

Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung

Qualitätsbericht 2018 der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin für das Berichtsjahr 2017

Teil 1 - Qualitätsbericht
Stand: 31.12.2017



Inhaltsverzeichnis

1. Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung	3
System der ambulanten Qualitätssicherung und -förderung	4
Wie kann Qualität gemessen werden?	6
Strukturqualität – Prozessqualität – Ergebnisqualität	6
2. Qualitätssicherungskommissionen	8
3. Qualitätssicherungsbereiche	9
4. Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse	14
Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen	14
Eingangsprüfung	14
Einzelfallprüfung durch Stichproben-/Dokumentationsprüfung	16
Regelmäßige Dokumentationsprüfungen	18
Kolloquium/Beratung	21
Rezertifizierung	21
Rückmeldesysteme	22
Frequenzregelungen	23
Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen	25
Pflicht zur Fort- und Weiterbildung	26
Fallkonferenzen	27
Qualitätszirkel	27
Qualitätsmanagement	28
5. Regionale Versorgungsschwerpunkte der KV Berlin	32
Kündigung des Vertrags zur Reduktion des Alkoholkonsums mit der KKH	32
Kündigung des Onkologie-Fördervertrags für Versicherte der AOK Nordost	32
Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin ..	33
Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus – Beitritt der KKH	33
Anpassungen im Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2	33
6. Was ist neu in 2017?	34
Telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung für Herzschrittmacher	34
Telemedizinische Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen	35
Videosprechstunde: telemedizinisch gestützte Betreuung von Patienten	36
Erstes sektorenübergreifendes QS-Verfahren: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (sQS PCI)	37
Zweites sektorenübergreifendes QS-Verfahren: Vermeidung nosokomialer	38
Infektionen – postoperative Wundinfektion (sQS WI)	38
Neues Testverfahren iFOBT zur Darmkrebs-Früherkennung	39
Neue EBM-Leistung gemäß GOP 03355	39
Beitritt der BKK VBU zum Vertrag "Starke Kids"	39
Reform der Psychotherapie-Richtlinie und Anpassungen in der Psychotherapie-Vereinbarung	39
Übergangsregelungen zur Aufbereitung von Endosonographiesonden	40
Neufassung der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie	41
QS-Vereinbarung PET und PET-CT rückwirkend angepasst	41
Anpassungen bei der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger	42
7. Projektarbeit der KV Berlin	43
Beteiligung am Kompetenzzentrum „Hygiene und Medizinprodukte“	43
8. Service	45
Ansprechpartner und Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung (QS)	45
Mein PraxisCheck	45
Arzt- und Psychotherapeutensuche der KV Berlin im Internet	47



1. Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Sicherung und Verbesserung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche medizinische Versorgung. Jeder Patient soll sicher sein, dass für ihn alles Notwendige, Zweckmäßige und Ausreichende an medizinischen Maßnahmen im Fall einer erforderlichen Behandlung getan wird – und das mit einer überprüfbaren Qualität.

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

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

Der Kassenärztlichen Vereinigung (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 ihre Mitglieder, die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, bei der Gewährleistung der vorgegebenen Qualitätsstandards.

Die Qualitätsstandards der Behandlungen werden kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt. Rund zwei Drittel aller Kassenleistungen unterliegen einer zusätzlichen Qualitätssicherung (QS). Die KV Berlin ist somit Garant für die hervorragende ärztliche und therapeutische ambulante Versorgung, zumal Berlin über ein dichtes, hochspezialisiertes ambulantes Versorgungsnetz wie kaum eine andere Region verfügt.

Der Qualitätsbericht der KV 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 wiederum Rückschlüsse auf die medizinische Kompetenz der Ärzteschaft und auf die Behandlungsqualität ermöglichen.

Mit Stand vom 31. Dezember 2017 waren insgesamt 9.822 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten (PPT) in Berlin tätig. Den mit einer Gesamtanzahl von 2.889 hausärztlich tätigen Ärzten / PPT (davon 7 Ermächtigte) stehen insgesamt 6.933 fachärztlich tätige Ärzte / PPT (davon 146 Ermächtigte) gegenüber. Die vier Fachgebiete der Hausärzte werden in der Größenordnung von den Allgemeinmedizinerinnen (1.387) angeführt, gefolgt von den Internisten (981). Von den 60 Fachgebieten der Fachärzte (einschließlich Schwerpunkte / Teilgebiete, Zusatzbezeichnungen) machen die Psychologischen Psychotherapeuten (1.772) den größten Anteil aus, gefolgt von den Gynäkologinnen (642).

System der ambulanten Qualitätssicherung und -förderung

Rechtsnormen

Der Bereich der Qualitätssicherung und -förderung wird im Wesentlichen durch das **SGB V** geregelt. Zentrale Paragrafen hierzu sind:

- § 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 75 Sicherstellung/Gewährleistung – insbesondere QS-Richtlinien nach Abs. 7
- § 92 Richtlinien des G-BA
- § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den G-BA (QS-Vereinbarungen KBV/GKV-SV) – insbesondere QS-Maßnahmen nach Abs. 2
- § 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement
- § 135b Förderung der Qualität durch die KVen (Qualitätsziele / Qualitätsprüfung)
- § 136 Richtlinien und Beschlüsse zur QS durch den G-BA
- § 136a Umsetzung der QS und Qualitätsdarstellung/QM-Richtlinie
- § 137a Qualitätsinstitut
- § 137b Aufträge des G-BA an das Qualitätsinstitut
- § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten.

Als Normgeber im Gesundheitswesen erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sektorspezifische und künftig zunehmend sektorenübergreifende QS-Richtlinien zur Ausgestaltung der medizinischen Versorgung.

Qualifikation/Zugangsvoraussetzung

Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung ist eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt bzw. eine abgeschlossene Ausbildung zum Psychotherapeuten (Facharztstatus bzw. Fachkundenachweis) gemäß Weiterbildungsordnungen der Berufskammern. Die Dauer der Aus- und Weiterbildung liegt für Fachärzte in der Regel zwischen 12 bis 14 Jahren. Darüber hinaus unterliegen Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowohl durch ihre Berufsordnungen als auch durch das SGB V der Pflicht zu einer kontinuierlichen, kompetenzsichernden Fortbildung. Alle fünf Jahre müssen sie gegenüber ihrer KV mindestens 250 Fortbildungspunkte nachweisen. Anders als im stationären Sektor schreibt das Gesetz bei Nichterfüllung der Fortbildungspflicht Sanktionen in Form von Honorarkürzungen bis hin zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung vor. Etwa die Hälfte der abrechenbaren Leistungen unterliegt spezifischen Qualitätsanforderungen, die gegenüber der KV nachgewiesen werden müssen (Akkreditierung/Genehmigungsvorbehalt).

Verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung

Weite Teile der ambulanten Versorgung unterliegen einer verpflichtenden Qualitätssicherung. Im Fokus stehen dabei eine effektive, effiziente und sichere Patientenbehandlung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) setzen die Vorgaben zur QS entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag um. Dabei nutzen sie ein breites Spektrum unterschiedlicher Instrumente, die zielgerichtet ausgewählt und kombiniert werden.

Grundlagen der meisten QS-Maßnahmen im vertragsärztlichen Bereich sind bundesweit einheitliche QS-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Geschlossen werden sie von den Partnern des Bundesmantelvertrags von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Fester Bestandteil solcher Vereinbarungen ist die Festlegung von Anforderungen an die Versorgungsqualität, insbesondere zur Strukturqualität (zum Beispiel Nachweis besonderer Qualifikationsvoraussetzungen, Gerätequalität, Praxisausstattung), aber auch zu prozess- und ergebnisbezogenen Kriterien. Die Einhaltung der Vorgaben wird regelhaft und systematisch durch die KVen überprüft. Sanktionen sind im Regelwerk definiert und reichen von Wiederholungsprüfungen, Auflagen zur Mängelbeseitigung, Nichtvergütung der Leistungen bzw. Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen bis hin zum Widerruf der Abrechnungsgenehmigung. QS-Regelungen bestehen aktuell für über 50 Leistungsbereiche (z. B. zytologische Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung, spezialisierte Versorgung von Patienten mit HIV/Aids, Hörgeräteversorgung oder Versorgung chronisch Schmerzkranker). Hinzu kommen die Krankheitsbilder der Disease-Management-Programme (DMP).

Kompetenzzentren des KV-Systems wie das CoC „Hygiene und Medizinprodukte“ unterstützen die Niedergelassenen bei der Umsetzung der Qualitätsanforderungen. Zusätzlich gibt es Vorgaben zur Qualitätssicherung durch Richtlinien des G-BA (z.B. QM-RL, Qualitätsbeurteilungs-RL zu verschiedenen Verfahren der bildgebenden Diagnostik, Qualitätsprüfungs-RL vertragsärztliche Versorgung, QS-RL zu Dialyse-Behandlungen). Neben der etablierten sektorspezifischen Qualitätssicherung legen komplexe Versorgungspfade und die Vernetzung der Versorgungsstrukturen eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Betrachtung nahe. Der Gesetzgeber hat den G-BA verpflichtet, dazu entsprechende Regelungen (sektorenübergreifende QS-Richtlinien) zu erlassen.

Qualitätsmanagement/QEP®

Alle Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind verpflichtet, einrichtungsintern Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Die QM-Kommissionen der KVen prüfen den Umsetzungsstand durch Stichproben, deren Ergebnisse an den G-BA berichtet werden.

Zur Förderung der ambulanten Versorgungsqualität gemäß § 135b SGB V haben die KBV und die KVen ein spezifisch auf die ambulante Versorgung zugeschnittenes QM-Verfahren entwickelt: „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®“. Ungefähr ein Drittel aller Praxen und MVZ nutzt QEP als Grundlage für ihr internes QM. KBV und KVen stellen dazu zahlreiche Unterstützungsangebote zur Verfügung:

Einführungsseminare und Schulungen, QEP-Qualitätsziel-Katalog, QEP-Manual, Broschüre „PraxisWissen QM“ oder Online-Tools „Mein PraxisCheck“ (Themen bislang: Informationssicherheit, Hygienemanagement, Impfen, Qualitätsmanagement).

Für die Durchführung von Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit stehen validierte Fragebögen zur Verfügung. Künftig wird eine elektronisch gestützte Durchführung und Auswertung möglich sein.

Disease Management Programme

DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen nach § 137f SGB V, die somit höhere Kosten verursachen. Die Versorgung verläuft nach standardisierten Vorgaben, alle Schritte der Behandlung werden auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien aufeinander abgestimmt. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist die Mitarbeit der Patienten. Dazu legen Ärzte und Patienten gemeinsam Therapieziele fest und stimmen den Behandlungsverlauf ab. Die Qualitätssicherung basiert auf einer standardisierten Dokumentation und Datenerhebung zum Behandlungsverlauf. Über Feedbackberichte erhalten die Ärzte Informationen über die Versorgung der eigenen Patienten, auch im Vergleich zu anderen Praxen der jeweiligen KV-Region. Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme werden vom G-BA beschlossen und regional in Verträgen zwischen Krankenkassen und KVen umgesetzt.

Für die KV Berlin bestehen Behandlungsprogramme für die Indikationen Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) inklusive Modul Herzinsuffizienz. Für Ärzte und Patienten ist die Teilnahme an DMP freiwillig.

Qualitätszirkel

Vertragsärztliche Qualitätszirkel gelten seit über 20 Jahren als eine anerkannte, auf ärztlicher Eigeninitiative beruhende Methode der Qualitätssicherung und Fortbildung. In Qualitätszirkeln schließen sich Ärzte und Psychotherapeuten zusammen, um die eigene Behandlungspraxis kritisch zu analysieren und die Patiententherapie zu verbessern. Mit der stringenten Organisation, dem strukturierten Ansatz und den klaren Zielvorgaben gehen Qualitätszirkel weit über Gesprächsrunden oder "Ärztestammtische" hinaus. Sie sind somit ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung.

Qualitätszirkel werden eigenverantwortlich von Ärzten und Psychotherapeuten konzipiert, organisiert und umgesetzt. Die KV Berlin prüft das Thema, den organisatorischen Rahmen und die formalen Vorgaben. Die Liste der Qualitätszirkel ist in den vergangenen Jahren stetig länger geworden; monatlich kommen zahlreiche neue hinzu. Von der KV Berlin werden bis zu 120 Zirkel pro Jahr finanziell unterstützt. Zudem werden bis zu 45 Moderatorenausbildungen pro Jahr übernommen.

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 bedeutet. Einige interessiert das Behandlungsergebnis, andere die gute Ausstattung der Praxis oder die fachliche Qualifikation des Arztes. Allgemein setzt sich die medizinische Qualität aus den folgenden drei Komponenten zusammen:

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 (KVen, KBV, G-BA).

Die Rechtsgrundlagen bestimmen beispielsweise, welche fachliche Qualifikation und Erfahrung ein Arzt sowie gegebenenfalls 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 (Gerätenachweise) 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 QS-Maßnahmen.

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 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 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 4 „Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse“ mit den jeweiligen Prüfergebnissen genauer vorgestellt.

Strukturqualität
Bei Genehmigungserteilung:
Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
Eingangsprüfungen
Prüfung apparativer und räumlicher Vorgaben
Prüfung organisatorischer Voraussetzungen
Prüfung vorgegebener Frequenzen
Nachweis von Fortbildungen
Rezertifizierungen
Prozessqualität
Zum Genehmigungserhalt:
Einzelfallprüfungen durch Stichproben
Dokumentationsprüfungen
Präparateprüfungen
Hygieneprüfungen
Qualitätsmanagement
Ergebnisqualität
Benchmarkberichte
Rückmeldesysteme
Jahresstatistiken

2. Qualitätssicherungskommissionen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in ärztlicher Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen KVen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert.

In 2017 wurden von der Vertreterversammlung der KV Berlin **23 Kommissionen** zur Qualitätssicherung neu gewählt. Teilweise erfolgten Nachwahlen. Deren Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder überprüfen die fachliche Qualifikation derjenigen Ärzte und Psychotherapeuten, die bei der KV die Abrechnung von so genannten qualitätsgesicherten Leistungen beantragt haben. Möchte ein Kassenarzt oder Kassenpsychotherapeut gesetzlich Versicherten medizinische Leistungen anbieten, die fachliche, räumliche, apparative und/oder technische Voraussetzungen erfordern, prüft – teilweise nur bei Bedarf – die jeweils zuständige Kommission ehrenamtlich, ob er die Anforderungen erfüllt. Diese werden von den Kommissionen auf unterschiedliche Art und Weise kontrolliert – z. B. durch den regelmäßigen Nachweis einer Mindestzahl von Untersuchungen bzw. Behandlungen zu einer qualitätsgesicherten Leistung.

Im Wesentlichen sind die Kommissionen für die Qualitätsprüfungen zuständig, wie die Durchführung von Praxisbegehungen, Hygienekontrollen oder stichprobenartige Prüfungen der Untersuchungsergebnisse, die nach erfolgter Genehmigungserteilung gesetzlich verankert sind.

Eine Übersicht zu den in der KV Berlin eingerichteten Kommissionen zur Qualitätssicherung mit deren namentlich benannten Mitgliedern ist zu finden unter www.kvberlin.de > Über uns > Wer wir sind > Gremien > Kommissionen zur Qualitätssicherung.

Qualitätssicherungskommissionen der KV Berlin – Zusammensetzung (Stand 31.12.2017)

Bereich	Mitglieder
Aids/HIV	8 (davon 4 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Akupunktur	10 (davon 3 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Ambulante Neuropsychologie	4 (davon 1 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Ambulantes Operieren und Arthroskopie	17 (davon 5 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	9 (davon 4 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Dialyse	6 (davon 2 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV 1 ärztlicher Vertreter des MDK
Histopathologie Hautkrebs-Screening	5 ärztliche Mitglieder der KV
Hörgeräteversorgung	5 (davon 2 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Kardiologie	8 (davon 2 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Kernspintomographie	20 (davon 13 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Koloskopie	7 (davon 2 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Krankenhäuser	4 (davon 1 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Labor	8 (davon 4 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Onkologie	15 (davon 5 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV 1 ärztlicher Vertreter des MDK
Photodynamische Therapie Phototherapeutische Keratektomie Intravitreale (operative) Medikamenteneingabe	7 (davon 3 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Qualitätsmanagement	7 (davon 2 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV

Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle	8 (davon 4 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Radiologie	49 (davon 38 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Rheumatologie	5 ärztliche Mitglieder der KV 1 sachverständiger Vertreter der KK
Schmerztherapie	17 (davon 6 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Sonographie	53 (davon 40 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV
Substitution	6 ärztliche Mitglieder der KV 3 sachverständige Vertreter der KK 1 ärztlicher Vertreter des MDK
Zytologie	7 (davon 2 stellv.) ärztliche Mitglieder der KV 1 ärztlicher Vertreter des MDK

3. Qualitätssicherungsbereiche

In der KV Berlin gab es in 2017 insgesamt **99 Qualitätssicherungsbereiche**. Davon sind in 58 Bereichen die Qualitätsanforderungen durch bundeseinheitliche Normen und in 17 Bereichen durch EBM-Regelungen definiert. In 24 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 1.425 Genehmigungen im Rahmen der Ultraschalldiagnostik bedingt sind. Die in der Spalte „Anzahl erteilte Genehmigungen“ in Klammern gesetzten Anzahlen (neu: XX) definieren die erstmalig erteilten Genehmigungen.

