KBV

Kassenärztliche Bundesvereinigung

QUALITÄTSBERICHT

AUSGABE

2014

Dr. Andreas Gassen
Vorsitzender des Vorstands der KBV

Dipl.-Med. Regina Feldmann
Vorstand der KBV

GRUSSWORT

SEHR GEEHRTE DAMEN, SEHR GEEHRTE HERREN,

„Ich behandle jeden individuell. Aber alle gleich gut.“ oder „Ich lerne ständig Neues. Damit für Sie alles beim Alten bleibt.“ Diese und weitere Slogans haben wir für den Schwerpunkt Qualität in unserer Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ im Jahr 2014 ausgewählt. Für uns sind das keine daher gesagten Floskeln, sondern wir stehen dahinter. Denn die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sind der Grund für die hohe Qualität der wohnortnahen flächendeckenden ambulanten Versorgung in Deutschland.

Dass diese sichergestellt und weiter entwickelt wird, ist Aufgabe der KBV sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dennoch lebt sie vor allem von den engagierten ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten, die sich in Qualitätszirkeln, beim Qualitätsmanagement (wie QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen®) oder in Qualitätssicherungskommissionen einbringen und damit helfen, das Gesundheitssystem und dessen Qualität hochzuhalten.

Vor allem in den Qualitätssicherungskommissionen ist das Zusammenspiel zwischen ärztlichem Sachverstand und professioneller Verwaltung wichtig. Als qualitätssichernde Maßnahme sind diese Kommissionen, die mit Ärzten, Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen, in Ausnahmefällen auch der Krankenkassen, besetzt sind, daher bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen institutionell verankert. Die Aufgabe der Ärzte in diesen Kommissionen besteht darin, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers durch verschiedene Maßnahmen zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Auch stichprobenartige Dokumentationsprüfungen gehören zu den Aufgaben der Mediziner. Die eingereichten patientenbezogenen Aufzeichnungen werden retrospektiv durch die Kollegen in den Qualitätssicherungskommissionen begutachtet. Neben den fachlich wichtigen Tätigkeiten, wie den qualitätssichernden Maßnahmen, spielt vor allem auch der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen des geprüften Arztes eine große Rolle. Durch den geschützten innerärztlichen Bereich, erlangen die geprüften Ärzte und Psychotherapeuten ein höheres Vertrauen.

Durch die engagierte Arbeit der über 3.600 ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten an den Qualitätssicherungskommissionen kann somit der hohe Standard in der ambulanten Versorgung beibehalten und weiterentwickelt werden. Für etwa 50 Leistungsbereiche sind bisher Kommissionen errichtet werden.

Erfreut waren wir darüber, dass auch die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag festgehalten hat, dass „im Zentrum der Gesundheitspolitik die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung stehen.“ Dafür haben CDU/CSU und SPD innerhalb von weniger als einem Jahr das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) auf den Weg gebracht. Darin geregelt wird die Errichtung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG). Dieses soll dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermitteln und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefern.

Zu den aktuellen Entwicklungen aus dem Haus der KBV sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Partnerorganisationen, lesen Sie mehr in diesem Qualitätsbericht. Dieser wurde wie immer mit Hilfe der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen erstellt. In drei Teilen finden Sie Informationen rund um den Bereich Qualitätssicherung.

Inhaltsverzeichnis

1

AKTUELLES

Neue Qualitätssicherungsvereinbarung: Kapselendoskopie des Dünndarms 7

Neue Qualitätssicherungsvereinbarung: Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM) 8

Betrieb des Online-Portals eDoku 9

Länderübergreifende Qualitätssicherungskommission zur Vakuumbiopsie der Brust 10

Hygieneleitfaden für die Arztpraxis 12

Aktualisierung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse 14

Erste Ergebnisse aus der Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung 16

Aktualisierung des Qualitätsindikatoren-Sets 18

Webapplikation Mein PraxisCheck 19

Regionale Qualitätsinitiativen: 20
- KV Baden-Württemberg 21
- KV Bayerns 22
- KV Berlin 23
- KV Brandenburg 24
- KV Bremen 25
- KV Hamburg 26
- KV Hessen 27
- KV Mecklenburg-Vorpommern 28
- KV Niedersachsen 29
- KV Nordrhein 30
- KV Rheinland-Pfalz 31
- KV Saarland 32
- KV Sachsen 33
- KV Sachsen-Anhalt 34
- KV Schleswig-Holstein 35
- KV Thüringen 36
- KV Westfalen-Lippe 37

Einrichtungen mit weiteren Qualitätsinitiativen: 38
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 39
- Kompetenzzentrum Hygiene 40
- Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie 41
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 42
- Kooperationsgemeinschaft Mammographie 43

2

QUALITÄTSFÖRDERUNG A-Z

Akupunktur 45

Ambulantes Operieren 47

Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren 48

Arthroskopie 50

Balneophototherapie 52

Blutreinigungsverfahren / Dialyse 53

Disease-Management-Programme 55
- Ergebnisse aus dem Disease-Management-Programm Koronare Herzkrankheit
- Vertragsumfang der Disease-Management-Programme

Fakultative Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V 60
- Ambulantes Operieren, Herzschrittmacher-Kontrolle, interventionelle Radiologie, Langzeit-EKG-Untersuchungen, Magnetresonanz-Angiographie, Onkologie, schlafbezogene Atmungsstörungen, Nuklearmedizin, substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Ultraschalldiagnostik

Fortbildungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen 62

Fortbildungsverpflichtung 63

Herzschrittmacher-Kontrolle 64

Histopathologie Hautkrebs-Screening 65

HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen 67

Hörgeräteversorgung 69

Hörgeräteversorgung Kinder 70

Interventionelle Radiologie 71

Invasive Kardiologie 73

Koloskopie 75

Laboratoriumsuntersuchungen 78

Langzeit-EKG-Untersuchungen 79

Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie) 86

Magnetresonanz-Angiographie 82
Mammographie (kurativ) 84
Mammographie-Screening 86
Medizinische Rehabilitation 89
Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA) 90
Molekulargenetik 91
Neuropsychologische Therapie 92
Onkologie 93
Otoakustische Emissionen 94
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund 95
Phototherapeutische Keratektomie 96
Psychotherapie 97
Qualitätsmanagement 100
Qualitätszirkel 102
Schlafbezogene Atmungsstörungen 103
Schmerztherapie 104
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung 105
Sozialpsychiatrie 106
Soziotherapie
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen 107
Strahlendiagnostik / -therapie 108
- konventionelle Röntgendiagnostik
- Computertomographie
- Osteodensitometrie
- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger 114
Ultraschalldiagnostik 116
- Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

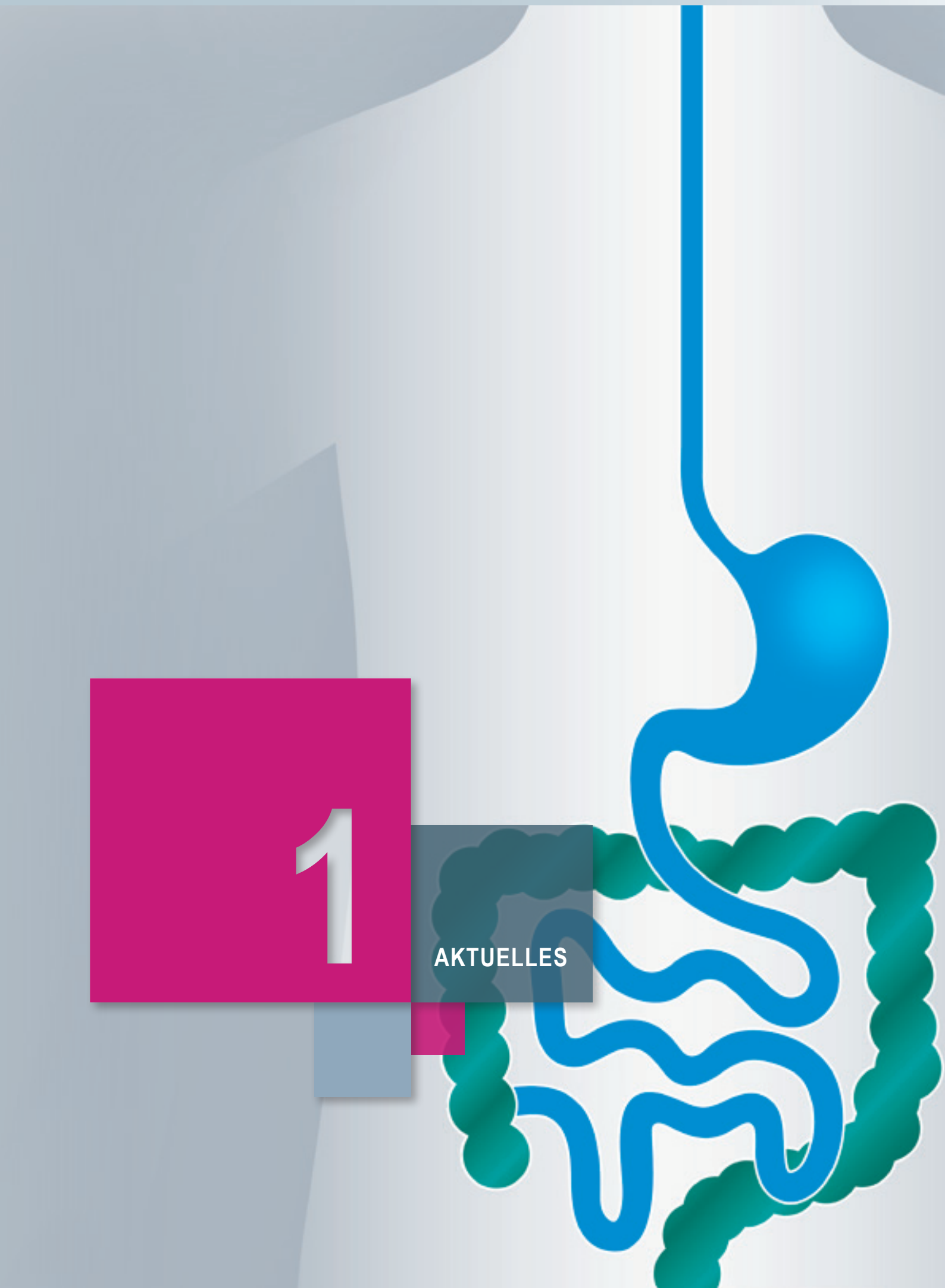
Vakuumbiopsie der Brust 124
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri 126

3

HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE

Ambulante Qualitätssicherung 131
- Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung
- Dimensionen der Qualitätssicherung
- Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung

Glossar 142
Arztstruktur 148
Abkürzungen 150
Quellen 151
Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen 152
Impressum 153



1 AKTUELLES

Neue Qualitätssicherungsvereinbarung: Kapselendoskopie des Dünndarms

Die Partner des Bundesmantelvertrags haben eine Qualitätssicherungsvereinbarung für die Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen mittels Dünndarm-Kapselendoskopie (Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie) geschlossen. Diese ist zum 1. Juli 2014 in Kraft getreten.

Die Kapselendoskopie kommt bei Erkrankungen des Dünndarms zum Einsatz. Dabei schluckt der Patient eine Mini-Kamera in Kapselform, die Videobilder aus dem Darm an ein Aufzeichnungsgerät übermittelt, das der Patient bei sich trägt. Die Untersuchung ist Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und erfolgt nach den Vorgaben der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat.

Die Untersuchung dürfen Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie durchführen. Sie benötigen eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistung. Die Anforderungen, die die Ärzte erfüllen müssen, sind in der Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie aufgeführt.

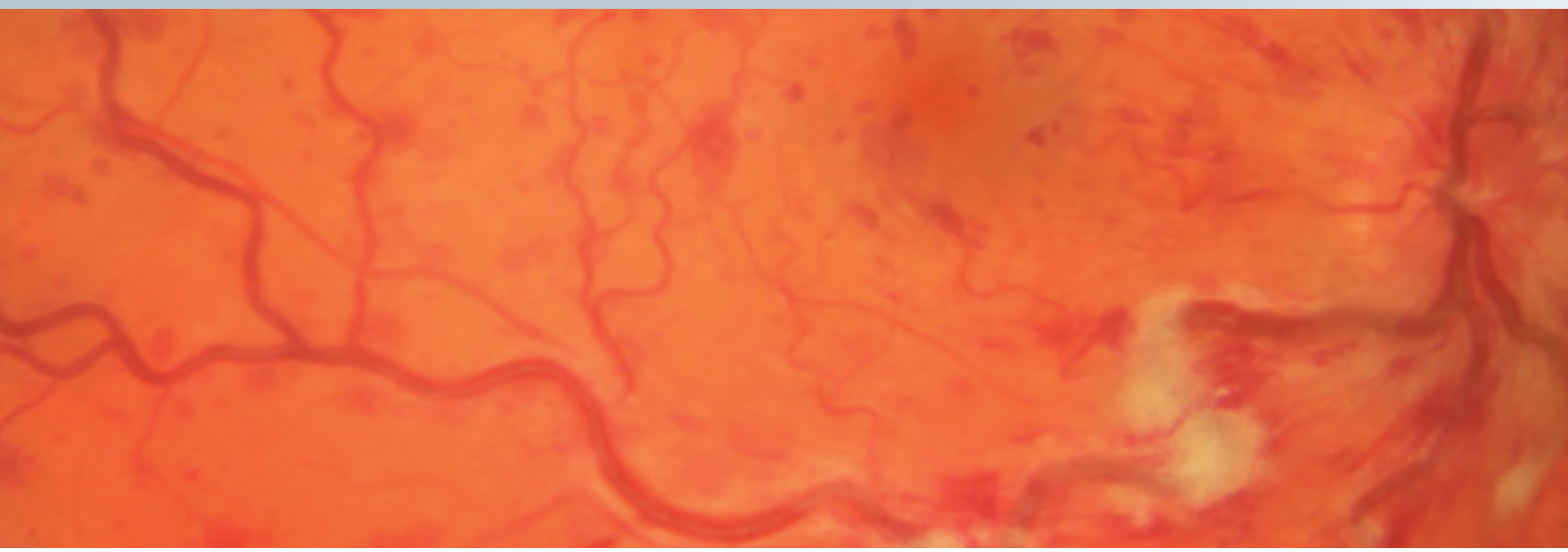
Die Vereinbarung enthält Vorgaben zu den fachlichen, technischen und organisatorischen Anforderungen sowie zur Dokumentation der Leistung. Darüber hinaus wurde eine Übergangsregelung aufgenommen für Ärzte, die diese Leistung bereits durchführen.

Die Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie definiert Anforderungen an den Arzt, der die Kapsel appliziert (Applizierer) und an den Arzt, der die Untersuchung auswertet (Auswerter). Inhaltlicher Schwerpunkt der Qualitätssicherungsvereinbarung ist, neben Regelungen zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen sowie zur Dokumentation, die verpflichtende Übermittlung einer Jahresstatistik.

Die Datenübertragung erfolgt ausschließlich durch die Applizierer, denen auch die Informationen der auswertenden Ärzte vorliegen. Die Datenerfassung und -übermittlung erfolgt in einem elektronischen Dokumentationsverfahren und ist in der Anlage 1 der Vereinbarung beschrieben. Die Pflicht zur Erfassung der Daten für die Jahresstatistik beginnt drei Quartale nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens. Für das erste Berichtsjahr 2015 werden somit keine kompletten Jahresdaten zur Verfügung stehen.

Eine Übergangsregelung ermöglicht, dass innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung neben den genannten Ärzten bestimmte weitere Ärzte eine Genehmigung erhalten können. So können auch Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt die Leistung durchführen, wenn sie gastroenterologisch tätig sind (gem. Präambel 13.1 Nr. 4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs) und vor Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung Leistungen der Kapselendoskopie erbracht haben.

In der Qualitätssicherungsvereinbarung wird auf eine obligate regelmäßige stichprobenhafte Prüfung der Dokumentation zunächst verzichtet. Die Partner des Bundesmantelvertrags haben sich darauf verständigt, dass frühestens zwei Jahre nach Auswertung der Ergebnisse der Jahresstatistik geprüft werden soll, ob Kriterien für anlassbezogene (Stichproben-)Prüfungen vorgegeben werden sollen.



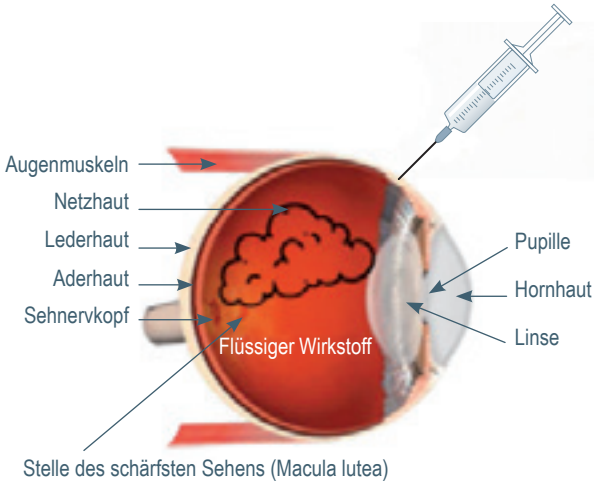
Neue Qualitätssicherungsvereinbarung: Intravitreale Medikamenteneingabe

Zur Behandlung verschiedener Augenerkrankungen, wie etwa einer feuchten altersabhängigen Makuladegeneration, einer Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems oder einer chorioidalen Neovaskularisation aufgrund einer pathologischen Myopie, steht neben anderen Behandlungsverfahren auch die Injektion eines das Gefäßwachstum hemmenden und Netzhautschwellung zurückbildenden Wirkstoffs, eines sogenannten VEGF-Blockers (Vascular-Endothelial-Growth-Factor), in den Glaskörperraum zur Verfügung, die sogenannte Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM).

Nach der seit dem 1. Oktober 2014 geltenden Qualitätssicherungsvereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe müssen Fachärzte für Augenheilkunde, die dieses Behandlungsverfahren durchführen, eine bestimmte Anzahl an Fluoreszenzangiographien und intraokularen Eingriffen nachweisen. Auch müssen sie an einem gesonderten Kurs zur intravitrealen Medikamenteneingabe mit aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement teilnehmen.

Bei der intravitrealen Medikamenteneingabe handelt es sich um einen sehr sensiblen Eingriff am Auge. Um mögliche Nebenwirkungen auf ein Minimum zu reduzieren, sind in der Qualitätssicherungsvereinbarung spezielle Vorgaben zur Hygiene aufgeführt. Insbesondere ist festgelegt, dass die intravitreale Medikamenteneingabe in einem Operationsraum erfolgen muss, der den strengen Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren entspricht. Darüber hinaus wurde eine Übergangsregelung aufgenommen für Ärzte, die diese Leistung bereits durchführen.

