

Richtlinien

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

für

Verfahren zur Qualitätssicherung

(Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV)

gemäß § 75 Abs. 7 SGB V

vom 22.12.2010

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	2
I Allgemeiner Teil	2
A Strukturelle Voraussetzungen	2
1 Der Qualitätssicherungsbeauftragte der Kassenärztlichen Vereinigung	2
2 Die Qualitätssicherungskommissionen	2
3 Die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" bei der Kassenärztlichen Vereinigung 3	
B Verfahren zur Qualitätssicherung.....	4
4 Qualitätszirkel.....	4
5 Ringversuche	7
6 Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)	7
7 Kolloquien	8
8 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben).....	11
Anlagen	12
Anlage I	12
Anlage II	15

Präambel

Die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau. Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung hat zum Ziel, die Qualität des Arbeitsprozesses und des Arbeitsergebnisses zu wahren oder zu erhöhen. Dies kann nur verwirklicht werden, wenn Probleme rechtzeitig identifiziert, hinreichend analysiert, praktikable Verbesserungsvorschläge zügig erarbeitet und erfolgreich angewendet werden.

Eine wesentliche Aufgabe der Qualitätssicherung besteht nach wie vor darin, die strukturellen Voraussetzungen für eine hohe Qualität ärztlichen Handelns in der Aus- und Weiterbildung zu schaffen und zu erhalten. In Ergänzung dazu bedarf es jedoch auch dynamischer, auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basierender Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines selbstlernenden Systems. Damit sollen in der vertragsärztlichen Tätigkeit die Kooperation verbessert, der fachliche Wettbewerb gefördert und die Qualität der Betreuung insbesondere aus Sicht der Patienten gewährleistet werden.

Unter dieser Zielsetzung erlässt die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V folgende Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung.

I Allgemeiner Teil

A Strukturelle Voraussetzungen

Die dauerhafte und wirksame Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit setzt eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung voraus. Dazu sollen in jeder Kassenärztlichen Vereinigung gehören:

- 1. Der Qualitätssicherungsbeauftragte**
- 2. Die Qualitätssicherungskommissionen**
- 3. Die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung"**

1 Der Qualitätssicherungsbeauftragte der Kassenärztlichen Vereinigung

- 1.1 Der Qualitätssicherungsbeauftragte wird durch die Kassenärztliche Vereinigung berufen.
- 1.2 Der Qualitätssicherungsbeauftragte berät die Kassenärztliche Vereinigung in Fragen der Qualitätssicherung.

2 Die Qualitätssicherungskommissionen

- 2.1 Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche (z. B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen einrichten.
- 2.2 Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung beruft den Vorsitzenden der jeweiligen Qualitätssicherungskommission und die weiteren Mitglieder.
- 2.3 Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet

haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. An den Sitzungen der Kommissionen soll ein Vertreter der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" teilnehmen.

- 2.4 Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung vorzubereiten.
- 2.5 Die Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen obliegt der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung".
- 2.6 Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Qualitätssicherungskommissionen für den Bereich von mehr als einer Kassenärztlichen Vereinigung einrichten. Bei den Ärztekammern bestehende Kommissionen können mit dem Einverständnis der Ärztekammer von der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Durchführung der in Nr. 2.4 genannten Aufgaben betraut werden, soweit eine Durchführung nach Maßgabe dieser Richtlinien gewährleistet ist.