Qualitätssicherungsbereiche (Stand: 31.12.2017)	Anzahl Ärzte/PPT mit Genehmigungen	Anzahl erteilte Genehmigungen	Anzahl Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen
Bundeseinheitliche Vereinbarungen					
Akupunktur	597	70 (neu: 31)	0	0	69
Ambulantes Operieren/Anästhesien	2.489	338 (neu: 124)	0	0	263
Apheresen	36	22 (neu: 3)	0	0	3
Arthroskopie	235	48 (neu: 8)	0	0	19
Balneophototherapie	25	4	0	0	0
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	123	36	0	0	2
Computertomographie	282	125 (neu: 42)	1	0	38
DMP Asthma bronchiale	1.598	170 (neu: 143)	0	0	107
DMP COPD	1.557	180 (neu: 155)	0	0	114
DMP Diabetes mellitus Typ 1	274	32 (neu: 27)	0	0	15
DMP Diabetes mellitus Typ 2	2.042	222 (neu: 188)	0	0	152

Qualitätssicherungsbereiche (Stand: 31.12.2017)	Anzahl Ärzte/PPT mit Genehmigungen	Anzahl erteilte Genehmigungen	Anzahl Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rückgaben/ Beendigungen von Genehmigungen
DMP KHK	1.927	221 (neu: 185)	0	0	253
Spezialisierte geriatrische Diagnostik	17	5	0	0	0
Hautkrebs-Screening	1.650	199	0	0	175
Herzschrittmacherkontrolle	107	14 (neu: 7)	0	0	11
Histopathologie Hautkrebs-Screening	25	5	0	0	5
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen	64	16	0	0	11
Hörgeräteversorgung	231	25 (neu: 9)	0	0	5
Hörgeräteversorgung Kinder	13	4 (neu: 1)	0	0	0
Holmium-Laser-Eingriffe	0	0	0	0	0
Interventionelle Radiologie	10	3 (neu: 2)	0	0	1
Intravitreale Medikamenteneingabe	85	25 (neu: 21)	0	0	13
Invasive Kardiologie	24	2	0	0	2
Kapselendoskopie – Dünndarm	24	0	0	0	1
Koloskopie	89	13	0	0	11
Laboratoriumsuntersuchungen	779	135 (neu: 25)	11	0	167
Langzeit-EKG	933	147 (neu: 99)	0	0	90
Magnetresonanz-Angiographie	158	73 (neu: 31)	0	0	20
Magnetresonanz- / Kernspintomographie	214	113 (neu: 41)	0	0	29
Magnetresonanz- / Kernspintomographie der Mamma	9	6 (neu: 0)	0	0	0
Mammographie (kurativ)	107	82 (neu: 10)	6	1	3
Mammographie-Screening	46	21 (neu: 10)	0	1	3
Molekulargenetik	36	2	0	0	6
Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)	252	39	2	0	9
Neuropsychologische Therapie	6	1	0	0	1
Nuklearmedizin	66	55 (neu: 6)	0	0	6

Qualitätssicherungsbereiche (Stand: 31.12.2017)	Anzahl Ärzte/PPT mit Genehmigungen	Anzahl erteilte Genehmigungen	Anzahl Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rückgaben/ Beendigungen von Genehmigungen
Onkologie	268	51 (neu: 32)	1	0	29
Osteodensitometrie	52	10 (neu: 8)	4	0	6
Otoakustische Emissionen	240	37 (neu: 27)	0	0	21
Palliativmedizinische Versorgung	43	43	0	0	0
PET und PET/CT	16 11	4 1	0 0	0 0	0 0
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	15	0	0	0	1
Phototherapeutische Keratektomie	6	0	0	0	0
Psychotherapie (mit mind. einem Richtlinienverfahren)	2.815	459 (neu: 361)	3	0	351
Psychotherapie (psychosomat. Grundversorgung)	4.615	545 (neu: 401)	0	0	238
Psychotherapie (übende und suggestive Techniken)	1.930	70 (neu: 64)	1	0	99
Röntgendiagnostik (konventionell)	756	144 (neu: 58)	5	0	37
Schlafbezogene Atmungsstörungen	167	26 (neu: 19)	1	0	20
Schmerztherapie	67	20 (neu: 8)	2	0	13
Sozialpsychiatrie	52	37 (neu: 34)	0	0	1
Soziotherapie	179	8 (neu: 7)	0	0	8
Stoßwellenlithotripsie	13	0	0	0	1
Strahlentherapie	64	11 (neu: 2)	0	0	4
Substitutionsbehandlung	161	84 (neu: 21)	0	10	1
Ultraschalldiagnostik	3.140	1.404 (neu: 367)	64	0	262
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	225	21	1	0	7
Vakuumbiopsie der Brust	12	11 (neu: 2)	0	0	1
Zervix-Zytologie	48	9	2	0	4
EBM-Regelungen					
Audiometrie	606	91 (neu: 63)	0	0	49
Diabetischer Fuß	425	33 (neu: 28)	0	0	8

Qualitätssicherungsbereiche (Stand: 31.12.2017)	Anzahl Ärzte/PPT mit Genehmigungen	Anzahl erteilte Genehmigungen	Anzahl Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rückgaben/ Beendigungen von Genehmigungen
Empfängnisregelung	968	2 (neu: 1)	0	0	0
Entwicklungsneurologische Untersuchung/Sprachentwicklung	70	0	0	0	4
Funktionsstörung der Hand	117	15	0	3	17
Krebsfrüherkennung bei der Frau	702	2	0	0	0
Künstliche Befruchtung (Beratung des Ehepaars)	251	40 (neu: 31)	0	0	14
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination ohne Stimulation)	132	20 (neu: 15)	0	0	7
Künstliche Befruchtung (hormonelle Insemination mit Stimulation)	43	10	0	0	5
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI)	38	9	0	0	4
Neurophysiologische Übungsbehandlung	999	3	0	0	6
Nichtärztliche Praxisassistenten (Praxen – hausärztliche Versorgung)	156	174 (neu: 45)	1	0	18
Nichtärztliche Praxisassistenten (Kapitel 38)	44	67 (neu: 16)	0	0	3
Pathologische Leistungen (Kapitel 19.4)	13	7	0	0	0
Pflegeheimversorgung (Kapitel 37) Kooperationsverträge	416	1.409 (Vertrags- einträge)	0	0	0
Physikalische Therapie	1.840	2	0	0	12
Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	128	20 (neu: 14)	0	0	6
Regionale Vereinbarungen					
Diabetes – Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen (DAK)	211	87	0	0	4
Früherkennungsuntersuchung Augenscreening bei Klein-/Kindern (IKK BB u. B)	84	3 (neu: 2)	0	0	7
Früherkennungsuntersuchung Augenscreening bei Kleinkindern (Knappschaft)	65	2 (neu: 1)	0	0	6
Früherkennungsuntersuchungen Kinder- u. Jugendmed. „Starke Kids“ (BKK LV Mitte)	281	46 (neu: 41)	1	0	27
Früherkennungsuntersuchungen Kinder- u. Jugendmed. (Knappschaft)	278	268 (neu: 5)	0	0	5
Früherkennungsuntersuchungen Kinder- u. Jugendmed. (TK)	350	40 (neu: 29)	0	0	17
Gestationsdiabetes	120	17 (neu: 16)	0	0	0
„Hallo Baby“ – Die ambulante Vorsorgeinitiative in Berlin	204	22 (neu: 18)	0	0	24

Qualitätssicherungsbereiche (Stand: 31.12.2017)	Anzahl Ärzte/PPT mit Genehmigungen	Anzahl erteilte Genehmigungen	Anzahl Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rückgaben/ Beendigungen von Genehmigungen
Hausarztverträge (BKK-VAG Ost)	438	19	0	0	36
Hausarztverträge (Knappschaft)	57	4 (neu: 2)	0	0	4
Hautkrebsvorsorge-Verfahren (Barmer GEK)	198	31	0	0	35
Hautkrebsvorsorge-Verfahren (BIG direkt gesund)	194	32	0	0	34
Hautkrebsvorsorge-Verfahren (IKK BB u. B)	184	33	0	0	36
Hautkrebsvorsorge-Verfahren (Knappschaft)	191	31	0	0	36
Hautkrebsvorsorge-Verfahren (TK)	199	31	0	0	35
Hepatitis-C-Virus-Infektionen (AOK Nordost)	62	12 (neu: 8)	0	8	1
Homöopathie	132	34 (neu: 5)	0	0	13
Katheter-Vereinbarung	163	31 (neu: 20)	5	0	18
Onkologie „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom	118	21 (neu: 15)	0	0	10
Pflegeheimversorgung – Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus	37	3	0	0	0
Rheumatologie (AOK Nordost)	113	15 (neu: 12)	0	16	14
SAPV	102	28 (neu: 12)	0	0	8
SAPV (Postbeamtenkrankenkasse)	91	16 (neu: 10)	0	0	6
Tonsillotomie (Novitas BKK)	16	2	1	0	1
Gesamt	41.861	8.180 (neu: 5.114)	112	39	3.238



4. 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 KV Berlin erforderlich. Hierfür müssen die Vertragsärzte/-psychotherapeuten einen Antrag auf Abrechnungsgenehmigung bei der KV Berlin stellen und anhand von Zeugnissen, Fortbildungs- und Weiterbildungsbescheinigungen oder Bestätigungen nachweisen, dass die in der jeweiligen Vereinbarung oder Richtlinie festgelegte fachliche Befähigung sowie die organisatorischen, räumlichen, apparativ-technischen sowie hygienischen Voraussetzungen erfüllt werden.

Ist der Antrag bei der KV Berlin eingegangen, erfolgt die Überprüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen des Antragstellers. Kann der Antragsteller die Nachweise für die je nach Art der medizinischen Leistungen unterschiedlichen Voraussetzungen 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.

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, die Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte mit einer Initialprüfung sowie die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung.

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 drei Monaten an die zuständige KV gerichtet werden. Hat ein Arzt dreimal nicht erfolgreich an der Beurteilung teilgenommen, entscheidet die KV über die Voraussetzungen zur erneuten Teilnahme.

Berliner Ergebnisse zum Leistungsbereich „Kurative Mammographie“

Im **Berichtsjahr 2017** wurden **10 Ärzte** hinsichtlich der Beurteilung von Mammographieaufnahmen (Fallsammlungen) im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß Abschnitt C der Mammographie-Vereinbarung überprüft. Davon haben sechs Ärzte die Mammographieaufnahmen bereits bei der Erstprüfung zutreffend beurteilt. Für **drei Ärzte** erfolgte eine Wiederholungsprüfung, bei der zwei Ärzte von ihrem Fachkönnen überzeugen konnten und demzufolge ebenfalls eine Abrechnungsgenehmigung für die kurative Mammographie erhalten haben.

Mit Stand vom Dezember 2017 ist eine aktualisierte Neuauflage der **Broschüre Bildqualität in der Mammographie - Hinweise zur regelgerechten Erstellung von Aufnahmen** vom Herausgeber, der KBV erschienen. Mit dieser Broschüre werden die Ärzte und ihre Praxismitarbeiter darin unterstützt, die Qualität von Mammographien auf hohem Niveau zu halten und Mängel bei der Erstellung von Mammographie-Aufnahmen zu vermeiden. Grundlage sind bundesweite statistische Analysen der KBV zu Überprüfungen der Bildqualität aus den Jahren 2013 und 2014, in die über 63.000 Mammographie-Aufnahmen eingingen.

Nach dem Erfolg der ersten Broschüre, die 2011 erschien und auf einer früheren Analyse beruhte, hat die KBV eine aktualisierte Ausgabe vorgelegt. Dieser ist u. a. zu entnehmen, welche Mängel in den Überprüfungen der Bildqualität von Mammographie-Aufnahmen festgestellt wurden. Zudem werden Empfehlungen ausgesprochen, wie sich solche Mängel vermeiden lassen. Die Broschüre finden Sie über folgenden Link: www.kvberlin.de > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > QS-Leistungen im Überblick > Mammographie (kurative) > KBV-PraxisWissenSpezial.

Initialprüfung „Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte“

Bereits seit 2013 müssen alle Neuantragsteller gemäß *Anlage V der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V* an einer Initialprüfung teilnehmen. Hierfür werden die ersten zwölf abgerechneten Sonographien der Säuglingshüfte nach Erteilung der Genehmigung überprüft.

Ärzte, die erfolgreich an der Initialprüfung teilgenommen haben, werden innerhalb von zwei Jahren einer Stichprobenprüfung unterzogen. Werden die Anforderungen an die sachgerechte Dokumentation erfüllt, findet daran anschließend alle fünf Jahre eine Stichprobenprüfung statt. Ärzte, deren Dokumentationen jedoch insgesamt mittelgradige Mängel aufweisen, werden innerhalb von zwölf Monaten erneut überprüft. Bei insgesamt schwereren Mängeln in der ärztlichen Dokumentation wird die Abrechnungsgenehmigung von Sonographien der Säuglingshüfte 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.

Berliner Ergebnisse zum Leistungsbereich „Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte“

Im **Berichtsjahr 2017** haben **17 Ärzte** an einer Initialprüfung teilgenommen. Insgesamt 11 Ärzte (65 Prozent) konnten diese Prüfung erfolgreich bestehen und werden damit erst wieder nach zwei Jahren geprüft. Bei sechs Ärzten gab es Beanstandungen in den Patientendokumentationen, mit der Konsequenz, dass drei Ärzte innerhalb von zwölf Monaten an einer erneuten Überprüfung teilnehmen und bei den anderen drei Ärzten die Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Sonographie der Säuglingshüfte ausgesetzt wurden, bis diese innerhalb eines Jahres die erfolgreiche Teilnahme an einem Fortbildungskurs zur Sonographie der Säuglingshüfte gemäß Anhang 1 gegenüber der KV Berlin nachweisen können, anderenfalls droht der Widerruf der Genehmigung.

Hilfreiche Informationen zur Sonographie der Säuglingshüfte sind insbesondere dem KBV-Leitfaden „Sonografie der Säuglingshüfte – aber richtig“ vom Mai 2014 zu entnehmen:

www.kbv.de > Mediathek > Alle Publikationen > Broschüren aus der Reihe PraxisWissen > Sonographie der Säuglingshüfte.

Eingangsprüfung „Zervix-Zytologie“

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

Die Prüfung ist bestanden, wenn aufgrund der Auswertung des Befundbogens durch die Qualitätssicherungskommission keine falsch-negativen 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 drei Monate nach der vorausgegangenen Prüfung möglich.

Berliner Ergebnisse zum Leistungsbereich „Zervix-Zytologie“

Im **Berichtsjahr 2017** haben **drei Präparateprüfungen** stattgefunden, woraus sich eine weitere neue Abrechnungsgenehmigung für die zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri ergeben hat. Die anderen beiden Ärzte haben die Möglichkeit, sich nach mindestens drei Monaten einer erneuten Präparateprüfung zu unterziehen.

Einzelfallprüfung durch Stichproben-/ Dokumentationsprüfung

Die KVen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Diese Qualitätsprüfungen richten sich nach § 135 Abs. 2 SGB V bzw. § 135b (ehemals § 136) Abs. 2 SGB V der entsp. rechenenden Vereinbarung. Gemäß den jeweiligen Regelungen werden Unterlagen für eine Überprüfung zufällig ausgewählt. Das heißt, von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, wird stichprobenartig eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen (5 bis 12) ausgewählt, die der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung der Qualität vorgelegt werden.