Die Vereinbarung enthält neben den Vorgaben zu den fachlichen, technischen und organisatorischen Anforderungen auch Vorgaben zur Dokumentation. Demnach sind Anforderungen definiert für Indikation und Durchführung der Leistung sowie für die Bildgebung. Die Dokumentation ist Gegenstand einer Stichprobenprüfung, die ab 2015 jährlich zehn Prozent der abrechnenden Ärzte betreffen wird.



Betrieb des Online-Portals eDoku

eDoku
Qualität dokumentieren

Das Online-Portal eDoku bietet Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten die Möglichkeit, für ausgewählte Bereiche die Dokumentation ihrer Daten zur Qualitätssicherung mittels Anschlusses an das KV-SafeNet* oder das KV-FlexNet über das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzunehmen.

In bestimmten Zeitfenstern können vom Arzt Ergänzungen oder Korrekturen vorgenommen werden. Die Anwender profitieren von der elektronischen Dokumentation im Online-Portal, da hiermit ein Teil ihrer Berichtspflichten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung fristgerecht erfüllt ist, ihnen zusätzlich auf Basis ihrer Angaben in regelmäßigen Abständen Auswertungen und Rückmeldeberichte bereitgestellt werden und sie bei Bedarf auf ergänzende elektronisch abrufbare Informationen zurückgreifen können. In manchen Regionen werden alternative technische Lösungen zur Erhebung der Qualitätssicherungsdaten von den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

Das Portal steht für folgende genehmigungspflichtige Leistungen mit entsprechenden Dokumentationspflichten bereit:

- Qualitätssicherung in der Molekulargenetik (Jahresstatistik)
- Evaluation der Sozialpsychiatrievereinbarung
- Qualitätssicherung in der Hörgeräteversorgung
- Qualitätssicherung in der Hörgeräteversorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern
- Qualitätssicherung Kapselendoskopie des Dünndarms (Jahresstatistik)

Die ersten individuellen Rückmeldeberichte für Ärzte stehen seit dem vierten Quartal 2013 zur Verfügung. Anhand der Darstellungen in diesen Berichten erhält jeder Arzt einen Überblick über die von ihm dokumentierten Qualitätssicherungsdaten im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Ärzte. Für die Daten aus der Molekulargenetik erfolgt die vergleichende Berichterstattung nicht arzt-, sondern betriebsstättenbezogen.

IN eDOKU BEREITGESTELLTE RÜCKMELDEBERICHTE (2013)		
Molekulargenetik	Betriebsstätte (Jahresbericht)	**129**
SPV-Evaluation	Ärzte (Jahresbericht)	**605**
Hörgeräteversorgung	Ärzte (Quartalsbericht)	**1.161**

Die Kenntnis der eigenen Position im Vergleich soll jedem Arzt die Möglichkeit eröffnen, anhand verschiedener Indikatoren und Kennzahlen die erreichte Qualität zu beurteilen und gegebenenfalls zu verbessern, beziehungsweise Besonderheiten der Zusammensetzung seines Patientenspektrums zu erkennen.

Während die Angaben in der Hörgeräteversorgung quartalsweise eingereicht und ausgewertet werden, werden auf Basis der Jahresstatistiken dem Arzt einmal pro Jahr Rückmeldeberichte bereitgestellt. Diese Berichte erhalten auch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

*Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Länderübergreifende Qualitätssicherungskommission zur Vakuumbiopsie der Brust

INTERVIEW MIT DR. UTE BAYER, Kommissionsmitglied aus der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Jeweils zwei Ärzte aus den Kassenärztlichen Vereinigungen Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt bilden die Fachkommission Vakuumbiopsie der Brust.* Vorsitzender der Kommission ist Dr. Mathias Heiner, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Weimar, seine Stellvertreterin ist Dr. Susanne Wurdinger, Fachärztin für Diagnostische Radiologie in Jena. Beide leiten gemeinsam die thüringische Mammographie-Screening-Einheit Jena. Seit der ersten Sitzung am 27. Februar 2013 treffen sich quartalsweise mindestens drei Kommissionsmitglieder aus jeder Kassenärztlichen Vereinigung.
Dr. Bayer, Fachärztin für Diagnostische Radiologie in Leipzig und ebenfalls im Screening tätig, beantwortet als sächsisches Kommissionsmitglied einige Fragen zur Arbeit der Kommission.

Warum wurde eine Kommission für die Vakuumbiopsie sowohl im Screening als auch in der kurativen Mammographie eingerichtet?

Im Juli 2007 wurde die röntgengestützte Gewebeentnahme an der Brust – die stereotaktisch gestützte Vakuumbiopsie – sowohl für die kurative Versorgung als auch im Rahmen des Mammographie-Screenings in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen. Begleitend mit der Einführung dieser Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab wurde eine bundesweit gültige Vereinbarung zur Qualitätssicherung dieser Gewebeentnahme erstellt, in der unter anderem die 2008 aktualisierte Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland Berücksichtigung fand. Die neue Vereinbarung zur Qualitätssicherung der Vakuumbiopsie definiert die Inhalte der ärztlichen Dokumentation, die in zweijährigem Abstand auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft werden muss. Zur Überprüfung der Dokumentation und der Einhaltung der Qualitätssicherungsvereinbarung wurde eine ärztliche Kommission gegründet, die stichprobenartig eine fachliche Bewertung der durchgeführten Vakuumbiopsie vornimmt.

Warum ist die Kommission länderübergreifend?

Die Methode der stereotaktisch gestützten Vakuumbiopsie ist eine gerätetechnisch sehr anspruchsvolle Leistung, die nur in wenigen hochspezialisierten Zentren in den einzelnen Bundesländern durchgeführt wird. Daher haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen eine gemeinsame Qualitätssicherungskommission geschaffen, die die Überprüfung der Dokumentationen zweijährlich vornimmt. Insgesamt sind zum jetzigen Zeitpunkt nur 34 ärztliche Kollegen in den drei genannten Bundesländern tätig, die die Vakuumbiopsie entweder im Mammographie-Screening und/oder in der kurativen Abklärung anwenden, sodass eine unabhängige aber fachkundige Kommission in jedem einzelnen Bundesland nicht umsetzbar ist.

Mit welchen Aufgaben haben Sie sich in der Kommission bereits beschäftigt?

In der ersten gemeinsamen Sitzung der neuen Qualitätssicherungskommission im Februar 2013 wurden die Wahl der Vorsitzenden sowie die Benennung der Funktionen der einzelnen Mitglieder vorgenommen. Gemeinsam wurde unter den Mitgliedern der Kommission die einheitliche Vorgehensweise bei der Umsetzung der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie abgestimmt. Die Kommission erarbeitete ein Merkblatt für die Praxis zur Stichprobenprüfung Vakuumbiopsie, das die Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung für die zu prüfenden Kollegen beinhaltet. Dieses Merkblatt wird durch die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Anforderung der zu prüfenden zehn Fälle mitgeschickt und dient dem zu prüfenden Arzt zur Orientierung.

Weiterhin wurde ein einheitliches Protokoll durch die Kommission erstellt, das die Prüfinhalte hinsichtlich der ärztlichen Dokumentation, der notwendigen Vordiagnostik, der Bildgebungsbefunde und der Durchführung der Vakuumbiopsie gemäß den Anforderungen in der Qualitätssicherungsvereinbarung zusammenstellt, sodass diese für jeden zu prüfenden Einzelfall nachgewiesen werden können. Dieses Protokoll wurde zunächst stichprobenartig an einzelnen Patientendokumentationen durch die Kommissionsmitglieder getestet und daraufhin optimiert. In den anschließenden Sitzungen wurden bereits Stichprobenprüfungen von circa 30 Ärzten vorgenommen.

Welchen Einfluss hat Ihrer Meinung nach die Dokumentation generell auf die Qualität der Leistungserbringung?

Eine einheitliche Dokumentation der Vakuumbiopsie nach klar gegliederten Vorgaben einer bundesweit einheitlichen Qualitätssicherungsvereinbarung erhöht eindeutig die Qualität dieser Leistungserbringung. Genehmigungspflichtige Vorgaben für die fachlichen und apparativen Voraussetzungen müssen erfüllt werden, Mindestanforderungen sind hinsichtlich der jährlich durchzuführenden Vakuumbiopsien festgelegt und die ärztlichen Dokumentationen werden überprüft – dies alles führt zu einer einheitlichen und damit vergleichbaren Vorgehensweise bei dieser Gewebeentnahme, die die Kontrollierbarkeit und damit die Qualität der Leistung für die einzelne betroffene Patientin eindeutig verbessert.

Im Jahr 2013 konnten aufgrund der länderübergreifenden Kommission erstmals Stichprobenprüfungen im genehmigungspflichtigen Bereich Vakuumbiopsie der Brust durchgeführt werden. Wie beurteilen Sie insgesamt die Ergebnisse?

Bei den ersten Stichprobenprüfungen wurde festgestellt, dass die sehr detaillierten Anforderungen in der Qualitätssicherungsvereinbarung insbesondere an die ärztliche Dokumentation hinsichtlich der Indikationsstellung, der Vordiagnostik und der Durchführung der Vakuumbiopsie nicht immer durch die zu prüfenden Ärzte umfänglich erfüllt werden konnten. Die Kommission hat hier Hinweise gegeben, wie einzelne Mängel abzustellen sind; die Vollständigkeit der einzureichenden Unterlagen wurde teilweise eingefordert. Die bildliche Dokumentation und Vorlage der nachzuweisenden Röntgenaufnahmen zur Vakuumbiopsie waren überwiegend korrekt.

Die Kommission kann den zu prüfenden Ärzten überwiegend eine qualitätsgerechte Leistungserbringung bestätigen. Die Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust werden erfüllt.

Gibt es hinsichtlich der Kommissionsarbeit noch Probleme oder Verbesserungspotenzial?

Die Zusammenarbeit in der Kommission beruht auf einem gemeinsamen Anliegen, es herrscht eine große Kollegialität unter den Mitgliedern. Nur fachlich versierte Ärzte sind in die Kommission berufen worden, die alle über eine langjährige Erfahrung in der Durchführung der Vakuumbiopsie verfügen. Die Unterstützung durch die Verantwortlichen in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen ist vorbildlich, die einzelnen Kommissionssitzungen werden umfassend vorbereitet. Probleme in der Kommissionsarbeit können somit nicht benannt werden.

Im Rahmen der Kommissionsarbeit wurde festgestellt, dass die in der Qualitätssicherungsvereinbarung geforderten zehn Fälle als Stichprobengröße in Bezug auf die Gesamtmenge der durch den einzelnen Arzt erbrachten Vakuumbiopsie-Fälle im Jahr unverhältnismäßig hoch erscheinen. Dieser Hinweis wurde im Oktober 2013 an die KBV weitergegeben.

Das Gespräch mit Dr. Bayer führte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.

www.kvs-sachsen.de

*Seit 1. Juli 2011 besteht zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen der „Arbeitsgemeinschaft Ost" – Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Sachsen – eine Vereinbarung über die länderübergreifende Zusammenarbeit bei Qualitätssicherungsmaßnahmen. (siehe zum Beispiel Jahresbericht Qualitätssicherung der KV Sachsen, Ausgabe 2012, sowie KVS-Mitteilungen, Ausgabe 02/2012)

Hygieneleitfaden für die Arztpraxis

Im fünften Jahr seit seiner Gründung hat das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV einen Hygieneleitfaden für die Arztpraxis erarbeitet.

Ziel war es, ergänzend zu den zahlreichen Veröffentlichungen zu Einzelthemen der Hygiene, ein umfassendes und kompaktes Informationswerk für den ambulanten Bereich bereitzustellen. Das Ergebnis dieses über mehrere Monate dauernden Projekts ist eine mehr als 150-seitige Broschüre mit dem Titel: Hygiene in der Arztpraxis – Ein Leitfaden.

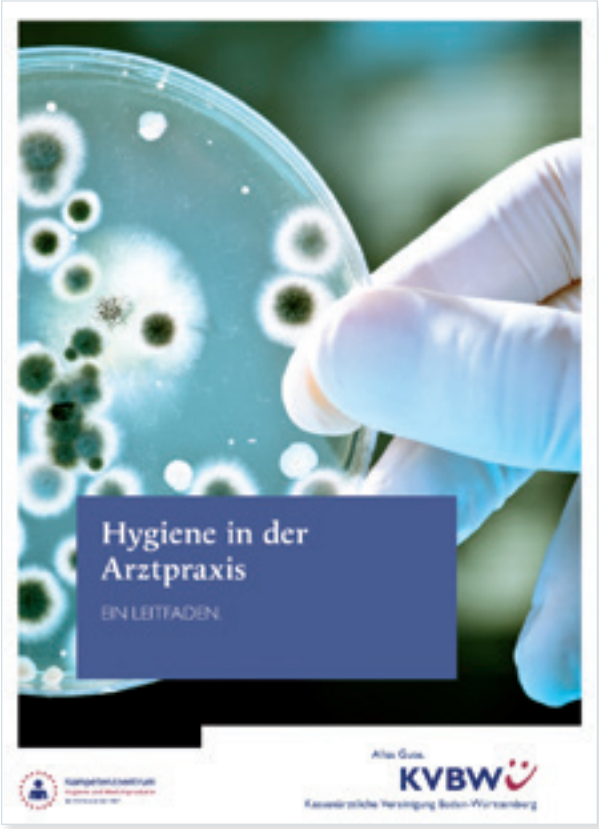
Der Leitfaden ist ein Gemeinschaftswerk des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Das Fachlektorat erfolgte durch Prof. Dr. Peter Heeg, Krankenhaushygieniker, und durch Dr. Günter Maurer, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Vorsitzender der Hygiene-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.

WIE IST DER HYGIENELEITFADEN AUFGEBAUT?

Der Hygieneleitfaden beinhaltet fünf große Kapitel zu folgenden Themen:

1. Rechtliche Rahmenbedingungen
2. Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit in der Arztpraxis
3. Hygienemanagement in der Arztpraxis
4. Medizinprodukte
5. Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI), und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)



Die zentralen Themen mit den Kernaufgaben einer Arztpraxis für den Infektionsschutz befinden sich im 3. Kapitel und im 5. Kapitel.

Kapitel 3 beschreibt alle Hygienemaßnahmen, die im Zusammenhang mit der Patientenversorgung notwendig sind, also das Hygienemanagement im engeren Sinn. Für die unterschiedlichsten Situationen in der Patientenversorgung – von der routinemäßigen Händedesinfektion bis hin zu den Besonderheiten im Umgang mit infektiösen Patienten – werden die notwendigen strukturellen und prozessrelevanten Aspekte der Hygiene aufgezeigt.

Kapitel 5 befasst sich ausführlich mit dem Thema Aufbereitung von Medizinprodukten und ist besonders für die Praxen relevant, die diesen Prozess in der eigenen Praxis vorhalten. Im ersten Teil werden die verschiedenen Schritte der Aufbereitung einschließlich der vorherigen Risikobewertung allgemein beschrieben. Da in den Arztpraxen für die Instrumentenaufbereitung aber verschiedene Verfahren zur Anwendung kommen, wird im weiteren Teil jedes der drei möglichen Verfahren – manuell, teilmaschinell, maschinell – ausführlich dargestellt. Damit bietet der Hygieneleitfaden zu diesem Thema umfangreiche Informationen für jede Arztpraxis.

WAS LEISTET DER HYGIENELEITFADEN?

Der Hygieneleitfaden versteht sich als Unterstützungs- und Serviceangebot für das praxisinterne Hygienemanagement. Er soll einen Überblick über alle Anforderungen an die Hygiene in der Arztpraxis geben und vor allem Umsetzungsmöglichkeiten aufzeigen. Mit einer detaillierten Struktur und Untergliederung soll er gleichzeitig Informationsquelle und Nachschlagewerk für Einzelfragen der Hygiene sein, ohne dass dafür der gesamte Leitfaden gelesen werden muss. Es werden praxisnahe und umsetzbare Empfehlungen formuliert, von denen alle Praxen – unabhängig von der Fachrichtung – profitieren können, auch die, die schon ein fertiges Hygiene-Konzept haben. Alles in allem bietet der Hygieneleitfaden als kompaktes Werk eine optimale Grundlage für die Erstellung und Überprüfung des praxiseigenen Hygieneplans auf Aktualität.

WIE ERREICHT DER HYGIENELEITFADEN DIE INTERESSIERTE ARZTPRAXIS?

Jede Kassenärztliche Vereinigung stellt ihren Mitgliedern eine elektronische Version des Hygieneleitfadens zur Verfügung. Einige Kassenärztliche Vereinigungen haben eine Print-Version an Arztpraxen verschickt. Nähere Informationen können bei den Hygieneberatern der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen eingeholt werden. Die Kontaktdaten sind auf der Homepage des Kompetenzzentrums abrufbar.

www.hygiene-medizinprodukte.de

Aktualisierung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

VOM QUER- ZUM LÄNGSSCHNITT

Die vertragsärztliche Dialyseversorgung in Deutschland wird bereits seit über sieben Jahren datengestützt qualitätsgesichert. Dabei wird durch die 730 ambulanten Dialyseeinrichtungen jede bei einem gesetzlich versicherten Patienten erbrachte Dialyse – über neun Millionen pro Jahr – nach einheitlichen Vorgaben dokumentiert und an eine zentrale Auswertestelle weitergeleitet, die daraus quartalsweise Rückmeldeberichte für die Einrichtungen und für die Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen erstellt.

