19
Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	134	49	3	46	6

In den Bereichen Ambulantes Operieren, Arthroskopie, Herzschrittmacher-Kontrolle, Magnetresonanztomographie sowie Magnetresonanztomographie wurde eine besonders gute Qualität erzielt. Dahingegen werden in den Bereichen konventionelle 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 zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz auffordert.

Zudem erarbeitet die KV Berlin in Zusammenarbeit mit der Qualitätssicherungskommission Radiologie eine Servicebroschüre, 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.

Ferner sind für 2013 bereits zwei Fortbildungsveranstaltungen „Röntgendiagnostik – Wo liegen eigentlich die Stolpersteine?“ geplant. Diese jeweils dreistündigen Veranstaltungen dienen dazu, den Leistungserbringern und deren Fachangestellten anhand von Fallbeispielen wertvolle Hinweise zur qualitätsgesicherten Erbringung röntgendiagnostischer Leistungen zu vermitteln sowie aktuelle Standards darzustellen. Sie sollen aber auch eine Plattform für Diskussionen und für einen umfangreichen Erfahrungsaustausch bieten.

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 2012** hat die KV Berlin von 1.031 abrechnenden Ärzten insgesamt 49 Ärzte (4,8 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, um die im Rahmen des ambulanten Operierens erstellten Patientendokumentationen auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit zu überprüfen. Bei allen Ärzten waren keine Beanstandungen zu verzeichnen. Demnach haben also **100 Prozent sehr 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 2 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie jährlich mindestens 10 Prozent der abrechnenden Ärzte durch die KV Berlin zu überprüfen. Im **Berichtsjahr 2012** wurden 15 der 150 abrechnenden Ärzte



(10 Prozent) von der KV Berlin im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen überprüft. Hierbei konnten **100 Prozent** der Ärzte **mit sehr guten Ergebnissen** bei ihrer Patientendokumentation überzeugen.

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

Im **Berichtsjahr 2012** wurden 8 der 154 abrechnenden Ärzte (5,2 Prozent) von der KV Berlin im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen überprüft. Zudem wurde eine kriterienbezogene Überprüfung durchgeführt. Lediglich 2 Ärzte, also **22 Prozent**, der insgesamt 9 geprüften Ärzte konnten bei der Prüfung **mit sehr guten bis guten Ergebnissen** bei ihrer Patientendokumentation überzeugen. Von den verbleibenden 7 Ärzten hatten 4 Ärzte erhebliche und 3 Ärzte schwerwiegende Beanstandungen bei ihren Patientendokumentationen vorzuweisen. In diesen Fällen mussten Honorarrückforderungen für die mangelbehafteten Leistungen veranlasst werden. Einem Arzt musste sogar die Abrechnungsgenehmigung widerrufen 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.

#### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Herzschrittmacher-Kontrolle“

Im **Berichtsjahr 2012** hat die KV Berlin von 72 abrechnenden Ärzten insgesamt 6 Ärzte (8,3 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und ihre Patientendokumentationen im Rahmen der Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft. Im Ergebnis konnten **100 Prozent** der geprüften Ärzte Patientendokumentationen **ohne Beanstandungen** vorweisen.

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

Im **Berichtsjahr 2012** wurden 26 der 556 abrechnenden Ärzte (4,7 Prozent) im Rahmen von zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen durch die KV Berlin kontrolliert. Zudem wurden 11 kriterienbezogene Überprüfungen durchgeführt. Im Ergebnis konnten 27 Ärzte, das sind **73 Prozent**, der insgesamt 37 geprüften Ärzte **sehr gute bis gute Ergebnisse** für ihre Patientendokumentationen im Rahmen der Langzeit-EKG-Untersuchungen vorweisen. Von den verbleibenden 10 Ärzten hatten 4 Ärzte erhebliche und immerhin 6 Ärzte schwerwiegende Beanstandungen bei ihren Patientendokumentationen. Für diese 10 Ärzte mussten Honorarrückforderungen für die mangelbehafteten Leistungen veranlasst werden. Zudem wurden den Ärzten mit Beanstandungen in den Patientendokumentationen schriftliche Empfehlungen bzw. Verpflichtungen zur Mängelbeseitigung zugeschickt.

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

Die KV Berlin prüft die qualitätsgesicherte Leistung Magnetresonanztomographie sowohl nach § 135 Abs. 2 SGB V als auch nach § 136 Abs. 2 SGB V. Beide Prüfverfahren werden vollständig getrennt voneinander durchgeführt.

Im **Berichtsjahr 2012** hat die KV Berlin von 79 abrechnenden Ärzten insgesamt 4 Ärzte (5,1 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und ihre Patientendokumentationen im Rahmen der Magnetresonanztomographie auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft. Im Ergebnis konnten **100 Prozent** der geprüften Ärzte Patientendokumentationen **ohne oder mit nur geringen Beanstandungen** vorweisen.

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

Im **Berichtsjahr 2012** hat die KV Berlin von 129 abrechnenden Ärzten insgesamt 8 Ärzte (6,2 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und ihre Patientendokumentationen im Rahmen der Magnetresonanztomographie auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft. Im Ergebnis konnten **100 Prozent** der geprüften Ärzte Patientendokumentationen **ohne Beanstandungen** vorweisen.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Konventionelle Röntgendiagnostik“

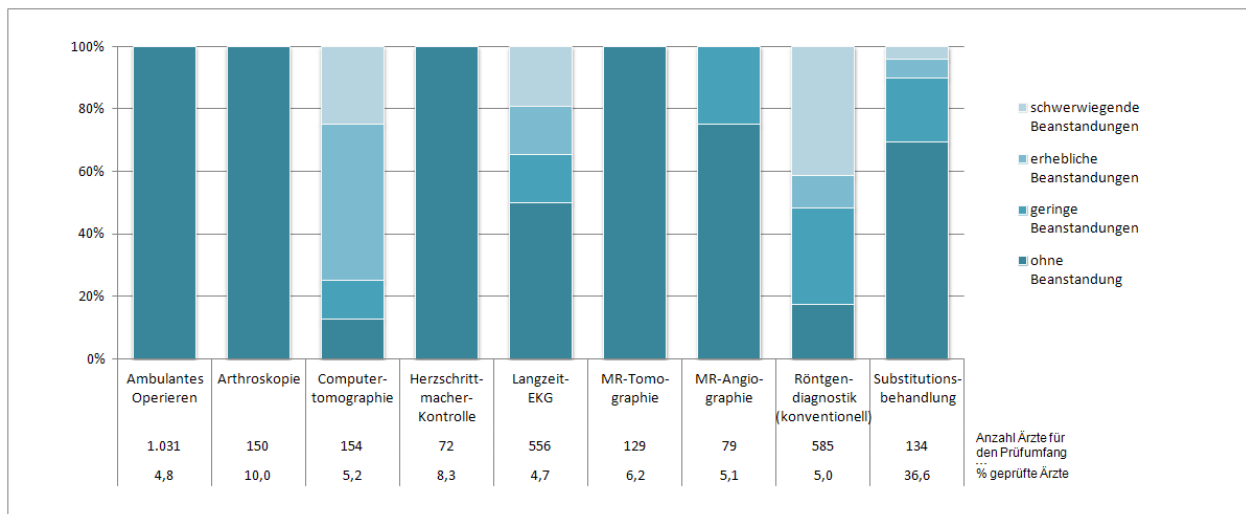
Im **Berichtsjahr 2012** wurden 29 der 585 abrechnenden Ärzte (5 Prozent) von der KV Berlin im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen überprüft. Zudem wurden 8 kriterienbezogene Überprüfungen durchgeführt sowie 2 Prüfungen als Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 3c der entsprechenden Vereinbarung durchgeführt. **Etwa 50 Prozent** der 39 geprüften Ärzte konnten bei der Prüfung mit **sehr guten bis guten Ergebnissen** bei ihrer Patientendokumentation überzeugen. Von den noch verbleibenden 20 Ärzten hatten 5 Ärzte erhebliche und 15 Ärzte 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 zugesandt. Die Defizite bei der Röntgendiagnostik sind insbesondere auf qualitative Beanstandungen des Röntgenbildes, Verstöße gegen die Strahlenschutzbestimmungen sowie die fehlerhafte Befundung von Röntgenaufnahmen zurückzuführen, die überwiegend von den Teilgebietsradiologen wie beispielsweise Orthopäden und Chirurgen ausgehen.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Substitutionsgestützte Behandlung 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 2012** hat die KV Berlin von 134 abrechnenden Ärzten insgesamt 49 Ärzte (36,6 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und ihre 537 Patientendokumentationen im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft. Zudem wurden 3 kriterienbezogene Überprüfungen durchgeführt. Im Ergebnis konnten 46 Ärzte, das sind **rund 90 Prozent der geprüften Ärzte**, Patientendokumentationen ohne (35 Ärzte) oder mit nur geringen (11 Ärzte) Beanstandungen vorweisen. Weitere 3 Ärzte hatten bei ihren Patientendokumentationen erhebliche und 3 Ärzte schwerwiegende Beanstandungen vorzuweisen. In diesen 6 Fällen mussten Honorarrückforderungen für die mangelbehafteten Leistungen veranlasst werden. Darüber hinaus haben alle Ärzte mit Beanstandungen schriftliche Empfehlungen bzw. Verpflichtungen zur Mängelbeseitigung von der KV Berlin erhalten.

**Zusammenfassung der Berliner Ergebnisse:**





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

Im Jahr 2012 wurden für eine vorgeschriebene Stichprobe ausgewählter Ärzte, die eine Abrechnungsgenehmigung für die entsprechende Leistung haben, 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. In der KV Berlin werden für die folgenden Leistungsbereiche Dokumentationsprüfungen durchgeführt:

- Akupunktur
- Histopathologie beim Hautkrebs-Screening
- HIV/Aids
- Magnetresonanz-Angiographie
- Onkologie
- Ultraschalldiagnostik

### Berliner Ergebnisse der Stichprobenprüfungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Im **Berichtsjahr 2012** wurden 172 Vertragsärzte im Rahmen von zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen auf der Grundlage der Dokumentationen zu einer jeweils vorgeschriebenen Anzahl von Patienten geprüft.

Insgesamt haben **83 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.

Leistungsbereiche	Anzahl Ärzte für den Prüfumfang	Anzahl geprüfter Ärzte in 2012		Ergebnisse der Überprüfung der Qualität von Patientendokumentationen	
		bei zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen	bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen	bestanden	nicht bestanden
Akupunktur	519	28	3	30	1
Histopathologie beim Hautkrebs-Screening	32	2	0	2	0
HIV/Aids	60	6	0	5	1
MR-Angiographie	79	27	0	19	8
Onkologie	242	20	0	19	1
Ultraschalldiagnostik	2.969	89	4	73	20

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

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur (Inkrafttreten: 1.1.2007) sieht eine jährliche Dokumentationsprüfung bei 5 Prozent der abrechnenden Ärzte zu 12 abgerechneten Fällen und zu 18 abgerechneten Ausnahmefällen mit bis zu 15 Sitzungen durch die KV Berlin vor.

Im **Berichtsjahr 2012** hat die KV Berlin von 519 die Akupunktur abrechnenden Ärzten 28 (5,4 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 überprüfem Arzt angefordert. Diese vorgegebenen Dokumentationsinhalte haben **97 Prozent** vollständig und nachvollziehbar erfüllt. Zusätzlich gab es im Berichtsjahr 3 Wiederholungsprüfungen, die alle bestanden worden sind.

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

Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening (Inkrafttreten: 1.10.2009) sollen jährlich von mindestens 4 Prozent der per Zufall ausgewählten Genehmigungsinhaber schriftliche Dokumentationen zu 10 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings abgerechneten dermatohistologischen Befundungen und die zugehörigen histopathologischen Präparate überprüft werden.