Stichproben werden mit Hilfe statistischer Anwendungen immer dort gezogen, wo es aufgrund des Umfangs nicht möglich oder auch nicht notwendig ist, die Grundgesamtheit zu untersuchen. Um die einzelnen Elemente einer Stichprobe zu erhalten, stehen verschiedene Auswahlverfahren zur Verfügung. Hierbei ist im Einzelfall zwischen der noch notwendigen Präzision der Ergebnisse und dem in diesem Zusammenhang zu leistenden Aufwand zur Durchführung der Stichprobenprüfung abzuwägen. Dieser Abwägung ist bei der Ergebnisbewertung Rechnung zu tragen. Gleichmaßen wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung des Einzelfalls müssen die Bestehenskriterien der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

Berliner Ergebnisse der Überprüfungen

Entsprechende Stichprobenprüfungen bzw. Dokumentationsprüfungen erfolgten im **Berichtsjahr 2017** in folgenden 13 Leistungsbereichen: Ambulantes Operieren, Arthroskopie, Computertomographie, Herzschrittmacher-Kontrolle, HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen, intravitreale Medikamenteneingabe (IVM), Langzeit-EKG, Magnetresonanz-Angiographien (MRA), Onkologie, Rheumatologie, konventionelle Röntgendiagnostik, Substitution, Ultraschall allgemein (ohne Säuglingshüfte).

Durch die KV Berlin und die zuständigen Qualitätssicherungskommissionen wurden die Patientendokumentationen von **413 Ärzten** auf Mängel überprüft. Insgesamt haben im Rahmen der Erstprüfungen sowie der in die Zählung einbezogenen Wiederholungsprüfungen **ca. 78 Prozent** der geprüften Ärzte **sehr gute bis gute Ergebnisse** hinsichtlich der Qualität der erstellten Patientendokumentationen erzielt bzw. die Anforderungen an eine vollständige und sachgerechte Dokumentation wurden erfüllt. Im Rahmen des vierstufigen Prüfschemas „keine / geringe / erhebliche / schwerwiegende Beanstandungen“ wurden bei der Feststellung von Beanstandungen schriftliche Empfehlungen bzw. Verpflichtungen zur Beseitigung von Mängeln erteilt, Ärzte zu Beratungsgesprächen aufgefordert, Honorarrückforderungen für die mangelbehaftete Leistungserbringung sowie Durchführung von erneuten Qualitätsprüfungen veranlasst.

Zusammenfassung der Berliner Ergebnisse:

Leistungsbereich	Anzahl geprüfter Ärzte	keine u. geringe Beanstandungen bzw. bestanden	erhebliche u. schwerwiegende Beanstandungen bzw. nicht bestanden
Ambulantes Operieren	44	44	--
Arthroskopie	20	19	1
Computertomographie	6	4	2
Herzschrittmacher-Kontrolle	5	3	2
HIV-Infektionen/Aids-Erkrank.	6	6	--
IVM (Intravitreale Med.-Eingabe)	8	7	1
Langzeit-EKG	35	27	8
MRA (Magnetresonanz-Angiogr.)	35	17	18
Onkologie	22	13	9
Rheumatologie	7	2	5
Konventionelle Röntgendiagnostik	28	18	10
Substitution	24	22	2
Ultraschall allgemein	173	138	35
Gesamt	413	320	93

Dokumentationsprüfung am Beispiel Ultraschall (ohne Säuglingshüfte)

Aufgrund der hohen Relevanz der Ultraschalldiagnostik bildet die Ultraschall-Vereinbarung (US-V) einen wesentlichen Bestandteil der vertragsärztlichen Qualitätssicherung. Die Auswertungen der Stichprobenprüfungen über einige Jahre (2011-2014) haben bundesweit jedoch gezeigt, dass die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation gemäß der US-V bis zu einem Drittel nicht erfüllt wurden, weshalb die Partner des Bundesmantelvertrags Mitte 2016 beschließen haben, die Dokumentationsprüfungen und deren Bewertungskriterien spezifischer zu gestalten und den Handlungsspielraum der KVen bei der Qualitätsförderung zu erweitern. So wurde insbesondere die jährliche Prüfquote von bisher 3 Prozent auf mindestens 6 Prozent erhöht, wobei für die zusätzlichen 3 Prozent Vorgaben für schwerpunktmäßige Überprüfungen getroffen werden. Seit Inkrafttreten der Fassung vom 1. Oktober 2016 bezieht sich die erste Schwerpunktprüfung für mindestens drei Jahre auf neu genehmigte Ärzte. Zudem wurden die Bewertungskriterien für die Dokumentationsprüfungen erweitert, um eine differenzierte Darstellung der Prüfergebnisse sowie der Anwendung von Maßnahmen zu erreichen. Unverändert werden jeweils fünf Patientendokumentationen in die Überprüfung gemäß §§ 10 und 11 der US-V einbezogen. Auf der Grundlage der Einzelbewertungen für die 5 Dokumentationen wird eine Gesamtbewertung gebildet und in vier Stufen eingeteilt: keine Beanstandung (Gesamtstufe 1), geringe Beanstandung (Gesamtstufe 2), erhebliche Beanstandung (Gesamtstufe 3), schwerwiegende Beanstandung (Gesamtstufe 4).

Berliner Ergebnis für den Leistungsbereich „Ultraschall“

Die KV Berlin hat auch im Berichtsjahr 2017 im Leistungsbereich Ultraschall zufriedenstellende Prüfergebnisse erzielt. Es wurden 153 zufallsgesteuerte Stichprobenprüfungen (entspricht Anzahl Ärzte) durchgeführt, davon erstmalig schwerpunktmäßig 41 neue Genehmigungsinhaber, bei denen es sich um das erste abgerechnete Quartal handelte. Zudem wurden 20 Wiederholungsprüfungen durchgeführt, infolge von erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen im Gesamtergebnis (Stufen 3 und 4) im Rahmen der Erstprüfungen.

Insgesamt konnten 80 Prozent der überprüften Ärzte mit sehr guten und guten Patientendokumentationen überzeugen. Die 138 erfüllten Anforderungen in der Gesamtbeurteilung setzen sich zusammen aus 59 mal Gesamtstufe 1 und 79 mal Gesamtstufe 2.

Denen stehen 35 Überprüfungen (20 Prozent der geprüften Ärzte) mit nicht ausreichend bzw. nicht erfüllten Anforderungen im Gesamtergebnis gegenüber, resultierend aus 20-mal Gesamtstufe 3 und 15-mal Gesamtstufe 4. Gleichwohl ist hervorzuheben, dass insgesamt 531 von 865 geprüften Patientendokumentationen in der Einzelbewertung der Stufe 1 zugeordnet werden konnten (19 bzw. 20 von 20 möglichen Punkten) und somit 61 Prozent der Bild- und Befunddokumentationen nicht beanstandet wurden.

Die häufigsten Mängel zeigten sich wiederholt im Prüfkriterium „Qualität der Dokumentation“, das mit 9 von 20 möglichen Punkten bei der Bewertung der einzelnen Patientendokumentation nicht unerheblich ist. Hierbei sind insbesondere die Ultraschallbilder zu hell (überstahl) oder zu dunkel bzw. kontrastarm, häufig zurückzuführen auf eine ungenügende Geräteeinstellung. Dieser Fehler bestätigte sich oftmals im Rahmen eines Beratungsgesprächs, als mögliche Maßnahme bei nicht vollständig erfüllter Anforderung, der vor Ort des Leistungserbringers durchaus korrigiert werden konnte.

Insgesamt werden dem Beratungsgespräch und der Praxisbegehung, die bei einem Prüfergebnis mit der Gesamtstufe 3 oder 4 ebenfalls die Möglichkeit zur Optimierung der Geräteeinstellung oder Korrektur einer offensichtlich fehlerhaften Schallkopfführung/-haltung bietet, eine hohe Akzeptanz mit erfolgreicher Mängelbeseitigung beigemessen.

Mängel in der Bilddokumentation können grundsätzlich vermieden werden, wenn entsprechend dem Untersuchungszweck bzw. bei jeder Untersuchung eine Optimierung der Standardeinstellung des Ultraschallgerätes (Gesamtverstärkung, Tiefenausgleich, Kontrastregelung etc.) vorgenommen wird. In der Basis-Einstellung sollte das Bild eine mittlere Gesamthelligkeit aufweisen – mit gleicher Helligkeit in der Oberfläche und in der Tiefe. Über die Empfangsdynamik lässt sich der Kontrast (viele verschiedene Graustufen im Bild mit vielen Detailinformationen) regulieren.

Auch eine Verbesserung der Signalqualität/Fokussierung beim Empfang des Echos kann sicherlich zu einer besseren Bildqualität führen. In einer nicht unerheblichen Anzahl von Fällen geht die zuständige Ultraschall-Kommission des Weiteren davon aus, dass die Qualität am Monitor während der Aufnahme durchaus ausreichend war, die Einstellung des Druckers bzw. digitalen Datenspeichers jedoch nicht dem Ultraschallsystem bzw. dem Monitor angepasst wurde und daher das Printerbild bzw. die digitale Aufnahme nur eingeschränkt ausgewertet werden kann.

Wir möchten auf die Ultraschall-Broschüre für die Erstellung einwandfreier Bilddokumentationen aufmerksam machen, die ab Seite 17 nützliche „Tipps und Hinweise zur Darstellungsqualität in der sonographischen Diagnostik“ enthält:

www.kvberlin.de > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > QS-Leistungen im Überblick > Ultraschalldiagnostik allgemein > Broschüre: Dokumentationsprüfungen nach der neuen Ultraschallvereinbarung.

Regelmäßige Dokumentationsprüfungen

Bei den Leistungsbereichen Koloskopie, kurative Mammographie, Sonographie der Säuglingshüfte, substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Vakuumbiopsie der Brust sowie bei der Zervix-Zytologie werden regelmäßige Leistungsüberprüfungen aller zur Durchführung und Abrechnung berechtigten Ärzte durchgeführt. Diese Überprüfungen sind in der besonderen Schwierigkeit sowie in dem hohen Aufwand der vg. 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.

Leistungsbereich „Koloskopie“

Alle Ärzte, die zur Durchführung und Abrechnung von Koloskopien berechtigt sind, werden regelmäßig – abhängig vom geforderten Prüfzeitraum – von der KV Berlin aufgefordert, zu 25 Patienten die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen der durchgeführten und abgerechneten Koloskopien (20 Patienten) und Polypektomien (5 Patienten) einzureichen.

Die Dokumentationen werden von der Abteilung Qualitätssicherung in Zusammenarbeit mit der zuständigen Kommission dahingehend überprüft, ob es sich hierbei tatsächlich um totale Koloskopien (Sichtbarkeit des Wurmfortsatzes beim Blinddarm) und vollständige Polypektomien (Fotodokumentation mit Histologie) handelt und ob diese Mängel aufweisen. Die Qualitätsanforderungen an die bildlichen und schriftlichen Dokumentationen gelten als erfüllt, wenn höchstens zwei der 20 eingereichten Patientendokumentationen zur Koloskopie und keine der fünf Patientendokumentationen zur Polypektomie Mängel aufweisen.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Koloskopie“

*Im Berichtsjahr 2017 wurden von 15 Ärzten die nach dem Zufallsprinzip ausgewählten 25 Patientendokumentationen durch die KV Berlin und die Koloskopie-Kommission auf Mängel überprüft. Diese 15 Ärzte konnten somit zu **100 Prozent** sofort eine hohe Behandlungsqualität mit ihren vorgelegten Patientendokumentationen nachweisen, sodass für diese eine Verlängerung des Prüfindervalls auf zwei Jahre erfolgte. Anderenfalls hat ein Arzt bei festgestellten Mängeln die Möglichkeit, sein Können bei einer Wiederholungsprüfung nach Ablauf von zwölf Monaten unter Beweis zu stellen.*

Leistungsbereich „Kurative Mammographie“

Alle Ärzte, die eine Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung der kurativen Mammographie haben, müssen alle zwei Jahre an einer Überprüfung ihrer schriftlichen und bildlichen Dokumentation zu zehn 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 2017 wurden von 37 Ärzten die Dokumentationen von abgerechneten kurativen Mammographien zu zehn Patienten überprüft, davon 34 Erstprüfungen und drei Wiederholungsprüfungen. Bereits bei der Erstprüfung konnten 27 Ärzte die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation der durchgeführten kurativen Mammographien nachweisen, sieben Ärzte haben bei einer Wiederholungsprüfung dazu die Möglichkeit. Im Rahmen der Wiederholungsprüfungen, die hier innerhalb von drei Monaten erfolgten, haben zwei Ärzte die Dokumentationsprüfung erfüllt, ein Prüfergebnis hatte hingegen den Widerruf der Genehmigung zur Folge. Dennoch überzeugten **78 Prozent** der überprüften Ärzte durch eine gute diagnostische Qualität ihrer Mammographieaufnahmen sowie ihre gut nachvollziehbaren und vollständigen Patientendokumentationen.*

Leistungsbereich „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“

Gemäß der *Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung* zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger hat der Arzt bei allen Substitutionsbehandlungen mit Ablauf von jeweils fünf 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.

Darüber hinaus findet eine 2-Jahres-Überprüfung der patientenbezogenen Dokumentationen in Einrichtungen statt, die eine Substitution mit Diamorphin durchführen.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“

Im **Berichtsjahr 2017** wurde von 47 Ärzten die Qualität ihrer Patientendokumentationen zu insgesamt 133 Behandlungsfällen gemäß § 9 Abs. 5 auf Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit überprüft, von denen 36 Ärzte Patientendokumentationen (98 Behandlungsfälle) ohne Beanstandungen vorweisen konnten. Somit haben **rund 77 Prozent** der berechtigten Ärzte die hohen Qualitätsanforderungen der Substitutionsbehandlung bei ihren Patienten in vollem Maße erfüllt. Die übrigen geprüften Ärzte haben entsprechende Hinweise erhalten.

Der einzige mit Diamorphin substituierende Arzt hat im Rahmen der 2-Jahres-Überprüfung 14 Behandlungsfälle vorgelegt, die allesamt für eine weitere Behandlung befürwortet wurden.

Leistungsbereich „Sonographie der Säuglingshüfte“

Ärzte, die eine Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte in der vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben, sind zur Aufrechterhaltung ihrer fachlichen Befähigung verpflichtet, indem sie nach der erfolgreich absolvierten Initialprüfung an weiteren Überprüfungen der ärztlichen Bild- und Schriftdokumentationen, zunächst nach zwei Jahren und daran anschließend alle fünf Jahre teilnehmen.

Hierfür muss der Arzt für zwölf nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Patienten (Fälle) 48 Bilddokumentationen und zwölf schriftliche Dokumentationen mit konkreten Anforderungen gemäß Anlage V der US-V 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 bis zum ersten vollendeten Lebensjahr mit ihren diagnostischen Informationen sowie die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Befundung und Indikationsstellung für mögliche Folgemaßnahmen.

Die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation gelten als erfüllt, wenn höchstens zwei Patientendokumentationen geringe Mängel (Stufe II) und keiner Dokumentation schwerwiegende Mängel (Stufe III) zugeordnet wurden. In diesem Fall erfolgt im Anschluss an die Initialprüfung die nächste Dokumentationsprüfung innerhalb von zwei Jahren und anschließend in fünf Jahren. Werden die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation nicht erfüllt, muss der Arzt innerhalb von zwölf Monaten an einer Wiederholungsprüfung teilnehmen. Werden bei der Dokumentationsprüfung 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 Anlage V der Vereinbarung nachweist, darf er die Leistung unmittelbar nach diesem Nachweis wieder abrechnen.

Berliner Ergebnisse zum Leistungsbereich „Sonographie der Säuglingshüfte“

Im **Berichtsjahr 2017** wurden zusätzlich zu den 17 Initialprüfungen von 35 Ärzten die Bild- und Schrift-dokumentationen von Hüftgelenksuntersuchungen von zwölf Säuglingen angefordert. Diese 35 Dokumentationsprüfungen unterteilen sich in 19 reguläre Überprüfungen innerhalb von zwei Jahren, 11 reguläre Überprüfungen innerhalb von fünf Jahren und fünf Wiederholungsprüfungen.

Insgesamt haben 30 Genehmigungsinhaber und somit **86 Prozent** der überprüften Ärzte die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation erfüllt. Ein Wiederholer hat die Möglichkeit, seine regelgerechte Dokumentation der Säuglingshüfte im Rahmen einer erneuten Wiederholungsprüfung innerhalb von einem Jahr nachzuweisen. Im Rahmen von eingehenden Beratungen erhalten die Ärzte mit gleichbleibendem Erfolg Hinweise zur Behebung von technischen Mängeln, wie eine optimalere Linienführung zur Winkel-messung oder eine korrigierte Bildeinstellung zur Darstellung anatomischer Strukturen.