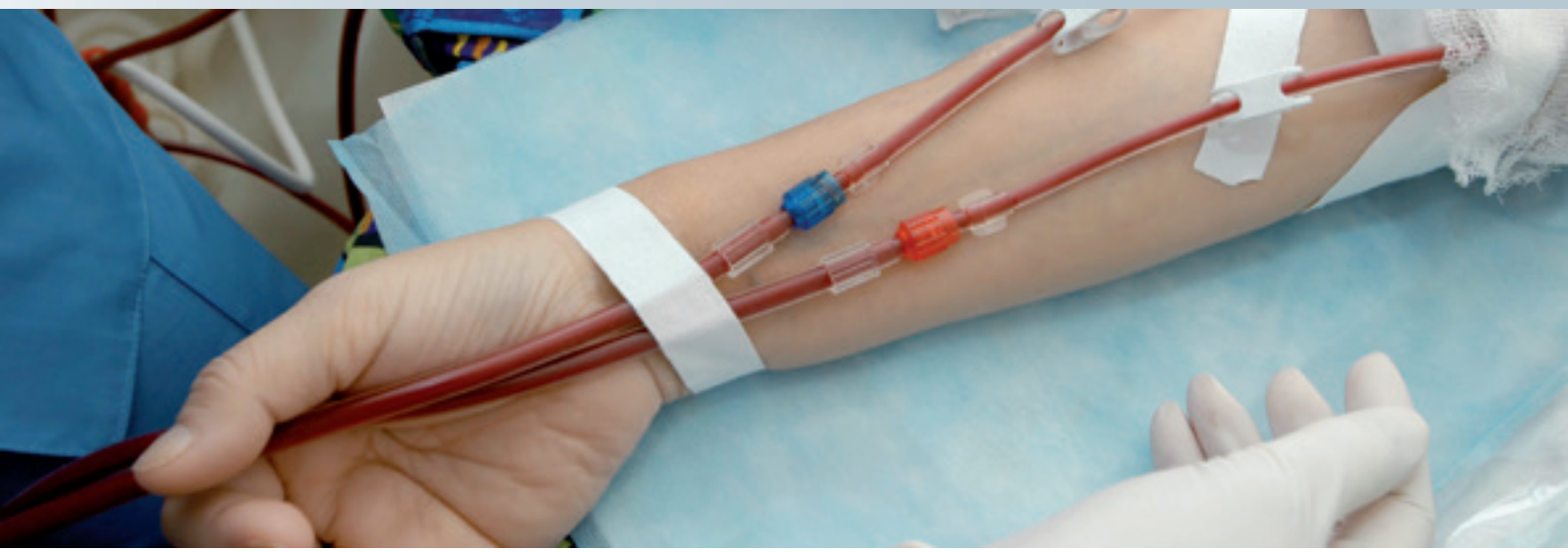
Anhand von evidenzbasierten Qualitätsindikatoren hat die Dialyseeinrichtung die Möglichkeit, ihre Ergebnisse mit denen der übrigen Einrichtungen zu vergleichen und entsprechende Schlüsse zu ziehen. Die Qualitätssicherungskommissionen können rechnerisch auffällige Einrichtungen um Stellungnahme bitten und gegebenenfalls individuelle Konzepte zur Qualitätsverbesserung vereinbaren. Ferner werden weitere Daten zur Dialysebehandlung ebenfalls quartalsweise über dezentrale Berichtersteller zu Benchmarkberichten für die Dialyseeinrichtungen zur Unterstützung des internen Qualitätsmanagements verarbeitet. Die Ergebnisse zur Qualität der Dialysebehandlungen – gemessen an den zentralen Qualitätsindikatoren – haben sich seitdem stetig verbessert.

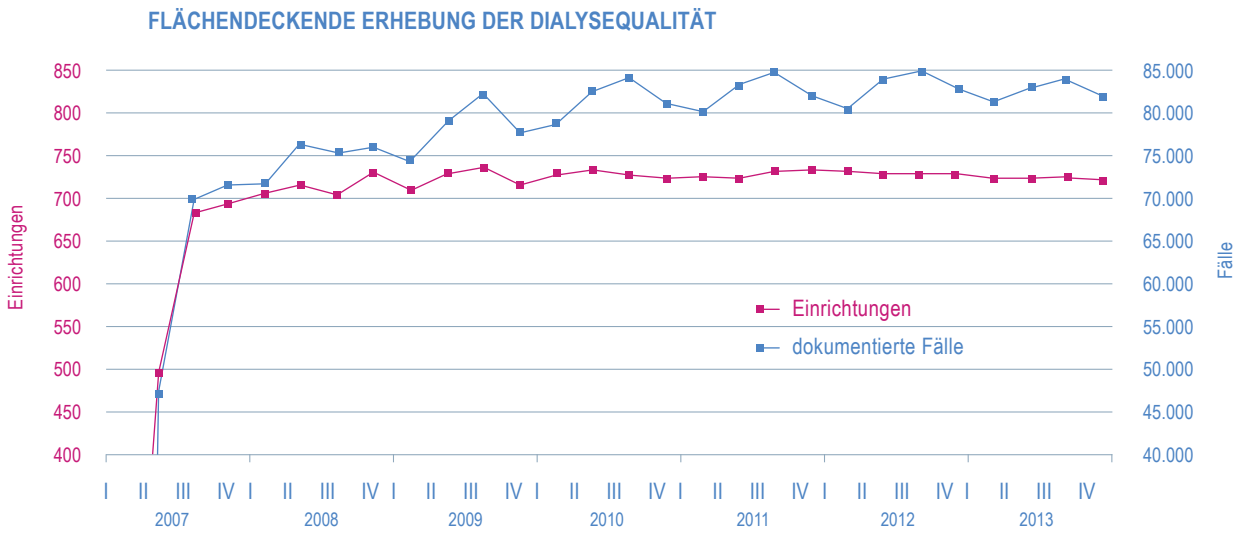
Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte bereits 2010 beschlossen, die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse um eine längsschnittliche Darstellung der Dialysebehandlung zu erweitern sowie die Qualitätsindikatoren – soweit erforderlich – an die aktuelle Evidenzlage anzupassen.

Die so aktualisierte Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse trat zum 1. Januar 2014 in Kraft. Um eine längsschnittliche Darstellung der Dialysebehandlung zu ermöglichen war es notwendig, eine Vertrauensstelle in den Datenfluss zu integrieren, die unveränderliche patientenindividuelle Daten mittels eines komplexen, vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik empfohlenen Einwegalgorithmus in Patientenpseudonyme umwandelt. Der Vorteil besteht darin, dass derselbe Patient – unabhängig davon, wo er behandelt wird – immer dasselbe Pseudonym erhält. So können alle Daten eines Patienten einerseits zusammengeführt, andererseits aber auf den konkreten Patienten nicht wieder zurückgeführt werden.

Die etablierte Grundstruktur der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse bleibt bestehen. Es wird weiterhin auf der Basis einer Vollerhebung die Dualität von externer Qualitätssicherung durch Identifizierung von Auffälligkeiten durch einen zentralen Datenanalysten und Förderung des internen Qualitätsmanagement durch ein Benchmark-System der Berichtersteller – überwiegend von den Dialyseverbänden organisiert – geben. Das bestehende Berichtswesen bleibt ebenfalls erhalten.

UMSETZUNG QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE/ BETEILIGTE	
G-BA	• Ausschreibung Datenanalyst • Koordinierung • Begleitung • Anpassung • Task force
KBV	• Schnittstellenbeschreibung • Dateninfrastruktur • Verfahrenshandbuch • Datenschutz • Pflichtenhefte • Zertifizierung • Koordination Qualitätssicherung • FAQ-Listen
KVen	• Datenübernahme und -weiterleitung • Abrechnungsabgleich • Einrichtung Qualitätssicherungs-Kommissionen • Multiplikatorenfunktion
VERTRAUENS-STELLE	• Schnittstellenbeschreibung • Datenannahme • Pseudonymisierung • Datenweitergabe
DATEN-ANALYST	• Auswertungskonzept • Berichtskonzept • modulares Plausibilitätskonzept • Einrichtung Dialyse-Server • Probebetrieb • Betriebsbereitschaft
BERICHT-ERSTELLER	• Auswertungskonzept • Berichtskonzept • Benchmarking-Berichte • Vertragsgestaltung
PVS-HERSTELLER	• Umsetzung Pflichtenheft • Zertifizierungsverfahren
ÄRZTE	• Implementierung Dialysemodul PVS • Management • Dokumentation





Die jahreszeitliche Schwankung der Fallzahlen ergibt sich bei der Querschnittauswertung aufgrund der Doppelzählung von Personen in Gast- und Feriendialyse.

Durch eine gleichsinnige Pseudonymisierung der Auffälligkeits- und Benchmarkdaten besteht die Möglichkeit der patientenbezogenen Zusammenführung dieser getrennt erhobenen und weitergeleiteten Daten zu einem Datenpool, der einem Register sehr nahe kommt. Dieser beim zentralen Datenanalysten vorgehaltene Datenpool kann zur Evaluation und Validierung der Qualitätsindikatoren der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse noch stärker herangezogen werden, sodass im weiteren Verlauf eine noch zielgerichtetere, an prognostisch besonders relevanten Versorgungsaspekten orientierte, Qualitätssicherung erfolgen kann. Ferner ist zum ersten Mal eine Beschreibung der Dialyseversorgung einschließlich der Ergebnisqualität anhand patientenbezogener Outcomes wie Mortalität und Komplikationen möglich. Damit sind auch die Rahmenbedingungen für die Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrags nach § 137b SGB V – Bewertung von Qualitätssicherungsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss – bereits durch die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse selbst gegeben. Ferner können diese Daten zur Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen im Rahmen einer sekundären Datennutzung externen Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

Die Umstellung auf das längsschnittliche Qualitätssicherungsverfahren hat das System der Kassenärztlichen Vereinigungen vor eine erhebliche Herausforderung gestellt. Nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse ist die KBV für die Schnittstellendefinitionen und Zertifizierung der von den Dialyseeinrichtungen einzusetzenden Praxissoftware zuständig. Zudem hat die KBV die Koordination der am Datenfluss beteiligten Institutionen – dem zentralen Datenanalysten, der Vertrauensstelle, den fünf Berichterstellern, den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, den Softwareherstellern sowie den 730 Dialyseeinrichtungen – übernommen. Nicht zuletzt durch das Engagement aller am Prozess Beteiligten gelangen der Aufbau der Dateninfrastruktur und eine reibungslose Datenübermittlung innerhalb von einem halben Jahr. Erste Daten zu den Auswertungen werden Mitte 2015 für das Berichtsjahr 2014 erwartet.

Erste Ergebnisse aus der Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Die Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird gemäß der zum 1. Oktober 2012 in Kraft getretenen Anlage 3 vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland wissenschaftlich evaluiert – so haben es die Partner des Bundesmantelvertrags entschieden. Dazu werden 2013 von jedem der knapp 700 Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung elektronisch im Rahmen von eDoku zu dokumentierende Angaben zur Praxisstruktur sowie detaillierte anonymisierte Angaben zu jeweils 30 Patienten erbeten. In einem zweiten Schritt werden 2014 Veränderungen der Praxen und gegebenenfalls Verlaufsdaten zu den bereits einbezogenen Patienten erhoben.

Eine vom Arzt einzuleitende papiergebundene Patientenbefragung soll zusätzlich einen Abgleich der Einschätzungen des Behandlungserfolgs von Arzt und Patienten ermöglichen. Dabei gilt das Interesse nicht nur den Patienten, sondern auch den ärztlichen Versorgungsstrukturen. Diese Vereinbarung ist, auf eine enge inter- und multidisziplinäre Kooperation mit ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen, sowohl innerhalb wie außerhalb der Praxis, in der die Leistung erbracht wird, angelegt. Gleichzeitig wird eine fallbezogene Frequenzvorgabe gemacht, das heißt diese Versorgung setzt drei Kontakte im Quartal voraus (zu Patienten und zum Beispiel Eltern). Die gleichzeitige Befragung der Patienten beziehungsweise gesetzlichen Vertreter bietet auch diesen die Gelegenheit, sich über die Qualität der Versorgung und den Behandlungserfolg zu äußern.

Diese Evaluation der sozialpsychiatrischen Versorgung ist die erste, die auf eine bundesweite Erhebung zurückgeht. Die Nutzung zurückliegender regionaler Studienergebnisse konnte beim Studiendesign berücksichtigt werden. So trägt die Erhebung in zwei Wellen der oft langen Behandlungsdauer Rechnung.

Das Vorliegen der Daten aus der ersten Erhebungswelle (1. Januar 2013 bis 30. Juni 2013) war Anlass, den teilnehmenden Ärzten einen ersten Eindruck zu geben und einen Zwischenbericht zur Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung vorzulegen. Es stehen aus diesem Zeitraum bundesweit 16.344 patientenbezogene Datensätze zu Verfügung, einschließlich Angaben zur jeweiligen Praxisstruktur.

Ferner wurden 10.107 Fragebögen mit Angaben der Patienten oder deren gesetzlicher Vertreter zu 16 Fragen zur Zufriedenheit und der ersten Einschätzung des Behandlungserfolgs eingesandt und vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland elektronisch erfasst. An der ersten Erhebungswelle beteiligten sich 605 Ärzte aus insgesamt 487 Praxen.

Gemäß der vertraglichen Ausrichtung dominiert unter den teilnehmenden Arztgruppen deutlich diejenige der Kinder- und Jugendpsychiater, die mit 96,1 Prozent nahezu in allen involvierten Praxen tätig sind. Die Rate für die Kinder- und Jugendmediziner liegt bei sieben Prozent. Die Praxen beschreiben ein hohes Ausmaß an Kooperation. Intern arbeiten sie hauptsächlich mit Sozialpädagogen/-arbeitern, Psychologen, Heilpädagogen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammen. Die höchsten Raten externer Zusammenarbeit werden genannt für Ergotherapeuten, Lehrer, Kinder- und Jugendmediziner sowie Jugendämter und Beratungsstellen.

58,6 Prozent der 16.344 Patienten sind männlich, 40,3 Prozent weiblich. Das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Kinder- und Jugendlichen liegt bei 10,5 Jahren. Während 25,9 Prozent der weiblichen Patienten 15 Jahre oder älter ist, trifft dies nur auf 10,2 Prozent der männlichen Patienten zu.

Als die drei häufigsten Behandlungsanlässe werden psychische Auffälligkeiten, schulische Auffälligkeiten oder ein problematisches Sozialverhalten genannt. Bei 21,1 Prozent der Patienten ist bereits eine ambulante psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte dokumentiert, bei 6,4 Prozent eine stationäre. Die drei häufigsten Diagnosen sind hyperkinetische Störungen, emotionale Störungen des Kindesalters sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen.

Es bestehen große Unterschiede der Diagnosehäufigkeit zwischen weiblichen und männlichen Patienten sowie zwischen den verschiedenen Altersgruppen. 15,7 Prozent der Patienten weisen zusätzlich zu der psychiatrischen auch eine körperliche Symptomatik auf, vorrangig ist dies eine Adipositas, ein Schmerzsyndrom oder eine Erkrankung der Atemwege. Der ausführliche Bericht enthält zudem eine vergleichende Darstellung von Arzt- und Patientenbewertungen.

Aus dem zweiten Erhebungszeitraum, vom 1. Januar 2014 bis 30. Juni 2014, liegt bereits eine erste Auswertung der vorgelegten 15.026 Dokumentationen mit Struktur- und Behandlungsdaten sowie 5.886 Patientenfragebögen vor. 13.860 Behandlungsfälle der ersten Welle konnten mit den entsprechenden Daten der zweiten Welle verknüpft und hinsichtlich Veränderungen im Zeitverlauf untersucht werden. Es zeigten sich dabei in allen Behandlungsbereichen deutliche Veränderungen:

- Anteil psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelter Patienten rückläufig
- Anteil Patienten mit denen eine Psychoedukation durchgeführt wird rückläufig
- Anteil derjenigen, die medikamentös behandelt werden wächst geringfügig
- Anteil derjenigen, bei denen eine Krisenintervention erfolgt wächst geringfügig

Für 19,1 Prozent der Patienten wurde eine abgeschlossene Behandlung dokumentiert. Über den gesamten Zeitverlauf sind pro Quartal im Mittel 1,8 Arzt- und 3,4 Mitarbeiterkontakte dokumentiert, die Häufigkeit geht im Verlauf über die sechs Quartale leicht zurück. Eine weitreichende Analyse wird mit dem Abschlussbericht vorgelegt.

Aktualisierung des Qualitätsindikatoren-Sets

Um Qualität quantitativ bewerten, analysieren, vergleichen und in der Konsequenz Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung ableiten zu können, sind valide Instrumente erforderlich. Qualitätsindikatoren sind ein solches Instrument. Sie tragen dazu bei, die Resultate der vielfältigen Qualitätssicherungs- und -entwicklungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten und transparent zu machen.

Mit dem AQUIK-Indikatorenset (AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) hat die KBV 2009 ein Set von 48 strukturiert entwickelten und konsentierten Qualitätsindikatoren zur Verfügung gestellt. Das Set umfasst sowohl fachgruppenspezifische als auch fachgruppenübergreifende sowie patientenorientierte und qualitätsmanagementbezogene Qualitätsindikatoren für die Anwendung in verschiedenen Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung. In Zusammenarbeit mit der Universität Witten-Herdecke, Institut für Gesundheitssystemforschung, wurde das AQUIK-Indikatorenset 2013 aktualisiert. Das angepasste Indikatorenset steht auf der Website der KBV zur Verfügung.

Indikatoren des AQUIK-Sets haben Eingang in das Qualiätsmanagement-Verfahren QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® der KBV gefunden. Qualitätszirkel nutzen Qualitätsindikatoren, um über den zirkelinternen Vergleich Potenziale für die Qualitätsentwicklung der beteiligten Praxen zu erschließen.

Im Rahmen einer 2010 geschlossenen Kooperation der KBV mit der OptiMedis AG, dem Medizinischen Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. und der Gesundes Kinzigtal GmbH wurde getestet, wie ausgewählte AQUIK-Indikatoren computergestützt generiert und so nutzbringend in die ambulante Versorgung implementiert werden können. Ziel der Kooperationspartner war es auch, Referenzwerte für künftige Auswertungen zu generieren und Anhaltspunkte für die technische Implementierung von Indikatoren-Sets zu erhalten. Die in Netzpraxen erhobenen Daten wurden über mehrere Quartale ausgewertet, zusätzlich wurde eine Befragung der beteiligten Ärzte durchgeführt.

Mit dem Pilotprojekt konnten wichtige Erkenntnisse hinsichtlich der Qualitätsmessung in Arztpraxen und Arztnetzen gewonnen werden. Die Mehrzahl der beteiligten Hausärzte steht der Anwendung von Qualitätsindikatoren positiv gegenüber. Bedingung ist, dass zusätzlicher Dokumentationsaufwand vermieden wird. Die ausgewählten Indikatoren sind für die Abbildung von Qualität geeignet. Durch die Entwicklung einer IT-Infrastruktur war es möglich, medizinische Daten aus den Praxisverwaltungssystemen so zu generieren, dass die Qualitätsindikatoren damit berechnet, ausgewertet und dargestellt werden konnten. Gleichzeitig wurden die Implementierungshürden aufgezeigt. Die Ergebnisse sind in einem Projektbericht publiziert und stehen auf der Website der KBV zum Download zur Verfügung.

www.kbv.de/html/aquik.php

INDIKATOREN (AQUIK®-SET)

Das konsentierte Set umfasst 48 sowohl fachgruppenübergreifende als auch fachgruppenspezifische Indikatoren für die ambulante Versorgung. Die Indikatoren können für die Abbildung der Qualität in folgenden Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen:

- ADHS
- AIDS / HIV
- Arterielle Hypertonie
- Arthrose
- Arzneimitteltherapiesicherheit
- Demenz
- Depression
- Epilepsie
- Gynäkologische Indikatoren
- Harninkontinenz
- Herzinsuffizienz
- Impfen
- Kreuzschmerz
- Presbyakusis
- Rheumatoide Arthritis
- Vorhofflimmern

Daneben gibt es Indikatoren zu Querschnittsthemen und zu Fragen des Praxismanagements.