Im **Berichtsjahr 2012** hat die KV Berlin die per Zufall ausgewählten ärztlichen Dokumentationen von 2 (6,3 Prozent) der 32 abrechnenden Ärzte überprüft. Im Ergebnis konnten **100 Prozent** der geprüften Ärzte überzeugen und eine einwandfreie schriftliche Dokumentation nachweisen.

#### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „HIV/Aids“

Die Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids (Inkrafttreten: 1.7.2009) sieht eine jährliche Überprüfung der ärztlichen Dokumentation von mindestens 10 Prozent der behandlungsführenden Ärzte für ein Quartal von je 10 abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patienten vor.

Im **Berichtsjahr 2012** wurden die Dokumentationen von 6 (11,3 Prozent) der 60 abrechnenden Ärzte durch die KV Berlin überprüft. Davon konnten 5 Ärzte den Anforderungen an die ärztliche Dokumentation gemäß der Vereinbarung gerecht werden. Ein weiterer Arzt wurde aufgefordert, eine Stellungnahme abzugeben. In der Gesamtschau überzeugten damit **83 Prozent** der überprüften Ärzte durch eine vollständige ärztliche Dokumentation sowie eine leitliniengerechte Behandlung.

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

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Magnetresonanztomographie (Inkrafttreten: 1.10.2007) sieht ebenfalls eine jährliche Dokumentationsprüfung durch die KV Berlin bei 20 Prozent der abrechnenden Ärzte zu 12 abgerechneten MR-Angiographien vor.

Im **Berichtsjahr 2012** hat die KV Berlin von 79 abrechnenden Ärzten 27 Ärzte (34,2 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, um die Dokumentationen zu 12 abgerechneten MR-Angiographien auf Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsganges zur Indikationsstellung zu überprüfen. Dazu wurden die schriftlichen Befundberichte sowie die Original-Schnittbilder der durchgeführten MR-Angiographien angefordert. Die Überprüfung hat ergeben, dass über **70 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.

Wie bereits im Berichtsjahr 2011 führte auch in 2012 die Indikation „Verdacht auf Sinusvenenthrombose“, die der Gebührenordnungsposition 34470 „Darstellung der arteriellen Hirngefäße“ gemäß Anlage 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie zugeordnet wurde, zu diversen Mängeln in der Indikationsstellung, aber dennoch zur korrekten Untersuchungsmethodik. So besteht beispielsweise die Möglichkeit, dass die Anforderungen nach § 7 Abs. 6 Nrn. 1-3 erfüllt sind, aber in Korrelation zu der zum Ansatz gebrachten Gebührenordnungsposition dennoch keine Indikation nach Anlage 2 dokumentiert wurde.

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

Die Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV) sieht eine jährliche Dokumentationsprüfung von mindestens 8 Prozent der teilnehmenden Ärzte zu 20 Fällen pro Jahr vor.

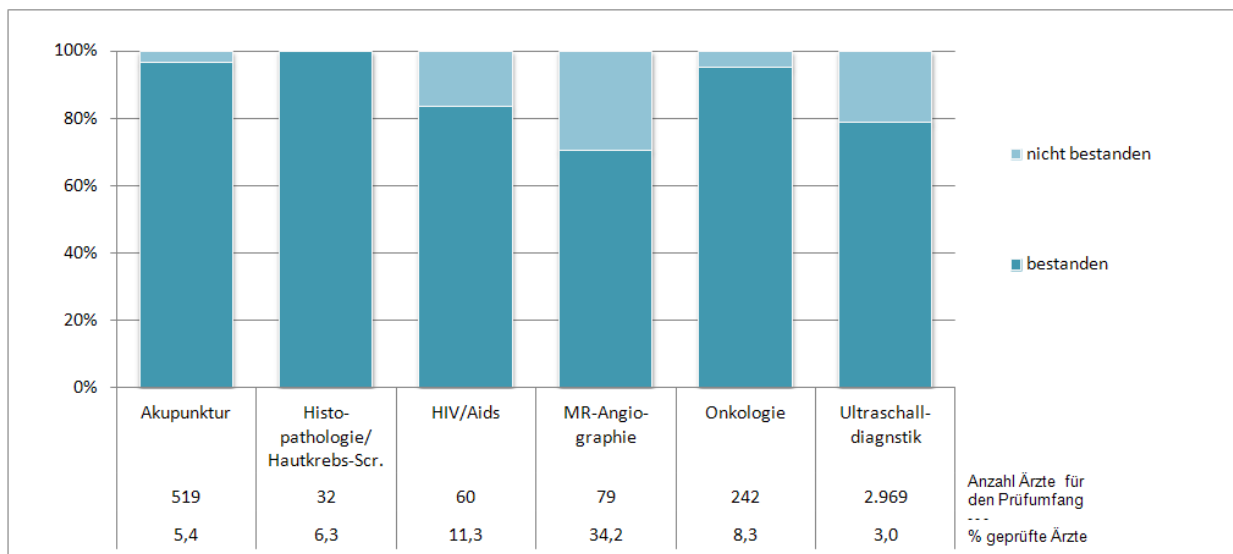
Im **Berichtsjahr 2012** hat die KV Berlin von 242 teilnehmenden Ärzten insgesamt 20 Ärzte (8,3 Prozent) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, um die Dokumentationen zu je 20 abgerechneten Fällen hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und deren Orientierung der Behandlung an den aktuellen, einschlägig interdisziplinär abgestimmten Leitlinien, die medizinisch-wissenschaftlich anerkannt sind, zu überprüfen. Diesen Anforderungen konnten **95 Prozent** der geprüften Ärzte gerecht werden.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Ultraschalldiagnostik“

Die Ultraschall-Vereinbarung (Inkrafttreten: 1.4.2012) sieht eine jährliche Überprüfung von mindestens 3 Prozent der Ärzte hinsichtlich ihrer ärztlichen Dokumentation zu 5 abgerechneten Ultraschalluntersuchungen vor.

Im **Berichtsjahr 2012** hat die KV Berlin 89 Ärzte (3 Prozent) zufallsgesteuert ausgewählt, um die im Rahmen der Ultraschalldiagnostik erstellten Patientendokumentationen auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit zu überprüfen. Davon konnten 70 Ärzte eine Dokumentation ohne Mängel vorweisen. 19 weitere Ärzte haben bei einer erneuten Überprüfung die Möglichkeit, ihr fachliches Können nachzuweisen. In der Gesamtschau überzeugten damit zirka **80 Prozent**. Zusätzlich wurden im Berichtsjahr 4 Wiederholungsprüfungen durchgeführt, von denen 3 bestanden worden sind.

**Zusammenfassung der Berliner Ergebnisse:**



**Regelmäßige Dokumentationsprüfungen**

Bei den Leistungsbereichen Koloskopie, kurative Mammographie, Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (ab 30.6.2014), Sonographie der Säuglingshüfte, bei der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sowie bei der Vakuumbiopsie der Brust 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 5 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 2 der 20 eingereichten Patientendokumentationen zur Koloskopie und keine der 5 Patientendokumentationen zur Polypektomie Mängel aufweisen.

### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Koloskopie“

Im **Berichtsjahr 2012** wurden die Patientendokumentationen von 79 Ärzten durch die KV Berlin und die Koloskopie-Kommission auf Mängel, die eine schlechte Behandlungsqualität bedeuten würden, überprüft. Von diesen 79 Ärzten konnten 78 Ärzte sofort eine hohe Behandlungsqualität mit ihren vorgelegten Patientendokumentationen nachweisen. Der eine Arzt, dessen Dokumentationsüberprüfung Beanstandungen aufzeigte, konnte bereits bei der Wiederholungsprüfung im Berichtsjahr die KV Berlin von der mängelfreien Durchführung der Koloskopien überzeugen. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass **99 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 2 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 2012** wurden von 45 Ärzten die Dokumentationen von abgerechneten kurativen Mammographien zu 10 Patienten überprüft. Von diesen 45 geprüften Ärzten konnten 40 Ärzte die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation der durchgeführten kurativen Mammographien bereits bei der Erstprüfung nachweisen. Ein Prüfverfahren wurde noch nicht abgeschlossen. Für einen Arzt wurde die Genehmigung beendet und für 3 Ärzte erfolgt die Wiederholungsprüfung im Berichtsjahr 2013. Nahezu **90 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.

Zum 1.4.2012 ist die Neufassung der *Qualitätssicherungs-Vereinbarung Sonographie der Säuglingshüfte* in Kraft getreten (siehe auch Kapitel 6 „Was ist neu in 2012?“). Die Änderungen betreffen die Einführung einer Initialprüfung, die Anforderungen an die Bild- und Schriftdokumentation, die Zuordnung zu den Beurteilungsstufen sowie die Anforderungskriterien an eine sachgerechte Dokumentation. Die Gesamtbewertung der Initial- und Stichprobenprüfung erfolgt nun immer nach denselben Kriterien. Ferner wurden die Prüfintervalle der regelmäßigen Dokumentationsprüfungen von 2 auf 5 Jahre verlängert.

Ärzte, die eine Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte in der vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben, sind verpflichtet, unmittelbar nach Abrechnung der ersten 12 Leistungen nach Genehmigungserteilung an einer Initialprüfung der ärztlichen Bild- und Schriftdokumentation teilzunehmen. Hierfür muss der Arzt für 12 Patienten (Fälle) 48 Bilddokumentationen gemäß § 5 und 12 schriftliche Dokumentationen gemäß § 6 einreichen. Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation erfolgt durch die Sonographie-Kommission der KV Berlin und umfasst die Qualität der selbstständig durchgeführten sonographischen Untersuchungen der Säuglingshüfte mit ihren diagnostischen Informationen sowie die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Befundung und Indikationsstellung für mögliche Folgemaßnahmen. Die sich aus der jeweiligen Anamnese, dem klinischen oder sonographischen Befund ergebenden Konsequenzen für das vom Arzt veranlasste weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen sind ebenfalls im Umfang der Überprüfung enthalten.

Die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation gelten als erfüllt, wenn höchstens zwei Patientendokumentationen geringe Mängel (Stufe II) und keine schwerwiegenden Mängel (Stufe III) zugeordnet wurden. Werden die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation im Rahmen der Eingangsprüfung nicht erfüllt, muss der Arzt innerhalb von 12 (bisher 3 bzw. 6) Monaten an einer Wiederholungsprüfung teilnehmen. Werden bei der Initialprüfung jedoch schwerwiegende Mängel in der ärztlichen Dokumentation festgestellt, wird die Abrechnungsgenehmigung ausgesetzt. Erst wenn der betreffende Arzt innerhalb eines Jahres die erfolgreiche Teilnahme an einem Fortbildungskurs zur Sonographie der Säuglingshüfte gemäß Anhang 1 der Vereinbarung nachweist, darf er die Leistung unmittelbar nach diesem Nachweis wieder abrechnen.

### Berliner Ergebnisse zum Leistungsbereich „Sonographie der Säuglingshüfte“

Die KV Berlin hat im Quartal 1/2012 nach der bislang gültigen und ab dem Quartal 2/2012 nach der neuen Vereinbarung geprüft. Initialprüfungen finden ab 2013 statt.

Im **Berichtsjahr 2012** wurden von 67 Ärzten je 48 bildliche sowie 12 schriftliche Dokumentationen von abgerechneten sonographischen Untersuchungen der Hüftgelenke von 12 Säuglingen angefordert. Davon waren 50 reguläre Überprüfungen und 17 Wiederholungsprüfungen.