3 Die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" bei der Kassenärztlichen Vereinigung

- 3.1 Zur Gewährleistung eines zielorientierten, koordinierten Vorgehens bei der Planung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen richtet die Kassenärztliche Vereinigung eine Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" ein oder ordnet deren Aufgaben einem bestehenden Geschäftsbereich zu. Dieser übernimmt damit die Funktion einer Geschäftsstelle "Qualitätssicherung".
- 3.2 Die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" übernimmt folgende Aufgaben:
 - 3.2.1 Prüfung der Einhaltung der für die Qualitätssicherung geltenden gesetzlichen und/oder vertraglichen Regelungen im Einzelfall, insbesondere
 - Prüfung der jeweils erforderlichen Nachweise der fachlichen Befähigung und/oder der apparativen Ausstattung,
 - Vorbereitung und Organisation der Kolloquien und deren Protokollierung nach Maßgabe dieser Richtlinien,
 - Vorbereitung oder Ausfertigung der Bescheide aufgrund vorangegangener Prüfungen,
 - Kontrolle von Organisation und Durchführung vorgeschriebener Ringversuche,
 - Durchführung der Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben),
 - 3.2.2 Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen,
 - 3.2.3 Betreuung von Qualitätszirkeln, die im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung arbeiten,
 - 3.2.4 Information und Beratung von Vertragsärzten in Fragen der Qualitätssicherung (z. B. Praxisdokumentation, Erstellung von Qualitätssicherungskonzepten für die einzelne Praxis),
 - 3.2.5 Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Ärz-

tekammern sowie anderen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

B Verfahren zur Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung kommen u. a. folgende Verfahren in Betracht:

- Qualitätszirkel
- Ringversuche
- Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)
- Kolloquien

4 Qualitätszirkel

4.1 Ziele von Qualitätszirkeln

Qualitätszirkel stellen ein etabliertes Verfahren der Qualitätssicherung, -entwicklung und Fortbildung dar. Durch kritische Hinterfragung der eigenen Tätigkeit und einen auf den Erfahrungen der Teilnehmer aufbauenden Lehr- und Lernprozesses dienen sie der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung durch Weiterqualifizierung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten und durch Modifikation von Strukturen und Abläufen im Praxisalltag. Qualitätszirkel haben im Einzelnen folgende Ziele:

- Reflexion und Weiterentwicklung der eigenen Tätigkeit
- Erfahrungsaustausch und Vergleich mit den Teilnehmern am Qualitätszirkel und ggf. anderen Vergleichsgruppen
- Analyse und Bewertung der eigenen Tätigkeit nach ausgewählten Qualitätskriterien
- Feststellen von Übereinstimmungen mit evidenzbasierten Leitlinien, Identifizierung und Begründung von Abweichungen
- Modifikation vorhandener Leitlinien gemäß den Bedingungen der ambulanten Praxis
- Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die Praxis
- Evaluation der Ergebnisse
- Förderung der Kooperation der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten

4.2 Methodik

Qualitätszirkel zeichnen sich in Abgrenzung zu klassischer Fortbildung durch spezifische Kriterien aus. Sie arbeiten

- auf freiwilliger Basis,
- mit selbstgewählten Themen,
- erfahrungsbezogen,
- auf der Grundlage des kollegialen Diskurses ("peer review"),
- unter Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien,

- geleitet von einem ausgebildeten und von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Moderator,
- mit protokollierten Ergebnissen,
- mit Feedback,
- mit Evaluation ihrer Ergebnisse, soweit möglich auf einer hinreichenden Basis empirischer Daten aus der ambulanten Versorgung,
- kontinuierlich (i. d. R. mindestens 4 Sitzungen im Jahr),
- mit festem Teilnehmerkreis (Minimum 5, Maximum 20 Personen),
- mit Ärzten, Psychotherapeuten und ggf. unter Einbeziehung von Praxispersonal, fachgruppengleich, fachgruppenübergreifend oder versorgungsbereichsübergreifend, frei von Sponsoring.

4.3 Datengrundlage und Dokumentation

4.3.1 Grundlage der kritischen Hinterfragung der eigenen Tätigkeit und des Benchmarkings unter Berücksichtigung von Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin ist die Erhebung valider und mit den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu vereinbarender Daten, die den Praxisalltag hinreichend abbilden (z. B. Praxisdokumentationen, Verordnungsstatistiken, Handlungsanweisungen).

4.3.2 Über die Durchführung einer Datenerhebung und ihre Methodik entscheiden die Teilnehmer des Qualitätszirkels, ggf. in Zusammenarbeit mit der betreuenden Kassenärztlichen Vereinigung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder wissenschaftlichen Instituten.