Webapplikation Mein PraxisCheck

Das Serviceangebot für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ist als Webapplikation einfach anzuwenden und gibt unbürokratische Hilfestellung, wie Praxen / Medizinische Versorgungszentren im Hinblick auf ihre Informationssicherheit und Hygiene noch besser werden können.

Der Online-Selbsttest nimmt nur rund 15 Minuten Zeit in Anspruch. Die Fragen dienen ausschließlich der Selbstbewertung. Ärzte und Psychotherapeuten, die sich mit ihren Teams durch die Checkliste klicken, erhalten sofort einen Ergebnisbericht mit konkreten Hinweisen, Anregungen und Linktipps zu weiterführenden Informationen. Eine grafische Darstellung der Ergebnisse ermöglicht auf Wunsch einen anonymisierten Vergleich mit anderen Praxen.

Mein PraxisCheck Informationssicherheit steht seit November 2012 auf der Website der KBV zur Verfügung, das Hygiene-Tool kann seit März 2014 von allen Interessierten genutzt werden. Insgesamt haben bereits über 30.000 Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter diese kostenfreien Tools zum Aufspüren von Verbesserungspotenzialen genutzt (Stand Oktober 2014).

www.kbv.de/html/mein_praxischeck.php

Mein PraxisCheck

BESUCHERSTATISTIK MEIN PRAXISCHECK HYGIENE
MÄRZ BIS JULI 2014

BESUCHERSTATISTIK MEIN PRAXISCHECK INFORMATIONSSICHERHEIT
NOVEMBER 2012 BIS JULI 2014

*freiwillige Angaben

REGIONALE QUALITÄTSINITIATIVEN

KV BADEN-WÜRTTEMBERG

ENTBÜROKRATISIERUNG

Im März 2013 fiel im Normenkontrollrat der Startschuss für das Projekt: Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arztpraxen. Unnötigen bürokratischen Aufwand für Ärzte und Zahnärzte identifizieren und abbauen – das ist das Ziel dieses Projekts. Projektbeteiligte sind die Träger der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens, das Bundesgesundheitsministerium, die Geschäftsstelle Bürokratieabbau, das Statistische Bundesamt und der Normenkontrollrat.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg befasst sich schon seit längerem mit diesen Themen.

Nachfolgend einige Beispiele aus unserem Praxisalltag:

Kooperation mit der Ärztlichen Stelle nach der Röntgen-Verordnung

Das Land Baden-Württemberg hat zur Umsetzung der Röntgenschutzverordnung und der Strahlenschutzverordnung die Landesärztekammer Baden-Württemberg als ärztliche Stelle benannt. Jeder Betreiber von röntgendiagnostischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen ist verpflichtet, seine Anlagen bei der Ärztlichen Stelle Baden-Württemberg anzumelden und regelmäßige Qualitätsprüfungen durchführen zu lassen. Gleichzeitig regelt die Qualitätsbeurteilungsrichtlinie Radiologie die Qualitätsanforderungen an die Bildqualität und an die Untersuchung in der konventionellen Röntgendiagnostik und Computertomographie. Zwei Rechtsgrundlagen, zwei Prüfungen, durchaus unter Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte. Bereits 2002 fanden erste Gespräche zwischen den damaligen Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg und der Ärztlichen Stelle statt. Seither arbeiten Kassenärztliche Vereinigung und Ärztliche Stelle Hand in Hand: Beide greifen auf dieselben Unterlagen zu, jeder erstellt aber nach wie vor einen eigenen Bescheid.

Antragsformulare und Anträge in der Qualitätssicherung

Die erste Seite der Antragsformulare in der Qualitätssicherung ist standardisiert und enthält allgemeine Angaben zum Antragsteller. Gerade bei einer Neuniederlassung sind zahlreiche Anträge auszufüllen. Die Seite ist bei mehrfacher Antragstellung nur einmal auszufüllen, die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Ergänzung auf den weiteren Anträgen.

Die letzte Seite in allen Anträgen enthält eine Einverständniserklärung des Antragstellers, dass die Kassenärztliche Vereinigung erforderliche Unterlagen und Zeugnisse für den Antragsteller bei der Landesärztekammer anfordern darf, sofern sie nicht bereits im Arztregister enthalten sind.

In einigen Fällen wird auf die Antragstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung verzichtet: Bei sogenannten fachüblichen Leistungen wird angenommen, dass der Arzt in jedem Fall einen Antrag gestellt hätte, zum Beispiel bei den Gynäkologen, die in 2013 die elektronische Prüfung für die Qualifikation für das erweiterte Organscreening/Ultraschall gemacht haben. Hier wurde die Genehmigung ohne gesonderten Antrag erteilt, da davon auszugehen ist, dass derjenige, der die Prüfung macht, die Leistung auch abrechnen will.

Fortbildungskonto

Bei zahlreichen Vereinbarungen müssen die Teilnehmer regelmäßig den Besuch definierter Fortbildungen nachweisen, um weiterhin an der Vereinbarung teilnehmen zu können. Bisher erinnert die Kassenärztliche Vereinigung die Teilnehmer – teilweise mehrfach – an die Vorlage. Ab 2015 besteht die Möglichkeit, dass Ärztinnen und Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg Einsicht in ihr Fortbildungskonto bei der Landesärztekammer gewähren. Die Kassenärztliche Vereinigung entscheidet aufgrund der dort hinterlegten Informationen, prüft beispielsweise, ob die Veranstaltung Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz herangezogen werden kann zur Erfüllung der Fortbildungspflichten im DMP Diabetes mellitus Typ II. Ist dies der Fall, erhält der Arzt eine schriftliche Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, dass die Fortbildungspflicht in Bezug auf einen bestimmten Vertrag erfüllt wurde.

Damit entsteht eine Win-win-Situation für alle Beteiligten: Für den Arzt entfallen lästige Erinnerungsschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung und das Einreichen von Unterlagen. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle kann allein aus den bei der Ärztekammer vorliegenden Angaben über die Anerkennung entschieden werden, das hat ein Modellversuch gezeigt. Zudem können ergänzende Informationen direkt beim Veranstalter eingeholt werden.

Damit nicht genug. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg führt darüber hinaus Gespräche mit dem Hausärzteverband. Ziel ist es, durch einen Datentransfer bürokratische Hindernisse bei der Abrechnung der Qualitätszirkel abzubauen.

10,569 Mio.

21.135

www.kvbawue.de

KV BAYERNS

PROJEKT EINLADUNGSVERFAHREN ZUR DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

Am 9. April 2013 ist das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz in Kraft getreten. Darin wird der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, bis zum 30. April 2016 in Richtlinien die Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme zu regeln. In den Zielen des Nationalen Krebsplans ist festgelegt, dass eine Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nicht verpflichtend sein könne, weil diese mit Schäden und Nebenwirkungen verbunden sein könnten. Viel mehr gehe es darum „[…] auf individueller Ebene die informierte Entscheidung und die sachgerechte Information über Chancen und Risiken der Krebsfrüherkennung zu verbessern." (Nationaler Krebsplan: Handlungsfeld 1, Ziel 1, S. 11f, Stand: 4. Januar 2012).

Der Gesetzgeber hat die Relevanz des Themas informierte Patientenbeteiligung betont. Wie gelingt so eine informierte Entscheidung? Diese Frage stellen sich Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und Techniker Krankenkasse im Rahmen ihres Projekts Einladungsverfahren zur Darmkrebsfrüherkennung, das im Juni 2013 startete. Dabei werden Wege erprobt, wie dieses Thema in der ärztlichen Praxis umgesetzt werden kann.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet durch das Wissenschaftliche Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen und finanziell gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Gesund. Leben. Bayern."

Gesund. Leben. Bayern.

Während der Projektlaufzeit schreibt die Techniker Krankenkasse ihre 50- und 55-jährigen Versicherten an und informiert sie über die Möglichkeiten der Darmkrebsvorsorge. Außerdem wird zusätzlich die sprechende Medizin gefördert, indem die teilnehmenden Ärzte ein gesondertes Honorar für ihre Beratungsleistung zur Darmkrebsfrüherkennung bei diesen Anspruchsberechtigten erhalten. Die Durchführung des Projekts erfolgt zweistufig. In der ersten Projektstufe, die etwa ein Jahr dauert, schreibt die Techniker Krankenkasse ihre Versicherten mit sechs unterschiedlichen Informationspaketen an. Das Wissenschaftliche Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen untersucht, ob diese unterschiedlichen Ansprachen und Broschüren einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der ärztlichen Beratung durch die Versicherten beziehungsweise auf eine informierte Entscheidung haben.

Für die zweite Projektstufe – geplanter Start Ende 2014 – entwickelt derzeit ein Expertengremium ein Online-Schulungsangebot für bayerische Ärzte, in dem die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Darmkrebsfrüherkennung und informierte Entscheidung verarbeitet werden. Die Schulung enthält Videosequenzen und graphische Darstellungen, die dem Arzt konkrete Beispiele zur Gesprächsführung sowie Anschauungsmaterial für die individuelle Beratung der Versicherten zur Verfügung stellen.

Das Projekt ist auf vier Jahre angelegt. Die Erkenntnisse aus dem Projekt sollen in eine Empfehlung an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Umsetzung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes einfließen.

MAMMOGRAPHIE: FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns realisierte eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung, die den Teilnehmern eine Mischung aus theoretischem Wissen und viel Zeit für praktische Übungen bot. Gerichtet ist das Angebot vorrangig an Ärzte, die in Kürze in die vertragsärztliche Versorgung einsteigen und sich fit machen wollten für die anstehenden Fallsammlungsprüfungen.

Unter Kursleitung eines in der Mammographie fachkundigen Arztes wurden 24 Teilnehmer in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns begrüßt. Angeboten wurden die folgenden Fachvorträge:

- Indikationen zur kurativen Mammographie
- Anatomie und Pathologie der weiblichen Brust
- Mikrokalk in der Mammographie
- Herdbefunde
- BI-RADS-Klassifizierung
- Ablauf der Fallsammlungsprüfungen nach der Mammographie-Vereinbarung
- Mammographie-Einstelltechnik und Qualitätskriterien
- Stellenwert der additiven Untersuchungsmethoden (Ultraschall / Kernspin et cetera)

Besonderen Anklang fand bei den Teilnehmern das Angebot, an sechs digitalen Prüfstationen zwei unterschiedlich zusammengestellte Übungsfallsammlungen mit je 50 Fällen selbstständig zu bearbeiten. Die Fallbetrachtung in der Rückschau bot einen hohen Lerneffekt. Auch wurde die Möglichkeit, zusätzlich mit erfahrenen Mammographeuren anhand der Fälle zu diskutieren, rege angenommen.

Zensus 2011

12,520 Mio.

25.695

www.kvb.de

KV BERLIN

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

VERTRÄGE FÜR ZUSÄTZLICHE FRÜHERKENNUNGS-UNTERSUCHUNGEN IN DER KINDER- UND JUGEND-MEDIZIN

Verträge über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen nach § 73c SGB V bestehen bereits seit 2010 zwischen der KBV und der Techniker Krankenkasse (1. Juli 2010), mit der Knappschaft (1. Juli 2010 beziehungsweise 1. Oktober 2010), mit dem BKK Landesverband Mitte (1. Januar 2012) sowie mit der pronova BKK (1. April 2012).

Im Jahr 2013 wurden zwei weitere Verträge hierzu geschlossen:

- Vertrag nach § 73c SGB V für Leistungen im Rahmen einer augenärztlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung bei Kleinkindern und Kindern mit der IKK Brandenburg und Berlin zum 1. Januar 2013

- Vertrag nach § 73a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit der Knappschaft zum 1. Oktober 2013

An diesen beiden neuen Verträgen nehmen bereits 96 beziehungsweise 68 Ärzte (Stand: 31. Dezember 2013) teil.

Ziel dieser Verträge ist es, die Qualität der Diagnostik von Sehstörungen bei Kleinkindern und Kindern zu verbessern. Im Ergebnis sollen mögliche Entwicklungsstörungen der Augen bei Kleinkindern und Kindern frühzeitig erkannt, erfolgreich behandelt und Folgeerkrankungen vermieden werden. Damit wird die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen früh und nachhaltig gefördert.

Die augenärztliche Vorsorgeuntersuchung umfasst jeweils entsprechend dem Vertrag und nach Erfordernis die folgenden Leistungen:

- Visusbestimmung
- Überprüfung der Augenstellung
- Motilität und Konvergenz
- Binokular- und Stereosehen
- objektive Refraktionsbestimmung
- morphologische Untersuchung (vordere Augenabschnitte, Beurteilung der optischen Medien und Fundusuntersuchung, Untersuchung der Netzhaut und Beurteilung auf krankhafte Veränderung der Mydriasis)
- Abschlussgespräch inklusive ärztliche Dokumentation

Die Teilnahme an diesen Verträgen ist freiwillig und muss mit einer Teilnahmeerklärung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin beantragt werden. Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin tätigen Fachärzte für Augenheilkunde.

Fachliche Voraussetzungen für die Teilnahme an diesen Verträgen sind die Abrechnung der GO-Nr. 06210 – Augenärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten fünften Lebensjahr – in mindestens 50 Fällen innerhalb der letzten zwei Jahre oder die Übersendung einer Patientenliste, soweit die Zulassung weniger als zwei Jahre zurückliegt.

Für die Teilnahme an dem Vertrag mit der IKK Brandenburg und Berlin muss die Praxis zusätzlich versichern, dass die Terminvergabe für Leistungen dieses Vertrages auf Anfrage in der Regel innerhalb von 14 Tagen erfolgt und die bestellten Patienten in der Regel nicht länger als 30 Minuten warten.

QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Die Einführung der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation in der Ultraschalldiagnostik gemäß §§ 10 und 11 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik – Ultraschall-Vereinbarung – wurde in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin am 13. Juni 2013 beschlossen.

Die Richtlinie enthält einheitliche Beurteilungskriterien mit besonderen Anforderungen an die Dokumentation unter Berücksichtigung der verschiedenen Organbereiche und Körperregionen. Diese kommen bei den Dokumentationsprüfungen der seit Oktober 2013 durchgeführten Ultraschalluntersuchungen bereits zur Anwendung. Für die Dopplersonographie, die Schnittbildsonographie sowie die farbkodierte Duplexsonographie wird zusätzlich eine gerätespezifische Dokumentation gefordert. Primär muss die Bilddokumentation so umfassend und eindeutig sein, dass daran die sonographisch erhobenen Befunde nachvollziehbar sind.

Zensus 2011

3,375 Mio.

9.232

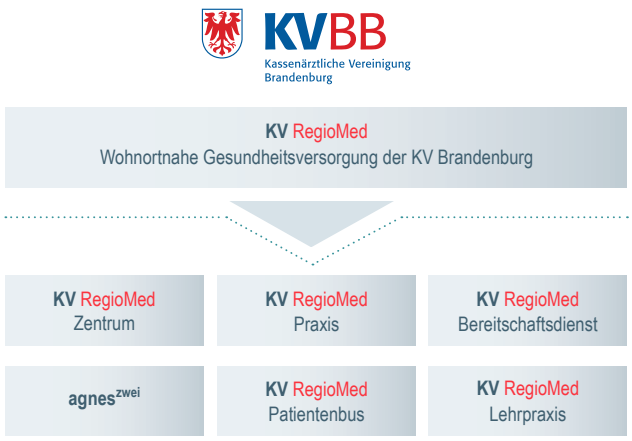
www.kvberlin.de

KV BRANDENBURG

KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

KV REGIOMED – EIN BAUKASTEN FÜR DIE ZUKUNFT

Der demografische Wandel erfordert von den Kassenärztlichen Vereinigungen das Beschreiten neuer Wege, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in der regionalen Spezifik des jeweiligen Bundeslands, auch und gerade im Hinblick auf die sich fortwährend ändernden Rahmenbedingungen, zu gewährleisten. Um sich dieser Herausforderung zu stellen, wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg das KV RegioMed Programm entwickelt – ein innovatives Angebot, insbesondere für Regionen mit Versorgungsstrukturdefiziten.



Als Baukasten, dessen Module je nach konkreter Situation und speziellen Erfordernissen mit regionalem Know-how kombiniert zum Einsatz kommen, wird für die jeweilige Region eine passgenaue Lösung entwickelt. Das Baukastenprinzip des KV RegioMed Programms erlaubt es, jederzeit weitere Module zu ergänzen. Bisher wurden fünf KV RegioMed Module entwickelt: Das KV RegioMed Zentrum als Eigeneinrichtung nach § 105 SGB V, die KV RegioMed Praxis, der KV RegioMed Patientenbus, die KV RegioMed Bereitschaftspraxis sowie die KV RegioMed Lehr- und Weiterbildungspraxis. Neun Einrichtungen konnten bis zum Ende des Jahres 2013 eröffnet werden, drei weitere befinden sich im Aufbau.

Ergänzt wird das KV RegioMed Programm durch das agnes^{zwei}-Konzept. Im Mittelpunkt der Tätigkeit der speziell geschulten agnes^{zwei}-Fachkraft steht das an den niedergelassenen Arzt angebundene Fallmanagement für besonders betreuungsintensive Patienten über einen bestimmten Zeitraum. Das Fallmanagement beinhaltet auch das intersektorale Überleitungsmanagement und das Schnittstellenmanagement zwischen Fach- und Hausärzten sowie anderen Akteuren im Gesundheitswesen und erfolgt stets in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt. Durch den Einsatz der agnes^{zwei}-Fachkraft wird der Arzt unterstützt und von logistischem und bürokratischem Aufwand entlastet, sodass ihm wieder mehr Zeit für die qualifizierte medizinische Diagnostik und Therapie der Patienten verbleibt. Der Patient hat zusätzlich zum betreuenden Arzt einen kompetenten Partner an seiner Seite, der ihn in seinem regionalen und häuslichen Umfeld durch das komplexe System der medizinischen Versorgung begleitet und betreut.