Im Rahmen der regulären Überprüfung konnten 35 Ärzte eine sachgerechte Dokumentation nachweisen. Bei den Wiederholungsprüfungen waren es 7 Ärzte, die eine sachgerechte Dokumentation nachweisen konnten. 15 Ärzte haben die Möglichkeit, ihre mängelfreie Erstellung von ärztlichen Befunden im Rahmen von Wiederholungsprüfungen innerhalb von einem Jahr nachzuweisen. Bei 10 Ärzten wurde die Genehmigung für ein Jahr ausgesetzt, bis sie eine entsprechende Fortbildung nachweisen. Insgesamt **63 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 2012** wurde von 98 Ärzten die Qualität ihrer Patientendokumentationen zu insgesamt 612 Behandlungsfällen gemäß § 9 Abs. 5 auf Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit überprüft. Von den überprüften Ärzten konnten 91 Ärzte Patientendokumentationen (549 Behandlungsfälle) ohne Beanstandungen vorweisen. Die Auswertung hat ergeben, dass **93 Prozent** der berechtigten Ärzte die hohen Qualitätsanforderungen der Substitutionsbehandlung bei ihren Patienten in vollem Maße erfüllen.



### Leistungsbereich „Vakuumbiopsie der Brust“

Alle Ärzte, die eine Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung der Vakuumbiopsie der Brust haben, müssen alle 2 Jahre an einer Überprüfung ihrer schriftlichen und bildlichen Dokumentation zu 10 Patienten teilnehmen. Die erste Überprüfung findet innerhalb von 12 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsgenehmigung statt. Die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation gelten als erfüllt, wenn alle 10 Dokumentationen vollständig und mindestens 9 Dokumentationen nachvollziehbar sind. Werden die Anforderungen nicht erfüllt, muss der Arzt innerhalb von 6 Monaten an einer erneuten Überprüfung teilnehmen. Werden die Anforderungen auch dann nicht erfüllt, hat der Arzt die Möglichkeit, an einem Kolloquium bei der KV Berlin teilzunehmen. Ist auch dieses nicht erfolgreich, wird ihm die Genehmigung widerrufen.

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

Im **Berichtsjahr 2012** wurden die ärztlichen Dokumentationen bei 3 von insgesamt 15 abrechnenden Ärzten überprüft. 2 Ärzte haben die Anforderungen an die Dokumentation erfüllt und bestanden. Ein weiterer Arzt hat die Möglichkeit, seine fachliche Befähigung in einer Wiederholungsprüfung nachzuweisen. Zusätzlich erfolgten im Berichtsjahr 4 Wiederholungsprüfungen, bei denen alle Ärzte vollständige und nachvollziehbare Dokumentationen nachweisen konnten. Rund **86 Prozent** der geprüften Ärzte erfüllten die geforderten hohen Qualitätsstandards.

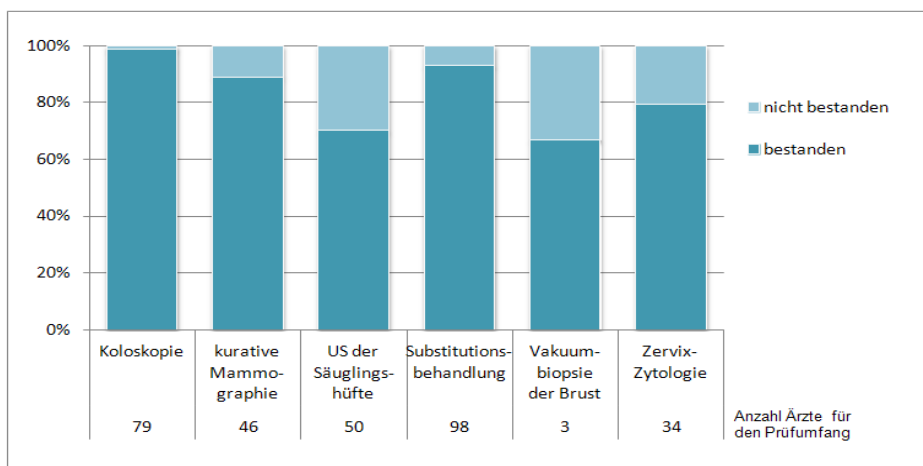
### Leistungsbereich „Zervix-Zytologie“

Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie erfolgt alle 2 Jahre eine Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation zu jeweils 12 per Zufall ausgewählten Fällen. Die Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation bezieht sich auf die Beurteilung der Qualität des Zellmaterials gemäß Münchner Nomenklatur II, der Färbung und der Eindeckung sowie auf die Nachvollziehbarkeit der Befundung und der Dokumentation. Die Überprüfung gilt als nicht bestanden, wenn mindestens eines der in § 7 Abs. 3 aufgeführten Kriterien nicht erfüllt ist. Wurde die Überprüfung nicht bestanden, muss der Zytologie-verantwortliche Arzt innerhalb von 12 Monaten an einer erneuten Überprüfung teilnehmen. Werden die Anforderungen auch dann nicht erfüllt, hat der Arzt die Möglichkeit, innerhalb von 3 Monaten an einem Kolloquium bei der KV Berlin teilzunehmen. War auch die Teilnahme an dem Kolloquium nicht erfolgreich, ist dem Arzt die Abrechnungsgenehmigung für die Durchführung von zytologischen Untersuchungen von Abstrichmaterial aus dem weiblichen Genitale in der vertragsärztlichen Versorgung zu widerrufen.

#### Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Zervix-Zytologie“

Im **Berichtsjahr 2012** wurden insgesamt 34 Ärzte hinsichtlich der Präparatequalität, ihrer zutreffenden und vollständigen Beurteilung der Präparate sowie auf ihre vollständige Dokumentation überprüft. In diesem Zusammenhang konnten 27 Ärzte ihr fachliches Können nachweisen. In der Gesamtschau überzeugten somit **80 Prozent** der geprüften Ärzte. Weitere 7 Ärzte haben bei einer Wiederholungsprüfung dazu die Möglichkeit. Ein Arzt hat das Kolloquium nicht bestanden, so dass ihm die Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden musste.

### Zusammenfassung der Berliner Ergebnisse:



## Rezertifizierung

Bei Ärzten, die Mammographien (Röntgenuntersuchungen) der weiblichen Brust durchführen, beinhaltet die Mammographie-Vereinbarung vom 11.2.2011 zusätzlich eine kontrollierte Selbstüberprüfung (Rezertifizierung) im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D. Alle 2 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 2 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 6 Stunden Zeit.

Die bundesweiten Ergebnisse werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung regelmäßig zusammengefasst. Ärzte, deren Ergebnisse zu den bundesweit schlechtesten 5 Prozent gehören, müssen eine Wiederholungsprüfung absolvieren. Sollten sie dabei wieder zu den schlechtesten 5 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 2012** haben insgesamt 33 Ärzte, davon 2 Ärzte wiederholt, an der kontrollierten Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung gemäß Abschnitt D teilgenommen.*

*Von den 33 geprüften Ärzten konnten 32 Ärzte, also **97 Prozent**, ihr fachliches Können hinsichtlich der Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen der weiblichen Brust erfolgreich nachweisen. Diese sehr gute Bestandsquote belegt, dass die sehr hohen Anforderungen an die Erfahrung des befundenden Arztes erfüllt werden.*

## 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 und erfolgen in anonymisierter Form. Dazu werden die von den Praxen erstellten Dokumentationen ausgewertet. Dieses Rückmeldesystem hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern.

Sie sind Teil der Qualitätssicherung in der Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme (DMP). Die Dialyseberichte erstellt ein externer Dienstleister zentral. Darüber hinaus erhalten koloskopierende Ärzte jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen durch das von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung. Erstmals im Herbst 2009 haben auch die Zytologie-Labore einen Feedbackbericht zu den 2008er Daten von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung erhalten.

### 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
- Chronisch 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 Therapieschritte 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.

Berliner Ergebnisse für Disease-Management-Programme

Im **Berichtsjahr 2012** wurden insgesamt **11.738 DMP-Berichte** verschickt. Das sind 94 mehr als noch im Jahr zuvor (2011: 11.644). 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 2012 in Berlin verschickten Feedbackberichte**

Indikation	1. Halbjahr 2012	2. Halbjahr 2012	Gesamt
Asthma bronchiale	1.157	1.165	2.322
COPD	1.173	1.170	2.343
Diabetes mellitus Typ 1	149	146	295
Diabetes mellitus Typ 2	1.726	1.696	3.422
KHK	1.692	1.664	3.356
<b>Gesamt</b>	<b>5.897</b>	<b>5.841</b>	<b>11.738</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 dieser 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 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 2012** verfügten in Berlin 32 Dialyse-Einrichtungen (Quartale I, III, IV = 32; Quartal II = 31) mit 116 Fachärzten über eine Genehmigung, chronisch niereninsuffiziente Patienten kontinuierlich mit einem Dialyseverfahren ambulant zu behandeln. Es wurden insgesamt 11 Dialyseeinrichtungen im Rahmen der Stichprobenprüfung nach § 8 Abs. 1 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse in 2012 überprüft. Bei allen überprüften Dialyseeinrichtungen waren die Grenzwertüberschreitungen durch besondere Umstände des Einzelfalls begründet, sodass es keine Notwendigkeit gab, Maßnahmen gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse zu ergreifen. Das zeigt, dass die bei 2.634 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 beim 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 Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erbringen.

## Leistungsbereich „Histopathologie beim Hautkrebs-Screening“

Gemäß der zum 1.10.2009 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 beim Hautkrebs-Screening“

Im **Berichtsjahr 2012** hatten 32 Ärzte eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von histopathologischen Leistungen im Rahmen des Hautkrebs-Screenings. Von den 31 überprüften Ärzten konnten 22 Ärzte (**71 Prozent**) den Nachweis von mindestens 1.000 Befundungen erbringen. Für einen weiteren Arzt bestand im Berichtsjahr 2012 (noch) keine Nachweispflicht.

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

Gemäß der zum 1.7.2009 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids müssen alle Ärzte, die an dieser QS-Vereinbarung teilnehmen, gegenüber der 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 bzw. Aids-Erkrankung widerrufen.

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

Im **Berichtsjahr 2012** hatten 53 Ärzte (Stand: 31.12.2012) die Genehmigung, HIV-infizierte und an Aids erkrankte Patienten zu betreuen. Insgesamt wurden 56 Ärzte im Rahmen der Frequenzregelung überprüft. Von diesen konnten 50 Ärzte belegen, dass sie die geforderten durchschnittlich 25 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal betreut haben. Ein weiterer Arzt mit Genehmigung von der KV Berlin war aufgrund regionaler Besonderheiten von der Frequenzregelung ausgenommen und betreute somit weniger als 25 Patienten pro Quartal. Demnach haben insgesamt **91 Prozent** die Mindestfrequenzen erfüllen können. 5 Ärzte konnten diesen Nachweis im Berichtsjahr nicht erbringen und werden nach Ablauf von 12 Monaten erneut überprüft.

**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 2012** hatte ein Arzt eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von diagnostischen Katheterangiographien. Dieser konnte die Mindestfrequenz von 100 diagnostischen Katheterangiographien auch durch den Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen nicht erreichen. Weitere 9 Ärzte hatten im Berichtsjahr 2012 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. Ein Prüfverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden. Demnach konnten rund **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 2012** hatten 2 Ärzte (Stand: 31.12.2012) eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von diagnostischen Katheterisierungen. Von den in 2012 insgesamt 3 geprüften Ärzten konnten alle Ärzte die Mindestfrequenz von 150 durch von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachte Leistungen erreichen.

Zudem hatten im Berichtsjahr 2012 insgesamt 22 Ärzte (Stand: 31.12.2012) eine Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung von diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen. Von den in 2012 insgesamt 24 geprüften Ärzten haben 21 Ärzte die Mindestfrequenz durch von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachte Leistungen erreicht. Insgesamt haben also rund **90 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 5 eventuell erforderlichen abgerechneten Polypektomien an. In enger Zusammenarbeit mit der zuständigen Qualitätssicherungskommission 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 2012** waren 81 Ärzte berechtigt, kurative und präventive Koloskopien durchzuführen und abzurechnen. Ein Arzt war ausschließlich dazu berechtigt, die kurative Koloskopie durchzuführen und abzurechnen.