4.3.3 Die einzelnen Sitzungen (Termine, Themen, Moderator, Teilnehmer, verwendete Daten/Leitlinien, Ergebnisse) sind vom Qualitätszirkel in geeigneter Form zu protokollieren. Die Protokolle sind der betreuenden Kassenärztlichen Vereinigung zu Zwecken der Evaluation und Qualitätsberichterstattung zur Verfügung zu stellen, ggf. unter Verwendung elektronischer Dokumentationssysteme.

4.4 Evaluation

4.4.1 Die Evaluation der Qualitätszirkelarbeit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Bewertung der Wirksamkeit des Instruments „Qualitätszirkel“ und des Grades der mit diesem Instrument erzielten Qualitätsverbesserung. Sie ist damit zugleich eine Entscheidungsgrundlage für die Förderung von Qualitätszirkeln. Die Evaluation kann intern und/oder extern erfolgen und stichprobenartig durchgeführt werden. Analysiert und bewertet werden sollen z. B.

- die Arbeitsweise des Zirkels,
- konkrete Qualitätsverbesserungen in der Praxis anhand ausgewählter Qualitätsindikatoren,
- Veränderungen in der Versorgungszufriedenheit der Patienten,
- Veränderungen in der Berufszufriedenheit der am Qualitätszirkel Teilnehmenden.

4.4.2 Die interne Evaluation liegt in der Verantwortung der Teilnehmer des Qualitätszirkels selbst. Hierzu zählt auch ein regelmäßiges Feedback an den Moderator. Eine externe Evaluation kann durch die betreuende Kassenärztliche Vereinigung, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versor-

gung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder wissenschaftlichen Instituten, erfolgen.

4.4.3 Die im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung arbeitenden Qualitätszirkel werden von der Kassenärztlichen Vereinigung unter Berücksichtigung der folgenden Angaben erfasst:

- Art des Qualitätszirkels (hausärztlich, fachärztlich, psychotherapeutisch, fachgruppenübergreifend, indikationsbezogen, QM-bezogen)
- Thema
- Gründungsdatum
- von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannter Moderator
- Teilnehmerzahl
- Anzahl der Sitzungen im Jahr
- Dokumentation der Sitzungen
- frei von Sponsoring
- durch regionale Ärztekammer bzw. Kassenärztliche Vereinigung anerkannte Fortbildungsmaßnahme

Auf Wunsch können die Qualitätszirkel von der zuständigen Geschäftsstelle „Qualitätssicherung“ der Kassenärztlichen Vereinigung unterstützt werden (z. B. durch Information zu anerkannten Ausbildungsangeboten für Moderatoren, Bekanntmachung des Qualitätszirkelangebots, organisatorische Betreuung, Vermittlung von externen Experten, Bereitstellung von Räumen, Material und Technik). Die Geschäftsstelle „Qualitätssicherung“ der Kassenärztlichen Vereinigung kann sich ihrerseits wiederum der Zusammenarbeit mit Qualitätszirkel-Tutoren bedienen (s. 4.4.4).

4.4.4 Qualitätszirkel-Tutoren

Die Begleitung und Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit durch ausgebildete Tutoren hat sich bewährt. Als Qualitätszirkel-Tutoren sind Ärzte und Psychotherapeuten geeignet, die Mitglieder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sind, Erfahrungen in der Moderation von Qualitätszirkeln besitzen und die Tutorenausbildung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder eine vergleichbare Ausbildung einer Kassenärztlichen Vereinigung absolviert haben. Zu den Aufgaben eines Tutors zählt es, die Moderatorengrundausbildung durchzuführen, den Moderatoren neue Dramaturgien der Qualitätszirkelarbeit zu vermitteln, Supervisionen durchzuführen und sowohl für die Kassenärztliche Vereinigung als auch für die Moderatoren beratend zur Verfügung zu stehen.

4.5 Anerkannte Fortbildungsmaßnahme

Mit der Teilnahme an Qualitätszirkeln nach den Vorgaben dieser Richtlinie können Fortbildungspunkte gemäß § 95d SGB V erworben werden. Voraussetzung ist, dass der Qualitätszirkel gemäß (Muster-)Satzungsregelung der Bundesärztekammer/Bundespsychotherapeutenkammer von der regionalen Ärztekammer bzw. im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung von der Kassenärztlichen Vereinigung zertifiziert worden ist.