An der Entwicklung und Ausgestaltung der einzelnen Module ist vielfach die Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg beteiligt. Die Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg ist eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sowie der BARMER GEK die gesund experten Berlin-Brandenburg. Die Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg wurde mit dem Ziel gegründet, gemeinsame Modelle zur Sicherung der medizinischen Versorgung im Land Brandenburg zu initiieren.

Zensus 2011

2,450 Mio.

4.075

www.kvbb.de

KV BREMEN

VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT ADHS – EIN MULTIMODALES BEHANDLUNGSKONZEPT

Mittlerweile im vierten Jahr läuft in Bremerhaven die ADHS/ADS-Behandlung auf Grundlage des Vertrages zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS. Das gemeinsame Handeln fördert die besondere Qualität, wobei die spezifische Sichtweise sowohl bei der Vertragsentstehung als auch bei der Versorgung selbst berücksichtigt wird.

Bei der Vertragsentstehung waren die ärztliche Einschätzung, die psychotherapeutische Perspektive, die Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung sowie die der Krankenkassen und teilweise auch die wissenschaftliche Außensicht Grundlage für das entstandene integrative Versorgungskonzept.

Die Versorgung ist in gleicher Weise durch den multiprofessionellen Ansatz gekennzeichnet. Der spezielle Selektivvertrag in Bremerhaven mit der AOK Bremen/Bremerhaven beinhaltet unter anderem eine koordinierte Zusammenarbeit von Kinderärzten und Psychotherapeuten in ADHS-Teams, einen erleichterten Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung, Schulungen und Hilfen für Eltern sowie den qualitätsgesicherten Einsatz von Medikamenten. Aber auch für die behandelnden Ärzte ergeben sich Vorteile. Denn die Behandlungspauschale und die Elternschulungen werden extrabudgetär vergütet.

Die wesentlichen Ziele des Vertrages sind die qualitätsgesicherte und sachgerechte Behandlung durch die koordinierte Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten. Die Klarheit und Sicherheit der betroffenen Familien über die Diagnose- und Behandlungswege sowie der jeweiligen Ansprechpartner wird erhöht und die Wartezeiten auf geeignete Therapieplätze durch besseren Einsatz der Ressourcen reduziert. Besonders wichtig ist der kontrollierte Medikamenteneinsatz – das heißt nur nach gesicherter Indikation und fortwährender Überprüfung und Überwachung. Darüber hinaus erfolgt eine verbesserte Eingliederung der Patienten in das soziale Umfeld. All das führt zu einer Minderung der Kernsymptome und zu einer Besserung der komorbiden Störungen.

Auf der wirtschaftlichen Seite werden stationäre Behandlungen und Doppeluntersuchungen vermieden und es werden Fehltage in Schule und Beruf – auch bei den Sorgeberechtigten – reduziert.

Das multimodale Behandlungskonzept, bei dem aus den Behandlungsmodulen je nach individueller Situation und Verlauf die geeigneten Module – Therapie, Medikamente, psychoedukative Maßnahmen, Elternschulung et cetera – ausgewählt und angewendet werden. Damit werden insgesamt die eingesetzten Ressourcen effizienter genutzt.

Der Erfolg dieses Vertrags wird durch diverse qualitätssichernde Maßnahmen ermöglicht: Eine Teilnahme am Vertrag setzt besondere Erfahrung in der Behandlung von ADHS/ADS-Patienten sowie die regelmäßige Teilnahme an speziellen Fortbildungsveranstaltungen voraus. Die gebildeten regionalen interdisziplinären Teams werden unterstützt durch zwei- bis viermal jährlich stattfindende Qualitätszirkel.

Die Diagnosesicherung erfolgt durch leitlinienbasierte Diagnostik und Differentialdiagnostik. Die Fälle werden strukturiert dokumentiert. Sollten die Behandlungsziele nicht erreicht werden, dann werden sie im ADHS-Team überprüft. Das ADHS-Team, die Kassenärztliche Vereinigung und die AOK tauschen sich regelmäßig aus der jeweiligen Perspektive aus. Damit wird die multiprofessionelle Sicht nicht nur bei der Diagnose und Therapie intensiv vollzogen, sondern auch auf der Ebene der Vertragspartner.

Die positiven Effekte des Vertrags für die Patienten konnten über die Evaluationsergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung nachgewiesen werden – beispielsweise eine verbesserte Aufmerksamkeit und verminderte Hyperaktivität. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurde der zunächst auf drei Jahre befristete Vertrag verlängert.

Zensus 2011

654,774 Tsd.

1.837

www.kvhb.de

KV HAMBURG

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

VEREINBARUNGEN ÜBER ERWEITERTE PRÄVENTIONS-ANGEBOTE

AOK Rheinland / Hamburg

Zwischen den verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche liegen zum Teil große zeitliche Abstände. Dies führt unter Umständen dazu, dass Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen nicht rechtzeitig erkannt werden. Aus diesem Grund hat die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und die AOK Rheinland/Hamburg ein erweitertes Präventionsangebot (U10/U11) zum 1. Juli 2008 vereinbart. Anspruchsberechtigt sind Kinder im Alter von sieben bis acht Jahren für die U10 und Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren für die U11.

Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen U10/U11 liegt im Aufgabenbereich der Kinder- und Jugendärzte. Zudem sind Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und Praktische Ärzte teilnahmeberechtigt, die mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung pro Quartal in den letzten vier Abrechnungsquartalen bei Antragstellung vorweisen können. Sämtliche an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte müssen mindestens 25 Zertifizierungspunkte im Fach Pädiatrie pro Jahr gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg nachweisen.

Knappschaft und Techniker Krankenkasse

Zum 1. Juli 2010 sind zusätzliche bundeseinheitliche Verträge mit der Knappschaft und der Techniker Krankenkasse in Kraft getreten. Diese beinhalten die Früherkennungsuntersuchungen U10/U11 sowie die J2. Allerdings erfolgt hier für die U10/U11 sowie die J2 die Teilnahme der Kinder- und Jugendärzte im Sinne des konkludenten Handelns durch Abrechnung der entsprechenden Gebührenordnungspunkte und bedarf keines gesonderten Antrags. Hausärzte, die die Früherkennungsuntersuchung J2 im Alter von 16 bis 17 Jahren durchführen möchten, müssen jährlich den Nachweis erbringen, dass sie sich mit mindestens sechs Punkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin fortgebildet haben. Auch hier gilt für die Kinder- und Jugendärzte, dass die Teilnahme an dem Vertrag nicht beantragt werden muss, sondern durch konkludentes Handeln abgerechnet werden kann.

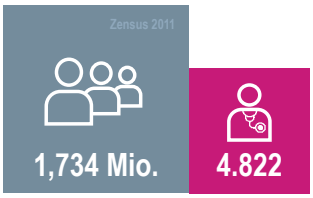
ALSTER-PFLEGENETZ

Die Barmer GEK, der BKK-Landesverband NORDWEST und die Knappschaft haben zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zum 1. Oktober 2013 das Alster-Pflegenetz vereinbart. Das Alster-Pflegenetz trägt durch die Bildung von Ärzteteams, die die ambulante Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen, zur Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungsqualität bei. Durch die Einbindung von Ärzteteams, die eine regelmäßige allgemein- und fachärztliche medizinische Betreuung individuell sicherstellen, können Patienten in vielen Fällen in der vertrauten Pflegeeinrichtung verbleiben und belastende Transporte in Krankenhäuser reduziert werden. Je nach Größe der kooperierenden Pflegeeinrichtung schließen sich mindestens zwei Ärzte zu einem Ärzteteam zusammen. Mindestens ein Arzt des Ärzteteams hat den Basiskurs Palliativmedizin absolviert oder ist Palliativmediziner. Die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag ist schriftlich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zu beantragen.

STRUKTURVERTRAG ZUR VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT DIABETISCHEM FUSSSYNDROM IN HAMBURG

Zum 1. Januar 2012 wurde ein Strukturvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg zur Versorgung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom in Hamburg beschlossen. Dieser Vertrag ergänzt die Versorgung der Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom im DMP Diabetes mellitus und soll die Versorgung der betroffenen Patienten durch eine leitliniengerechte und qualitätsgesicherte sowie strukturierte und vernetzte Behandlung verbessern und sichern. Ziel ist der Aufbau eines Netzwerks, in dem sich alle Beteiligten zum Zwecke der bestmöglichen Behandlung des Patienten austauschen und miteinander kooperieren. Ein intensiver Informationsaustausch aller Beteiligten und eine umfassende und frühzeitige Diagnosestellung sollen die Chronifizierung der Erkrankung vermeiden sowie die Behandlungsdauer und die Anzahl der Amputationen reduzieren.

Teilnahmeberechtigt sind niedergelassene Chirurgen und Diabetologen. Die Teilnahme erfolgt durch eine Teilnahmeerklärung, die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen in der Einrichtung des Vertragsarztes sowie den Nachweis über die Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom. Die Ausführung und Abrechnung ist nach Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg möglich. Um die Genehmigung aufrechtzuerhalten sehen die Bestimmungen vor, die oben genannten Voraussetzungen einmal im Jahr gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.



www.kvhh.de

KV HESSEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

QUALITÄT HAT VIELE FACETTEN

Umfangreich und vielschichtig sind die Aufgaben rund um das Thema Qualität in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Das Qualitätsmanagement, die Qualitätszirkelarbeit, das Veranstaltungsmanagement, die Weiterbildungsförderung mitsamt der Koordinierungsstelle gehören dazu sowie unsere Unterstützung bei der Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung oder bei der Einhaltung von Vorgaben zu genehmigungspflichtigen Leistungen.

Qualität in der Praxis

Im Rahmen unserer Mitgliederberatungen unterstützen wir bei der Auswahl der Qualitätsmanagement-Systeme und beantworten Fragen zur Dokumentationsstruktur oder Zertifizierung. Dabei erfreut sich unser Angebot der Patientenbefragung immer größerer Beliebtheit. Hessenweit wurden inzwischen mehr als 500 Patientenbefragungen durchgeführt. Neben den eigenen Ergebnissen ihrer Befragung haben die Praxen die Möglichkeit, sich im Rahmen einer differenzierten Analyse vor Ort Einblick in eine ihre Fachgruppe betreffende vergleichende Ergebnisanalyse – Benchmarking geben zu lassen sowie von den Erfahrungen anderer Praxen zu profitieren. Eine Weiterempfehlungsquote unserer Beratungsleistung von etwa 99 Prozent unterstreicht die positive Rückmeldung.

Darüber hinaus trat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen im Jahr 2013 dem bundesweiten Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte bei, mit dem Ziel, ihre Mitglieder noch besser bei Fragen unterstützen zu können. Speziell geschulte Mitarbeiter stehen hier allen hessischen Vertragsärzten und -psychotherapeuten beratend zur Verfügung. Erfreulich ist zudem das mit einer 93 prozentigen Rücklaufquote erreichte und durchweg positive Ergebnis der Stichprobenprüfung.

Qualität in der ärztlichen Weiterbildung

Um dem drohenden Hausärztemangel vorzubeugen und besonders auch auf dem Land eine hohe Qualität der ärztlichen Versorgung sicherzustellen, fördert die Kassenärztliche Vereinigung Hessen schon seit vielen Jahren die Weiterbildung zur Allgemeinmedizin. Kontinuierlich steigende Antragszahlen für diese Förderung bestätigen die Attraktivität der angebotenen finanziellen Unterstützung für die Praxen, die einen Arzt in Weiterbildung anstellen. So wurden 2013 erstmals sämtliche zur Verfügung gestellten Mittel komplett abgerufen, sodass das Förderbudget im laufenden Jahr aufgestockt wurde.

Denselben positiven Fahrtwind spürt auch die Koordinierungsstelle als zentraler Ansprechpartner der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu Fragen rund um das Thema Weiterbildung Allgemeinmedizin. Umfangreich genutzt wird die kostenfreie Jobbörse der Koordinierungsstelle, die als Plattform für Interessierte dient. Darüber hinaus werden die Gründung und der Betrieb von Weiterbildungsverbünden unterstützt und aktiv vorangetrieben.

Qualität in der Versorgung

Da jedes Jahr für eine qualitätsgesicherte Versorgung neue Vereinbarungen, Richtlinien und sonstige Regularien in Kraft treten oder angepasst werden, stehen heute rund die Hälfte aller medizinischen Leistungen in der ambulanten Versorgung bundesweit unter Genehmigungsvorbehalt.

Das Ergebnis der Qualitätsprüfungen lässt sich durchaus sehen: Denn die geprüften Ärzte sowie deren Dokumentationen und Apparaturen beziehungsweise geprüften Präparate blieben größtenteils entweder beanstandungslos oder wiesen nur geringe Mängel auf. Dieses Ergebnis bedeutet im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Qualitätssteigerung der ambulanten Versorgung in Hessen und trägt zu einer Entbürokratisierung und damit einer Entlastung der Arztpraxen bei.

So wurde beispielsweise aufgrund der guten Ergebnisse in den vergangenen Jahren die Qualitätsprüfung im Bereich Computertomographie ausgesetzt, das Prüfintervall in der Sonographie der Säuglingshüfte verlängert oder der Stichprobenumfang in der Ultraschall-Diagnostik reduziert.

Diese guten Ergebnisse spornen die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zusätzlich an, die Arbeit ihrer Mitglieder zu erleichtern, indem nach qualitätssteigernden und zugleich bürokratiesenkenden Möglichkeiten Ausschau gehalten wird.

Zensus 2011

6,016 Mio.

12.369

www.kvhessen.de

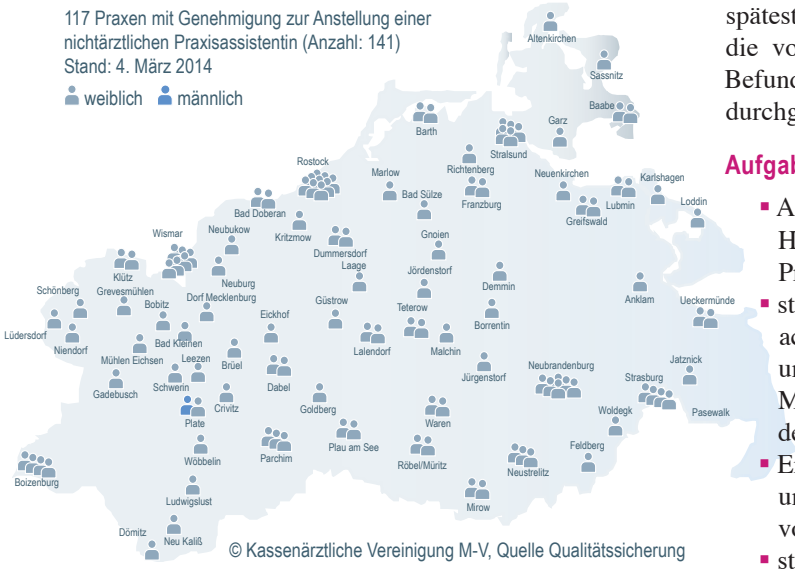
KV MECKLENBURG-VORPOMMERN

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

EINE NICHTÄRZTLICHE PRAXISASSISTENTIN IM AUFTRAG DES HAUSARZTES – VERAH

Die Hausarztpraxis ist der Ort der medizinischen Grundversorgung. Doch durch den demografischen Wandel steigen die Anforderungen kontinuierlich. Damit die Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern die Patienten optimal versorgen können, setzen sie deshalb zunehmend auf eine arbeitsteilige Patientenbetreuung. Bereits seit 2009 ist die so genannte Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – VERAH in ärztlich unterversorgten Regionen unterwegs. Eine versorgungsstrukturell wünschenswerte Entlastung des Hausarztes in weiteren Regionen wurde später angestrebt und in einigen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns erreicht. 2010 waren in Mecklenburg-Vorpommern seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern bereits in 31 Praxen und 2011 in 64 Praxen Praxisassistentinnen genehmigt worden.

STANDORTE MIT NICHTÄRZTLICHEN PRAXISASSISTENTEN



© Kassenärztliche Vereinigung M-V, Quelle Qualitätssicherung

Seit dem 1. November 2011 ist mittlerweile durch eine vertragliche Regelung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und der AOK Nordost der Einsatz der nichtärztlichen Praxisassistentin, unabhängig vom Versorgungsgrad, flächendeckend möglich. Ergänzend hierzu konnten weitere Verträge zur Verbesserung der patientenorientierten Versorgung mit den Landesverbänden der BARMER GEK, der DAK-Gesundheit, der Techniker Krankenkasse, der Knappschaft, den Innungskrankenkassen und den Betriebskrankenkassen, welche an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, geschlossen werden.

VERSORGUNG DURCH NICHTÄRZTLICHE PRAXISASSISTENTINNEN IN MECKLENBURG-VORPOMMERN

Stand März 2014

unterversorgte Gebiete	77 Praxen	105 tätige Ärzte
nicht-unterversorgte Gebiete	43 Praxen	53 tätige Ärzte

Im Auftrag des Hausarztes darf die so genannte Versorgungsassistentin alle delegationsfähigen Hilfeleistungen bei der Versorgung von chronisch kranken Menschen im Rahmen von Hausbesuchen erbringen, immer mit kurzen Kommunikationswegen zum Arzt. So leisten die VERAH heute schon vieles, was Hausärzte entlastet und Vorteile in der Patientenbetreuung bringt. Der Arzt ist regelmäßig, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag, über die von der nichtärztlichen Praxisassistentin erhobenen Befunde und gegebenen Anweisungen beziehungsweise durchgeführten Maßnahmen informiert.

Aufgaben einer VERAH

- Ausführung von durch den Arzt angeordneten Hilfeleistungen, soweit diese an die nichtärztliche Praxisassistentin delegiert werden können,
- standardisierte Dokumentationen der Patientenbeobachtung einschließlich Erfassung der verschriebenen und der selbst erworbenen freiverkäuflichen Medikamente und des Einnahmeverhaltens mit dem Ziel der Verbesserung der Compliance
- Ermittlung von kognitiven, psychischen, physischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests
- standardisierte Testverfahren bei Demenzverdacht
- Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung
- Anlegen der Elektroden für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG
- Bestimmen von Laborparametern vor Ort (zum Beispiel Glucose, Gerinnung)
- arztunterstützende Abstimmung mit Leistungserbringern

Zensus 2011

1,600 Mio.

2.997

www.kvmv.de

KV NIEDERSACHSEN

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

WENIGER KOMPLIKATIONEN BEI NIERENPATIENTEN – VERTRAG PRO NIERE

Unterstützt vom Deutschen Nephrologenverband e.V. und dem Nephrologischen Regionalverbund Nds. e.V. hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen mit einzelnen Krankenkassen unter der Bezeichnung Pro Niere Sonderverträge geschlossen, denen ein innovatives Konzept zur Verbesserung der Patientenversorgung im Bereich der chronischen Nierenerkrankungen zu Grunde liegt.