Leistungsbereich „Vakuumbiopsie der Brust“

Alle Ärzte, die eine Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung der Vakuumbiopsie der Brust haben, müssen alle zwei Jahre an einer Überprüfung ihrer schriftlichen und bildlichen Dokumentation zu zehn Patienten teilnehmen. Die erste Überprüfung findet innerhalb von zwölf Monaten nach Erhalt der Abrechnungsgenehmigung statt. Die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation gelten als erfüllt, wenn alle zehn Dokumentationen vollständig und mindestens neun Dokumentationen nachvollziehbar sind. Werden die Anforderungen nicht erfüllt, muss der Arzt innerhalb von sechs 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 2017** wurden die ärztlichen Dokumentationen von sieben der insgesamt zwölf abrechnenden Ärzte mit dem Ergebnis überprüft, dass diese Ärzte – somit **100 Prozent** - die hohen Qualitätsstandards erfüllt haben.

Leistungsbereich „Zervix-Zytologie“

Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie erfolgt alle zwei Jahre eine Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation zu jeweils zwölf per Zufall ausgewählten Fällen. Die Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation bezieht sich auf die Beurteilung der Qualität des Zellmaterials gemäß Münchner Nomenklatur III (ab dem Berichtsjahr 2015), 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 zwölf Monaten an einer erneuten Überprüfung teilnehmen. Werden die Anforderungen auch dann nicht erfüllt, hat der Arzt die Möglichkeit, innerhalb von drei 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 2017** wurden 18 Ärzte hinsichtlich der Präparatequalität, ihrer zutreffenden und vollständigen Beurteilung der Präparate sowie auf ihre vollständige Dokumentation überprüft. Von denen konnten 13 Ärzte ihr fachliches Können nachweisen; somit überzeugten **72 Prozent**. Fünf Ärzte haben nicht bestanden und erhalten eine Wiederholungsprüfung.

Zusammenfassung der Berliner Ergebnisse:

Leistungsbereich	Anzahl geprüfter Ärzte	keine u. geringe Beanstandungen bzw. bestanden	erhebliche u. schwerwiegende Beanstandungen bzw. nicht bestanden
Koloskopie	15	15	--
Mammographie (kurativ)	37	29	8
US Säuglingshüfte	35	30	5
Substitution	47	36	11
Vakuumbiopsie der Brust	7	7	--
Zervix-Zytologie	18	13	5
Gesamt	159	130	29

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.

Berliner Ergebnisse für die Kolloquien

Im **Berichtsjahr 2017** wurden 67 Kolloquien, davon 57 erfolgreich (**85 Prozent**), im Rahmen der Genehmigungserteilung für folgende Leistungsbereiche durchgeführt:

➤ Laboratoriumsuntersuchungen:	18 - davon 16 bestanden
➤ Osteodensitometrie:	3 - davon 3 bestanden
➤ Röntgendiagnostik (konventionell):	14 - davon 10 bestanden
➤ Schmerztherapie:	1 - davon 1 bestanden
➤ Ultraschalldiagnostik (allgemein):	31 - davon 27 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.

Kolloquien im Rahmen des Genehmigungserhalts

Des Weiteren kann die Durchführung eines Kolloquiums zunächst in Form einer Beratung auch dazu dienen, die zum Beispiel in einer Stichprobenprüfung beanstandeten Dokumentationen mit dem betroffenen Arzt zu erörtern und gegebenenfalls Hinweise für eine Verbesserung der Leistungserbringung zu geben. Im Bereich Schmerztherapie kann der Vertragsarzt im Kolloquium beispielsweise darlegen, warum eine schmerztherapeutische Behandlung seiner Patienten länger als zwei Jahre erforderlich ist.

Berliner Ergebnisse für die Kolloquien

Im **Berichtsjahr 2017** wurden im Rahmen von Stichproben- / Dokumentationsprüfungen lediglich drei Kolloquien notwendig, eins im Leistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik und zwei im Bereich Ultraschall (allgemein), von denen ein Kolloquium im Ultraschallbereich erfolgreich verlief.

Rezertifizierung

Bei Ärzten, die Mammographien (Röntgenuntersuchungen) der weiblichen Brust durchführen, beinhaltet die Mammographie-Vereinbarung mit Stand vom 1. Oktober 2016 zusätzlich eine kontrollierte Selbstüberprüfung (Rezertifizierung) im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D. Alle zwei Jahre müssen sich mammographierende Ärzte einer solchen Überprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird.

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

Die bundesweiten Ergebnisse werden von der KBV regelmäßig zusammengefasst. Ärzte, deren Ergebnisse zu den bundesweit schlechtesten fünf Prozent (2,5 Prozent Sensitivität und 2,5 Prozent Spezifität) gehören, müssen eine Wiederholungsprüfung absolvieren.

Sollten diese Ärzte dabei wieder zu den schlechtesten fünf Prozent gehören, müssen sie ihre Qualifikationen im Rahmen eines Kolloquiums nachweisen. Ansonsten dürfen die Ärzte diese Leistung nicht mehr für Kassenpatienten erbringen.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Kurative Mammographie“

Im **Berichtsjahr 2017** haben 36 Ärzte an der Fallsammlungsprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung gemäß Abschnitt D teilgenommen, von denen alle, also **100 Prozent**, ihr fachliches Können hinsichtlich der Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen der weiblichen Brust erfolgreich nachweisen konnten.

Rückmeldesysteme

Durch die Bereitstellung von Feedbackberichten kann ein Arzt seine eigene Behandlungsqualität mit derjenigen von anderen Praxen vergleichen. Dies geschieht in anonymisierter Form. Dazu werden die von den Ärzten erstellten Dokumentationen ausgewertet und an den Arzt zu rückgemeldet. Dieses Rückmeldesystem hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung in der Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme. Für alle DMP hat die KBV den KVen hierzu leicht zu handhabende Softwaretools zur Erstellung dieser Berichte zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus erhalten koloskopierende Ärzte jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen aus Früherkennungsuntersuchungen durch das von den KVen und der KBV getragene Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

Rückmeldesysteme am Beispiel DMP

Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen nach § 137f SGB V. Die Versorgung verläuft nach standardisierten Vorgaben, alle Schritte der Behandlung werden auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien aufeinander abgestimmt. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist die Mitarbeit der Patienten. Dazu legen Ärzte und Patienten gemeinsam Therapieziele fest und stimmen den Behandlungsverlauf ab. Die Qualitätssicherung basiert auf einer standardisierten Dokumentation und Datenerhebung zum Behandlungsverlauf. Über Feedbackberichte erhalten die Ärzte Informationen über die Versorgung der eigenen Patienten, auch im Vergleich zu anderen Praxen der jeweiligen KV-Region. Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme werden vom G-BA beschlossen und regional in Verträgen zwischen Krankenkassen und KVen umgesetzt. Für Ärzte und Patienten ist die Teilnahme an DMP freiwillig.

DMP sollen die Lebensqualität von chronisch kranken Patienten verbessern, indem die Symptome und der Krankheitsverlauf der Krankheit hinausgezögert oder eingedämmt werden. In Berlin gibt es DMP zu folgenden Krankheiten:

- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- 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 2017** wurden insgesamt **12.743 DMP-Berichte** verschickt. Das sind 162 mehr als im Vorjahr (2016: 12.581).

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 2017 in Berlin verschickten Feedbackberichte

Indikation	1. Halbjahr 2017	2. Halbjahr 2017	Gesamt
Asthma bronchiale	1.299	1.308	2.607
COPD	1.311	1.328	2.639
Diabetes mellitus Typ 1	182	191	373
Diabetes mellitus Typ 2	1.801	1.805	3.606
KHK	1.761	1.757	3.518
Gesamt	6.354	6.389	12.743

Rückmeldesysteme am Beispiel Dialyse

Gemäß der QS-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. Die Dialyseberichte erstellt ein externer Dienstleister zentral. Sowie die Ergebnisse des Zentralen Datenanalysten der KV Berlin zur Verfügung gestellt wurden, teilt diese der jeweiligen Dialyse-Einrichtung schriftlich mit, ob es zu einer Überschreitung der in der Qualitätssicherungs-Richtlinie definierten Grenzwerte kam.

Bei Vorliegen einer Grenzwertüberschreitung wird gegebenenfalls die Dialyse-Einrichtung aufgefordert, die 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 nachgegangen wird.

Berliner Ergebnisse für den Leistungsbereich „Dialyse“

Im **Berichtsjahr 2017** verfügten in Berlin 32 Dialyse-Einrichtungen mit 123 Fachärzten über eine Genehmigung, chronisch niereninsuffiziente Patienten kontinuierlich mit einem Dialyseverfahren ambulant zu behandeln. Es wurden zwei Dialyseeinrichtungen im Rahmen der Stichprobenprüfung nach § 8 Abs. 1 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse in 2017 überprüft. Bei beiden überprüften Dialyseeinrichtungen waren die vereinzelt Grenzwertüberschreitungen durch besondere Umstände des Einzelfalls begründet, sodass es keine Notwendigkeit gab, Maßnahmen gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse zu ergreifen. Insgesamt entsprachen die bei 2.702 Patienten durchgeführten Dialyse-Behandlungen (Hämodialyse und Peritonealdialyse) alle, somit zu **100 Prozent**, den geforderten fachlichen Qualitätsstandards sowie dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

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 folgende Leistungen festgelegt: Histopathologie beim Hautkrebs-Screening, HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen, Interventionelle Radiologie, Invasive Kardiologie, Koloskopie, Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie der Mamma, Onkologie und Vakuumbiopsie der Brust.

Die KV Berlin prüft regelmäßig die Erfüllung der vorgeschriebenen Mindestzahlen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, muss dem Arzt eine unzureichende ärztliche Routine unterstellt werden. Bei wiederholter Nichterfüllung dieser Auflage wird seine Abrechnungsgenehmigung widerrufen und die Untersuchung darf nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden.

Leistungsbereich „Histopathologie beim Hautkrebs-Screening“

Gemäß der zum 1. Oktober 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 zwölf 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 zwölf Monaten nicht geführt werden, wird dem Arzt die Genehmigung widerrufen.

Leistungsbereich „HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen“

Gemäß der zum 1. Juli 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.

Leistungsbereich „Interventionelle Radiologie“

Alle Ärzte, die berechtigt sind, Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 der QS-Vereinbarung zur interventionellen Radiologie zu erbringen, müssen gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 100 diagnostische Katheterangiographien (Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen) durchgeführt haben. Alle Ärzte, die berechtigt sind, Leistungen gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung zu erbringen, müssen gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 100 diagnostische Katheterangiographien oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe, durchgeführt haben.

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. 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.

Leistungsbereich „Koloskopie“

Gemäß der QS-Vereinbarung Koloskopie müssen alle Ärzte, die zur Durchführung von Koloskopien berechtigt sind, gegenüber der KV Berlin jährlich nachweisen, dass sie mindestens 200 totale Koloskopien und zehn Polypektomien innerhalb von zwölf Monaten selbstständig durchgeführt haben. Hierzu fordert die KV Berlin die schriftlichen und bildlichen (Foto- oder Video-)Dokumentationen von 20 abgerechneten Koloskopien sowie zusätzlich von fünf erforderlichen abgerechneten Polypektomien an. In enger Zusammenarbeit mit der zuständigen QS-Kommission werden die eingereichten Dokumentationen überprüft, ob diese Mängel aufweisen.

Leistungsbereich „Magnetresonanztomographie der Mamma“

Gemäß der 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.

Leistungsbereich „Onkologie“

Gemäß der bundeseinheitlichen 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 zwölf Monate betreut haben. Ärzte anderer Fachgruppen müssen die Betreuung von 80 Patienten pro Quartal während des o.g. Zeitraums nachweisen. Ergänzend hierzu wurden gemäß § 3 Abs. 7 Satz 1 der Onkologie-Vereinbarung durch die Partner der Gesamtverträge in Berlin modifizierte Patientenzahlen für die Fachgruppen der Gynäkologen, der Urologen, der Lungenfachärzte, der Hautärzte sowie der Chirurgen in der Vereinbarung über die Teilnahmevoraussetzungen und die Vergütung für die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten in Berlin festgeschrieben. Eine detaillierte Übersicht ist im Datenteil des Qualitätsberichts enthalten.

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 zwölf 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 zwölf Monaten erneut nicht geführt werden, wird dem Arzt die Abrechnungsgenehmigung widerrufen.

Zusammenfassung der Berliner Ergebnisse:

Leistungsbereich	Anzahl geprüfter Ärzte	
	erfüllt	nicht erfüllt
Histopathologie Hautkrebs-Screening	22	1
HIV-Infektionen / Aids-Erkrank.	55	
Interventionelle Radiologie	8	
Invasive Kardiologie	22	
Koloskopien (mit Polypektomien)	15	
MRM	10	1
Onkologie	256	
Vakuumbiopsie der Brust	11	
Gesamt	399	2

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 unan gemeldet zweimal im Jahr durch ein von der KV beauftragte s anerkanntes Hygieneinstitut.

Die Überprüfung umfasst die hygienisch-mikrobiologische Kontrolle von einem Koloskop je Praxis mittels Durchspülung von Endoskopkanälen (zum Beispiel Instrumentierkanal und LW-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 fehlen dem 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 zehn koloniebildenden Einheiten pro Milliliter in der Probe der Durchspüllösung und der Lösung des Optikspül-systems.

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

Berliner Ergebnisse der Hygieneprüfungen

Im **Berichtsjahr 2017** veranlasste die KV Berlin 117 halbjährliche Überprüfungen in 59 Praxen, in denen Koloskopien durchgeführt und abgerechnet werden. Alle Praxen (**100 Prozent**) konnten die Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität nachweisen.

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 KV 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. Januar 2004 für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden (auch ermächtigten und angestellten) 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 fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte für die Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen, Kongressen, Seminaren etc. erwerben. Dafür erhalten die Leistungserbringer ein Fortbildungszertifikat von den jeweils zuständigen Berufskammern (Landesärztekammern und Psychotherapeutenkammern).

Der Erhalt eines solchen Fortbildungszertifikats muss alle fünf Jahre gegenüber der zuständigen KV durch die Vertragsärzte und -psychotherapeuten nachgewiesen werden. Wird dieser Nachweis nicht oder unvollständig erbracht, folgen Sanktionen, die über Kürzungen des Honorars bis zum Antrag auf Entziehung der Zulassung reichen. Nach Ablauf der Fünfjahresfrist besteht die Möglichkeit, den Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungspflicht innerhalb von zwei Jahren nachzureichen. Das gilt sowohl für Psychologische Psychotherapeuten als auch für ermächtigte oder angestellte Ärzte.

Seit 1. Juli 2013 werden „überzählige“ Fortbildungspunkte im Rahmen der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V nicht mehr auf die nachfolgenden Fortbildungs- bzw. Zertifikatszeiträume angerechnet. Laufende Zertifikatszeiträume bleiben von der neuen Regelung unberührt. Die bisher gängige Praxis, dass eine vorfristige Zertifikatsausstellung möglich ist, sobald 250 Fortbildungspunkte erreicht sind, wird beibehalten.

Das SGB V verpflichtet die KBV, das Verfahren des Fortbildungsnachweises und der Honorarkürzung zu regeln. Vor dem Hintergrund der mehr als zehnjährigen Umsetzungspraxis der gesetzlichen Regelungen hat die KBV im letzten Jahr ihre Regelung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten überarbeitet. Die Neufassung ist am 1. Oktober 2016 in Kraft getreten.

Berliner Ergebnisse zur allgemeinen Fortbildung gemäß § 95d SGB V

Im **Berichtsjahr 2017** waren insgesamt 676 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zum Nachweis ihrer Fortbildung gemäß § 95d SGB V verpflichtet. 653 Ärzte und Psychotherapeuten, das sind rund **97 Prozent**, haben den Nachweis gegenüber der KV **fristgerecht und vollständig** erbracht.

Pflicht zur themenspezifischen Fortbildung

Darüber hinaus schreiben viele der bundeseinheitlichen und regionalen Verträge oder Vereinbarungen – zum Beispiel für die Leistungsbereiche Akupunktur, HIV/Aids, 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.

Berliner Ergebnisse zur themenspezifischen Fortbildung

Die Einhaltung der themenspezifischen Fortbildungspflicht wird von der Abteilung Qualitätssicherung überprüft. Im **Berichtsjahr 2017** wurden in den betreffenden Leistungsbereichen (neben den beispielhaft aufgeführten Bereichen auch Hörgeräteversorgung und besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung) die Unterlagen entsprechend vorgelegt.

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 behandelte 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“

Für das **Berichtsjahr 2017** ist festzustellen, dass mit Stand vom 1. April 2018 bereits 531 Ärzte mit einer Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung von Leistungen der Akupunktur die Nachweispflicht über die Erfüllung ihrer themenspezifischen Fortbildung durch die Teilnahme an Fallkonferenzen oder Qualitätszirkeln erbracht haben.

Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind 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 KV unterstützt ihre Mitglieder hierbei durch Moderatorenausbildungen, Tutoren, Räume sowie durch eine finanzielle Entschädigung für die Moderatoren.

Berliner Ergebnisse für die Qualitätszirkel

Im Jahr 2017 haben im KV-Bereich Berlin **84** anerkannte und geförderte Qualitätszirkel mit 846 Teilnehmern gearbeitet. Dabei handelte es sich um 37 fachärztliche, 16 hausärztliche, 30 psychotherapeutische und einem sonstigen Qualitätszirkel.

74 Moderatoren/Tutoren waren aktive Gestalter der Qualitätszirkelarbeit. Themen der Zirkelarbeit waren insbesondere die Akupunktur und Schmerztherapie, DMP, Frühe Hilfen, Hepatitis C, Homöopathie sowie Zytologie.

Qualitätsmanagement

Gemäß § 135a Abs. 2 SGB V sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, MVZ und Psychologische Psychotherapeuten verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Näheres regelt die sektorenübergreifende Qualitätsmanagementrichtlinie. Für Praxen, MVZ und Krankenhäuser gelten einheitliche Anforderungen an das einrichtungsinterne QM. Gemäß § 4 der vg. Richtlinie sind folgende Methoden und Instrumente maßgeblich:

- **Messen und Bewerten von Qualitätszielen**
Tipp: Entwickeln von Qualitätszielen gemeinsam im Team. Bspw. Verbesserung der Impfquote, Terminalsystems, Ausbau des Notfallmanagements.
- **Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung**
Tipp: Ein Selbstbewertungsbogen ist zu finden unter www.kbv.de > Service > Qualitätsmanagement > Häufig nachgefragt > Selbstbewertungsbogen oder den Online-Selbsttest „Mein Praxis-Check – Qualitätsmanagement“ nutzen unter www.kbv.de > Service > Praxisführung > Mein Praxis-Check.
- **Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten**
Tipp: Erstellen von Organigramm mit Verantwortlichkeiten, Verantwortlichkeitsplan, Aufgabenmatrix. Hierbei ist zu überprüfen, ob eine Benennung eines Beauftragten notwendig ist (Infektionsschutz, Hygiene, Datenschutz, Arbeitsschutz, Strahlenschutz, Medizinprodukte).
- **Prozess- und Ablaufbeschreibungen**
Tipp: Prozess- und Ablaufbeschreibungen bspw. in Form von Flussdiagrammen, Tabellen oder schriftlichen Verfahrensanweisungen zu allen sicherheitsrelevanten Behandlungsabläufen und praxisorganisatorischen Prozessen.
- **Schnittstellenmanagement**
Tipp: Erstellung von Checklisten zur Ein- bzw. Überweisung eines Patienten, Adresslisten von Praxen, Krankenhäusern, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen. Die Schweigepflichtentbindung ist ebenfalls zu berücksichtigen.
- **Checklisten**
Tipp: Bspw. Checklisten für Überweisungen und Einweisungen ins Krankenhaus erstellen, Erkennen von Notfällen, Notfallausstattung, Arzttasche für Hausbesuche, Kühlschrank, Bestellwesen, Packliste Sterilgut, Arbeits- und Gesundheitsschutz.
- **Sicherheits-Checklisten für Operative Eingriffe**
Tipp: Vor jedem operativen Eingriff wird überprüft: richtiger Patient, Eingriffsart, Eingriffsort, weitere Risiken (zum Beispiel Antibiotikaphylaxe), Funktionsfähigkeit und Vollständigkeit des Equipments.
- **Teambesprechungen**
Tipp: Regelmäßiger Besprechungsintervall, Tagesordnung sammeln/festlegen, Protokoll, Aufgaben und Ergebnisse ableiten und zeitlich definieren, Kenntnisnahme regeln.
- **Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen**
Tipp: Festlegung der Schulungsmaßnahmen anhand der Verantwortlichkeiten, Berücksichtigung von gesetzlich verpflichteten Unterweisungen. Die KV Berlin und die Ärztekammer Berlin bieten für ihre Mitglieder und deren Praxispersonal Fortbildungsprogramme unter www.kvberlin.de > Für die Praxis > Service > Seminarprogramm oder www.aerztekammer-berlin.de > Ärzte > Fortbildung an.
- **Patientenbefragungen**
Tipp: Kostenfreie validierte Fragebögen zur regelmäßigen Patientenbefragung (inklusive Auswertungstool) sind zu finden unter www.kvberlin.de > Für die Praxis > Qualität > Qualitätsmanagement.

- **Mitarbeiterbefragungen**
Tipp: Je nach Größe der Praxis sollten regelmäßig Mitarbeiterbefragungen bzw. Mitarbeiterfeedbackgespräche mündlich oder schriftlich durchgeführt werden.
- **Beschwerdemanagement**
Tipp: Den Patienten sollte die Möglichkeit gegeben werden, Beschwerden bzw. Verbesserungsvorschläge mitzuteilen (mündlich, schriftlich, telefonisch, per E-Mail).
- **Patienteninformation und -aufklärung**
Tipp: Die Patienten erhalten schriftliche und/oder mündliche Informationen bspw. zu Erkrankungen, Verhaltensweisen, präventiven Angeboten, Schulungen oder Selbsthilfegruppen. Anschließende Dokumentation aller Informations- und Aufklärungsmaßnahmen in der Patientenakte.
- **Risikomanagement**
Tipp: Regelmäßige Überprüfung von Ursachen, Häufigkeiten und Auswirkungen bspw. von Praxisausstattung, täglicher Abläufe, potenzieller Gefahrenquellen. Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen. Hierfür den Online-Selbsttest „Mein PraxisCheck - Patientensicherheit“ nutzen www.kbv.de > Service > Praxisführung > Mein PraxisCheck oder die KBV-Serviceseiten „Hygiene und Medizinprodukte“ unter www.kbv.de > Service > Praxisführung > Hygiene, „Barrierefreiheit“ unter www.kbv.de > Service > Praxisführung > Barrierefreiheit und / oder „Datensicherheit“ unter www.kbv.de > Service > Praxisführung > Datenschutz.
- **Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme**
Tipp: Wenn etwas schiefgelaufen ist, sollte offen und zeitnah miteinander geredet werden, um gemeinsam festlegen zu können, wie eine Wiederholung vermieden werden kann. Alle Mitarbeiter sollten die Möglichkeit haben, ggf. auch anonym und geschützt zu berichten. Wenn es erforderlich ist, werden Fehler und evtl. Konsequenzen mit dem betroffenen Patienten besprochen.

Darüber hinaus regelt der § 4 der Richtlinie folgende **Anwendungsbereiche** des QM:

- **Notfallmanagement**
Tipp: Erstellen von Checklisten mit fach- und praxisspezifischen Kriterien zur Identifikation von Notfallpatienten, regelmäßige Schulungen über das Vorgehen bei Notfällen, Erstellen eines Notfallplans (Verantwortlichkeiten, Abläufe zur Versorgung von Notfallpatienten, Notfallnummern, Standort der Notfallsausstattung). Einarbeitung von neuen Mitarbeitern hinsichtlich der Notfalldefinition/-ausstattung.
- **Hygienemanagement**
Tipp: Schriftlicher Hygieneplan mit Inhalten zu: Reinigung/Desinfektion der Praxisräumlichkeiten/-ausstattung, Händehygiene, Hautschutz, sachgerechter Aufbereitung von Medizinprodukten, Schutzkleidung, Umgang mit multiresistenten Erregern. Musterhygienepläne oder Leitfäden sind zu finden unter www.hygiene-medizinprodukte.de. Mein PraxisCheck – Hygiene“ nutzen unter www.kbv.de > Service > Praxisführung > Mein PraxisCheck.
- **Arzneimitteltherapiesicherheit**
Tipp: Mit jeder Neuverordnung einer länger anhaltenden Medikation: Aushändigen von Informationen zur Einnahme/Anwendung. Patienten, die mindestens drei verordnete Medikamente über vier Wochen einnehmen, erhalten einen Medikationsplan. Anschließende Dokumentation in Patientenakte. Wiederholungsrezepte werden im Vier-Augen-Prinzip überprüft. Ein Medikationsplan ist zu finden unter www.kbv.de > Service > Verordnungen > Arzneimittel > Therapiesicherheit.
- **Schmerzmanagement**
Tipp: Bei Patienten mit akuten, subakuten, chronischen Schmerzen erfolgt eine strukturierte Anamnese und ggf. interdisziplinäre Diagnostik hinsichtlich des Schmerzes, der Begleitsymptome. Patienten erhalten einen individuellen Behandlungsplan.
- **Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen**
Tipp: Überprüfungen der Praxisräume auf Stolperfallen, Ermitteln des Sturzrisikos bei multimorbiden Patienten bzw. bei Patienten, die Medikamente einnehmen, welche mit einem erhöhten Sturzrisiko verbunden sind.

Ergebnisse der Stichprobenziehung 2017

Die KV Berlin ist gemäß der sektorenübergreifenden QM-Richtlinie verpflichtet, alle zwei Jahre den Einführungs- und Entwicklungsstand von QM mittels eines Fragebogens zu erheben und an den G-BA zu berichten. Zuletzt erfolgte die Erhebung der QM-Stichprobe im Jahr 2017 mit folgenden Ergebnissen:

Ergebnisse der Stichprobenziehung 2017						
geprüfte Ärzte/Psychologische Psychotherapeuten:					180	2,5 %
Rücklaufquote:*					179	99,4%
Methoden und Instrumente	vollständig umgesetzt	größtenteils umgesetzt	kaum umgesetzt	noch nicht umgesetzt	keine Angabe	nicht anwendbar
Qualitätsziele	83	86	6	1	3	0
Selbstbewertung	72	73	27	3	4	0
Verantwortlichkeiten	101	31	6	0	1	40
Prozessbeschreibungen	102	69	5	0	3	0
Schnittstellenmanagement	127	46	5	0	1	0
Checklisten	79	62	24	9	5	0
OP-Sicherheits-Checklisten	10	2	0	1	4	162
Teambesprechungen	100	33	5	0	1	40
Fortbildung und Schulung	87	45	5	1	1	40
Patientenbefragungen	52	52	40	25	4	6
Mitarbeiterbefragungen	70	45	15	6	2	41
Beschwerdemanagement	112	56	9	0	2	0
Patienteninformation	144	29	1	0	3	2
Risikomanagement	104	63	8	2	2	0
Fehlermanagement	131	44	1	0	3	0
Anwendungsbereiche						
Notfallmanagement	142	30	2	1	4	0
Hygienemanagement	117	47	6	0	8	1
Arzneimitteltherapiesicherheit	113	24	0	0	8	34
Schmerzmanagement	64	48	13	4	7	43
Sturzvorbeugung	105	51	4	0	7	12

Qualitätsmanagement-Fortbildungen

Auch im **Berichtsjahr 2017** unterstützte die KV Berlin ihre Mitglieder und deren Praxispersonal bei der Einführung eines einrichtungsinternen QM durch das Angebot von insgesamt **37 QM-Fortbildungen**, die von **539 Interessenten** besucht worden sind. Das waren im Einzelnen folgende Seminare:

- 2 „Workshop: Arbeitsschutz in der Praxis“ mit 33 Teilnehmern
- 1 „Ausbildung: Qualitätsmanagementbeauftragter (Arztpraxis)“ mit 19 Teilnehmern
- 1 „Datenschutz in der Praxis für Fortgeschrittene“ mit 9 Teilnehmern
- 2 „Workshop: Datenschutz in der Praxis“ mit 32 Teilnehmern
- 1 „Datenschutztag“ mit 14 Teilnehmern
- 1 „Patientensicherheit: Fehler- und Risikomanagement für die Praxis“ mit 7 Teilnehmern
- 3 „Fit am Empfang: Der erste Eindruck zählt“ mit 55 Teilnehmern
- 3 „Grundlagenseminar: Hygiene in der Praxis“ mit 55 Teilnehmern
- 3 „Hygienemanagement für Praxen“ mit 46 Teilnehmern
- 1 „Konfliktmanagement und Stressbewältigung“ mit 11 Teilnehmern
- 1 „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Praxis (24h)“ mit 13 Teilnehmern

- | | |
|--|--------------------|
| ➤ 2 „Aufbereitung von Medizinprodukten“ | mit 22 Teilnehmern |
| ➤ 1 „Neue Mitarbeiter professionell ausbilden und einarbeiten“ | mit 13 Teilnehmern |
| ➤ 1 „Praxisabläufe unter der Lupe“ | mit 11 Teilnehmern |
| ➤ 1 „Aufbaukurs: Praxismanager“ | mit 15 Teilnehmern |
| ➤ 2 „Intensivkurs: Praxismanager“ | mit 35 Teilnehmern |
| ➤ 1 „Praxismanager Up(to)date“ | mit 6 Teilnehmern |
| ➤ 1 „Professioneller Umgang mit Beschwerden“ | mit 8 Teilnehmern |
| ➤ 1 „Personalmanagement und Mitarbeiterführung“ | mit 12 Teilnehmern |
| ➤ 2 „QEP®- Einführungsseminar“ | mit 33 Teilnehmern |
| ➤ 1 „QEP®-Intensivkurs“ | mit 9 Teilnehmern |
| ➤ 1 „Qualitätsmanagement in der Psychotherapiepraxis“ | mit 15 Teilnehmern |
| ➤ 2 „QM-bezogene Qualitätszirkel“ | mit 38 Teilnehmern |
| ➤ 1 „Umgang mit multiresistenten Erregern in der Praxis“ | mit 16 Teilnehmern |
| ➤ 1 „Umgang mit Patienten in schwierigen Situationen – Kommunikationstraining“ | mit 12 Teilnehmern |

Das aktuelle Seminarprogramm finden Sie unter www.kvberlin.de > Für die Praxis > Service > Seminarprogramm.



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 demografischen Gegebenheiten angepasst werden.

Aus diesem Grund hat die KV Berlin auch im Jahr 2017 regionale Verträge über neue Behandlungskonzepte und Therapieangebote geschlossen sowie bestehende Verträge angepasst bzw. gekündigt. Es folgt eine Auswahl der wesentlichen Änderungen:

- *Vertrag nach § 73a SGB V zur qualitätsgesicherten Reduktion des Alkoholkonsums mit der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH), gekündigt zum 31. März 2017*
- *Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie, gekündigt zum 31. August 2017*
- *Verträge nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin mit der Knappschaft (U10/U11/J2), Teilnahmeerklärung für Kinder- und Jugendärzte zum 1. Juli 2017*
- *Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage § 73c SGB V – DAK-Gesundheit, Beitritt der KKH mit Wirkung zum 15. August 2017*
- *Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin, Vertragsanpassungen und neue Leistungen zum 1. Juli 2017*

Weiterführende Informationen zu den genannten Verträgen sind im Internet zu finden unter www.kvberlin.de > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > QS-Leistungen im Überblick.

Die Inhalte der oben aufgelisteten regionalen Versorgungsschwerpunkte des Jahres 2017 werden im weiteren Text näher beschrieben.

Kündigung des Vertrags zur Reduktion des Alkoholkonsums mit der KKH

Die KKH hat den Vertrag zur qualitätsgesicherten Reduktion des Alkoholkonsums zum 31. März 2017 gekündigt, der im Bereich der KV Berlin Anwendung fand. Eine Abrechnung der SNR 90045, 90046, 90047 ist seit dem 1. April 2017 nicht mehr möglich.

Ziel des Vertrages war es, Patienten mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum zu identifizieren, zur Reduktion ihres Alkoholkonsums zu motivieren und im Bedarfsfall durch weiterführende Versorgungsstrukturen eine patientenzentrierte Behandlung zu ermöglichen. Die Teilnahme der Versicherten an der Vereinbarung war zwar freiwillig, aber gering; sie galt nur für Versicherte der KKH.

Kündigung des Onkologie-Fördervertrags für Versicherte der AOK Nordost

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. Dezember 2011 eine *Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie (Fördervertrag Onkologie)* geschlossen. Ziel war die strukturierte Zusammenarbeit verschiedener Akteure in der onkologischen Versorgung. Der dadurch entstandene zeitliche Mehraufwand ist im Rahmen einer Pauschale bei Patienten, die einer Bluttransfusion oder Gabe von Thrombozytenkonzentraten bedürfen, vergütet worden. Der Vertrag wurde zunächst bis zum 30. November 2017 verlängert, jedoch zum 31. August 2017 seitens der AOK Nordost außerordentlich gekündigt.