Von den 81 Ärzten mussten 79 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 ein 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 er die Möglichkeit, seine fachliche Befähigung im Rahmen eines Kolloquiums 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 2012** waren 8 Ärzte berechtigt, Leistungen im Rahmen der Magnetresonanztomographie der Mamma durchzuführen und abzurechnen.

Von den 7 nachweispflichtigen Ärzten konnten alle Ärzte die Durchführung von mindestens 50 kernspintomographischen Leistungen belegen. Die Auswertung zeigt, dass **100 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 2012** waren 247 Ärzte (Stand: 31.12.2012) zur Durchführung und Abrechnung onkologischer Leistungen berechtigt. Von diesen 247 Ärzten konnten 47 Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung „Hämatologie und internistische Onkologie“ die Betreuung von durchschnittlich 120 krebserkrankten Patienten pro Quartal nachweisen. 168 Ärzte anderer Fachgruppen konnten die Betreuung von durchschnittlich 80 krebserkrankten Patienten pro Quartal nachweisen. 19 Ärzte haben die auf regionaler Ebene verhandelten abgesenkten Fallzahlen zur Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten ambulanten Versorgung belegt. 13 Ärzte nehmen erst weniger als 2 Jahre an der Onkologie-Vereinbarung teil, sodass sie den geforderten Nachweis noch nicht erbringen können und verspätet nachweisen dürfen. In der Gesamtschau konnten **100 Prozent** der nachweispflichtigen Ärzte ihre Mindestmengen nachweisen.

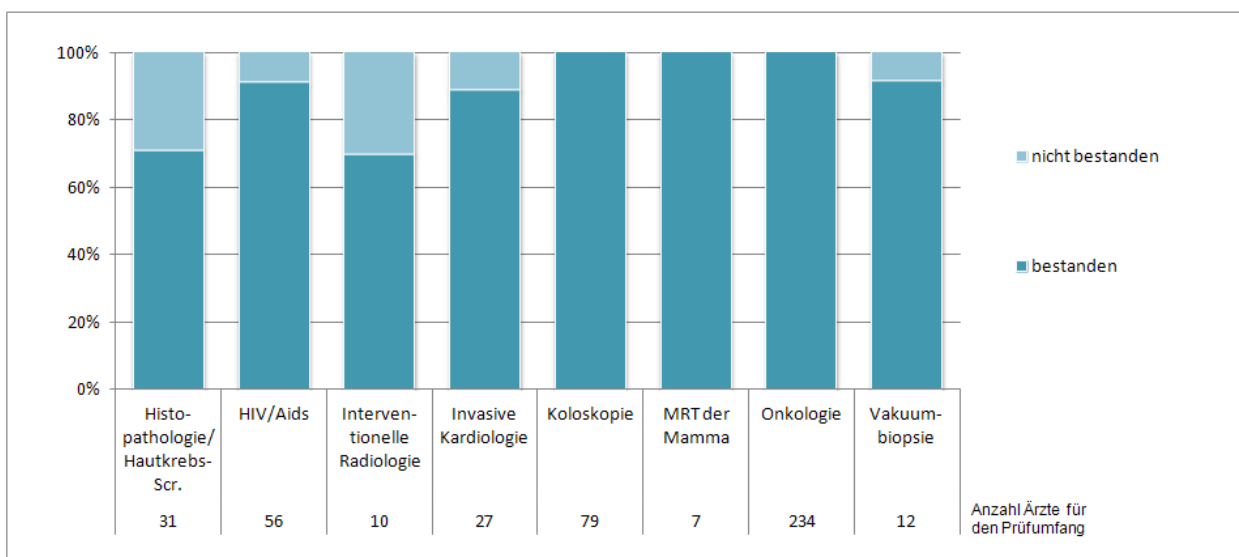
### Leistungsbereich „Vakuumbiopsie der Brust“

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 2012** waren 15 Ärzte (Stand: 31.12.2012) berechtigt, Leistungen im Rahmen der Vakuumbiopsie der Brust durchzuführen und abzurechnen. Von den 12 nachweispflichtigen Ärzten konnten 11 Ärzte, also **92 Prozent**, die Durchführung von mindestens 25 Vakuumbiopsien und somit eine hohe Behandlungsqualität bei der Durchführung von Vakuumbiopsien belegen.

Zusammenfassung der Berliner Ergebnisse:



## 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 unangemeldet 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.

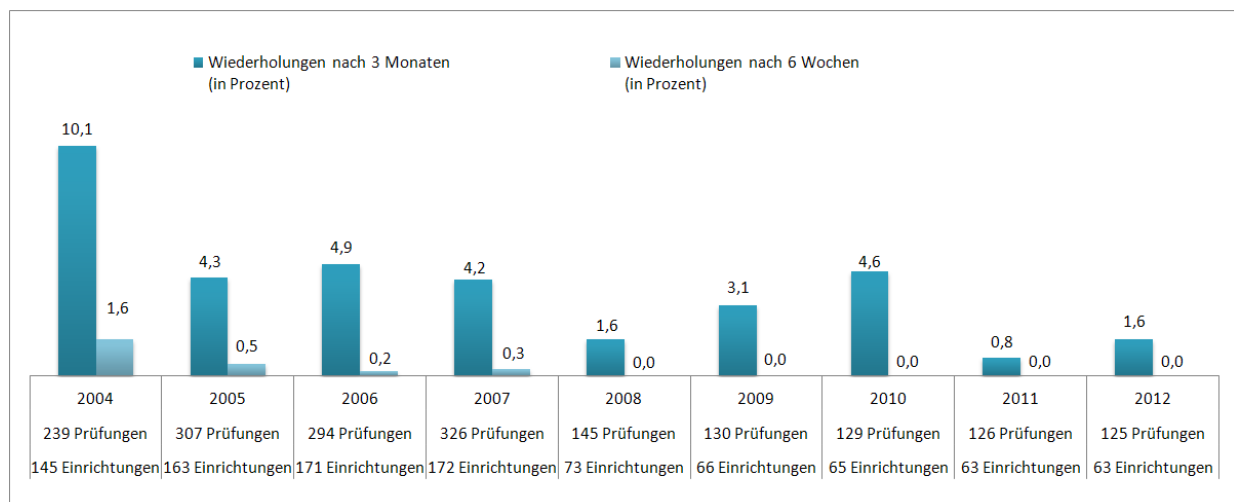
Die Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität gelten als erfüllt bei fehlendem Nachweis von *Escherichia coli*, anderen *Enterobacteriaceae* oder Enterokokken, von *Pseudomonas aeruginosa*, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern und bei fehlendem Nachweis von weiteren hygiene-relevanten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

Bei Beanstandungen erfolgen bis zu 2 Wiederholungsprüfungen. Treten wiederholt Mängel auf, kann dies zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung führen.

### Berliner Ergebnisse der Hygieneprüfungen

Im **Berichtsjahr 2012** veranlasste die KV Berlin 125 halbjährliche Überprüfungen in 63 Praxen, in denen Koloskopien durchgeführt und abgerechnet werden. Dabei hat das beauftragte Hygieneinstitut in 2 Fällen hygiene-relevante Erreger am Endoskop gefunden, die eine erneute Überprüfung innerhalb von 3 Monaten zur Folge hatten. Bei dieser erneuten Überprüfung konnte bei beiden Praxen eine einwandfreie und sachgerechte Hygienequalität nach der Aufbereitung der Endoskope festgestellt werden. Insgesamt konnten also die Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität in **98 Prozent** der überprüften Praxen als erfüllt nachgewiesen werden.

### Hygieneprüfungen bei der KV Berlin für die Jahre 2004 – 2012



## Pflicht zur Fort- und Weiterbildung

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, wie beispielsweise die Schmerztherapievereinbarung, schreiben (spezifische) Fortbildungen vor. Daneben ist seit dem Jahr 2004 für alle Ärzte und Psychotherapeuten der Nachweis einer regelmäßigen (allgemeinen) Fortbildung gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtend.

### 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 sowie Psychologischen 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 5 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 5 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 2 Jahren nachzureichen. Das gilt sowohl für Psychologische Psychotherapeuten als auch für ermächtigte oder angestellte Ärzte.

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

*Im Berichtsjahr 2012 mussten insgesamt 359 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten ihre Fortbildung gemäß § 95d SGB V nachweisen. Dieser Pflicht sind nahezu alle Ärzte, **96 Prozent**, fristgerecht nachgekommen (Stand 13.3.2013).*

### 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 15 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 2012** konnte wieder eine beeindruckend umfangreiche Qualitätszirkelarbeit festgestellt werden. So gab es **95 von der KV Berlin anerkannte Qualitätszirkel**, von denen 85 finanziell unterstützt wurden. Dabei handelte es sich insbesondere um 45 fachärztliche, 23 hausärztliche und 27 psychotherapeutische Qualitätszirkel. Insgesamt stehen in Berlin 73 aktive Moderatoren für die Leitung der Qualitätszirkel zur Verfügung, von denen 10 im Jahr 2012 ausgebildet wurden. Die Themengebiete der Qualitätszirkelarbeit betreffen insbesondere die Akupunktur, chronische Erkrankungen, HIV/Aids, Homöopathie sowie die Zytologie.

<b>Akupunktur</b>	<b>Homöopathie</b>
<b>DMP</b>	<b>HIV und Aids</b>
<b>Chronische Erkrankungen</b>	<b>Schmerztherapie</b>
<b>Depression und Angst</b>	<b>Sexualtherapie</b>
<b>Gastroenterologie</b>	<b>Zytologie</b>

## 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 2012** hatten 545 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 **80 Prozent**, das sind 431 Ärzte, erbringen (Stand: 15.3.2013).

## 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 entweder trotz der vorgelegten Zeugnisse begründete Zweifel bestehen oder ein Kolloquium obligat vorgesehen ist. Der Vertragsarzt hat dann die Möglichkeit, seine fachliche Befähigung in diesem Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen.

### 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 2 Jahre erforderlich ist.

#### Berliner Ergebnisse für die Kolloquien

Im **Berichtsjahr 2012** wurden 69 Kolloquien, davon 50 erfolgreich (**73 Prozent**), im Rahmen der Genehmigungserteilung durchgeführt. Dabei handelte es sich um Kolloquien für die folgenden Leistungsbereiche:

- |                                       |                        |
|---------------------------------------|------------------------|
| ➤ Laboratoriumsuntersuchungen:        | 22, davon 18 bestanden |
| ➤ Magnetresonanztomographie:          | 1, davon 1 bestanden   |
| ➤ Magnetresonanztomographie der Mamma | 1, davon 1 bestanden   |
| ➤ Medizinische Rehabilitation:        | 2, davon 2 bestanden   |
| ➤ Osteodensitometrie:                 | 1, davon 1 bestanden   |
| ➤ Schmerztherapie:                    | 7, davon 5 bestanden   |
| ➤ Konventionelle Röntgendiagnostik:   | 8, davon 6 bestanden   |
| ➤ Ultraschall Diagnostik:             | 27, davon 16 bestanden |

Im **Berichtsjahr 2012** wurden weiterhin 5 Kolloquien, davon 4 erfolgreich (**80 Prozent**), im Rahmen des Genehmigungserhalts durchgeführt. Hierbei handelte es sich um die Leistungsbereiche:

- |  |                      |
|--|----------------------|
| ➤ Konventionelle Röntgendiagnostik:                          | 4, davon 3 bestanden |
| ➤ Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri: | 1, davon 0 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 Psychologischen 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 4 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.