Früher als bisher sollen Hochrisikopatienten bezüglich einer rasch-progredienten Niereninsuffizienz in der hausärztlichen Versorgung identifiziert und die Kooperation mit den niedersächsischen Nephrologen begonnen werden. Dadurch bietet sich die Möglichkeit, in der nephrologisch fachärztlichen Betreuung zeitnah stadiengerechte, sekundärpräventive Maßnahmen zu ergreifen und damit Folgekomplikationen und die Dialyse hinauszuzögern beziehungsweise zu verhindern.

Die Verträge gliedern sich in ein hausärztliches Basismodul und ein Facharztmodul, sodass der Hausarzt für einen Basischeck eine Vergütung erhält und dem Nephrologen eine Erstuntersuchung und Kontrolluntersuchungen honoriert werden.

Auch soll ein weiterer Vertrag die engmaschige Kontrolle und Begleitung von Patienten – im Alter ab 55 Jahren – mit akuten oder chronischen Nierenerkrankungen mithilfe eines jährlichen Screenings ermöglichen.

Das Screening umfasst die Ausgabe und Besprechung eines Patientenfragebogens sowie eine Risikobewertung – gegebenenfalls Bestimmung eGFR und Albuminausscheidung im Urin. Ergibt diese Bewertung einen Hochrisikopatienten – N18.3, N18.4, N18.5 ohne Dialysepflichtigkeit – ist die nephrologisch-fachärztliche Betreuung im Rahmen der Pro-Niere-Versorgung seitens des Hausarztes zu unterstützen. Das heißt: Wünscht der Patient die Teilnahme, sind neben der Überweisung auch die erhobenen Befunde sowie der Patientenfragebogen an einen teilnehmenden Nephrologen weiterzugeben. Dieser Aufwand wird pauschal zusätzlich zu den Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs vergütet.

Gemeinsam mit den Krankenkassen unterstützt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen mit diesen Verträgen die Versorgung nicht dialysepflichtiger Patienten, um den Patienten durch eine intensivere Zusammenarbeit zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsebene so lange wie möglich eine Dialysepflicht zu ersparen.

Zensus 2011

7,779 Mio.

14.816

www.kvn.de

KV NORDRHEIN

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

MODERATORENTAG

Seit über 20 Jahren gibt es nunmehr die Qualitätszirkel als eines der wichtigsten Instrumente der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung. Was mit Gesprächsrunden unter Kollegen und kleinen Arbeitsgruppen angefangen hat, ist in so gut wie jedem Bereich ein strukturierter Pfeiler in der Qualitätssicherung geworden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein mit ihren aktuell rund 1.900 Qualitätszirkeln war von Anfang an dabei. Durch 33 aktive Tutoren – lehrende Vertragsärzte – werden die nordrheinischen Moderatoren in Grund- und Aufbaukursen ausgebildet. Hierbei richten sich die Tutoren nach dem Qualitätszirkelhandbuch der KBV. Um die bereits seit längerem ausgebildeten Moderatoren bei ihrer Tätigkeit weiter zu unterstützen und ihnen den Zugang zu neuen Dramaturgien zu ermöglichen, werden in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, wie auch schon in der Vergangenheit, jährlich ein bis zwei Moderatorentage durchgeführt.

Hier berichten nordrheinische sowie externe Tutoren den Moderatoren über neue Dramaturgien. So beispielsweise zu den Themen Anwendung von Qualitätsindikatoren im Qualitätszirkel, Arzneimittelmonographie, Qualitätsmanagement in der Praxis oder auch Patientensicherheit und Häusliche Gewalt. Durch diese Maßnahme soll der Kontakt zu den Moderatoren intensiviert werden. Es wird Hilfestellung jeglicher Art durch die Tutoren und auch die Kassenärztliche Vereinigung angeboten. Wird Hilfe benötigt, kann die Kassenärztliche Vereinigung auch einen Referenten in den Qualitätszirkel entsenden.

CIRS NRW – LERN- UND BERICHTSSYSTEM FÜR KRITISCHE EREIGNISSE IN DER PATIENTENVERSORGUNG

Ende 2012 ist das Critical-Incident-Reporting-System – CIRS NRW – an den Start gegangen. Dieses Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung hat zum Ziel, die Sicherheitskultur im Umgang mit Patienten zu intensivieren und Beinahefehler oder Fehler offen anzusprechen, aus ihnen zu lernen und andere an diesem Lernerfolg teilhaben zu lassen. Die beiden Ärztekammern des Landes, beide Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen haben das System in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität installiert.

In dem internetbasierten Berichts- und Lernsystem sind alle in der Gesundheitsversorgung Tätige, von Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten und Pflegekräften über medizinische Fachangestellte sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe und Verwaltungsmitarbeiter aufgefordert, kritische Ereignisse oder Beinaheereignisse anonymisiert einzugeben und so anderen zugänglich zu machen. CIRS NRW hat im April 2014 den 2. Preis des Aktionsbündnis Patientensicherheit erhalten. Gewürdigt wird hier insbesondere, dass Risiken transparent gemacht werden. Im Rahmen von CIRS NRW finden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen statt sowie ein jährlicher CIRS NRW Gipfel. Durch einen Bericht des Quartals wählen Experten der CIRS NRW Gruppe eine Meldung aus, die als besonders interessant, bedeutsam und lehrreich eingeschätzt wird.

ABLAUF VON CIRS-NRW

1. Berichtsformular aufrufen, ausfüllen und absenden.
2. ÄZQ prüft und anonymisiert gegebenenfalls den Bericht.
3. Experten-Team analysiert Bericht.
4. Bericht wird freigegeben und geht online.
5. Lösungsvorschläge und Kommentare sind erwünscht.
6. Bericht nutzen und gemeinsam lernen!

Zensus 2011

9,397 Mio.

19.728

www.kvno.de

KV RHEINLAND-PFALZ

KVRLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST IN RHEINLAND-PFALZ

In Rheinland-Pfalz wird bis Mitte des Jahres 2014 flächendeckend das Organisationsmodell Bereitschaftsdienstzentrale umgesetzt sein. Die Bereitschaftsdienste werden dann in einer Zentrale durchgeführt, gegebenenfalls nötige Hausbesuche werden aus dieser getätigt. Für die Bevölkerung ergibt sich durch die Einrichtung der Bereitschaftsdienstzentralen der Vorteil, dass sie vor einer Behandlung nicht erst in der lokalen Presse nach der Telefonnummer des jeweils diensthabenden Arztes suchen müssen, sondern stets die gleiche zentrale Anlaufstelle haben.

Eine Bereitschaftsdienstzentrale stellt in der Regel alle infrastrukturellen Voraussetzungen, wie etwa Praxisausstattung, Personal oder Fahrzeug. Vielerorts sind die Zentralen an Krankenhäusern eingerichtet. Dadurch stehen den Patienten die Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses zur Verfügung, falls eine weiterführende Diagnostik und Therapie notwendig ist.

In Rheinland-Pfalz sind derzeit 47 Bereitschaftsdienstzentralen unter der Trägerschaft der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz eingerichtet. Nach Abschluss der Strukturierung Mitte des Jahres 2014 werden es 48 Zentralen sein. Bei der Zuordnung von Gemeinden zum Versorgungsgebiet einer Bereitschaftsdienstzentrale ist die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz bestrebt, möglichst viele Faktoren zu berücksichtigen. Neben der Erreichbarkeit müssen auch Kriterien wie zum Beispiel die Anzahl der verfügbaren Vertragsärzte im Versorgungsgebiet und Wirtschaftlichkeitsaspekte berücksichtigt werden. Durch die Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbezirke in Rheinland-Pfalz ist es in einigen Regionen zu Gebietsaufteilungen gekommen, die es noch zu optimieren gilt. Daher wird im Jahr 2014 eine erneute Beurteilung der bestehenden Gebietsaufteilungen der jeweiligen Bereitschaftsdienstzentralen erfolgen.

Die flächendeckende Umstrukturierung des dezentralen Bereitschaftsdienstes in die von der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz geführten Bereitschaftsdienstzentralen geschieht vor allem aus zwei Gründen:

1. Erreichbarkeit des Bereitschaftsdienstes

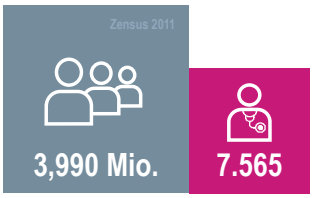
Die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz soll einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten Versorgung außerhalb der Sprechzeiten erhalten. Daher sind alle in Trägerschaft der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz befindlichen Bereitschaftsdienstzentralen über die bundesweite einheitliche Rufnummer 116 117 zu erreichen. Unter dieser Rufnummer erhalten die Patienten in jedem Fall schnell und unkompliziert die Auskunft, die sie brauchen. Die Rufnummer funktioniert ohne Vorwahl und ist kostenlos. Die Weiterleitung des Anrufers an die für den Aufenthaltsort nächstgelegene Bereitschaftsdienstzentrale erfolgt über ein komplexes technisches System, das Intelligente Netz, welches im Hintergrund des jeweiligen Anrufs abläuft.

BEREITSCHAFTSDIENSTORGANISATION IN RHEINLAND-PFALZ
STAND 1. APRIL 2014

2. Gewinnung von Medizinernachwuchs

Um gerade in Regionen mit geringer Arztdichte für vakante und zukünftig zu besetzende Vertragsarztsitze potenzielle Nachfolger zu finden, ist die flächendeckende Errichtung von Bereitschaftsdienstzentralen ein unabdingbarer Schritt. Nur wenn dort der Bereitschaftsdienst durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz zentral geregelt wird, hat die vertragsärztliche Versorgung überhaupt Chancen im Wettbewerb um junge Mediziner.

Gerade vor dem Hintergrund einer steigenden Anzahl älterer und immobiler Patienten, die auf einen Hausbesuch angewiesen sind, ermöglicht die Einrichtung von Bereitschaftsdienstzentralen mit einer entsprechenden Ausstattung zudem ein höheres Versorgungsniveau.



www.kv-rlp.de

KV SAARLAND

UNTERSTÜTZENDES HILFSANGEBOT BEI PRAXISBEGEHUNGEN DURCH DIE GESUNDHEITSÄMTER

Aufgrund der im April 2012 in Kraft getretenen saarländischen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen in Verbindung mit dem Infektionsschutzgesetz und dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst führen die saarländischen Gesundheitsämter aktuell flächendeckend Begehungen in medizinischen Einrichtungen durch.

Im Fokus stehen zunächst Einrichtungen für ambulantes Operieren, deren Prozess- und Strukturqualität in Bezug auf hygienische Standards und Infektionsprävention im Hinblick auf multiresistente Erreger überprüft werden. Schätzungen zufolge erkranken bundesweit etwa 500.000 Menschen jährlich im Rahmen einer medizinischen Behandlung an Infektionen. Ein großer Teil dieser Infektionen kann durch entsprechende Prävention und Hygienemaßnahmen verhindert werden. Ziel der Begehungen ist daher, den Status hinsichtlich hygienischer Standards in medizinischen Einrichtungen und dem Austausch von Informationen zu erheben.

Da es sich hierbei um routinemäßige Praxisbegehungen handelt, werden diese vorher telefonisch beziehungsweise schriftlich angekündigt und ein Termin vereinbart. Zudem erhält der Arzt vom Gesundheitsamt vor der Begehung eine Checkliste, welche auszufüllen und an das Gesundheitsamt zurückzusenden ist. Die Checkliste dient unter anderem zur Selbstkontrolle und hilft darüber hinaus, sich auf die Begehung vorzubereiten. Bei der Begehung geht es zunächst nicht darum gezielt zu sanktionieren, vielmehr geht es darum aufzuklären und präventiv tätig zu sein. Sofern bei einer Begehung Mängel bezüglich Praxishygiene oder Prozess- und Strukturqualität feststellbar sind, werden die Mitglieder direkt vor Ort dazu beraten, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Infektionsprävention künftig zu verbessern und so das Infektionsrisiko zu minimieren.

Um unsere Mitglieder zu unterstützen, werden die Begehungen auf Wunsch von einem Mitarbeiter des Bereichs Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement begleitet.

Darüber hinaus bietet die Kassenärztliche Vereinigung Saarland ihren Mitgliedern die Möglichkeit, sich individuell durch einen Mitarbeiter beraten zu lassen oder ein Hygieneseminar beziehungsweise ein MRSA-Seminar zu besuchen. Die Seminare werden regelmäßig veranstaltet und bieten den Teilnehmern die Möglichkeit, Fragen an Fachreferenten zu stellen.

Im Saarland existiert darüber hinaus ein MRSA Netzwerk zur Prävention und Kontrolle von MRSA, welches neben den jährlichen Netzwerkkonferenzen auch Fallkonferenzen unter Einbeziehung von Fällen aus verschiedenen niedergelassenen Praxen unter anderem auch für unsere Mitglieder anbietet. Ziel dieser Konferenzen ist es, die Aufklärung, Optimierung und den Ausbau vorhandener Schnittstellen voranzutreiben.

Damit wurde im Saarland ein gut funktionierendes Informations- und Beratungsinstrument geschaffen, welches auch von den niedergelassenen Ärzten positiv aufgenommen und in Anspruch genommen wird. Geplant ist, dieses Angebot an Beratungs- und Informationsinstrumenten kontinuierlich auszubauen und an die aktuellen Gegebenheiten anzupassen, um den ständig steigenden Hygieneanforderungen auch in Zukunft gerecht zu werden.

Zensus 2011

994,287 Tsd.

2.097

www.kvsaarland.de

KV SACHSEN

KVS

QUALITÄTSSICHERUNG IN DER KURATIVEN MAMMOGRAPHIE

INTERVIEW MIT DR. PETRA WUNDERLICH (Kommissionsmitglied aus Sachsen)

Anfang 2013 wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen eine digitale Prüfstation nach den Kriterien der Anlage II der Mammographie-Vereinbarung angeschafft. Mit ihr konnte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen somit ihren Ärzten deutlich vor der in der Vereinbarung festgesetzten Frist (31. März 2014) eine digitale Prüfstation anbieten. Im Jahr 2013 wurden bereits 50 der insgesamt 61 Prüfungen digital durchgeführt, 2014 erfolgte die vollständige Umstellung auf digitale Technik. Hintergrund dieser Entscheidung ist, dass bereits fast 95 Prozent der mammographierenden Vertragsärzte in Sachsen digital befunden.

Dr. Wunderlich ist Mitglied der Mammographie- und MRT-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und berichtet über ihre Erfahrung mit den Qualitätssicherungsinstrumenten in der kurativen Mammographie.

Sie haben im letzten Jahr als einer der ersten Vertragsärzte-Sachsens an der digitalen Prüfstation Ihre Mammographie-Fallsammlungsprüfung nach Abschnitt D abgelegt. Seit 2009 haben Sie Ihre Genehmigung zur Mammographie, daher hatten Sie bereits mehrfach Prüfungen an einem Filmbetrachtungsgerät mit analogen Röntgenbildern absolviert. Wie empfanden Sie die Umstellung auf die digitale Prüfstation? Nutzen Sie die digitale Technik auch in Ihrem Praxisalltag?

Das digitale Röntgen hat inzwischen den klassischen Röntgenfilm auch im ambulanten Bereich weitgehend ersetzt. In unserer Praxis erfolgte die Umstellung auf die digitale Röntgentechnik bereits 2003, für die Mammographie zunächst mittels digital auslesbarer Speicherfolie. Seit mehr als drei Jahren nutzen wir ausschließlich ein digitales Vollfeld-System. Die kürzlich eingeführte Beurteilung der Fallsammlungsprüfung an einem Monitor entspricht der täglichen Arbeitsweise der meisten Radiologen.

Sehen Sie Vorteile bei der Beurteilung von Fallsammlungen an einer digitalen Prüfstation gegenüber Beurteilungen an einem Röntgenbildbetrachter? Wenn ja, worin bestehen diese?

Einen entscheidenden Vorteil der digitalen Prüfstation sehe ich in der sofortigen Verfügbarkeit der Aufnahmen. Das manuelle Aufhängen von Röntgenfilmen an einen Lichtkasten wird überflüssig. Zudem entfällt das Risiko von Fehlsortierungen und eventuellen Filmbeschädigungen. Die Bildbetrachtung kann durch den Radiologen individuell erfolgen, sämtliche Bilddetails können nach Bedarf – etwa durch eine gezielte Vergrößerung – optimiert dargestellt werden.

Seit dem 1. April 2014 finden in der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen die Beurteilungen einer Fallsammlung nach Abschnitt C und D ausschließlich an einer digitalen Prüfstation statt. Wie bewerten Sie diesen Schritt?

Die Einführung einer digitalen Prüfstation ist ein wichtiger Schritt in der Qualitätssicherung der kurativen Mammographie und sehr positiv zu sehen. Sie stellt eine wichtige Anpassung an die technische Weiterentwicklung im Fach Radiologie dar.

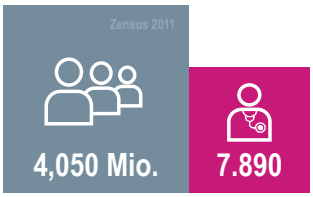
Sehen Sie allgemein bei den Beurteilungen einer Fallsammlung noch Verbesserungspotenziale?

Hinsichtlich der Bildauswertung ist durch die digitale Prüfstation ein großer Fortschritt erzielt worden. Für eine weitere Verbesserung der Fallsammlung ist die Möglichkeit einer Evaluation durch die beurteilenden Ärzte sicher hilfreich, indem konkrete Hinweise oder Anmerkungen zu einzelnen Aufnahmen abgegeben werden können.

Empfinden Sie die Beurteilung einer Fallsammlung nach Abschnitt D als nützliches Instrument zur Fort- und Weiterbildung?

Der Aspekt der Fort- und Weiterbildung steht primär nicht im Vordergrund bei der Beurteilung der Fallsammlungsprüfung. Nach dem verbindlichen Abschluss der Beurteilungen hat man bei den Prüfungen nach Abschnitt D Gelegenheit, sich die abweichenden Befunde nochmals anzuschauen. Allerdings sind durch die Einführung der digitalen Prüfstation die zu detektierenden Befunde farblich markiert dargestellt. Der Arzt erhält somit eine direkte Rückkopplung zu eventuell aufgetretenen Abweichungen. Die Mehrzahl der Kollegen würde es sicher begrüßen, wenn in den Fällen mit histologischer Sicherung das entsprechende Ergebnis zu diesem Zeitpunkt ebenfalls im Lösungsschlüssel abrufbar ist. Neben der Qualitätssicherung würde somit der Fortbildungscharakter der Prüfung gestärkt werden.