5 Ringversuche

- 5.1 Über die Durchführung und Evaluation vorgeschriebener Ringversuche (z. B. Labor-Ringversuche nach den Richtlinien der Bundesärztekammer) entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung. Die Betreuung der Ringversuche obliegt der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" gemäß Abschnitt I. Punkt 3.2 dieser Richtlinien.
- 5.2 Näheres wird in Anlagen in Teil II. dieser Richtlinien geregelt.

6 Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)

- 6.1 Die Kassenärztlichen Vereinigungen vergewissern sich der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen durch Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben). Dies gilt insbesondere für Leistungen, für deren Durchführung und Abrechnung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V spezielle Anforderungen an die fachliche Befähigung vereinbart wurden.
- 6.2 Die Qualitätsprüfung kann folgende Aspekte einbeziehen:
 - Indikationsstellung
 - intermediäres Ergebnis (z. B. Röntgenbild),
 - Dokumentation (Befund).
- 6.3 Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, bei genehmigungspflichtigen Leistungen von den zu prüfenden Ärzten in dem gesetzlich geregelten, vertraglich vereinbarten oder durch Richtlinien der KBV bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegten Umfang Angaben und Unterlagen über die Art der Leistungserbringung zu verlangen. Dies betrifft insbesondere Leistungen, bei deren Erbringung nichtärztliche Mitarbeiter des Arztes beteiligt sind.
- 6.4 Bestehen aufgrund der Angaben des Arztes Zweifel, ob die jeweilige(n) Leistung(en) den gesetzlichen Regelungen, vertraglichen Vereinbarungen oder den Richtlinien der KBV bzw. der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung entsprechend erbracht werden, so ist die Kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage von § 75 Abs. 1 und 2 SGB V berechtigt, nach von ihr aufzustellenden Regelungen eine Überprüfung am Ort der Leistungserbringung durchzuführen.
- 6.5 Über die Durchführung einer Überprüfung hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung zu entscheiden.
- 6.6 Eine Überprüfung ist nur dann zulässig, wenn der betreffende Arzt hierzu schriftlich sein Einverständnis erklärt hat. Wird die Einverständniserklärung durch den Arzt verweigert, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der betreffenden Leistungen versagen oder widerrufen.
- 6.7 Eine Überprüfung kann auch vom Arzt selbst beantragt werden.
- 6.8 Die Durchführung einer Überprüfung in der Praxis des Arztes obliegt der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung", gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit der für den jeweiligen Bereich zuständigen Qualitätssicherungskommission. Hierbei sind folgende Grundsätze zu beachten:
 - Der Zeitpunkt sowie die Art und Weise der Überprüfung haben auf die Interessen des betreffenden Arztes Rücksicht zu nehmen.
 - Der Termin für die Überprüfung ist mit dem betreffenden Arzt zu vereinbaren.

- 6.9 Nach Abschluss der Überprüfung in der Praxis des Arztes gibt die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich Bericht. Das Ergebnis der Überprüfung teilt die Kassenärztliche Vereinigung dem betreffenden Arzt mit.
- 6.10 Wurden Mängel festgestellt, die mit einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung nicht zu vereinbaren sind, ist der Arzt aufzufordern, diese unter Gewährung einer angemessenen Frist zu beseitigen und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 6.11 Kommt der Arzt der Aufforderung der Kassenärztlichen Vereinigung nicht nach, entscheidet der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung über das weitere Vorgehen. Dabei kann er die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der betreffenden Leistung(en) mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres versagen oder widerrufen. Die Wiedererteilung der Genehmigung ist in diesem Falle von der durch die Kassenärztliche Vereinigung vor Ort geprüften Beseitigung der festgestellten Mängel abhängig zu machen.