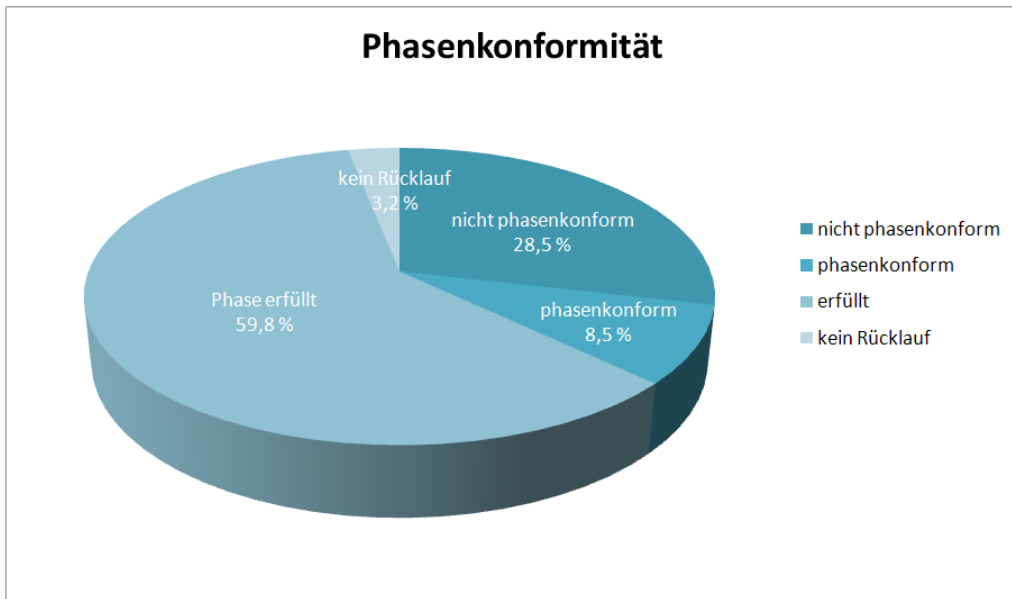
Weiterhin erhalten die durch Zufall ausgewählten Praxen einen Selbstbewertungsbogen für die Praxis. Dieser hilft den Praxen, den Ist-Zustand in ihrer Praxis selbst zu bewerten und auf diese Weise einzuschätzen, inwieweit die in der QM-Richtlinie geforderten Grundelemente und Instrumente des QM bereits 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 2012** hat die KV Berlin 189 Ärzte und Psychotherapeuten zufällig ausgewählt und den Einführungs- und Entwicklungsstand des praxisinternen Qualitätsmanagements abgefragt.*

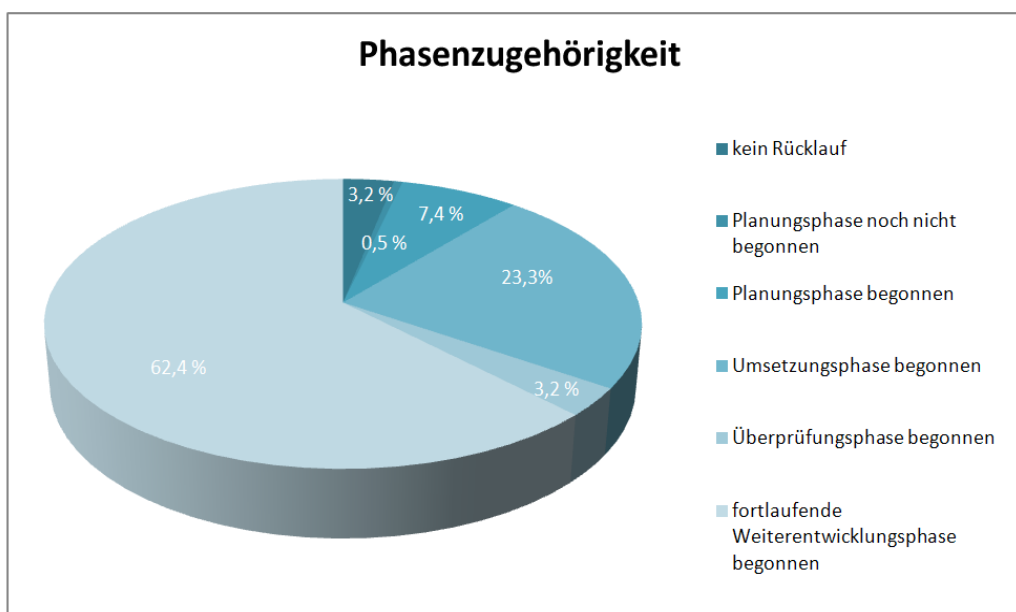
- *Insgesamt **113 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten** (59,8 Prozent) haben die Anforderungen der ihnen gemäß der QM-Richtlinie jeweils vorgegebenen QM-Phase **vollständig erfüllt** und diese Phase somit vollständig abgeschlossen.*
- *Weitere **16 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten** (8,5 Prozent) 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 54 der 189 zufällig ausgewählten Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten (28,5 Prozent).*



Von den im **Berichtsjahr 2012** zufällig ausgewählten 189 Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten zu der Phasenzugehörigkeit haben

- 14 Ärzte (7,4 Prozent) mit der Planungsphase,
- 44 Ärzte (23,3 Prozent) mit der Umsetzungsphase,
- 6 Ärzte (3,2 Prozent) mit der Überprüfungsphase und
- 118 Ärzte (62,4 Prozent) mit der fortlaufenden Weiterentwicklungsphase begonnen sowie
- 1 Arzt (0,5 Prozent) noch nicht mit der Planungsphase begonnen.

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

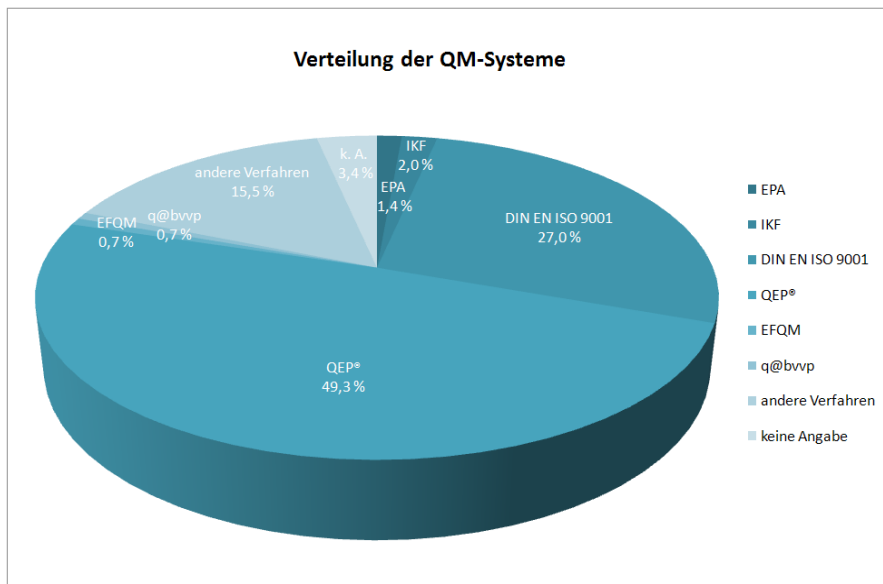


Für die Praxen steht eine Reihe von Qualitätsmanagement-Systemen zur Verfügung. Für welches QM-System sich die Praxen entscheiden, steht ihnen frei. Das gemeinsam von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelte System „QEP® - Qualität und Entwicklung in Praxen“ ist auf die speziellen Bedürfnisse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

Im Rahmen der QM-Stichprobenprüfung 2012 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®**, 27 Prozent für QM-System DIN EN ISO 9001 und 2 Prozent für das QM-System IKF entschieden.



Die Einführung und Umsetzung eines QM-Systems kann im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens bestätigt werden. Informationen dazu sind auf der Internetseite 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.

*Derzeit sind bundesweit ungefähr 630 Praxen/MVZ (Stand: 12/2012) nach QEP® zertifiziert bzw. rezertifiziert. Insgesamt 38 Ärzte von **25 Berliner Praxen/MVZ** (Stand: 12/2012) haben sich nach QEP® zertifiziert bzw. rezertifiziert. Eine Re-/Zertifizierungspflicht besteht nicht!*

Durchgeführte Qualitätsmanagement-Fortbildungen in der KV Berlin

Auch im **Berichtsjahr 2012** unterstützte die KV Berlin ihre Mitglieder bei der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch das Angebot von insgesamt **15 QM-Fortbildungen**, die von 241 Interessenten besucht worden sind. Das waren im Einzelnen:

- 3 QEP®-Einführungsseminare mit 57 Teilnehmern,
- 1 Intensivkurs Praxismanager mit 21 Teilnehmern,
- 1 Aufbaukurs Praxismanager mit 15 Teilnehmern,
- 1 Datenschutzseminar mit 14 Teilnehmern,
- 1 Arbeitsschutzseminar mit 18 Teilnehmern,
- 2 Hygieneseminare mit 39 Teilnehmern,
- 1 Kommunikationsseminar mit 23 Teilnehmern,
- 1 Ausbildung zur/m Qualitätsmanagementbeauftragten mit 12 Teilnehmern,
- 4 QM-bezogene Qualitätszirkel (QEP®) mit 42 Teilnehmern.

## 4. Qualitätssicherungskommissionen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in ärztlicher Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständigen 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 ist zu finden unter: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Über uns > Wer wir sind > Gremien > Kommissionen zur Qualitätssicherung.

### Qualitätssicherungskommissionen der KV Berlin (Stand 31.12.2012)

Bereich	Mitglieder
Aids	7 ärztliche Mitglieder der KV
Akupunktur	15 ärztliche Mitglieder der KV
Ambulantes Operieren und Arthroskopie	11 ärztliche Mitglieder der KV
Diabetes	8 ärztliche Mitglieder der KV
Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	10 ärztliche Mitglieder der KV
Dialyse	6 ärztliche Mitglieder der KV 2 ärztliche Vertreter des MDK
Histopathologie Hautkrebs-Screening	5 ärztliche Mitglieder der KV
Hörgeräteversorgung	6 ärztliche Mitglieder der KV
Kardiologie	18 ärztliche Mitglieder der KV
Kernspintomographie	12 ärztliche Mitglieder der KV
Koloskopie	8 ärztliche Mitglieder der KV
Krankenhäuser	5 ärztliche Mitglieder der KV
Labor	10 ärztliche Mitglieder der KV
Onkologie	14 ärztliche Mitglieder der KV 1 ärztlicher Vertreter des MDK
Photodynamische Therapie	5 ärztliche Mitglieder der KV
Phototherapeutische Keratektomie	3 ärztliche Mitglieder der KV
Qualitätsmanagement	6 ärztliche Mitglieder der KV 1 ärztlicher Vertreter des MDK
Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle	11 ärztliche Mitglieder der KV
Radiologie	49 ärztliche Mitglieder der KV
Rehabilitation	10 ärztliche Mitglieder der KV
Rheuma	5 ärztliche Mitglieder der KV
Schmerztherapie	11 ärztliche Mitglieder der KV
Sonographie	70 ärztliche Mitglieder der KV
Substitution	6 ärztliche Mitglieder der KV 6 sachverständige Vertreter der KK
Zytologie	5 ärztliche Mitglieder der KV 1 ärztlicher Vertreter des MDK



## 5. 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 2012 wieder regionale Verträge über neue Behandlungskonzepte und Therapieangebote geschlossen bzw. verlängert:

- *Vereinbarung nach § 73 c SGB V "Hallo Baby" – Die ambulante Vorsorgeinitiative in Berlin mit dem BKK Landesverband Mitte ab 1.1.2012*
- *„Starke Kids“ – Vertrag über ein erweitertes Präventionsangebot für Kinder- und Jugendliche mit dem BKK Landesverband Mitte ab 1.1.2012*
- *Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 73 c SGB V mit der pronova BKK und der BVKJ Service GmbH ab 1.4.2012*
- *Vereinbarung auf der Grundlage von § 132 e SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten bei privaten Auslandsreisen (Impfvereinbarung – Ausland) und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV) nach § 20 d Abs. 2 SGB V mit der Deutschen BKK ab 1.1.2012*
- *Verlängerung der Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie (Fördervertrag Onkologie) mit der AOK Nordost in Kooperation mit dem NIO Berlin e. V. bis zum 30.11.2013*

Die Inhalte und Teilnahmevoraussetzungen der oben aufgelisteten regionalen Versorgungsschwerpunkte des Jahres 2012 werden nun im weiteren Text näher beschrieben.