Der Grund für die vorzeitige Beendigung des Vertrages ist das im Mai 2017 verabschiedete GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG). Durch das AMVSG ist die Vertragsgrundlage für den Vertrag entfallen. Eine Abrechnung der SNR 99605 ist seit dem 1. September 2017 nicht mehr möglich.

Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin

Ab dem 1. Juli 2017 müssen sowohl die Versicherten als auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ihre Teilnahme an den Verträgen erklären. Aufgrund von aufsichtsrechtlichen Vorgaben des Bundesversicherungsamts ergeben sich nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin mit der Knappschaft (U10/U11/J2) zum 1. Juli 2017 diese Änderungen bezüglich der Teilnahme an den o. g. Verträgen.

Die Teilnahme des Arztes an den o. g. Verträgen erfolgte in der Vergangenheit durch konkludentes Handeln, also durch die Abrechnung der Symbolnummern (U10 = 81102; U11 = 81120; J2 = 81121). Ab dem 1. Juli 2017 ist die Abrechnung nur noch möglich, wenn der Arzt seine Teilnahme erklärt und eine Abrechnungsgenehmigung durch die KV Berlin erhalten hat.

Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus – Beitritt der KKH

Mit Wirkung zum 15. August 2017 ist die KKH dem Vertrag gemäß § 73c SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus mit der DAK-Gesundheit beigetreten.

Das Ziel dieses Vertrages besteht darin, durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien zu verhindern oder zumindest deutlich zu verzögern. Damit soll eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange vermieden und gleichzeitig eine Reduktion hinsichtlich der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.

Anpassungen im Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) verbessert werden. Daher haben die Krankenkassenverbände Berlin und die KV Berlin den Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 geschlossen. Ziel ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 in der Region der KV Berlin.

Die KV Berlin hat im DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 sowohl Vergütungsanpassungen als auch neue Leistungen ab 1. Juli 2017 vereinbaren können. Von den Änderungen berührt sind die Vergütungserhöhung aller bisherigen Schulungen, neue Schulungen, Vergütungserhöhung der Betreuungspauschalen und Zuschlag bei Überweisung durch einen koordinierenden Arzt zu den Pauschalen 99131 und 99132, die Abrechnungserweiterung der Pauschale 99141, nähere Beschreibung der Pauschale 99151, die Vergütungserhöhung der Prozessmanagementpauschale (PMP) und der Wegfall der Quotenregelung im Zusammenhang mit der Augenarztpauschale (AAP). Somit gelten seit 1. Juli 2017 neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen.



6. Was ist neu in 2017?

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 2017 neue qualitäts gesicherte Leistungen hinzugekommen sowie bestehende Vereinbarungen überarbeitet worden. Das betrifft insbesondere:

- Vereinbarung über grundsätzliche Anforderungen für telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Anlage 31 BMV-Ä – Herzschrittmacher zum 1. Januar 2017
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Anlage 31a BMV-Ä zum 1. April 2017
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31b BMV-Ä – telemedizinisch gestützte Betreuung von Patienten zum 1. April 2017
- Erstes sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (sQS PCI) seit 2016
- Zweites sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren: Vermeidung Nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (sQS WI) zum 1. Januar 2017
- Neues Testverfahren iFOBT zur Darmkrebs-Früherkennung ab 1. April 2017
- Neue EBM-Leistung gemäß GOP 03355 ab 1. April 2017
- Beitritt der BKK VBU zum Vertrag "Starke Kids" ab 1. April 2017
- Reform der Psychotherapie-Richtlinie ab 1. April 2017 und Anpassungen in der Psychotherapie-Vereinbarung zum 1. Juli 2017
- Übergangsregelungen in der Ultraschall-Vereinbarung für die Aufbereitung von Endosonographie-sonden rückwirkend zum 1. Oktober 2017
- Neufassung der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie zum 1. Oktober 2017
- QS-Vereinbarung PET und PET-CT rückwirkend angepasst
- Anpassungen bei der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger zum 2. Oktober 2017

Weiterführende Informationen zu den genannten Vereinbarungen/Neuerungen sind im Internet zu finden unter www.kvberlin.de > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > QS-Leistungen im Überblick.

Die Inhalte der oben aufgelisteten bundesweiten Versorgungsschwerpunkte des Jahres 2017 werden im weiteren Text näher beschrieben.

Telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung für Herzschrittmacher

Mit Wirkung zum 1. April 2016 hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) die erste telemedizinische Leistung nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 04417 bzw. 13 554 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Insofern konnte die **Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-System)** auch telemedizinisch erfolgen.

Die nunmehr von der KBV und dem GKV-Spitzenverband als neue Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) geschlossene und mit Wirkung zum 1. Januar 2017 in Kraft getretene Vereinbarung für telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung regelt die grundsätzlichen Anforderungen an die Durchführung telemedizinischer Leistungen. Als erster Anwendungsbereich sind die Anforderungen an die oben genannte telemedizinische Funktionsanalyse geregelt.

Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung endete die Übergangsfrist, wonach die GOP 04417 bzw. 13554 auch ohne Nachweis entsprechender Anforderungen abgerechnet werden konnten.

Nunmehr sind die Erfüllung der Vorgaben in der Vereinbarung zu den technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators und /oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie nachzuweisen.

Zum 1. Oktober 2017 wurden die Leistungen für die konventionelle und telemedizinische Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen nach den Aggregattypen (Herzschrittmacher, implantierte Kardioverter/Defibrillatoren und implantierte Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie) unterteilt und als eigenständige GOP abgebildet:

GOP 13571, 13573, 13575 bzw. 04411, 04413, 04415 (konventionelle Funktionsanalyse) sowie **GOP 13574 und 13576 bzw. 04414 und 04416** (telemedizinische Funktionsanalyse).

Die bisherigen GOP 13552 und 13554 bzw. 04417 und 04418 wurden mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 gestrichen.

Die Durchführung und Abrechnung der vg. Leistungen setzt – neben der Erfüllung der Vorgaben aus der Vereinbarung über telemedizinische Leistungen – eine Genehmigung der KV Berlin nach der Vereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

In diesem Zusammenhang hatte der Bewertungsausschuss beschlossen, dass bis zur Einführung der neuen QS-Vereinbarung „Rhythmusimplantat-Kontrolle“ zur Funktionsanalyse von Kardioverttern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie die Genehmigung nach der Vereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle ausreichend ist.

Telemedizinische Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen

Zum 1. April 2017 wurde die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen. Die persönlichen und technischen Voraussetzungen für die neuen Leistungen sind in der Anlage 31a BMV-Ä geregelt.

Vertragsärzte können somit seit 1. April 2017 Telekonsile mit anderen Ärzten zur Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen abrechnen – so wie es das E-Health-Gesetz vorsieht. Die digitale Übertragung der Aufnahmen ermöglicht nicht nur einen schnellen fachlichen Austausch, sondern erhöht auch die diagnostische Qualität ohne zusätzliche Untersuchungen. Davon profitieren Patienten und Ärzte.

Die telemedizinische Erbringung von konsiliarischen Befundbeurteilungen im Rahmen dieser Vereinbarung ist definiert als zeitversetzte Zweitbefundung von Röntgen- oder CT-Aufnahmen durch einen Konsiliararzt mittels elektronischen Austausches.

Radiologische Befundbeurteilungen, die auf der Grundlage der Anlage 9.2 BMV-Ä erbracht werden, sind derzeit nicht Gegenstand der Vereinbarung.

Folgende persönliche Anforderungen an die Einholung des Telekonsils sind zu erbringen:

- Genehmigung zur Durchführung von Röntgen- und/oder CT-Leistungen,
- Nachweis der Erfüllung der Vorgaben der Röntgenverordnung (RöV),
- Durchführung der Erstbefundung der Röntgen- und/oder CT-Untersuchung,
- Patienteneinwilligung,
- Übermittlung aller für die Zweitbefundung relevanten Informationen einschließlich der Patienteneinwilligung sowie
- Sicherstellung der zu sammenhängenden elektronischen Dokumentation und Archivierung von Erst- und Zweitbefund.

Folgende persönliche Anforderungen an die Durchführung des Telekonsils sind zu erbringen:

- Konsiliararzt mit Genehmigung zur Durchführung von Röntgen- und/oder CT-Leistungen,
- Nachweis der Erfüllung der Vorgaben der Röntgenverordnung (RöV) einschl. der strukturellen Vorgaben zur Befundung,
- elektronische Übermittlung des Zweitbefundes an den einholenden Arzt maximal 3 Werktage nach Eingang des Auftrages sowie
- Zweitbefund hinsichtlich Datenstruktur und Inhalt gemäß den Vorgaben der DIN 6827-5 (radiologischer Befundbericht).

Darüber hinaus sind Anforderungen an den Datenschutz, die technischen Anforderungen an den Arzt, allgemeine Anforderungen an den Kommunikationsdienst sowie die Übergangsregelungen für Kommunikationsdiensteanbieter zu beachten.

Für die Abrechnung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung sind vier extrabudgetäre Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 34.8 in Kap. 34 des EBM aufgenommen worden, in denen die Übermittlungskosten enthalten sind:

- GOP 34800** (Einholung Telekonsil)
- GOP 34810** (Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen)
- GOP 34820** (Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen)
- GOP 34821** (Befundbeurteilung von weiteren CT-Aufnahmen)

Nicht abrechenbar sind diese inn erhalb Medizinischer Versorgungszentren, (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Apparatgemeinschaften und ähnlichen Einrichtungen sowie im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms. Um die GOP abrechnen zu können, muss eine untersuchungsbezogene medizinische Fragestellung vorliegen, die nicht in das originäre Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Facharztes liegt oder es muss eine besonders komplexe Fragestellung für eine Zweitbefundung vorhanden sein.

Videosprechstunde: Telemedizinisch gestützte Betreuung von Patienten

Die Videosprechstunde ist definiert als synchrone Kommunikation zwischen einem Arzt und einem ihm bekannten Patienten über die dem Patienten zur Verfügung stehende technische Ausstattung, ggf. unter Assistenz, im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit.

Gerade bei langen Anfahrtswegen oder nach Operationen können telemedizinische Leistungen eine sinnvolle Hilfe sein, so wie die Videosprechstunde. Ärzte können ihren Patienten dabei die weitere Therapie am Bildschirm erläutern oder den Heilungsprozess einer Operationswunde begutachten. So müssen Patienten nicht für jeden Termin in die Praxis kommen, was einen Segen für Patienten mit Wohnsitz in ländlichen Umgebungen darstellt.

Die Organisation ist denkbar einfach: Der Arzt wählt einen zertifizierten Videodiensteanbieter aus, der für einen reibungslosen und sicheren technischen Ablauf der Videosprechstunde sorgt. Arzt und Patient benötigen im Wesentlichen einen Bildschirm mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung. Eine zusätzliche Software ist nicht erforderlich.

Online-Videosprechstunden können seit dem 1. April 2017 durchgeführt und abgerechnet werden. Die persönlichen und technischen Voraussetzungen für die Durchführung der neuen Leistungen sind in der Anlage 31b BMV-Ä (Vereinbarung Videosprechstunde) geregelt. Das E-Health-Gesetz hatte die finanzielle Förderung dieser telemedizinischen Leistung erst ab 1. Juli 2017 gefordert.

Videosprechstunden können bei folgenden Anlässen bzw. Indikationen durchgeführt werden:

- Visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde
- Visuelle Verlaufskontrolle einer / von Dermato(n)se, auch nach strahlentherapeutischer Behandlung
- Visuelle Verlaufskontrolle einer / von akuten, chronischen und / oder offenen Wunden
- Visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen / -störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, auch nervaler Genese, als Verlaufskontrolle
- Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und / oder der Sprache als Verlaufskontrolle
- Anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich über die technischen Anforderungen für die Praxis und den Videodienst, insbesondere zur technischen Sicherheit und zum Datenschutz wie folgt geeinigt:

- Ärzte müssen für die Videosprechstunde eine schriftliche Einwilligung des Patienten einholen.
- Die Videosprechstunde muss in Räumen stattfinden, die Privatsphäre bieten. Außerdem müssen die eingesetzte Technik und die elektronische Datenübertragung eine angemessene Kommunikation mit dem Patienten gewährleisten.

- Die Videosprechstunde muss vertraulich und störungsfrei verlaufen – wie eine normale Sprechstunde auch. So darf die Videosprechstunde beispielsweise von niemandem aufgezeichnet werden, auch nicht vom Patienten.
- Der Klarname des Patienten muss für den Arzt erkennbar sein.
- Die Videosprechstunde muss frei von Werbung sein.
- Der Videodienstanbieter muss zertifiziert sein. Diese Zertifikate muss er dem Arzt vorweisen können. Er muss zudem gewährleisten, dass die Videosprechstunde während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt ist.

Die apparative Ausstattung muss die Komponenten Bildschirm, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher umfassen. Deren Funktionalitäten können auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein. Die elektronische Datenübertragung sowie der Bildschirm und die Kamera müssen die in Anlage 1 der „Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde“ definierten Standards erfüllen und die Kommunikation mit dem Patienten ermöglichen.

Videosprechstunden dürfen nur von bestimmten Arztgruppen eingesetzt und abgerechnet werden. Sie ist zunächst nur für bestimmte, dafür besonders geeignete Indikationen vorgesehen. Folgende Fachärzte dürfen seit 1. April 2017 Videosprechstunden durchführen und abrechnen:

Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Neurologen, Nervenärzte und Neurochirurgen, Orthopäden, Gynäkologen, Dermatologen, Fachärzte für Innere Medizin, Psychiater, Urologen, Phoniater und Pädiatologen, Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin sowie Strahlentherapeuten.

Videosprechstunden sollen eine persönliche Vorstellung in der Praxis ersetzen. Die Konsultation ist deshalb Inhalt der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale und somit nicht gesondert berechnungsfähig. Für Fälle, bei denen der Patient in einem Quartal nicht die Praxis aufsucht, rechnen Ärzte ab 1. April 2017 die neue **GOP 01439** (Bewertung 88 Punkte) ab.

Arztpraxen erhalten seit April 2017 für jede Videosprechstunde einen Technik- und Förderzuschlag von 4,21 Euro (**GOP 01450**, Bewertung: 40 Punkte). Dieser wird für bis zu 50 Videosprechstunden im Quartal gezahlt, auch mehrmals im Behandlungsfall. Der Zuschlag soll vor allem die Kosten für den Videodienst abdecken. Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass das bereits bei zwei Videosprechstunden pro Woche erreicht ist. Die Lizenzgebühren für Videodienste liegen aktuell bei etwa 100 Euro im Quartal.

Erstes sektorenübergreifendes QS-Verfahren: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (sQS PCI)

Die Koronarangiographie mit ggf. Koronarintervention ist die erste Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bei der Vertrags- und Krankenhausärzte nach denselben Qualitätssicherungsvorgaben bewertet werden.

Das Verfahren stützt sich auf zwei Datenquellen:

Qualitätssicherungsdokumentation durch den Arzt und Sozialdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen. Die Daten beider Datenquellen werden von der Bundesauswertungsstelle zusammengeführt und ausgewertet. Auf dieser Basis erhalten die am Verfahren beteiligten Praxen und Krankenhäuser einen jährlichen Rückmeldebericht. Für das Verfahren gilt seit dem 1. Januar 2016 für alle invasiv tätigen Kardiologen die Pflicht zur Datenerhebung und zur Datenübermittlung.

Perspektivisch ist zusätzlich eine Patientenbefragung geplant, an deren Entwicklung das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Auftrag des G-BA zurzeit arbeitet. Bei der Patientenbefragung sollen zufällig ausgewählte Patienten, bei denen ein Herzkatheter-Eingriff durchgeführt wurde, Fragen zu ihrem Behandlungserfolg beantworten. Diese Daten sollen zukünftig in die Gesamtbewertung der Ergebnisse mit einfließen.

Seit 1. Oktober 2016 steht die Vergütung des Mehraufwandes fest, der den Ärzten durch das sQS-Verfahren entsteht. So wurde der obligate Leistungsinhalt der entsprechenden **GOP 34291** des EBM (sowie als Zuschlag die **GOP 34292** des EBM) erweitert und die Bewertung angehoben sowie eine Kostenpauschale aufgenommen, die u. a. die EDV- Anschaffungs- und Wartungskosten abdecken soll.