7 Kolloquien

- 7.1 Nach Maßgabe dieser Richtlinien in Verbindung mit den Vereinbarungen gemäß § 10 Bundesmantelvertrag/Ärzte bzw. § 27 Arzt/Ersatzkassenvertrag können die Kassenärztlichen Vereinigungen Kolloquien durchführen.
- 7.2 Kolloquien haben den Charakter eines Fachgesprächs. Sie dienen der Kassenärztlichen Vereinigung dazu, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt sich der dafür erforderlichen fachlichen Befähigung zu vergewissern.
- 7.3 Über die Zulassung zum Kolloquium entscheidet die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung". Die Zulassung wird erteilt, wenn der Antragsteller die jeweils erforderlichen formalen Voraussetzungen erfüllt. Bestehen trotz der Erfüllung dieser Voraussetzungen aufgrund der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen dennoch Zweifel an der fachlichen Befähigung des Antragstellers, ist für die Entscheidung über die Notwendigkeit zur Prüfung der fachlichen Befähigung durch ein Kolloquium die jeweils zuständige Qualitätssicherungskommission beratend hinzuzuziehen. Das gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt einen von der jeweiligen Vereinbarung abweichenden, aber gleichwertigen Qualifikationsgang nachweist.
- 7.4 Die Durchführung der Kolloquien obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Jeweils drei ihrer Mitglieder sollen als Prüfer an einem Kolloquium teilnehmen, ebenso ein Vertreter der Geschäftsstelle Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. Punkt 3.2.1).
- 7.5 Die Organisation der Kolloquien obliegt der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" gemäß Nr. 3.2 dieser Richtlinien. Dies beinhaltet auch die Festsetzung des Termins für das Kolloquium. Dem antragstellenden Arzt ist ein fester Termin mit einer Frist von mindestens vier Wochen anzubieten. Mit Einverständnis des Antragstellers können auch kürzere Fristen vereinbart werden.
- 7.6 Mit Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung kann der Antragsteller das Kolloquium auch bei einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung absolvieren.
- 7.7 Das Kolloquium kann - mit deren schriftlichem Einverständnis - mit bis zu vier antragstellenden Ärzten gleichzeitig durchgeführt werden.

- 7.8 Die Dauer des Kolloquiums soll in der Regel für jeden Arzt mindestens 30 Minuten betragen.
- 7.9 Die Prüfungsinhalte haben sich auf versorgungsrelevante Sachverhalte, insbesondere auf den vom Antragsteller beantragten Leistungsbereich zu beziehen. Näheres wird für die einzelnen Bereiche in Teil II dieser Richtlinien festgelegt. Die inhaltliche Gestaltung der Kolloquien im Einzelnen obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Werden spezielle ärztliche Fertigkeiten geprüft, ist zu gewährleisten, dass mindestens ein auch in diesen Fertigkeiten besonders erfahrenes Kommissionsmitglied als einer der drei Prüfer am Kolloquium teilnimmt.
- 7.10 Über den Ablauf des Kolloquiums ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muss enthalten:
- die Namen der Teilnehmer (Antragsteller und Prüfer) und ihre Funktion
 - Ort, Tag, Beginn und Ende des Kolloquiums
 - Vermerke über die gestellten Fragen und deren Beantwortung
 - gegebenenfalls Vermerke über die geprüften ärztlichen Fertigkeiten und deren Beherrschung durch den Antragsteller
- Die Niederschrift ist von den am Kolloquium teilnehmenden Mitgliedern der jeweiligen Qualitätssicherungskommission zu unterzeichnen.
- 7.11 Die als Prüfer am Kolloquium beteiligten Mitglieder der Qualitätssicherungskommission befinden unmittelbar nach dessen Abschluss in Abwesenheit des Antragstellers mit einfacher Mehrheit darüber, ob dieser die erforderliche fachliche Befähigung nachweisen konnte. Der Vertreter der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" der Kassenärztlichen Vereinigung hat kein Stimmrecht.
- 7.12 Hat der Antragsteller die für den beantragten Leistungsbereich erforderliche fachliche Befähigung hinreichend nachgewiesen und liegen die gegebenenfalls darüber hinaus erforderlichen Nachweise und Bescheinigungen vor, erteilt ihm die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der jeweils beantragten Leistungen.
- 7.13 Wird die erforderliche fachliche Befähigung nicht hinreichend nachgewiesen, ist die Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, dem Antragsteller Hinweise zum Erwerb dieser Befähigung (z. B. Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Anleitung, Ausgleich von Wissenslücken durch Seminare, Fortbildungskurse) zu geben und die erneute Zulassung zum Kolloquium von der Vorlage entsprechender Nachweise abhängig zu machen.
- 7.14 Bleibt der Antragsteller dem Kolloquium ohne ausreichenden Grund fern oder bricht er es ohne ausreichenden Grund ab, gilt der Nachweis der fachlichen Befähigung als nicht erbracht.
- 7.15 Die erneute Teilnahme an einem Kolloquium für den jeweils beantragten Bereich ist frühestens nach Ablauf von drei Monaten möglich.
- 7.16 Ärzte, die noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, können zum Kolloquium zugelassen werden. Wenn sie die jeweilige fachliche Befähigung hinreichend nachgewiesen haben, stellt ihnen die Kassenärztliche Vereinigung eine Bestätigung über die erfolgreiche Teilnahme aus. Diese Bestätigung kann i. V. m. einem Antrag auf Durchführung und Abrechnung der entsprechenden, mit Qualifikationsvorbehalt versehenen Leistungen als Nachweis der fachli-