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

### „Hallo Baby“ – Die ambulante Vorsorgeinitiative in Berlin

Mit Wirkung zum 1.1.2012 wurde eine *Vereinbarung nach § 73 c SGB V "Hallo Baby – Die ambulante Vorsorgeinitiative in Berlin"* zwischen der KV Berlin und dem BKK Landesverband Mitte geschlossen.

Ziele des Versorgungsmodells „Hallo Baby“ sind die Verbesserung der Schwangerschaftsversorgung, die Optimierung der ambulanten und stationären Behandlungsprozesse, die Senkung der Frühgeborenenrate sowie die Reduktion der Frühgeburten mit extrem niedrigem Geburtsgewicht. Kurz: Die Sicherung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten und stationären Versorgung schwangerer Frauen und Neugeborener. Darüber hinaus möchte der BKK LV Mitte mit qualifizierten Krankenhäusern ergänzende Vereinbarungen zur Umsetzung des Versorgungsmodells schließen.

Teilnahmeberechtigt sind alle Frauen mit einer ärztlich festgestellten Schwangerschaft, die bei einer der Vereinbarung beigetretenen BKK versichert sind. Die Versicherte muss ihre Teilnahme schriftlich erklären und bindet sich für die Dauer der Schwangerschaft.

Aufgaben des Arztes gemäß der Vereinbarung sind insbesondere die Beratung und Aufklärung der Versicherten, die Aushändigung einer Versicherteninformation, die Erklärung eines standardisierten Fragebogens sowie die Durchführung eines oralen Glukosetoleranztestes entsprechend den aktuellen Leitlinien. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Unberührt davon bleibt die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist freiwillig und wird durch den Arzt mittels einer Teilnahmeerklärung gegenüber der KV Berlin erklärt. Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einer Genehmigung zur Durchführung der geburtshilflichen Basisdiagnostik (AK 9.1 Schwangerschaftsdiagnostik).

Insgesamt nehmen bereits 192 Ärzte (Stand 31.12.2012) an dem Versorgungsmodell „Hallo Baby – Die ambulante Vorsorgeinitiative in Berlin“ teil.

### Weitere Verträge über die Durchführung der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11/J2) für Kinder und Jugendliche

Verträge über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11/J2) nach § 73 c SGB V bestehen bereits seit 2010 zwischen der KBV und der Techniker Krankenkasse (1.7.2010) sowie mit der Knappschaft (1.7.2010 bzw. 1.10.2010). Im Jahr 2012 wurden zwei weitere Verträge hierzu geschlossen:

- *„Starke Kids“ – Vertrag über ein erweitertes Präventionsangebot für Kinder und Jugendliche nach § 73 c SGB V mit dem BKK Landesverband Mitte (Inkrafttreten: 1.1.2012)*
- *Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 73 c SGB V mit der pronova BKK und der BVKJ Service GmbH (Inkrafttreten: 1.4.2012)*

An diesen beiden neuen Verträgen nehmen bereits 243 Ärzte bzw. 219 Ärzte (jeweils Stand: 31.12.2012) teil.

Ziel dieser Verträge ist es, durch die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen (U10/U11/J2) mögliche Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen und diesen dadurch entgegenzuwirken oder sogar vermeiden zu können. Damit wird die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen früh und nachhaltig gefördert.

Die U10/U11 für 7- bis 10-jährige Kinder umfassen insbesondere Untersuchungen hinsichtlich von Schulleistungs-, Sozialisations- und Verhaltensstörungen sowie Zahn-, Mund- und Kieferanomalien. Die J2 für die 16- bis 17-jährigen Jugendlichen beinhaltet schwerpunktmäßig Untersuchungen bezüglich Diabetes, Entwicklung und Sexualität, Umgang mit Drogen sowie Schilddrüsenerkrankungen.

Die Teilnahme an diesen Verträgen ist freiwillig und muss mit einer Teilnahmeerklärung bei der KV Berlin beantragt werden. Teilnahmeberechtigt sind alle im KV-Bereich Berlin tätigen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

### Einführung einer Impfvereinbarung – Reiseschutz und HPV

Mit Wirkung zum 1.1.2012 hat die KV Berlin mit der Deutschen BKK eine *Vereinbarung auf der Grundlage von § 132 e SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten bei privaten Auslandsreisen (Impfvereinbarung – Ausland) und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV) nach § 20 d Abs. 2 SGB V* geschlossen.

Hintergrund ist das mit der steigenden Anzahl von Urlaubsreisen korrelierende Risiko, mit Krankheitserregern in Kontakt zu kommen. Schutzimpfungen vor Antritt einer Reise ins Ausland stellen die effektivste und wichtigste Präventionsmaßnahme dar. Auf diese Weise kann auch das allgemeine Infektionsrisiko verringert werden.

Gemäß der Vereinbarung können Ein-/Zweifach-Schutzimpfungen bei privaten Auslandsreisen gegen die folgenden Infektionskrankheiten zulasten der Deutschen BKK durchgeführt werden: Hepatitis A, Hepatitis B, FSME, Meningokokken, Tollwut und Typhus. Voraussetzung ist, dass diese Impfungen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut empfohlen werden.



Auch die Kosten für die HPV-Impfung für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis zum vollendeten 26. Lebensjahr werden von der Deutschen BKK übernommen.

Neben der Verordnung bzw. Verabreichung des Impfstoffes sind zudem je nach Erfordernis die folgenden Leistungen enthalten:

- Beratung über Nutzen der Impfung und über die zu verhütende Krankheit und Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen,
- Erhebung der Anamnese und der Impfanamnese, einschließlich Befragung über das Vorliegen von Allergien,
- Feststellung der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen, Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung,
- Aufklärung über Eintritt und Dauer der Schutzwirkung sowie über das Erfordernis von Wiederholungs- bzw. Auffrischimpfungen,
- Dokumentation der erfolgten Impfung im Impfpass bzw. Ausstellen einer Impfbescheinigung.

Die Teilnahme der Versicherten an der Vereinbarung ist freiwillig und gilt für Versicherte der Deutschen BKK, unabhängig vom Wohnort.

Für die Berliner Vertragsärzte ist die Teilnahme an dieser Vereinbarung ebenfalls freiwillig und muss schriftlich mittels einer Teilnahmeerklärung gegenüber der KV Berlin erklärt werden. Teilnahmeberechtigt sind alle haus- und fachärztlich tätigen Vertragsärzte (Ausnahme: Ärzte der Fachgruppen, die gemäß § 13 Abs. 4 BMV-Ä nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden dürfen).

Insgesamt nehmen 349 Ärzte (Stand 31.12.2012) an dieser Vereinbarung teil.

### Verlängerung des Fördervertrages 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 eine *Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie (Fördervertrag Onkologie)* geschlossen. Dieser war zunächst bis zum 30.11.2012 befristet und wurde anschließend bis zum 30.11.2013 verlängert.

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.

Insgesamt nehmen bereits 152 Ärzte (Stand 31.12.2012) an der Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie teil.

Der Vertrag gilt nur für bei der AOK Nordost Versicherte mit onkologischen Erkrankungen gemäß der ICD-10-Codierung in § 1 Abs. 2 der Anlage 7 BMV-Ärzte der Onkologie-Vereinbarung. Dazu gehören unter anderem maligne solide 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 bundesweit für Versicherte der AOK Nordost (Ausnahmen: Westfalen-Lippe und Niedersachsen).



## 6. Was ist neu in 2012?

Unter dem Aspekt des Leistungsanspruchs des gesetzlich Krankenversicherten auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche medizinische Versorgung sowie der Berücksichtigung der Weiterentwicklung der medizinischen Technik und Wissenschaft kommen jedes Jahr neue unter dem Genehmigungsvorbehalt stehende Leistungen, erweiterte Qualitätsanforderungen sowie zusätzlich zu fördernde Versorgungsschwerpunkte zu dem bereits bestehenden umfangreichen Versorgungsangebot hinzu.

So sind auch im Jahr 2012 wieder einige neue bundesweite Vereinbarungen geschlossen und überarbeitet worden. Das betrifft insbesondere die folgenden:

- *Qualitätssicherungsvereinbarung Sonographie der Säuglingshüfte zum 1.4.2012 (Anlage V der Ultraschallvereinbarung gemäß 135 Abs. 2 SGB V)*
- *Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) zum 1.4.2012*
- *Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V zum 1.4.2012 (zunächst befristet bis zum 31.3.2014)*
- *Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung) zum 1.4.2012*
- *Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder) zum 1.7.2012*

Die Inhalte und Teilnahmevoraussetzungen der oben aufgelisteten bundesweiten Versorgungsschwerpunkte des Jahres 2012 werden nun im weiteren Text näher beschrieben.

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

### Qualitätssicherungsvereinbarung Sonographie der Säuglingshüfte

Zum 1.4.2012 ist die Neufassung der *Qualitätssicherungsvereinbarung Sonographie der Säuglingshüfte (Anlage V der Ultraschallvereinbarung gemäß 135 Abs. 2 SGB V)*, an der insgesamt 193 Ärzte (Stand: 31.12.2012) teilnehmen, in Kraft getreten.

Die Änderungen betreffen insbesondere die Anforderungen an die Bild- und Schriftdokumentation, die Zuordnung zu den Beurteilungsstufen, die Anforderungskriterien an eine sachgerechte Dokumentation sowie die Einführung einer Initialprüfung für Neuantragsteller. Zur Sicherstellung, dass mögliche Mängel der fachlichen Qualifikation rechtzeitig erkannt und durch Qualitätsförderungsmaßnahmen behoben werden, sollen künftig die ersten zwölf abgerechneten Sonographien der Säuglingshüfte nach Erteilung der Genehmigung geprüft werden.

Weiterhin wurde das Bewertungsschema der schriftlichen und bildlichen Dokumentation des Arztes mit der Präzisierung der Anforderungen vereinfacht. Die Gesamtbewertung der neu eingeführten Initialprüfung (ersetzt die bisherige Erstprüfung) sowie der Stichprobenprüfung erfolgt auch weiterhin immer nach den gleichen Kriterien. Darüber hinaus wurden die Intervalle der regelmäßigen Dokumentationsprüfungen von zwei auf fünf Jahre verlängert. Ärzte, die erfolgreich an der Initialprüfung teilgenommen haben, werden innerhalb von zwei Jahren einer Stichprobenprüfung unterzogen. Werden die Anforderungen an die sachgerechte Dokumentation erfüllt, soll daran anschließend nur noch alle fünf Jahre eine Stichprobenprüfung stattfinden.