Das Gespräch mit Dr. Wunderlich führte Frau Brauns von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.



www.kvs-sachsen.de

KV SACHSEN-ANHALT

INFORMATIONSANGEBOTE FÜR NIEDERLASSUNGSWILLIGE IN SACHSEN-ANHALT

In Zeiten von Ärztemangel ist es mehr und mehr Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen geworden, jungen Ärzten frühzeitig einen Einblick in die vertragsärztliche Versorgung zu geben. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt hat verschiedene Informationsmaterialien entwickelt, die über die Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung und das Thema Qualität in der ambulanten Versorgung informieren.

GeniaL - Genehmigungen im ambulanten Leistungsbereich informiert über alles Wissenswerte zum Thema Qualität in der ambulanten Versorgung. Inhalte sind wichtige gesetzliche Regelungen, genehmigungspflichtige Leistungen, Qualitätsmanagement, Fortbildung und die Ansprechpartner in der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt. GeniaL ist für Ärzte und Psychotherapeuten gedacht, die sich dazu entschlossen haben, im ambulanten Bereich tätig zu werden. Die Broschüre gibt einen Überblick und dient als Orientierungshilfe, insbesondere bei der Frage, welche genehmigungspflichtigen Leistungen kommen in Betracht und welche Anforderungen sind zu erfüllen.

Mit Durchblick – von Anfang an

Mit Durchblick – von Anfang an ist ein Leitfaden für Ärzte und Psychotherapeuten, die ambulant tätig werden möchten. Er gibt Hinweise und Tipps von der Arztregistereintragung über die Formalitäten einer Zulassung bis zur ambulanten Tätigkeit. Eine Checkliste, die sich am zeitlichen Verlauf orientiert, hilft, an alles Wesentliche zu denken und die richtigen Ansprechpartner zu finden. Neben rein vertragsärztlichen Gesichtspunkten werden auch mögliche Versicherungen und die Meldeverpflichtungen gegenüber anderen Behörden erläutert.

MONATLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN IM MITTEILUNGSBLATT DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SACHSEN-ANHALT

Die PRO erscheint monatlich und ist das offizielle Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt. Als regelmäßige Serien wurden die Themen Praxisorganisation und -führung und Hygiene – eine saubere Sache etabliert.

Praxisorganisation und -führung

Viele Themen lassen sich unter dem Begriff Praxisorganisation zusammenfassen. Dazu zählen Patientensicherheit, Arbeitsschutz und -sicherheit, Notfallmanagement, Terminvergabe, Datenschutz und vieles mehr. Alle Themen beruhen auf gesetzlichen Anforderungen und Vorgaben, die sich auch im Qualitätsmanagement wiederfinden. Mit der Artikelserie: Praxisorganisation und -führung …weil Qualität in der Praxis führt, werden die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt monatlich über unterschiedliche Themen informiert.

Hygiene – Eine saubere Sache

Hygiene – Eine saubere Sache liefert monatlich Beiträge zum Thema Hygiene in der Arztpraxis. Vorrangig geht es dabei um Hinweise zur Umsetzung der geltenden Hygieneanforderungen. Im Jahr 2013 reichten die Themen von den Anforderungen an einen Hygieneplan und die Händedesinfektion über die Frage der Zulässigkeit von Topfpflanzen in Arztpraxen bis zum Umgang mit Nadelstichverletzungen.

Zensus 2011

2,259 Mio.

4.024

www.kvsa.de

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

STICHPROBENPRÜFUNGEN IM BEREICH DER KARDIORESPIRATORISCHEN POLYSOMNOGRAPHIE

Die Polysomnographie in der vertragsärztlichen Versorgung dient der Diagnostik und Therapie von obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndromen sowie obstruktiven Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigung des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Bei der Polysomnographie werden in speziell eingerichteten Schlaflaboren bestimmte biologische Parameter im Schlaf untersucht und gemessen, wie zum Beispiel die Hirnaktivität, Herzfrequenz, Atmungsaktivitäten und -geräusche, Muskelspannung, Augenbewegungen, Körperlage und -bewegung, Körpertemperatur sowie Sauerstoffsättigung des Blutes. Aus diesen Werten ergibt sich ein genaues Schlafprofil des Patienten, welches eine genaue Untersuchung der Schlafstörung ermöglicht.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein beginnt 2013 in diesem Bereich, die Stichprobenprüfungen bei den 22 Ärzten mit Genehmigung vorzubereiten. Hierfür wurden Durchführungsbestimmungen, welche Auswahl und Umfang der Stichproben sowie das Verfahren der Qualitätsprüfung im Einzelfall festlegen, erarbeitet. Innerhalb von zwei Jahren werden alle Ärzte mit einer Genehmigung überprüft. Von jedem Arzt werden Unterlagen zu fünf Patienten zur Prüfung angefordert. Diese umfassen Dokumentationen, Aufzeichnungen sowie dazugehörige schriftliche Befundberichte und den Arztbrief. Die Überprüfung der eingereichten Unterlagen erfolgt durch die für diesen Bereich eingerichtete Qualitätssicherungskommission. Diese besteht aus drei besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern und zwei Stellvertretern.

Die Kommission nimmt für die gesamte Dokumentation jedes Patienten eine Einzelbewertung anhand folgender Parameter vor:

- Indikation, Anamnese und Klinik
- Aufzeichnungsphase
- Qualität der polysomnographischen Aufzeichnung
- Qualität der Befundung
- Schlussfolgerungen

Aus den Einzelbewertungen ergeben sich die Gesamtbewertung für den Arzt und eine Zuteilung in eine der folgenden Beurteilungskategorien:

- Keine Beanstandungen
- Geringe Beanstandungen
- Erhebliche Beanstandungen
- Schwerwiegende Beanstandungen

Je nach Beurteilung werden unterschiedliche Maßnahmen beschlossen. Das Prüfungsergebnis wird dem Arzt von der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich mitgeteilt. Bei eventuellen Beanstandungen wird dem Arzt von der Kommission mit dem Prüfungsergebnis zusätzlich eine Empfehlung ausgesprochen, wie die beanstandeten Mängel zu beseitigen sind. Weitere Maßnahmen sind unter anderem Wiederholungsprüfungen, Beratungsgespräche, Kolloquien oder der Genehmigungsentzug.

Zensus 2011

2,807 Mio.

5.485

www.kvsh.de

KV THÜRINGEN

Kassenärztliche Vereinigung Thüringer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

RETTUNGSDIENST – MADE BY KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN

Mit der Novelle des Thüringer Rettungsdienstgesetzes gingen die Verantwortlichkeiten für die notärztliche Sicherstellung im bodengebundenen Rettungsdienst zum 1. Juli 2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen über. Die Neuordnung war dringend notwendig geworden, da es für die bis dato zuständigen Landkreise immer schwieriger wurde, geeignete Notärzte zu finden. Entsprechend groß waren die Erwartungen an die Kassenärztliche Vereinigung – der Gesetzgeber versprach sich eine deutliche Verbesserung der Versorgungssituation. Nicht zuletzt auch deshalb, weil in anderen Bundesländern wie Bayern und Sachsen-Anhalt die notärztliche Versorgung bereits seit Jahren von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert wird. Basierend auf den in den jeweiligen Rettungsdienstgesetzen vorgegebenen Regularien musste für das gesamte Bundesland ein völlig neues System geschaffen werden. Viele organisatorische Hürden waren zu überwinden. Es galt Partner zu gewinnen und Vertrauen in die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zu vermitteln.

47 Thüringer Notarztstandorte, 1.000 aktive Notärzte

Lebensbedrohliche Krankheiten kennen keine Sprechzeiten. Für die 47 Thüringer Notarztstandorte sind daher rund um die Uhr Notärzte in ständiger Bereitschaft zu halten – 365 Tage im Jahr, sieben Tage in der Woche und 24 Stunden täglich. Etwa 1.000 Notärzte haben sich bereit erklärt, aktiv an der Notfallversorgung teilzunehmen. Fünf Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen sorgen täglich dafür, dass stets ein Notarzt an allen Standorten zur Verfügung steht, Ausfälle kurzfristig kompensiert werden und die Onlineabrechnung inklusive einer zeitnahen Abrechnung der Einsätze sowie Notarztvergütungen erfolgt.

Abrechnungsprozedere für 405.000 Notarzteinsätze

Eine weitere Herausforderung ist die Nachbereitung von Rettungseinsätzen, speziell die Recherche unvollständiger Personalien von Notfallpatienten oder die Rekonstruktion komplexer Einsatzsituationen für das Abrechnungsprozedere. Zum Hintergrund: Fehlerhafte Abrechnungen werden von der Leistungspflicht der Kostenträger kategorisch ausgeschlossen. Die Größenordnung, in denen sich die Aufarbeitung eingehender Abrechnungsvorgänge bewegt, liegt bei circa 405.000 Notarzteinsätzen seit der Übernahme Mitte 2009 bis Ende 2013.

In Zukunft: Qualität durch Kompetenz

Gezielte Förderungen von Weiterbildungsmaßnahmen der Notärzte stellen einen wichtigen Aspekt der Qualitätssicherung dar. So kann ein einheitlicher Kenntnisstand für alle Thüringer Notärzte erreicht werden, einschließlich einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit aktuellen Veränderungen notfallmedizinischer Behandlungsrichtlinien. Ein weiterer Punkt ist die Einführung eines einheitlichen Notarztdokumentationssystems. Die dadurch möglich werdende effektive Auswertung von Einsatzdaten erlaubt es, Fehlerquellen zu erkennen und frühzeitig Korrekturmaßnahmen einzuleiten.

Aufbauarbeit für die notärztliche Sicherstellung

- Kostenverhandlungen mit den gesetzlichen und privaten Krankenkassen als Basis für den Aufbau einer neuen Versorgungsstruktur
- Kontinuierliche Gestaltung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Thüringer Krankenhäusern für eine notärztliche Versorgung auf höchstem Niveau
- Dauerhafte Gewinnung von engagierten Ärzten für die notärztliche Sicherstellung, etwa von Medizinern, die neben ihrer klinischen oder niedergelassenen Tätigkeit den Notarztberuf ausüben
- Flächendeckende Einführung eines onlinebasierten Abrechnungssystems – sowohl für eine schnelle und vereinfachte Form der Patientenabrechnung als auch für eine zeitnahe Vergütung der Notärzte
- Ausstattung der Notärzte mit gesetzeskonformer strapazierfähiger und ansprechender Einsatz- sowie Schutzkleidung

Integrierter und akzeptierter Partner

In Zusammenarbeit mit den Trägern des bodengebundenen Rettungsdiensts, allen voran den Kommunen, Hilfsorganisationen und Berufsfeuerwehren als Betreiber der Notarzteinsatzfahrzeuge, konnte die Notfallversorgung deutlich stabilisiert werden. Gerade im Hinblick auf einen immer größer werdenden Kostendruck, auch im Gesundheitswesen, ist es den Verantwortlichen sehr wichtig, diese Beständigkeit beizubehalten und auszubauen. Heute ist die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen vollumfänglich integrierter und akzeptierter Partner in entscheidenden Gremien des Rettungsdiensts. Wichtig für die nächsten Jahre wird der Systemausbau für eine adäquate flächendeckende notärztliche Versorgung mit motivierten und engagierten Notärzten zum Vorteil der Thüringer Bevölkerung sein. Dazu gehören auch die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem ärztlich organisierten Notdienst und den Rettungsdiensteinheiten.

Zensus 2011

2,170 Mio.

4.089

www.kv-thueringen.de

KV WESTFALEN-LIPPE

DIE RICHTIGE BEHANDLUNG ZUR RICHTIGEN ZEIT – EIN MODELLPROJEKT IN WESTFALEN-LIPPE ZUR EINSCHÄTZUNG DER DRINGLICHKEIT VON PATIENTENBESCHWERDEN

Der erste Kontakt zwischen Patient und Praxis findet in der Regel mit dem medizinischen Fachpersonal am Telefon statt. Im Rahmen der Sprechstundenplanung in der Arztpraxis, beim Anruf in der Arztrufzentrale oder direkt in den Notdienstpraxen findet häufig – bewusst oder unbewusst – eine Form der TRIAGE statt. Auf Grundlage der vom Patienten geschilderten Informationen muss das medizinische Personal dann die Dringlichkeit der Beschwerden einschätzen und weitere medizinische Maßnahmen einleiten.

Die medizinische TRIAGE ist somit eine verantwortungsvolle Aufgabe auch und insbesondere für Medizinische Fachangestellte. Sie birgt das Risiko, die Dringlichkeit der Warnzeichen medizinischer Beschwerden falsch einzuschätzen. Sie stellt daher in der Arztpraxis einen wichtigen Faktor für den Bereich der Patientensicherheit dar.

Dies hat auch eine Studie zur Patientensicherheit in ambulanten Praxen der Schweiz belegt, die von der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit im Jahr 2011 erstellt wurde. Hierbei wurde gerade auch die (Telefon-)TRIAGE als wichtiger Hotspot der Patientensicherheit identifiziert. Insbesondere bei der Kontaktaufnahme durch den Patienten besteht laut der Studie ein erhöhtes Fehlerrisiko. Wenn die Dringlichkeit des Anliegens nicht oder nicht rechtzeitig erkannt wird, kann es zu schwerwiegenden Folgen für den Patienten kommen. Daher sollte die kompetente (Telefon-) TRIAGE als Handlungsfeld im Bereich der Patientensicherheit eine stärkere Beachtung finden.

Pilotveranstaltungen zum Thema

Im November 2013 hat die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit einem schweizer Anbieter von medizinischen Fachseminaren zwei Pilotseminare zum Thema TRIAGE: Die richtige Behandlung zur richtigen Zeit durchgeführt. Die Veranstaltungen richten sich an Ärzte und Medizinische Fachangestellte aus Haus- und Facharztpraxen, das Personal von Notfallpraxen und der Anrufzentrale. Anhand von Folienpräsentationen, Video- und Hörbeispielen sowie Fallbeispielen und praktischen Aufgaben in Kleingruppenarbeit vermittelten die beiden Referenten Wissen rund um das Thema TRIAGE und regten die Teilnehmer an, Situationen der TRIAGE zu simulieren. Die Referenten berichteten zudem von ihren eigenen Erfahrungen aus dem Berufsleben und gaben Tipps zum Vorgehen beim Triagieren. Das Seminar gab den Teilnehmern neue Kriterien an die Hand, wie man Patientenbeschwerden gezielt nach Dringlichkeit einordnen kann.

Positives Feedback

Am Ende jeder Veranstaltung wurde eine Evaluation durchgeführt. Diese bildeten eine positive Resonanz ab und machten deutlich, dass die Teilnehmer beider Gruppen für weitere Veranstaltungen und aufbauende Modulseminare in diesem Bereich dankbar wären.

Das positive Feedback aus beiden Veranstaltungen zeigt, dass das Thema TRIAGE für alle Beteiligten – Medizinische Fachangestellte aus Hausarzt-, Facharzt- und Notfallpraxen, für Ärzte und für Angestellte der Arztrufzentrale – von hohem Interesse ist. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe hat daher Anfang 2014 beschlossen, das Seminarangebot im Bereich TRIAGE auszubauen und somit die Patientensicherheit weiter zu stärken. Geplant sind zunächst zwei Veranstaltungsblöcke bestehend aus zwei aufeinander aufbauenden Modulen.

WAS BEDEUTET TRIAGE?

Das Wort TRIAGE leitet sich von dem französischen Begriff **„trier“** ab, was soviel bedeutet wie **„sortieren“** oder **„einteilen“**. Der Begriff steht ursprünglich für die Einteilung der Verletzten (bei einer Katastrophe) nach der Schwere der Verletzungen. Im Rahmen des Modellprojekts wird die Triage als Einteilung der Dringlichkeit von Patientenbeschwerden in der Arztpraxis verstanden.

Zensus 2011

8,157 Mio.

14.795

www.kvwl.de

EINRICHTUNGEN MIT WEITEREN QUALITÄTSINITIATIVEN

KBV | KVen

ZENTRALINSTITUT

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland in seiner Funktion als gemeinsame Forschungseinrichtung der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen hat seinen Schwerpunkt in der Durchführung und Förderung der Versorgungsforschung in der vertragsärztlichen Versorgung.

KOMPETENZZENTRUM KURATIVE MAMMOGRAPHIE

Das Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie wird im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns betrieben. Dort erfolgen Entwicklung und Bereitstellung von Prüfmaterialien und Koordination der bundesweit dezentral erfolgenden Fallsammlungsprüfungen für mammographierende Ärzte.

KOMPETENZZENTRUM HYGIENE

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte von Kassenärztlichen Vereinigungen und KBV wurde im Juli 2010 gegründet und ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg angesiedelt. Es befasst sich mit allen Fragen rund um das Thema Hygiene in der Arztpraxis.

KBV | BÄK

ÄZQ

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin ist das gemeinsame Kompetenzzentrum von Bundesärztekammer und KBV für Qualität und Wissenstransfer im Gesundheitswesen.

KBV | GKV-SV

KOOPERATIONSGEMEINSCHAFT MAMMOGRAPHIE

Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie ist in gemeinsamer Trägerschaft der gesetzlichen Krankenkassen und der KBV im August 2003 gegründet worden. Ihre Aufgabe ist die Koordination, Qualitätssicherung und Evaluation des Mammographie-Screening-Programms.

ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN

DIE ANGEMESSENE PATIENTENVERSORGUNG DARSTELLEN: DAS PROGRAMM FÜR NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIEN (NVL)

Das Sozialgesetzbuch schreibt vor, dass Patienten eine angemessene Versorgung erhalten sollen. Nur: Was angemessen ist, das ist nicht immer leicht zu beurteilen. Und das Wissen darüber ändert sich stetig: Täglich werden pro Fachgebiet etwa 50 neue Studien publiziert, doch nicht alle liefern verlässliche Ergebnisse, auf die Ärzte ihr Handeln gründen können. Die Ermittlung der angemessenen Versorgung muss deshalb auf dem besten verfügbaren Wissen fußen, höchsten methodischen Ansprüchen genügen und die Expertise aller an der Versorgung Beteiligten berücksichtigen.