chen Befähigung anerkannt werden, sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung keine Qualifikationsvereinbarungen oder Richtlinien in Kraft getreten sind, die an die betreffende fachliche Befähigung höhere Anforderungen stellen.

8 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)

- 8.1 Nach Maßgabe dieser Richtlinien in Verbindung mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung), den Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien nach § 136 SGB V sowie den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V führen die Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätsprüfungen durch.
- 8.2 Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen erfolgen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V vertragsärztliche Versorgung bzw. nach den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V.
- 8.3 Die Bewertung der Dokumentationen zu einem Patienten (Einzelbewertung) sowie die Bildung der Gesamtbewertung der Dokumentationen zu allen für eine Qualitätsprüfung ausgewählten Patienten eines Arztes erfolgen nach den Anlagen zu diesen Richtlinien.
- 8.4 Zur Ermittlung der Häufigkeit typischer Mängel in einem Leistungsbereich erstellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Formular. Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt die arztbezogen ausgefüllten Formulare in anonymisierter Form an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur bundesweiten Auswertung.

Anlagen

Anlage 1 Bewertungsschema konventionelle Röntgendiagnostik / Computertomographie

1. Einzelbewertung

1.1 Für jede Einzelbewertung können maximal 20 Punkte vergeben werden.

1.2 Die Einzelbewertung im Rahmen der konventionellen Röntgendiagnostik / Computertomographie erfolgt nach den folgenden 6 Parametern:

a) Indikation

- Indikation schlüssig: Keine Beanstandungen (2 Punkte)
- Indikation eingeschränkt schlüssig: Erhebliche Beanstandungen (1 Punkt)
- fehlende oder falsche Indikation, Indikation begründet nicht die durchgeführte Aufnahme: Schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)

b) Charakteristische Bildmerkmale einschließlich Bildidentifikation

- charakteristische Bildmerkmale adäquat abgebildet: Keine Beanstandungen (3 Punkte)
- charakteristische Bildmerkmale nicht optimal abgebildet, aber nicht relevant für die Fragestellung: Geringe Beanstandungen (2 Punkte)
- charakteristische Bildmerkmale nicht optimal abgebildet, aber relevant für die Fragestellung: Erhebliche Beanstandungen (1 Punkt)
- charakteristische Bildmerkmale inadäquat abgebildet: Schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)

c) Wichtige Bilddetails (analog / digital)

- keine Beanstandungen (3 Punkte)
- diagnostisch nicht relevante Bildfehler: Geringe Beanstandungen (2 Punkte)
- diagnostisch relevante Bildfehler: Erhebliche Beanstandungen (1 Punkt)
- erhebliche die Diagnostik beeinträchtigende Bildfehler: Schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)

d) Kritische Strukturen / kritische Bildelemente

- keine Beanstandungen (3 Punkte)
- geringe Einschränkung der Bildqualität, aber Diagnose noch möglich: Geringe Beanstandungen (2 Punkte)
- erhebliche Einschränkung der Bildqualität: Erhebliche Beanstandungen (1 Punkt)
- keine ausreichende Diagnostik mehr möglich: Schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)