Ärzte, deren Dokumentationen jedoch insgesamt mittelgradige Mängel aufweisen, sollen künftig einheitlich innerhalb von zwölf Monaten erneut überprüft werden. Bisher wurde innerhalb von drei beziehungsweise sechs Monaten erneut geprüft. Bei insgesamt schwereren Mängeln in der ärztlichen Dokumentation wird die Abrechnungsgenehmigung von Sonographien der Säuglingshüfte künftig ausgesetzt. Wird von den betreffenden Ärzten innerhalb eines Jahres die erfolgreiche Teilnahme an einem Fortbildungskurs zum Hüftscreening bei Säuglingen gemäß Anhang 1 der Vereinbarung nachgewiesen, dürfen sie diese Leistungen wieder erbringen und abrechnen.

Um den Ärzten die Erstellung der ärztlichen Dokumentation zu erleichtern, hat die KV Berlin die Broschüre „Dokumentationsprüfungen nach der neuen Ultraschall-Vereinbarung – Tipps und Hinweise zur Darstellungsqualität in der sonographischen Diagnostik“ im September 2012 auf ihrer Internetseite veröffentlicht. Die Ultraschall-Broschüre enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Hinweise für eine gute Darstellungsqualität mit zahlreichen anschaulichen und aussagekräftigen Bildbeispielen, Checklisten, Links sowie Tipps zur Ultraschalluntersuchung und Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen.

Diese Broschüre sowie weitere hilfreiche Informationen zur Sonographie der Säuglingshüfte sind auf der Internetseite der KV Berlin zu finden: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Qualitätssicherung > QS-Leistungen > Überblick > Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte.

### Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik

Die *Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik)* ist zum 1.4.2012 in Kraft getreten.

Hintergrund ist die Einführung des Unterabschnitts 11.4.2 (Molekulargenetische Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab unter der Voraussetzung, dass Maßnahmen zur Qualitätsförderung für diese Leistungen getroffen werden.

Die fachlichen Anforderungen gelten für Fachärzte für Humangenetik, Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und für ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin entsprechend den geltenden EBM-Bestimmungen als nachgewiesen. Für alle anderen Facharztgruppen galt für sechs Monate nach Inkrafttreten der Vereinbarung eine Übergangsregelung gemäß § 11 der o. g. Vereinbarung. Die Gebührenordnungsposition 11430 ist darüber hinaus auch für Neuropathologen sowie Pathologen nach neuer Weiterbildungsordnung oder mit der fakultativen Weiterbildung „Molekularpathologie“ abrechnungsfähig.

Weitere Anforderungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Molekulargenetik sind die Erfüllung der

- organisatorischen Voraussetzungen (§ 4),
- Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen einschließlich der Nachweise über ein System der internen Qualitätssicherung und die regelmäßige Teilnahme an geeigneten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 5),
- Anforderungen an die Indikationsstellung (§ 6) und der
- ärztlichen Dokumentation (§ 7).

In der *Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik* ist zudem festgelegt, dass alle teilnehmenden Ärzte ab dem 1.1.2013 verpflichtet sind, die betriebsstättenbezogene Jahresstatistik für die molekulargenetischen Untersuchungen elektronisch zu dokumentieren und jährlich jeweils zum Ende des ersten Quartals (erstmalig zum 31.3.2013) an die KBV zu übermitteln. Hierzu hat die KV Berlin das von der KBV zur elektronischen Dokumentation eingerichtete Online-Portal als neue Anwendung im sicheren Netz für die Berliner Vertragsärzte bereitgestellt (siehe auch Kapitel 8 „Service“).

An der *Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik* nehmen insgesamt 31 Ärzte (Stand: 31.12.2012) teil.

Weitere Informationen zum Thema *Molekulargenetik* sind auf der Internetseite der KV Berlin hinterlegt: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > Überblick > Molekulargenetik.

## Vergütungsvereinbarung MRSA

Mit Wirkung zum 1.4.2012 hat der Bewertungsausschuss die *Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V* (Anpassung und Ergänzung zum 1.7.2012) beschlossen. Diese ist zunächst bis zum 31.3.2014 befristet. Ferner wurde eine entsprechende Durchführungsempfehlung gefasst, deren Inhalt auf den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes (RKI) beruht.

Hintergrund ist die zunehmende Anzahl von mit MRSA-besiedelten bzw. infizierten Patienten. Die resistenten Keime sind nicht mehr nur ein Problem von Krankenhäusern und Pflegeheimen, sondern auch im ambulanten Bereich wächst der Behandlungsbedarf.

Die Vereinbarung gilt ausschließlich für Risikopatienten für eine bzw. mit einer MRSA-Kolonisation/MRSA-Infektion sowie deren Kontaktpersonen.

Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten mindestens vier zusammenhängende Tage stationär behandelt worden sein. Zusätzlich muss der MRSA-Risikopatient einen positiven MRSA-Nachweis in der Anamnese haben und/oder wenigstens zwei der nachfolgenden Risikofaktoren erfüllen:

- chronische Pflegebedürftigkeit mit mindestens Stufe 1,
- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten,
- liegende Katheter wie z. B. Harnblasenkatheter,
- Dialysepflichtigkeit,
- Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

Eine MRSA-Kontaktperson muss mindestens über vier Tage den Schlafraum und/oder die Einrichtung(en) zur Körperpflege mit dem MRSA-Träger, bei dem eine Eradikationstherapie oder eine weitere Sanierungsbehandlung erfolglos verlief, gemeinsam nutzen bzw. genutzt haben.

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

Ärzte dürfen die Leistungen der Gebührenordnungspositionen 86770 bis 86781 gemäß der Vergütungsvereinbarung MRSA nur abrechnen, wenn sie eine entsprechende Genehmigung von der zuständigen KV erhalten haben. Voraussetzung hierfür ist die Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ und/oder eine „MRSA-Zertifizierung“ durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Laborziffern (Gebührenordnungspositionen 86782 und 86784) können nur von Vertragsärzten mit einer Genehmigung zur Abrechnung des Abschnitts 32.3.10 EBM berechnet werden.

Durch die Teilnahme an der „MRSA-Zertifizierung“ soll bundesweit ein einheitlicher aktueller medizinischer Wissensstand zur Diagnostik und Behandlung von MRSA-Patienten sowie deren Kontaktpersonen erlangt werden. Die KV Berlin hat bereits im März 2012 in Zusammenarbeit mit den Berliner MRSA-Netzwerken zwei von der Ärztekammer Berlin zertifizierte Fortbildungen zum Thema „Ambulante MRSA-Versorgung“ durchgeführt. Auch die LADR-Akademie für interdisziplinäre Weiterbildung in der Medizin sowie einzelne Berliner MRSA-Netzwerke haben bereits MRSA-Schulungen durchgeführt, die vorab von der KV Berlin als Nachweis der fachlichen Befähigung anerkannt wurden. Ferner bietet die KBV eine Online-Fortbildung für die MRSA-Zertifizierung auf ihrer Internetseite [www.mrsa-ebm.de](http://www.mrsa-ebm.de) an.

Seit dem 1.7.2012 können diese Gebührenordnungspositionen auch von im Rahmen des Berliner Projektes angestellten Vertragsärzten neben der medizinischen Grundversorgung (SNR 99889) abgerechnet werden. Hierfür erhalten alle angestellten Ärzte der am Berliner Projekt teilnehmenden Einrichtungen eine vorläufige arztgebundene Lebenslange Arztnummer (LANR).

Ferner erfolgte mit Wirkung zum 1.4.2012 eine Ergänzung im Rahmen der Versorgungsaufträge zur Durchführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren/Dialyse (gemäß des Anhangs 9.1.3 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV) um die genehmigungspflichtige Leistung zur Diagnostik und Behandlung von MRSA.

Mit Stand 31.12.2012 nehmen bereits 917 Ärzte, davon 19 KfH-Ärzte und fünf Ärzte im Rahmen des Berliner Projektes, an der Vergütungsvereinbarung MRSA teil.

Die KV Berlin hat auf ihrer Internetseite weitere wichtige Informationen zum Thema *MRSA*, wie beispielsweise einen MRSA-Musterprozess für die Einbindung in das praxisinterne Qualitätsmanagement, hinterlegt: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > Überblick > MRSA-Vergütungsvereinbarung.

### Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Hörgeräteversorgung

Zum 1. Januar 2012 sind Gebührenordnungspositionen zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen (GO-Nrn.: 09372, 09375 und 20372 bis 20375) sowie für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder (20338, 20339, 20340, 20377 und 20378) neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen worden.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen für Jugendliche und Erwachsene setzt ab dem 1. April 2012 eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der *Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung* voraus. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder ist eine Genehmigung zu der ab dem 1. Juli 2012 in Kraft getretenen *Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder* notwendig.

- *Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Inkrafttreten: 1.4.2012*
- *Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Inkrafttreten: 1.7.2012*

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

Die Gebührenordnungspositionen können von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen) berechnet werden.

Zusätzlich ist für Ärzte, die Jugendliche oder Erwachsene behandeln wollen, der Nachweis einer selbstständigen Indikationsstellung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung sowie von zehn themenspezifischen Fortbildungspunkten innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung gefordert.

Ärzte, die Säuglinge, Kleinkinder und Kinder betreuen wollen, müssen neben ihrer Facharztqualifikation nachweisen, dass sie 50 elektrische Reaktionsaudiometrien im Kindesalter, 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und 25 Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter sowie eine selbstständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter durchgeführt haben. Auch sie müssen zehn themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung nachweisen.

Mit Stand 31.12.2012 nehmen insgesamt drei Ärzte an der vertragsärztlichen Hörgeräteversorgung für Kinder und 230 Ärzte an der vertragsärztlichen Hörgeräteversorgung für Erwachsene teil.

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

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

Die Anforderungen an die Praxisausstattung richten sich nach den geltenden DIN-Normen (DIN ISO 8253-1 und 8253-2), den Bestimmungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu den organisatorischen Voraussetzungen gehören insbesondere die regelmäßige Wartung der im Rahmen der Versorgung von schwerhörigen Patienten eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 4b entsprechend den Vorgaben der Medizinproduktebetreiber-Verordnung (MPBetreibV) sowie deren Dokumentation in den Gerätebüchern.

Für die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist der Arzt dazu verpflichtet, eine mindestens einmal jährlich durchgeführte messtechnische Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte sowie regelmäßig innerhalb von zwei Jahren sieben themenspezifische Fortbildungspunkte nachzuweisen.

Ab 1. April 2013 sind für jeden erwachsenen Patienten und ab 1. Juli 2013 für jedes Kind quartalsweise Daten zur Hörgeräteverordnung und -abnahme zu erheben und elektronisch zu erfassen. Die KV Berlin wird das von der KBV zur elektronischen Dokumentation eingerichtete eDoku-Portal als neue Anwendung im sicheren Netz für die Vertragsärzte zur Verfügung stellen (siehe auch Kapitel 8 „Service“).

Weitere Informationen zur Hörgeräteversorgung sind auf der Internetseite der KV Berlin erhältlich: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > Überblick > Hörgeräteversorgung.



## 7. 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 denen die Abteilung Qualitätssicherung auch im Berichtsjahr 2012 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.

Mittlerweile verfügt die Kassenärztliche Vereinigung 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. Darüber hinaus gab es einen zweitägigen Berater-Workshop, insbesondere zu den Änderungen des Infektionsschutzgesetzes.

Im Jahr 2012 fand ein zweitägiger Berater-Workshop zu den Themen „Ambulantes Operieren“ und „Trinkwasserverordnung“ statt. Inhalte waren die gesetzlichen Grundlagen und bauliche Anforderungen an Operations- und Eingriffsräume, Einteilung der operativen Eingriffe sowie Neuigkeiten zur Trinkwasserverordnung, Wasseruntersuchungen, mikrobiologische Befunde und zum Water Safety Plan. Für das Jahr 2013 sind weitere Berater-Workshops geplant.