Bundesweit erbringen im vertragsärztlichen Bereich rund 660 invasive Kardiologen in etwa 370 Praxen ca. 90.000 Eingriffe (Herzkatheter-Untersuchungen und/oder PCI). Für das Erfassungsjahr 2016 haben 163 Praxen 36.894 Datensätze übermittelt, die vom IQTIG ausgewertet wurden. Davon haben 152 Praxen ambulante Leistungen und 40 Praxen belegärztliche Leistungen dokumentiert. Ambulant tätige Vertragsärzte erbrachten damit 4,0 % der durchgeführten Koronarangiographien und 1,6 % der PCI sowie Belegärzte 0,9 % der Koronarangiographien und 1,2 % der PCI.

Zweites sektorenübergreifendes QS-Verfahren: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (sQS WI)

Am 1. Januar 2017 startete das zweite sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren „*Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen*“. Es betrifft in der vertragsärztlichen Versorgung operativ tätige Ärzte bzw. Einrichtungen der Fachrichtungen Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Urologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe.

Das Verfahren fußt auf zwei Säulen:

Im ersten Abschnitt des Verfahrens werden postoperative Wundinfektionen, die zur stationären Aufnahme geführt haben, im Krankenhaus erfasst. Durch eine Verknüpfung dieser Daten mit Sozialdaten, die den Krankenkassen vorliegen, ist es möglich, diese Wundinfektionen zurückzuverfolgen und festzustellen, wo der ambulante oder stationäre Initialeingriff erfolgt ist. Somit werden Wundinfektionen ohne QS-Dokumentation im ambulanten Bereich auch sektorenübergreifend zurückverfolgt, zurückgespiegelt und können ggf. zu Qualitätssicherungsmaßnahmen führen. Rückmeldungen zu ggf. aufgetretenen postoperativen Wundinfektionen können dem jeweiligen Operateur aufgrund der langen Datenlieferfristen der Sozialdaten erst nach ca. zwei Jahren zurückgemeldet werden.

Im zweiten Abschnitt des Verfahrens werden operierende Ärzte in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern verpflichtet, einmal jährlich Fragen zum Hygiene- und Infektionsmanagement ihrer Einrichtung zu beantworten. Die Dokumentationspflicht hat erstmalig im ersten Quartal 2018 begonnen und bezieht sich jeweils auf das einrichtungsbezogene Hygiene- und Infektionsmanagement des vorangegangenen Jahres. Für die sogenannte Einrichtungsbefragung gibt es unterschiedliche Fragebögen: Einen Fragebogen, der sich an ambulant operierende Ärzte in Praxen und MVZ richtet, sowie einen Fragebogen für stationär operierende Ärzte in Krankenhäusern (wie Belegärzte). Dokumentationspflichtig sind alle Ärzte in Praxen, MVZ und Krankenhäusern, welche im vorangegangenen Jahr mindestens einen sogenannten Tracer-Eingriff durchgeführt haben. Welche Eingriffe als Tracer-Eingriffe gewertet werden, gibt die Spezifikation des IQTIG vor.

Aufgabe der KVen ist es, anhand der Abrechnungsdaten jeweils diejenigen Ärzte zu ermitteln, die in den ersten beiden Quartalen des Vorjahres solche Eingriffe vorgenommen haben und diese über ihre Dokumentationspflicht zu informieren.

Ein freudiger Aspekt ist, dass der G-BA derweil die Vergütung der Einrichtungsbefragung beschlossen hat: Betroffene Chirurgen, Orthopäden, Gynäkologen und Urologen erhalten danach rückwirkend zum 1. Januar 2018 bis zu rund 280 Euro für die Dokumentation – extrabudgetär. Der Bewertungsausschuss hat dazu die **GOP 01650** in den EBM aufgenommen.

Um die einbezogenen Vertragsärzte bereits im Vorfeld bestmöglich zu informieren und den Aufwand in den Praxen so gering wie möglich zu halten, werden für die jährliche Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement eine Online-Ausfüllhilfe, eine Online-Fortbildung zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie sowie der Online-Test Mein PraxisCheck „Prävention Wundinfektionen“ zur Verfügung gestellt.

Die einbezogenen Vertragsärzte haben zudem die Möglichkeit, über eine kostenfreie Software zu dokumentieren. Die KV Berlin stellt im Sicheren Netz (SNK) ein Webportal „Einrichtungsbefragung zur Praxishygiene“ zur Verfügung, in dem operativ tätige Ärzte für ihre Betriebsstätten dokumentieren können. Abgabefrist für die ausgefüllte Einrichtungsbefragung war für das erste Jahr der 30. April 2018, ab 2019 ist die Abgabefrist jeweils der 28. Februar.

Alle Fragen des ambulanten Fragebogens sind mit der webbasierten Ausfüllhilfe verlinkt. Die Auswertungen zum Hygiene- und Infektionsmanagement wurden den Ärzten zum 15. Oktober 2018 zur Verfügung gestellt.

Neues Testverfahren iFOBT zur Darmkrebs-Früherkennung

Ärzte, die den iFOBT als Früherkennungsuntersuchung auf kolorektales Karzinom veranlassen, rechnen seit 1. April 2017 die **GOP 01737** (Bewertung 57 Punkte) ab. Die Leistung umfasst die Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlproben-Entnahmesystems sowie die Beratung des Patienten bei einer präventiven Untersuchung. Bei einer kurativen Untersuchungsindikation sind wie bisher Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung in das Labor mit der Versicherten- oder Grundpauschale abgegolten.

Hausärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Facharztinternisten, Hautärzte und Urologen dürfen die neue GOP 01737 abrechnen. Neu ist, dass Hausärzte den immunologischen Test auch beim Check-up 35 ausgeben können, sofern die Patienten das Anspruchsalter von 50 Jahren erreicht haben.

Für die Untersuchung der Stuhlprobe im Labor gibt es seit April 2017 zwei neue GOP:
GOP 01738 (Bewertung 75 Punkte) bei einer präventiven Untersuchung und
GOP 32457 (Bewertung 6,21 Euro) bei einer kurativen Untersuchungsindikation.
In den Laborleistungen enthalten sind die Kosten für das Stuhlproben-Entnahmesystem.

Entsprechend der geänderten Früherkennungs-Richtlinie wurde der Test als Leistung des Speziallabors, die eine vorherige Genehmigung der KV voraussetzt, in den EBM aufgenommen. Die Durchführung des iFOBT dürfen somit nur die Ärzte vornehmen, die eine Abrechnungsgenehmigung für diese Leistung haben. Sie sind zudem verpflichtet, Angaben wie verwendete Tests, Ergebnisse der externen Qualitätssicherung, Gesamtzahl der untersuchten und der positiven Proben zur Evaluation des Früherkennungsprogramms zu erfassen und an die KV zu übermitteln.

Neue EBM-Leistung gemäß GOP 03355

Mit Wirkung zum 1. April 2017 ist die **GOP 03355** in den Abschnitt 3.2.3. des EBM aufgenommen worden. Die Ziffer kann nur von Fachärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung "Diabetologie" oder der Qualifikation "Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)" abgerechnet werden. Die GOP 03355 wird für die Anleitung eines Patienten und / oder einer Bezugsperson zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes (rtCGM) angesetzt. Sie wird mit 72 Punkten je vollendete 10 Minuten vergütet und ist höchstens 10-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Vorgaben zur Qualitätssicherung gemäß § 3 Nr. 3 der Nr. 20 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA liegen darin, dass die Patientin oder der Patient zeitnah im Zuge der Verordnung und vor der ersten Anwendung des rtCGM über die Schulungsinhalte zur intensivierten Insulintherapie (ICT und gegebenenfalls zur Insulinpumpe) hinausgehend, hinsichtlich der sicheren Anwendung des Gerätes, insbesondere der Bedeutung der Blutglukose-Selbstmessung und der durch das Gerät zur Verfügung gestellten Trends unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs und eventuell vorhandener Vorkenntnisse geschult werden muss.

Beitritt der BKK VBU zum Vertrag "Starke Kids"

Die KV Berlin hat mit dem BKK Landesverband Mitte vor fünf Jahren einen Vertrag über zusätzliche Kinderfrüherkennungsuntersuchungen "Starke Kids" (U10, U11 und J2) geschlossen. Die BKK VBU, die größte Betriebskrankenkasse in Berlin, hat zum 1. April 2017 ihren Beitritt am Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsleistungen "Starke Kids" erklärt. Folgende Leistungen sind ab dem 1. April 2017 auch für die Versicherten der BKK VBU abrechenbar:

- SNR 91102: Durchführung und Dokumentation der U 10
- SNR 91120: Durchführung und Dokumentation der U 11
- SNR 91121: Durchführung und Dokumentation der J 2

Reform der Psychotherapie-Richtlinie und Anpassungen in der Psychotherapie-Vereinbarung

Den Patienten soll ein niedrigschwelliger und flexibler Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen gewährt und das Antrags- und Gutachterverfahren für solche Leistungen vereinfacht und klar geregelt werden.

Diese Forderungen hatte der Gesetzgeber im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz formuliert und den G-BA damit beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie entsprechend zu überarbeiten.

Die umfassend überarbeitete Psychotherapie-Richtlinie ist zum 1. April 2017 in Kraft getreten. Sie enthält ausführliche Regelungen zu den verschiedenen Behandlungsformen, Psychotherapieverfahren und Therapiesettings für die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung anwendbaren Leistungen. Als Richtlinien im engeren Sinne gelten die Psychotherapieverfahren der Analytischen Psychotherapie, der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie.

Der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung wurde für Patienten durch die im Rahmen der Strukturreform eingeführte Sprechstunde zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung grundsätzlich erleichtert. Seit April 2018 ist die Psychotherapeutische Sprechstunde verpflichtend vor einer Weiterbehandlung vorgesehen. Sie dient der zeitnahen Abklärung, ob die Notwendigkeit einer Richtlinien-Psychotherapie besteht oder ob die Nutzung anderer Angebote (z. B. Beratungshilfen oder ggf. eine psychiatrische Behandlung) erforderlich ist. Darauf aufbauend ermöglicht die neu eingeführte Akutbehandlung zeitnahe psychotherapeutische Interventionen zur Stabilisierung von Patienten mit psychischen Krisen, die auch ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse stattfinden kann. Es ist lediglich eine Anzeige bei der Krankenkasse erforderlich.

Als weitere Behandlungsoption wurde die Rezidivprophylaxe neu eingeführt, die vorbeugend gegen Rückfälle nach Langzeittherapien eingesetzt werden kann, d. h. ein Teil des bewilligungsfähigen Kontingents (Anzahl ist abhängig von der Therapielänge) kann von vornherein aus der Behandlung ausgegliedert und bis zu zwei Jahre nach dem Ende der Therapie genutzt werden.

Die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie führte im Anschluss zu Anpassungen in der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) durch die Partner des Bundesmantelvertrags. In ihr wurden viele der neuen Regelungen konkretisiert und u. a. festgelegt, welche Formulare zukünftig verwendet werden müssen.

Wesentliche Änderungen auf einen Blick sind:

- Mit der Psychotherapeutischen Sprechstunde zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe gibt es neue Behandlungsoptionen.
- Das Antrags- und Gutachterverfahren wurde vereinfacht.
- Für Langzeit- und Kurzzeittherapien gibt es jeweils zwei Bewilligungsschritte.
- Vor jeder Langzeit- oder Kurzzeittherapie finden mindestens zwei probatorische Sitzungen statt.
- Die Zahl der Teilnehmer von Gruppentherapien wurde einheitlich auf drei bis neun festgelegt; Einzel- und Gruppensitzungen können ohne Mitteilung an die Krankenkasse getauscht werden, sofern sich das überwiegend durchgeführte Setting nicht ändert.
- Alle PTV-Formulare wurden überarbeitet sowie neue eingeführt.

Übergangsregelungen zur Aufbereitung von Endosonographiesonden

Die Partner des Bundesmantelvertrags hatten zum 1. Oktober 2016 die US-V aktualisiert. Dabei wurden auch Regelungen zur Aufbereitung von Endosonographiesonden und entsprechende Übergangsregelungen festgelegt. Eine weitere Fristverlängerung ist rückwirkend zum 1. Oktober 2017 in Kraft getreten. Die Übergangsregelungen sind zum 31. März 2018 ausgelaufen.

Vor der erstmaligen Inbetriebnahme von Endosonographiesonden muss sichergestellt sein, dass der Hersteller einer Sonde in der Gebrauchsanweisung mindestens ein wirksames und materialverträgliches Desinfektionsverfahren angegeben hat. Entsprechend den Empfehlungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Robert Koch-Instituts (RKI) muss der Nachweis der Wirksamkeit mit anerkannten Methoden vom Hersteller durch ein Gutachten belegt sein.

Eine Übergangsregelung – zunächst bis zum 31. März 2017, anschließend zweimal verlängert bis zum 31. März 2018 – sollte sicherstellen, dass die erforderlichen Nachweise nachgereicht werden können, da mehrere Hersteller kein entsprechendes Gutachten vorlegen konnten. Die Partner des Bundesmantelvertrages hatten das RKI über die Problematik informiert und um Auskunft gebeten, welche formalen und inhaltlichen Voraussetzungen das Gutachten zu erfüllen habe und wer das Gutachten erstellen könne.

Aus der Antwort des RKI geht hervor, dass die Hersteller von Medizinprodukten für die Erarbeitung und Validierung der bereitzustellenden Informationen über die Aufbereitung ihrer Medizinprodukte verantwortlich sind, weil entsprechende Festlegungen im europäischen Recht, im Medizinprodukterecht und in DIN-Normen fehlen.

Da inzwischen einige Hersteller entsprechende Gutachten nachweisen können, haben die Partner des Bundesmantelvertrages entschieden, die Übergangsregelung nicht nochmals zu verlängern. Die Vorgaben der US-V sind demnach seit dem 1. April 2018 zu erfüllen. Sie gelten sowohl für neu beantragte Genehmigungen als auch für Endosonographiesonden, die seit dem 1. Oktober 2016 genehmigt wurden.

Neufassung der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

In der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V sind seit 1993 apparative Voraussetzungen an Geräte zur (allgemeinen) Röntgendiagnostik und Computertomographie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin festgelegt. Mittlerweile sind nicht nur einzelne Mindestanforderungen, sondern die seinerzeit gewählte Systematik der Qualitätsparameter veraltet, so dass es für die KVen zunehmend schwieriger wurde, eine sinnvolle und dem aktuellen Stand der Medizintechnik entsprechende betriebsstättenbezogene Qualitätssicherung sicherzustellen.

Zudem sind apparative Anforderungen im Bereich der Strahlendiagnostik und -therapie detailliert vom Gesetzgeber vorgegeben – zum Beispiel in der Röntgenverordnung mit den zugehörigen Richtlinien – und werden dort auch in Gremien des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit regelmäßig und in der Regel in kurzen Abständen aktualisiert. Im Gegensatz zur bundesmantelvertraglichen Qualitätssicherung gelten diese Vorgaben nicht nur für die vertragsärztliche Versorgung, sondern gleichermaßen für alle (human-)medizinischen Anwendungen.

In einem ersten Schritt haben sich die Partner des Bundesmantelvertrags nun auf Änderungen der apparativen Anforderungen im Bereich der Röntgendiagnostik einschließlich Computertomographie verständigt. Demnach soll zukünftig auf die bundesmantelvertragliche Definition spezieller apparativer Voraussetzungen ganz verzichtet werden. Es ist stattdessen vorgesehen, dass der Arzt seiner KV im Rahmen eines Antrags auf Genehmigung die behördliche Genehmigung beziehungsweise Anzeigebestätigung nach Röntgenverordnung vorlegt. Darüber hinaus kann die KV weitere Unterlagen, zum Beispiel den Prüfbericht der Sachverständigenprüfung nach Röntgenverordnung, anfordern.

Auch zukünftig wird die Genehmigung nach Anwendungsklassen erteilt. Diese sind jedoch nicht mehr in der QS-Vereinbarung definiert, sondern entsprechen den röntgenrechtlichen Vorgaben. Die Zuordnung zu den beantragten Anwendungsklassen kann anhand der eingereichten Unterlagen vorgenommen werden. Gewährleistungserklärungen der Hersteller oder Vertrieber sind nicht mehr erforderlich.

Durch die Änderungen werden zukünftig redundante Regelungen ebenso vermieden wie spezielle, nur für den vertragsärztlichen Bereich geltende Vorgaben. Darüber hinaus ist durch den Verweis auf röntgenrechtliche Vorgaben die Aktualität der apparativen Anforderungen gesichert. Zudem werden deutliche Vereinfachungen im Ablauf des Genehmigungsverfahrens für Ärzte, KVen und Qualitätssicherungskommissionen erreicht.