e) Strahlenschutz

- keine Beanstandungen z. B. hinsichtlich organbezogener korrekter Einblendung, korrekt gewählter Dosis, Gonadenschutz, Aufnahmeparameter (3 Punkte)
 - geringe Beanstandungen (2 Punkte)
 - erhebliche Beanstandungen (1 Punkt)
 - schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)
- f) Befundung
- schlüssig: Keine Beanstandungen (6 Punkte)
 - therapeutisch nicht relevante oder geringfügige Befundungsfehler: Geringe Beanstandungen (5 bzw. 4 Punkte)
 - Beschreibung nicht schlüssiger Befunde, unvollständige Befunde, therapeutisch relevante oder erhebliche Befundungsfehler: Erhebliche Beanstandungen (3 bzw. 2 bzw. 1 Punkt)
 - fehlende Befundung oder Falschbefundung: Schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)
- 1.3 Betrifft eine Beanstandung verschiedene Parameter nach Nummer 1.2, können Punktabzüge kombiniert werden.

2. Ergebnis der Einzelbewertung

2.1 Das Endergebnis der Einzelbewertung lautet:

Keine Beanstandungen	19	–	20	Punkte
Geringe Beanstandungen	16	–	18	Punkte
Erhebliche Beanstandungen	10	–	15	Punkte
Schwerwiegende Beanstandungen	0	–	9	Punkte

2.2 Bei groben Mängeln im Strahlenschutz oder bei Mängeln, die zu einer vermeidbaren erheblichen Gefährdung von Leben oder Gesundheit des Patienten geführt haben, ist eine Abstufung einer Einzelbewertung auf „schwerwiegende Beanstandungen“ möglich.

3. Gesamtbewertung

3.1 Aus den zwölf Einzelbewertungen wird die Gesamtbewertung gebildet.

3.2 Die Gesamtbewertung wird nach folgendem Schema ermittelt:

Stufe 4 (schwerwiegende Beanstandungen)

- mindestens zwei Einzelbewertungen mit schwerwiegenden Mängeln
- mindestens drei Einzelbewertungen mit erheblichen Mängeln
- zwei Einzelbewertungen mit erheblichen und eine Einzelbewertung mit schwerwiegenden Mängeln
- eine Einzelbewertung mit schwerwiegenden Mängeln verbunden mit Gefahr für Leben oder Gesundheit des Patienten

Stufe 3 (erhebliche Beanstandungen)

- eine Einzelbewertung mit schwerwiegenden Mängeln

- zwei Einzelbewertungen mit erheblichen Mängeln
- eine Einzelbewertung mit erheblichen Mängeln und mindestens fünf Einzelbewertungen mit geringen Mängeln

Stufe 2 (geringe Beanstandungen)

- eine Einzelbewertung mit erheblichen Mängeln und maximal vier Einzelbewertungen mit geringen Mängeln
- mindestens drei Einzelbewertungen mit geringen Mängeln

Stufe 1 (keine Beanstandungen)

- maximal zwei Einzelbewertungen mit geringen Mängeln

3.3 Bei systematischen Fehlern in der Indikationsstellung kann eine Abstufung vorgenommen werden.

Anlage 2 Bewertungsschema Kernspintomographie

1. Einzelbewertung

1.1 Für jede Einzelbewertung können maximal 20 Punkte vergeben werden.

1.2 Die Einzelbewertung im Rahmen der Kernspintomographie erfolgt nach den folgenden 5 Parametern:

a) Indikation

- Indikation schlüssig: Keine Beanstandungen (2 Punkte)
- Indikation eingeschränkt schlüssig: Erhebliche Beanstandungen (1 Punkt)
- fehlende, falsche oder nicht schlüssige Indikation: Schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)

b) Untersuchungsvolumen

- Untersuchungsvolumen adäquat abgebildet: Keine Beanstandungen (3 Punkte)
- Untersuchungsvolumen zu groß oder zu klein abgebildet, aber nicht relevant für die Fragestellung: Geringe Beanstandungen (2 Punkte)
- Untersuchungsvolumen nicht optimal abgebildet, relevant für die Fragestellung: Erhebliche Beanstandungen (1 Punkt)
- Untersuchungsvolumen inadäquat abgebildet: Schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)

c) Messparameter (z. B. verwendete Spule, Schichtlage, Wichtung)