Zudem hat das Kompetenzzentrum in enger Zusammenarbeit mit den KVen und einigen Fachexperten einen **Muster-Hygieneplan „Gastroenterologie“** 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 Muster-Hygieneplan beruht auf der Analyse und Bewertung potenzieller Infektionsgefahren in der ambulanten Gastroenterologie und berücksichtigt die einschlägigen rechtlichen Vorgaben (Stand: September 2012) sowie den allgemeinen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik.

Ziel dieses Muster-Hygieneplans ist es, den Ärzten in gastroenterologischen Praxen ein praxisbezogenes Unterstützungs- und Serviceangebot für die Erstellung des praxisinternen Hygieneplans zur Hand zu geben.

Der Muster-Hygieneplan muss auf die Praxisgegebenheiten übertragen und in einen praxisspezifischen, internen Hygieneplan umgesetzt werden. Viele gastroenterologische Praxen werden bereits mit fertigen Hygieneplänen arbeiten. Für diese Praxen empfiehlt sich ein Vergleich der vorhandenen Dokumentation mit diesem Muster-Hygieneplan. Ein Abgleich der Inhalte eröffnet die Möglichkeit, Verbesserungspotenzial zu identifizieren und eventuelle Defizite zu beseitigen.

Der Muster-Hygieneplan "Gastroenterologie" kann online über ein Bestellformular bei der KV Berlin angefordert werden: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Themen von A bis Z > Hygiene/Aufbereitung von Medizinprodukten > Muster-Hygieneplan „Gastroenterologie“.

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 Kranken-



häusern 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 bis 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 Jahr 2011 hat die KV Berlin beschlossen, sich an der **AG Handlungsempfehlungen** des Kompetenzzentrums Patientensicherheit zu beteiligen. Im Rahmen dieser Arbeitsgemeinschaft sollen 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. Im **Jahr 2012** haben die beteiligten KVen diese Empfehlungen an den ambulanten Versorgungsbereich angepasst und anschließend bei einem weiteren Treffen gemeinsam diskutiert. Die Handlungsempfehlungen zu den Themen *Eingriffsverwechslungen* und *Patientenidentifikation* für den ambulanten Bereich werden voraussichtlich 2013 veröffentlicht.

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 Evalua-



tion 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 und Soziales **Fortbildungsveranstaltungen zum Thema MRSA** für die Berliner Ärzte und ihre Praxismitarbeiter durchgeführt. Bei den Infotagen der KV Berlin wurden Vorträge zu den Themen *Umgang mit MRSA in der Arztpraxis* sowie *Nosokomiale Erreger im ambulanten Bereich* (von der Ärztekammer Berlin zertifiziert) gehalten.

Zusätzlich sei noch darauf hingewiesen, dass sich die Kassenärztliche Vereinigung Berlin im Jahr 2011 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.

Mit Wirkung zum 1.4.2012 ist die Vergütungsvereinbarung MRSA in Kraft getreten (siehe auch Kapitel 6 „Was ist neu in 2012?“). In diesem Zusammenhang hat die KV Berlin im **Berichtsjahr 2012** in Kooperation mit den Berliner MRSA-Netzwerken zwei **Fortbildungsveranstaltungen MRSA-Zertifizierung** durchgeführt. Die Inhalte umfassten im Wesentlichen:

- MRSA-Spezifikationen, Epidemiologie, regionale Verbreitung sowie Übertragungswege,
- Risikopatienten für MRSA-Kolonisation,
- Eradikationstherapie, weitere Sanierungsbehandlung, Sanierungshemmnisse, Umgang mit MRSA-Patienten in der ambulanten Versorgung,
- Rationale Antibiotikatherapie sowie
- Berliner MRSA-Netzwerke.

Diese MRSA-Zertifizierung durch die KV Berlin ist Voraussetzung für die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß der Vereinbarung – sofern der Arzt keine Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ hat.

### 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. Es bestehen enorme Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen, an Familienangehörige und Bekannte 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 Präventions-

möglichkeiten 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.

Insbesondere aber möchten die Projektgruppenmitglieder Interessierte dabei unterstützen, einen fachgruppen- (Hausärzte, Fachärzte, Psychologische Psychotherapeuten) und sektorenübergreifenden (ambulanter und stationärer Versorgungsbereich) Qualitätszirkel für die Implementierung der Nationalen VersorgungsLeitlinie *Unipolare Depression* (Verfahrensweisungen) in den Berliner Arztpraxen nach

der aktuellen *Dramaturgie Erstellung evidenzbasierter Verfahrensanweisungen* aus dem Qualitätszirkel-Handbuch der KBV zu initiieren.

Hierfür soll zunächst die allgemeine KBV-Dramaturgie zur Implementierung von Leitlinien in Arztpraxen speziell an die Implementierung der NVL *Unipolare Depression* angepasst und den Vertragsärzten zur Verfügung gestellt werden.

Ziel solcher Qualitätszirkel soll es sein, die Inhalte der NVL *Unipolare Depression* in einem fachgruppen- und sektorenübergreifenden Rahmen zu erarbeiten und die Verfahrensanweisungen in den Berliner Arztpraxen entsprechend zu implementieren.

Mit der Umsetzung dieser Maßnahme werden alle drei Projektziele gleichermaßen angesprochen:

- 1. Frühzeitige Erkennung und Diagnostik von Depressionen,
- 2. Verbesserung der Schnittstellenproblematik sowie
- 3. Verbesserung der medikamentösen Versorgung von Patienten mit diagnostizierter Depression.

Zudem plant die KV Berlin eine 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.a.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.

Das Thema *Depression* war ebenso beim Infotag der KV Berlin vertreten.

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. Auch im **Jahr 2012** fand wieder eine KV-Sprechstunde zum Thema „Wenn alles zu viel wird: Depressionen“ statt.

## 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 die 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, sind die Online-Arztsuche und die Online-Psychotherapeutensuche der KV Berlin sehr hilfreich ([www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Arztsuche bzw. Psychotherapeutensuche).

Der Gesundheitslotsendienst erteilt Auskünfte zu Praxisadressen, Sprechzeiten, Sondersprechstunden, Fremdsprachenkenntnissen, Therapieeinrichtungen etc. und ist 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 bis 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 auf der Themenseite *Depression* der KV Berlin eingestellt ist: [www.kvberlin](http://www.kvberlin.de) > Themen von A bis Z > Depression.

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. gab es reges Interesse, sich an diesem Projekt unterstützend zu beteiligen.

Die Projektgruppe trifft sich mehrmals im Jahr, 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.

Die Teilnehmer haben sich in der Sitzung im **Dezember 2012** darauf verständigt, Interessierte dabei zu unterstützen, einen fachgruppen- und sektorenübergreifenden Qualitätszirkel für die Implementierung der Nationalen Versorgungsleitlinie *Unipolare Depression* in den Berliner Arztpraxen nach der aktuellen *Dramaturgie Erstellung evidenzbasierter Verfahrensanweisungen* aus dem Qualitätszirkel-Handbuch der KBV zu initiieren (für mehr Informationen siehe auch Projektziel: „Die Kompetenz von Vertragsärzten und -psychotherapeuten zum Thema Depression ist hinsichtlich medizinischer, psychologischer und sozialer Aspekte durch fachübergreifende zertifizierte Fort- und Weiterbildungsangebote verbessert.“).

Bei dem nächsten geplanten Treffen sollen die Ideen der Teilnehmer für dieses Ziel zusammengetragen, diskutiert und anschließend den KV-Mitgliedern zur Verfügung gestellt werden.

Sobald dies geschehen ist, wird die Projektgruppe zielstrebig 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 bis Z > Depression.

## 8. 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 39 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.

### **Elektronische Dokumentation (eDoku)**

Das Online-Portal eDoku bietet Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten die Möglichkeit, für ausgewählte Bereiche die Dokumentation ihrer Daten zur Qualitätssicherung am PC im sicheren Netz der KVen vorzunehmen.

Mit dem Ziel, Ressourcen möglichst effektiv einzusetzen, hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung entschlossen, den KVen dieses Online-Portal ab dem 1. Januar 2013 anzubieten und es als technischer Dienstleister im Auftrag der KVen im sicheren Netz der KVen zu betreiben.

Die Datenübermittlung erfolgt über einen KV-SafeNet- (steht nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung) oder einen KV-FlexNet-Anschluss, was eine größtmögliche Datensicherheit garantiert.

In bestimmten Zeitfenstern können vom Arzt Ergänzungen oder Korrekturen vorgenommen werden. Die Anwender profitieren zusätzlich von der elektronischen Dokumentation im Online-Portal, da hiermit ein Teil ihrer Berichtspflichten gegenüber der KV fristgerecht erfüllt ist, ihnen zusätzlich auf Basis ihrer Angaben in regelmäßigen Abständen Auswertungen und Rückmeldeberichte bereitgestellt werden und sie bei Bedarf auf eine Vielzahl elektronisch abrufbarer Informationen zurückgreifen können.



Zum Start bietet das Online-Portal die elektronischen Dokumentationen der Jahresstatistik zur Molekulargenetik, der Angaben zur Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung sowie der Hörgeräteversorgung. Die elektronische Dokumentation für die Vakuumbiopsie ist in Planung. Ausführliche Informationen sind bei den entsprechenden Qualitätsgesicherten Leistungen zu finden unter: [www.kvberlin](http://www.kvberlin.de) > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > Überblick.



## Mein PraxisCheck Informationssicherheit

„Mein PraxisCheck“ hilft herauszufinden, wie sicher sensible Daten in der Praxis sind, und gibt praktische Tipps und Unterstützung, wie Datenschutz und Datensicherheit vielleicht noch besser werden können, um die vielfältigen gesetzlichen Verpflichtungen und normativen Anforderungen zu erfüllen. Es handelt sich hierbei nicht um eine Wissensprüfung, sondern soll vielmehr als Hilfestellung dienen. Die Selbsteinschätzung nimmt etwa nur 15 Minuten in Anspruch und ist eingestellt bei [www.kbv.de](http://www.kbv.de) > Service > Für die Praxis > Mein PraxisCheck Informationssicherheit.

Zunächst beantwortet der Nutzer 19 Fragen zu den Themen *Schutz sensibler Daten*, *Praxis- und Risikomanagement* sowie *Umgang mit Fehlern*. Die Fragen sind keine Vorgaben der KBV, sondern sie wurden aus bestehenden normativen Vorgaben abgeleitet (u. a. Berufsordnung, Bundesdatenschutzgesetz, landesrechtliche Vorschriften, Sozialgesetzbuch V). Die Antworten werden nicht gespeichert.

Nach dem Beantworten der Fragen erhalten die Nutzer sofort ein Ergebnis mit konkreten Hinweisen. Den Lösungsvorschlägen und Tipps liegen Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik, die DIN EN ISO 27001 und Qualitätsziele aus QEP – Qualität und Entwicklung<sup>®</sup> zugrunde. Ziel ist es, für das Thema zu sensibilisieren und direkt Anregungen für mehr Sicherheit und weniger Risiken zu erhalten.



## 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**

KONTAKT | SITEMAP | IMPRESSUM | HILFE

Arzt- und Psychotherapeutensuche

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

Einfache Suche | **Erweiterte Suche** | Änderungsformular für Ärzte/Psychologen

### Erweiterte Suche

#### Arztbezogene Daten

Geschlecht:

Name des Arztes:

Vorname des Arztes:

Fachgebiete:

Fachgebiet mit Kassenzulassung:

Hausärztliche Versorgung:

Schwerpunkte:

Zusatzbezeichnungen:

Sprache:

QS-Leistungen / Verfahren/Krankheitsbild:

weitere Suchoptionen nach:  ambulante OP  D-Arzt  Dialyse

#### Praxisbezogene Daten

Berliner Stadtteile:

Postleitzahl:

Straße:

Die Praxis muss:

Sprechstunde:

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 Juni 2013