Die Änderungen sind zum 1. Oktober 2017 in Kraft getreten. Entsprechende Anpassungen für die Strahlentherapie und Nuklearmedizin sind zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

QS-Vereinbarung PET und PET-CT rückwirkend angepasst

Nachdem der G-BA im März 2017 beschlossen hatte, dass die Positronen-Emissions-Tomographie in Verbindung mit einer Computertomographie (PET / PET-CT) bei zwei weiteren Indikationen zur Diagnostik eingesetzt werden kann, wurde die QS-Vereinbarung zur PET / CT entsprechend angepasst. Bei den neuen Indikationen handelt es sich um Untersuchungen zur:

1. Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection bei Patienten mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder mit unbekanntem Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs.
2. Entscheidung über die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie beim Larynxkarzinom, wenn nach Abschluss einer kurativ intendierten Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv besteht.

Die Änderungen in der QS-Vereinbarung sind zum 1. Oktober 2017 in Kraft getreten und betreffen vor allem die Zusammensetzung des interdisziplinären Teams. Dieses wird bei den neuen Indikationen um einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder einen Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ergänzt.

Ärzte, die bereits eine Genehmigung für Leistungen der PET bzw. PET /CT für die bisherigen sechs Indikationen erhalten haben, erhalten eine Genehmigung auch für die zwei neuen Indikationen, wenn die Genehmigung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Fassung am 1. Oktober 2017 beantragt wurde und die Erfüllung der Anforderungen an das interdisziplinäre Team nach § 5 auch für diese Indikationen nachgewiesen wurde.

Anpassungen bei der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger

Mit Inkrafttreten der Novelle der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (vormals *Opiatabhängige*) haben sich zum 2. Oktober 2017 wesentliche Änderungen ergeben.

So wurden die Ziele der Substitutionsbehandlung geändert, u. a. auch die Sicherstellung des Überlebens als eines dieser Ziele definiert. Ein Arzt ohne suchttherapeutische Qualifikation darf jetzt bis zu zehn Patienten (unter Mitwirkung eines Konsiliarius) behandeln. Take-Home-Rezepte werden weiterhin für maximal sieben Tage ausgestellt, aber nun mit einem „S“ (Substitution) und einem „T“ (Take -Home) gekennzeichnet.

Im begründeten Einzelfall – medizinisch (schwerwiegend erkrankte, immobile Patienten) oder sonstig begründet (berufliche Erfordernisse, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben) – können Take-Home-Rezepte auch für maximal 30 Tage ausgestellt werden, wenn diese Gründe vom Patienten „gläubhaft gemacht“ werden. 30-Tage-Rezepte sind ebenfalls mit „S“ und „T“ zu kennzeichnen. Mit dieser Neuregelung entfällt die 30-Tage-pro-Jahr-Auslandsurlaubsregelung, inklusive Anzeigepflicht und Substitutionsbescheinigung bei Inlandsurlaub. Weitere Änderungen: Sichtvergaben und Take-Home können gemischt werden, Mischrezepte sind nunmehr zulässig. Eine Substitutionsbehandlung kann außerdem im Rahmen eines Hausbesuches erfolgen, auch wenn dieser nur für die Substitutionsbehandlung erfolgt. Voraussetzung ist eine chronische Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades), die eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht ermöglicht.

Der Bewertungsausschuss hat festgestellt, dass die Take-Home-Vergabe eine ärztliche Leistung darstellt; es wurden zwei neue Ziffern eingeführt. Ausdrücklicher Leistungsinhalt der neuen GOP 01949 ist die „Prüfung der Voraussetzungen für die Behandlung im Rahmen der Take-Home-Vergabe“. Sie kann 2-mal pro Woche angesetzt werden. Dabei gilt: Am Behandlungstag ist die Abrechnung der GOP 01949 neben der GOP 01950 ausgeschlossen, eine Abrechnung der GOP 01949 in der Behandlungswoche neben der GOP 01950 ist nur mit medizinischer Begründung möglich. Hier drängt sich die Feststellung auf, dass der Patient noch nicht für den gesamten Zeitraum Take-Home-fähig ist. Mit der Neueinführung der GOP 01960 soll der Erweiterung der Konsiliarregelung in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung Rechnung getragen werden.



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 wird das wichtigste Projekt vorgestellt, bei denen die Abteilung Qualitätssicherung auch im Berichtsjahr 2017 maßgeblich mitgewirkt hat.

Beteiligung am Kompetenzzentrum „Hygiene und Medizinprodukte“

Zum 1. Juli 2010 initiierte die KV Baden-Württemberg mit 13 weiteren KVen, unter anderem mit der KV Berlin, das Kompetenzzentrum *Hygiene und Medizinprodukte*.

Für den einzelnen Praxisinhaber ist es nicht immer einfach, 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* initiiert, 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 KVen 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 KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, über zwei **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, der 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. Folgende Themen wurden in diesem Zusammenhang unter anderem besprochen:

- *Hygiene in der Endoskopie* (Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums, Instrumente und Risikobewertung, räumliche Anforderungen, personalbezogene Hygieneanforderungen)
- *Änderungen des Infektionsschutzgesetzes*
- *Ambulantes Operieren* (gesetzliche Grundlagen, bauliche Anforderungen an Operations- und Eingriffsräume, Einteilung der operativen Eingriffe)
- *Trinkwasserverordnung* (Neuigkeiten zur Trinkwasserverordnung, Wasseruntersuchungen, mikrobiologische Befunde, Water Safety Plan)
- *Händehygiene* (hygienische und chirurgische Händedesinfektion, Indikationen, Einreibemethoden, Aktualisierung der TRBA 250, AKTION „Saubere Hände“)
- *Aufbereitung von Ultraschallsonden* (rechtliche Grundlagen, Übertragungsrisiko, viruzide Desinfektion, Aufbereitungsverfahren)
- *Raumlufttechnische (RLT)-Anlagen*
- *Leitlinie für die Validierung und Routineüberwachung maschineller Reinigungs- und thermischer Desinfektionsprozesse für Medizinprodukte* (4. Auflage 2014)
- Aufbereitung von Medizinprodukten in der *Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)*.

Zudem hat das Kompetenzzentrum in enger Zusammenarbeit mit den KVen und einigen Fachexperten bisher vier **Muster-Hygienepläne** erarbeitet, die aufgrund einiger Änderungen bzw. Aktualisierungen unter anderem von Richtlinien bereits entsprechend an die neuen gesetzlichen Vorgaben angepasst wurden.

Diese enthalten hilfreiche Informationen insbesondere zu den Themen Personalhygiene, Personalschutz, Patientenhygiene, Desinfektion und Reinigung von Flächen sowie Aufbereitung von flexiblen Endoskopen und Zusatzinstrumentarien. Eine Word-Version, die für die individuelle Anpassung an die eigene Praxis benötigt wird, kann auf schriftliche Anfrage bei den Hygieneberaterinnen der KV Berlin angefordert werden. Die Musterhygienepläne liegen in vier unterschiedlichen Versionen vor, die sich in der Beschreibung des Aufbereitungsverfahrens unterscheiden: unter anderem maschinelles, manuelles und teilmaschinelles Aufbereitungsverfahren.

Die Muster-Hygienepläne beruhen auf der Analyse und Bewertung potenzieller Infektionsgefahren in der ambulanten Versorgung und berücksichtigen die einschlägigen rechtlichen Vorgaben sowie den allgemeinen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik.

Ziel dieser Muster-Hygienepläne ist es, den Arztpraxen ein praxisbezogenes Unterstützungs- und Serviceangebot für die Erstellung des praxisinternen Hygieneplans an die Hand zu geben.

Die Muster-Hygienepläne müssen auf die Praxisgegebenheiten übertragen und in einen praxispezifischen, internen Hygieneplan umgesetzt werden. Viele Praxen werden bereits mit fertigen Hygieneplänen arbeiten. Für diese Praxen empfiehlt sich ein Vergleich der vorhandenen Unterlagen. Ein Abgleich der Inhalte eröffnet die Möglichkeit, Verbesserungspotenzial zu identifizieren und eventuelle Defizite zu beseitigen.

Die unterschiedlichen Muster-Hygienepläne können online bei der KV Berlin bezogen werden:
www.kvberlin.de > Für die Praxis > Themen von A bis Z > Aufbereitung von Medizinprodukten / Hygiene.

Darüber hinaus hat das Kompetenzzentrum *Hygiene und Medizinprodukte* einen allgemeinen **Leitfaden – Hygiene in der Arztpraxis** entwickelt, der die wichtigsten Anforderungen an die Hygiene in der Arztpraxis sowie bei der Aufbereitung von Medizinprodukten zusammenfasst. Weitere Themen sind die rechtlichen Rahmenbedingungen, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit.

Er enthält zahlreiche praktische Umsetzungsvorschläge, Empfehlungen, Links sowie Musterdokumente – auch für die Erstellung und Etablierung eines praxisinternen Hygieneplans. Zudem dient er als kompaktes Nachschlagewerk für die Überprüfung der Aktualität des eigenen Hygienemanagements in der Arztpraxis.

Der Hygieneleitfaden kann ebenfalls online bei der KV Berlin bezogen werden:
www.kvberlin.de > Für die Praxis > Themen von A bis Z > Aufbereitung von Medizinprodukten / Hygiene > Hygiene in der Arztpraxis – Ein Leitfaden.

Ferner hat das Kompetenzzentrum *Hygiene und Medizinprodukte* einen umfangreichen **Hygieneleitfaden für Psychotherapeuten** erarbeitet. Dieser beinhaltet die folgenden speziell an die Bedürfnisse psychotherapeutischer Praxen angepassten Themen: Hygienemaßnahmen, Medizinprodukte, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit. Im Anhang sind unter anderem ein Musterhygieneplan sowie die einschlägigen Rechtsgrundlagen und Internetadressen aufgeführt.

Der Hygieneleitfaden für Psychotherapeuten kann ebenfalls online bei der KV Berlin bezogen werden:
www.kvberlin.de > Für die Praxis > Themen von A bis Z > Aufbereitung von Medizinprodukten / Hygiene > Hygiene in der psychotherapeutischen Praxis – Ein Leitfaden.

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) werden die Erfordernisse des ambulanten Sektors bei der Aufbereitung von Medizinprodukten und Hygienemaßnahmen in der Praxis weiterhin stärker Berücksichtigung finden.

8. Service

Ansprechpartner und Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung (QS)

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

In der KV Berlin sind sämtliche Aufgaben rund um die Qualität auf einen Standort konzentriert. In der Abteilung Qualitätssicherung sind mittlerweile über 40 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 KVen, der KBV, den Ärztekammern sowie anderen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Mein PraxisCheck

Mit dem Serviceangebot „Mein PraxisCheck“ können Niedergelassene und Praxisteams unkompliziert und kostenfrei in wenigen Minuten herausfinden, wie gut sie organisatorisch und fachlich auf bestimmte Prozesse vorbereitet sind. Ein einfacher Internetzugang genügt. Es stehen folgende Themen zur Verfügung:

- Hygienemanagement
- Informationssicherheit
- Impfmanagement
- Qualitätsmanagement

Und neu seit 2017

- Patientensicherheit
- Prävention Wundinfektionen

Das Tool „Prävention Wundinfektionen“ richtet sich insbesondere an ambulant operierende Ärzte. Sie können mit wenigen Klicks das Hygiene- und Infektionsmanagement in wesentlichen Bereichen ihrer Praxis überprüfen.

Bei bestimmten operierenden Fachgruppen wird ab 2018 jährlich eine Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement durchgeführt, welche Bestandteil des zu Beginn des Jahres 2017 gestarteten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ in Praxen und Kliniken (www.kbv.de > Themen von A bis Z > Qualitätssicherung (sektorenübergreifend)) ist.

Die betroffenen Ärzte können sich mit diesem PraxisCheck auf die Einrichtungsbefragung vorbereiten. Die Themen reichen von Antibiotikaphylaxe und -initialtherapie über Wundversorgung und Verbandwechsel sowie Medizinprodukteaufbereitung bis hin zum Fehlermanagement.

Die Webapplikation ist als Hilfestellung gedacht. Es handelt sich weder um eine Kontrolle noch Wissensprüfung. Per Knopfdruck wird eine Auswertung (PDF-Dokument) mit Tipps und Empfehlungen zur Verfügung gestellt, um sich weiter zu verbessern. Außerdem wird anonym angezeigt, wie die eigene Praxis im Vergleich zu den anderen Teilnehmern abgeschnitten hat.

"Mein PraxisCheck" ist ein wichtiger Baustein im Qualitätsmanagement. Er wurde von der KBV gemeinsam mit Vertragsärzten und anderen Experten entwickelt. Die Fragen, Bewertungen und Empfehlungen basieren dabei auf QEP®, dem Qualitätsmanagement-System der KVen und der KBV.

„Mein PraxisCheck – Hygiene“

Mit 16 Fragen kann die Praxis relevante Aspekte checken, um ihre Patienten vor postoperativen Wundinfektionen zu schützen. Von der Antiseptik über Antibiotikaphylaxe und Medizinprodukteaufbereitung bis hin zu Fortbildung und Schulung. Praxen erfahren, wie gut sie die rechtlichen Anforderungen bereits umsetzen und wo und wie sie sich gegebenenfalls noch verbessern können.

Der PraxisCheck kann auch in Vorbereitung auf die Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement, die jährlich in ausgewählten operierenden Fachgruppen durchgeführt wird, genutzt werden (SQS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen).

„Mein PraxisCheck – Informationssicherheit“

Mit der elektronischen Checkliste "Mein PraxisCheck" können Vertragsärzte und -psychotherapeuten unkompliziert online testen, wie es um die Informationssicherheit der eigenen Praxis steht. 19 Fragen zu Datenschutz und Diskretion sind zu beantworten: Vom Umgang mit sensiblen Patientendaten über Zugriffsrechte auf das EDV-System bis hin zur Stromversorgung Ihres Datenservers.

Das neue Serviceangebot der KBV ermöglicht einen schnellen Überblick, wie Datenschutz und Datensicherheit in der Praxis noch optimiert werden können. Der Test dient ausschließlich der Selbstbewertung. Er dauert ca. 15 Minuten und man erhält sofort einen Ergebnisbericht mit konkreten Hinweisen, Anregungen und Linktipps zu weiterführenden Informationen.

„Mein PraxisCheck – Impfen“

Der Selbsttest richtet sich an alle Ärzte, die Impfungen durchführen und besteht aus 11 Fragen zu folgenden wichtigen Aspekten des Impfmanagements: Können Sie die gezielte Information Ihrer Patienten über Schutzimpfungen noch optimieren? Wie ist die Dokumentation von Impfungen geregelt? Lagern die Impfstoffe richtig? Sind Sie auf dem aktuellen Stand bei der Abrechnung von Impfleistungen?

„Mein PraxisCheck – Qualitätsmanagement“

Mit wenigen Klicks findet der Arzt heraus, wo er in puncto Qualitätsmanagement steht. Sind die Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie erfüllt? – Die Themen der 16 Fragen reichen vom Notfallmanagement über die Regelung von Verantwortlichkeiten und Abläufen in der Praxis bis hin zum Umgang mit Fehlern.

„Mein PraxisCheck – Patientensicherheit“

Das Thema Patientensicherheit hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Patientensicherheit ist mittlerweile ein wichtiger Teil von Qualitätsmanagementsystemen im ambulanten Bereich. Mit fünf Fragen, die es in sich haben und vom Risikomanagement über den Umgang mit Fehlern bis hin zum Schadensfall reichen, soll der Arzt Gefahrenquellen, Risiken und Fehler im Blick haben.

„Mein PraxisCheck – Prävention Wundinfektion“

Mit 16 Fragen können relevante Aspekte gecheckt werden, um die Patienten vor postoperativen Wundinfektionen zu schützen. Von der Antiseptik über Antibiotikaprophylaxe und Medizinproduktaufbereitung bis hin zu Fortbildung und Schulung.

Der PraxisCheck kann auch in Vorbereitung auf die Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement genutzt werden, die jährlich in ausgewählten operierenden Fachgruppen durchgeführt wird (sQS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen).

Die Selbsttests sind eingestellt bei www.kbv.de > Service > Service für die Praxis > Praxisführung > Mein PraxisCheck.



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 KV Berlin unterliegen, aufgeführt.

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

Die Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche ist zu finden unter www.kvberlin.de > Arztsuche.

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin

Mehr als 9.000 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten übernehmen in Berlin die ambulante medizinische Versorgung. Die KV Berlin sorgt dafür, dass alles reibungslos funktioniert:

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, ganz gleich, bei 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.



Mit den in diesem Qualitätsbericht verwendeten Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind gleichwertig beide Geschlechter gemeint. Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit wird jeweils nur die männliche Form verwendet.

Kontakt

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

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Verantwortlich: Melanie Kösling

Copyright:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Berlin, im Januar 2019