- Parameter adäquat gewählt: Keine Beanstandungen (5 Punkte)
- unkritische Abweichung der Messparameter: Geringe Beanstandungen (4 bzw. 3 Punkte)
- eine oder mehrere kritische Abweichungen der Messparameter, Beurteilbarkeit eingeschränkt: Erhebliche Beanstandungen (2 bzw. 1 Punkt)
- eine oder mehrere kritische Abweichungen der Messparameter, Beurteilbarkeit nicht mehr möglich: Schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)

d) Kritische Bildelemente einschl. Bildidentifikation

- keine Beanstandungen (4 Punkte)
- geringe Einschränkung der Bildqualität, aber Diagnose noch möglich: Geringe Beanstandungen (3 Punkte)
- erhebliche Einschränkung der Bildqualität: Erhebliche Beanstandungen (2 bzw. 1 Punkt)
- keine ausreichende Diagnostik mehr möglich: Schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)

e) Befundung

- schlüssig: Keine Beanstandungen (6 Punkte)

- therapeutisch nicht relevante oder geringfügige Befundungsfehler: Geringe Beanstandungen (5 bzw. 4 Punkte)
 - Beschreibung nicht schlüssiger Befunde, unvollständige Befunde, therapeutisch relevante oder erhebliche Befundungsfehler: Erhebliche Beanstandungen (3 bzw. 2 bzw. 1 Fehler)
 - fehlende Befundung oder Falschbefundung: Schwerwiegende Beanstandungen (0 Punkte)
- 1.3 Betrifft eine Beanstandung verschiedene Parameter nach Nummer 1.2, können Punktabzüge kombiniert werden.

2. Ergebnis der Einzelbewertung

2.1 Das Endergebnis der Einzelbewertung lautet:

Keine Beanstandungen	19 – 20	Punkte
Geringe Beanstandungen	16 – 18	Punkte
Erhebliche Beanstandungen	10 – 15	Punkte
Schwerwiegende Beanstandungen	0 – 9	Punkte

2.2 Bei Mängeln, die zu einer vermeidbaren erheblichen Gefährdung für Leben oder Gesundheit des Patienten geführt haben, ist eine Abstufung einer Einzelbewertung auf „schwerwiegende Beanstandungen“ möglich.

3. Gesamtbewertung

3.1 Aus den zwölf Einzelbewertungen wird die Gesamtbewertung gebildet.

3.2 Die Gesamtbewertung wird nach folgendem Schema ermittelt:

Stufe 4 (schwerwiegende Beanstandungen)

- mindestens zwei Einzelbewertungen mit schwerwiegenden Mängeln
- mindestens drei Einzelbewertungen mit erheblichen Mängeln
- zwei Einzelbewertungen mit erheblichen und eine Einzelbewertung mit schwerwiegenden Mängeln
- eine Einzelbewertung mit schwerwiegenden Mängeln verbunden mit Gefahr für Leben oder Gesundheit des Patienten

Stufe 3 (erhebliche Beanstandungen)

- eine Einzelbewertung mit schwerwiegenden Mängeln
- zwei Einzelbewertungen mit erheblichen Mängeln
- eine Einzelbewertung mit erheblichen Mängeln und mindestens fünf Einzelbewertungen mit geringen Mängeln

Stufe 2 (geringe Beanstandungen)

- eine Einzelbewertung mit erheblichen Mängeln und maximal vier Einzelbewertungen mit geringen Mängeln
- mindestens drei Einzelbewertungen mit geringen Mängeln

Stufe 1 (keine Beanstandungen)

- maximal zwei Einzelbewertungen mit geringen Mängeln

- 3.3 Bei systematischen Fehlern in der Indikationsstellung kann eine Abstufung vorgenommen werden.

Diese Richtlinien treten am 1. April 2011 in Kraft. Sie ersetzen die Richtlinien vom 6. März 2009.