Deshalb haben Bundesärztekammer, KBV und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2003 gemeinsam das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien ins Leben gerufen:

Zu prioritären Versorgungsproblemen entwickelt jeweils ein interdisziplinäres Team aus Vertretern aller relevanten Fachgesellschaften, Heil- und Pflegeberufe sowie Patientenorganisationen wissenschaftlich begründete Handlungsempfehlungen. Die Koordination und Moderation des Verfahrens wie auch die methodische Begleitung obliegen dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin. Nationale VersorgungsLeitlinien stellen den gesamten Versorgungsprozess dar und berücksichtigen dabei besonders Fragen zu Schnittstellen am Übergang zwischen den Sektoren.

Die Empfehlungen beruhen auf einer systematischen Recherche und Bewertung der vorhandenen Literatur und berücksichtigen zudem hochwertige aktuelle Leitlinien und die klinische Erfahrung. Alle Beteiligten verabschieden sie im Konsens. Die Entwicklung folgt einer hochwertigen Methodik, die sich an internationalen Standards orientiert und transparent dokumentiert ist:

Für jede Nationale VersorgungsLeitlinie gibt es einen eigenen Leitlinienreport, der das systematische Vorgehen genau darstellt, die Interessenkonflikterklärungen der Beteiligten dokumentiert und auch über die Finanzierung Auskunft gibt.

Nationale VersorgungsLeitlinien dienen unter anderem als Basis für Disease-Management-Programme (DMP) oder für Verträge zur Integrierten Versorgung. Sie werden regelmäßig aktualisiert.

Bislang gibt es Nationale VersorgungsLeitlinien zu den Themen:

- Asthma
- COPD
- Typ-2-Diabetes (Therapie und Folgeerkrankungen)
- Chronische KHK
- Herzinsuffizienz
- Depression
- Kreuzschmerz

Der neue Koalitionsvertrag sieht vor, DMP zu Depression und Kreuzschmerz zu etablieren. Unabhängig davon, wie die Ärzteschaft den Stellenwert dieser DMP einschätzt: Sollten sie kommen, so können Bundesärztekammer, KBV und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften mit den Nationalen Versorgungs-Leitlinien Kreuzschmerz und Depression bereits ärztlich konsentierte und inzwischen implementierte Empfehlungen für die angemessene Versorgung dieser Erkrankungen vorlegen und damit den Prozess im Sinne ärztlicher Qualität maßgeblich mitgestalten.

ABLAUF DER ERSTELLUNG EINER NATIONALEN VERSORGUNGSLEITLINIE*

1	Themenbeschluss
2	Benennung Mandatsträger (Fachgesellschaften) Dokumentation Interessenkonflikte
3	Definition von Schlüsselfragen, Recherche und Bewertung der Evidenz
4	Formulieren der NVL (Entwurfsstadium)
5	Formale Konsensuskonferenzen
6	Öffentliche Konsultation
7	Überarbeitung / Konsentierung der NVL
8	Veröffentlichung (Langfassung, Methodenreport, Kurzfassung, Patientenleitlinie)
9	Laufende Aktualisierung

*stark vereinfachte Darstellung des Ablaufs

www.leitlinien.de

KOMPETENZZENTRUM HYGIENE UND MEDIZINPRODUKTE

Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KV'en und der KBV

MIT DER HYGIENE IM REINEN

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Würtemberg

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV wurde im Juli 2010 gegründet. Das Kompetenzzentrum befasst sich mit allen Fragen rund um das Thema Hygiene in der Arztpraxis: Erstellung eines praxiseigenen Hygieneplans, Umgang mit übertragbaren Krankheiten, Vermeidung nosokomialer Infektionen und von Multiresistenzen, Aufbereitung von Medizinprodukten, Umgang mit Gefahrstoffen, Arbeitssicherheit – um nur einige Tätigkeitsfelder zu nennen.

Der Schwerpunkt lag im Jahr 2013 in der Erarbeitung der Publikation Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden. In fünf Kapiteln – Rechtliche Rahmenbedingungen, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, Hygienemanagement in der Arztpraxis, Medizinprodukte sowie Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten – wird ein umfassendes, kompaktes Informationswerk für den ambulanten Bereich bereitgestellt.

Gemeinsam mit der Bundesärztekammer hat das Kompetenzzentrum außerdem die Erarbeitung eines neuen Fortbildungscurriculums für Medizinische Fachangestellte Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis in Angriff genommen. Aufgrund der Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte von 2006, in welcher fachspezifische Hygienekompetenzen geregelt sind, sollte das neue Fortbildungscurriculum ausschließlich den Kompetenzerwerb in der Medizinprodukteaufbereitung enthalten. Dadurch ergaben sich Ansatzpunkte für eine Reduzierung des bislang 40 Stunden umfassenden Sachkundekurses nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. auf dann noch 24 Stunden. In einem ersten Arbeitstreffen bei der Bundesärztekammer wurden die sieben Module des Curriculums der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. entsprechend den Inhalten der Ausbildungsverordnung von 2006 für Medizinische Fachangestellte um 16 Stunden reduziert. Das neue Fortbildungscurriculum wird im Laufe des Jahres 2014 fertiggestellt. Es bildet die Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention – KRINKO 2012 ab –, insbesondere Anlage 6 – Sachkenntnis des Personals.

Das Kompetenzzentrum hat die KBV im Jahr 2013 bei zwei Projekten unterstützt: Zum einen wurde fachlich die Erstellung des Selbsttests Mein PraxisCheck Hygiene unterstützt. Das Online-Tool wurde Anfang des Jahres 2014 freigeschaltet. Zum zweiten wurde das Kompetenzzentrum zur fachlichen Überprüfung des neuen Qualitätszirkel-Moduls Hygienemanagement in Praxen / MVZ hinzugezogen. Dieses Modul unterstützt Ärzte dabei, das Hygiene-Management der eigenen Praxis kritisch zu überprüfen, Schwachstellen zu identifizieren und im Austausch mit Kollegen Schritte zur Verbesserung einzuleiten. Die Hygieneberaterinnen und -berater der Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen hierbei eine wichtige Rolle bei der Vermittlung des Themas und in der Beratung von Ärzten ein. Sie stehen sowohl den Qualitätszirkel-Moderatoren als auch den Teilnehmern von Qualitätszirkel-Sitzungen zum Thema Hygiene, Medizinprodukte und Infektionsschutz als Experten beratend zur Seite.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ist dem Kompetenzzentrum im Frühjahr 2013 beigetreten. Es wurden im Jahr 2013 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigungen Hessen, Nordrhein und Sachsen zu Hygieneberatern ausgebildet. In einem 40-Stunden-Kurs zur Aufbereitung von Medizinprodukten nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. erlernten diese die notwendige Sachkenntnis nach § 4 Abs. 3 Medizinprodukte-Betreiberverordnung. Inzwischen gibt es ein flächendeckendes Netz an Hygieneberaterinnen und -beratern für die niedergelassenen Ärzte und das Praxispersonal bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Qualifizierung der Hygieneberaterinnen und -berater in den Kassenärztlichen Vereinigungen hat für das Kompetenzzentrum eine hohe Priorität. Sie können durch ihre Qualifizierung die Ärzte bei der Optimierung der Abläufe in ihren Praxen in Bezug auf Hygiene und Medizinprodukte unterstützen, bei komplexen Fragen stehen ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kompetenzzentrums zur Verfügung.

Zur Weiterqualifizierung der Hygieneberater finden regelmäßig fachbezogene Fortbildungsveranstaltungen in Form von Berater-Workshops statt. Ferner stehen ihnen aktuelle Informationen zum Thema Hygiene und Medizinprodukte im geschützten Bereich der eigens erstellten Homepage bereit.

www.hygiene-medizinprodukte.de

KOMPETENZZENTRUM KURATIVE MAMMOGRAPHIE

Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie

ARBEITSTEILUNG SCHAFFT EFFIZIENZ

Arbeitsteilung schafft Effizienz – unter dieser Prämisse beschloss die Vertreterversammlung der KBV im Juni 2007, ein Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie zu etablieren, und beauftragte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mit dessen Betreuung. Ziel ist es, Ärzten im gesamten Bundesgebiet zu ermöglichen, Fallsammlungsprüfungen auf dem neuesten Stand der Technik anhand von digital erstellten Aufnahmen durchzuführen.

Aufgaben Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie – Auswahl

- Aufbau und Pflege eines Bilderpools aus digitalen Mammographieaufnahmen, um die für die Prüfungen nach den Abschnitten C und D der Mammographie-Vereinbarung notwendigen Fallsammlungen erstellen zu können. Abschnitt C betrifft die Eingangsprüfung, Abschnitt D die Qualitätssicherungsmaßnahme zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung, die im Abstand von zwei Jahren erfolgen soll.
- Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Übermittlung der Prüfungsergebnisse zur Auswertung an die KBV.
- Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Einführung eines flächendeckenden digitalen Prüfungsbetriebs.

Jede Fallsammlung umfasst 200 Mammographien von 50 Frauen – je vier Aufnahmen. Im Rahmen der Prüfung muss durch die Ärzte angegeben werden, welche Veränderungen des Gewebes auf den jeweiligen Bildern zu erkennen sind und welcher Art diese sind. Mammographierende Ärzte können die Prüfungen wahlweise anhand technisch einwandfreier Ausdrucke der primär digitalen Röntgenbilder auf transparentem Film oder unter Nutzung einer digitalen Prüfstation absolvieren. Die Ergebnisfeststellung erfolgt zeitnah durch die KBV. In Bundesländern, in denen beide Prüfvarianten angeboten werden, ziehen die zu prüfenden Ärzte die digitale Variante der analogen vor. Zum Ende des Berichtsjahres setzen zehn Kassenärztliche Vereinigungen digitale Prüfstationen ein, sieben stellen im Laufe des Jahres 2014 den Prüfbetrieb auf digitale Prüfstationen gemäß § 15 der Mammographie-Vereinbarung um.

Entsprechend der Mammographie-Vereinbarung und der Beauftragung durch die KBV bietet das Kompetenzzentrum allen mammographierenden Ärzten im Bundesgebiet an, den Aufbau der Bilderpools zu unterstützen und geeignete Fälle einzureichen. Hierbei ist es wichtig, dass die Aufnahmen die relevanten Kriterien der Mammographie-Vereinbarung erfüllen und technisch einwandfrei sind. Die eingereichten Fälle werden durch ein Sachverständigengremium beurteilt. Dieses Gremium ist in seiner Zusammensetzung auf der Bundesebene einvernehmlich abgestimmt. Es prüft unter anderem die Fälle unter Beachtung der bestehenden Anforderungen auf ihre Eignung zur Aufnahme in einen Fallpool nach Abschnitt C und/oder D und übernimmt deren Zusammenstellung zu einer Fallsammlung. Ein besonderes Augenmerk legen die Experten hierbei auf die Qualität der analogen Ausdrucke unter dem Aspekt Gleichwertigkeit gegenüber der digitalen Darstellung.

Die Fallsammlung nach Abschnitt D wird in dem Zeitraum von zwölf Monaten aus Gründen der Vergleichbarkeit aller Prüfungsergebnisse nicht variiert. Die Aufnahmen der Fallsammlung nach Abschnitt C werden spätestens nach einer maximalen Einsatzzeit von drei Monaten variiert und in der Reihenfolge verändert. Bei der Variation der Fälle wird auf Austauschfälle beziehungsweise den Fallpool zurückgegriffen. Im Jahr 2013 hat das Kompetenzzentrum an die Kassenärztlichen Vereinigungen 34 analoge Fallsammlungsordner (mit jeweils 200 Aufnahmen) nach Abschnitt C und 25 analoge Fallsammlungsordner nach Abschnitt D versandt.

Mit der bundesweiten Umstellung auf digitale Prüfungen wird sich die mit erheblichen organisatorischen Aufwänden verbundene Aufbereitung der Ordner nach Abschnitt C und D verringern, da die nach jedem Rücklauf erforderliche Qualitätsprüfung entfällt.

www.kvb.de

KRITERIEN FÜR PRÜFUNGSFÄLLE:

Radiologisch auffällige Befunde entsprechend der Kategorien 4 oder 5 müssen histologisch als Malignome gesichert sein. Bei Befunden entsprechend der Kategorien 1 oder 2 muss eine Folgeaufnahme vorliegen (circa zwei Jahre nach dem Prüfungsfall), welche keine malignen Veränderungen im Vergleich zum Ausgangsbefund aufgewiesen hat. Letzteres gilt auch für die kontralaterale Seite eines Karzinombefundes. Sowohl bei den bösartigen als auch bei den gutartigen Veränderungen müssen in der Mammographieaufnahme typische radiologische Merkmale auf die jeweilige Erkrankung hindeuten. Die bösartigen und gutartigen Veränderungen müssen in beiden Ebenen erkennbar sein, die typischen radiologischen Merkmale mindestens in einer Ebene.

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

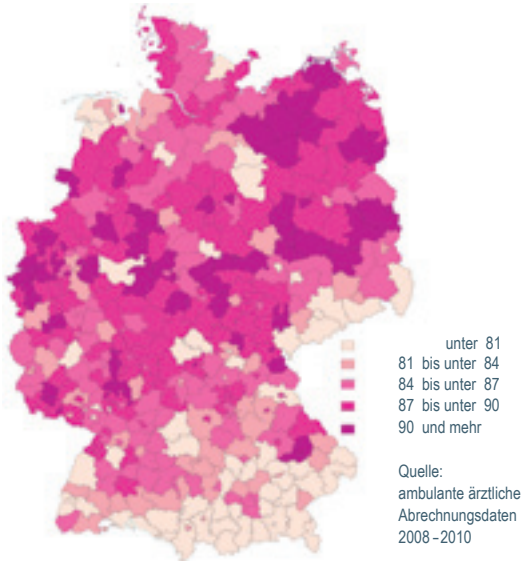
VERSORGUNGSATLAS

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland – ZI hat in seiner Funktion als gemeinsame Forschungseinrichtung der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Versorgungsatlas ein Internetportal für die Ergebnisse aus der regionalisierten Versorgungsforschung geschaffen. Seit 2011 bietet der Versorgungsatlas eine öffentlich zugängliche Informationsquelle zu einer wachsenden Anzahl ausgewählter Analysen zu Prozessen und Strukturen der medizinischen Versorgung im regionalen Vergleich. Dieses umfasst interaktive Karten, Tabellen, Grafiken und einen Bericht mit epidemiologischen Analysen. Anhand spezifischer Indikatoren werden regionale, quantitative und qualitative Unterschiede in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung identifiziert, um bei möglicherweise bundesweit bestehenden, unerwünschten Versorgungsunterschieden Angleichungen anzustreben. Die Analyseergebnisse zu Masernimpfungen, vorgelegt im Juli 2013, haben dazu geführt, dass Kassenärztliche Vereinigungen, aber auch der Öffentliche Gesundheitsdienst für Regionen mit unterdurchschnittlicher Inanspruchnahme beziehungsweise niedrigen Impfraten diverse Maßnahmen ergriffen haben, um die Prävention effektiver zu machen.

Masernimpfungen bei Kindern

Vor Einführung der Impfung in den 1970er-Jahren waren Masern aufgrund der Ansteckungsgefahr eine weit verbreitete Kinderkrankheit, an welcher bis zum 16. Geburtstag fast jedes Kind erkrankt war. Durch die Einführung der Impfung sank die Erkrankungsrate erheblich, jedoch verblasste so die Erinnerung an die Heftigkeit und Gefährlichkeit der Erkrankung. Seit 2001 empfiehlt die Ständige Impfkommission die erste Masernimpfung im Alter von elf bis 14 Monaten, beziehungsweise bei einem geplanten frühzeitigen Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen ab neun Monaten und die zweite Impfung zwischen 15 und 23 Monaten. Auf Basis der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten* der Jahre 2008 bis 2010 kann gezeigt werden, dass insgesamt 85,8 Prozent der Kinder bis zu einem Alter von zwei Jahren mindestens eine Masernimpfung erhalten haben; 69,4 Prozent im von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Zeitraum (in einem Alter von neun bis 14 Monaten). Mit rund 89 Prozent weisen die Bereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen Mecklenburg-Vorpommern (89,3 Prozent) sowie Nordrhein (88,7 Prozent), das Saarland (88,5 Prozent) und Hessen (88,5 Prozent) die höchsten, Bayern (82,3 Prozent) und Sachsen (80,2 Prozent) die niedrigsten Impfquoten auf. In Sachsen gilt eine von der Ständigen Impfkommission abweichende Impfempfehlung, die den Zeitraum für die Erstimpfung nicht begrenzt und die Zweitimpfung erst ab dem sechsten Lebensjahr empfiehlt. Die Spanne der Impfquoten für die erste Masernimpfung reicht auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte von fast 95 Prozent in den Landkreisen Zweibrücken (94,8 Prozent; Rheinland-Pfalz) und Müritz (94,5 Prozent; Mecklenburg-Vorpommern) bis 61,3 Prozent im Kreis Rosenheim (Bayern).

MASERNIMPFRATE BEI KINDERN IM ALTER BIS ZU ZWEI JAHREN IN 2010 NACH KREISEN IN PROZENT



Die zweite empfohlene Masernimpfung erhalten im Bundesdurchschnitt noch 62,0 Prozent der beobachteten Kinder bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres beziehungsweise 44,3 Prozent im von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Alter von 15 bis 23 Monaten. Dabei wird die höchste Impfquote im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (67,8 Prozent) und die geringste in Bayern (56,4 Prozent) erreicht – Sachsen bleibt wegen der abweichenden Impfempfehlungen unberücksichtigt. Auf Ebene der Kreise variiert die Impfquote zwischen 79,5 Prozent im Rhein-Kreis Neuss (Nordrhein) und 35,1 Prozent in Garmisch-Partenkirchen (Bayern). In der vorliegenden Analyse zeigten alle untersuchten Sozialparameter nur einen geringen Einfluss auf die Impfwahrscheinlichkeit, wobei der Anteil der weiblichen hochqualifizierten Beschäftigten die Chance des Erhalts der ersten Impfung am stärksten negativ beeinflusst. Bisherige Befragungsstudien weisen darauf hin, dass neben den Faktoren Einkommen und Bildung vor allem die Impfeinstellungen der Eltern sowie des betreuenden Kinderarztes einen Einfluss auf die Impfwahrscheinlichkeit der Kinder haben.

www.versorgungsatlas.de

*Nicht erfasst werden Personen, die nicht in der GKV versichert sind. Dieser Anteil kann regional sehr unterschiedlich sein (Bundesdurchschnitt für 2012: etwa 13 Prozent).

KOOPERATIONSGEMEINSCHAFT MAMMOGRAPHIE

WIE LÄSST SICH DIE QUALITÄT MEDIZINISCHER LEISTUNGEN MESSEN?

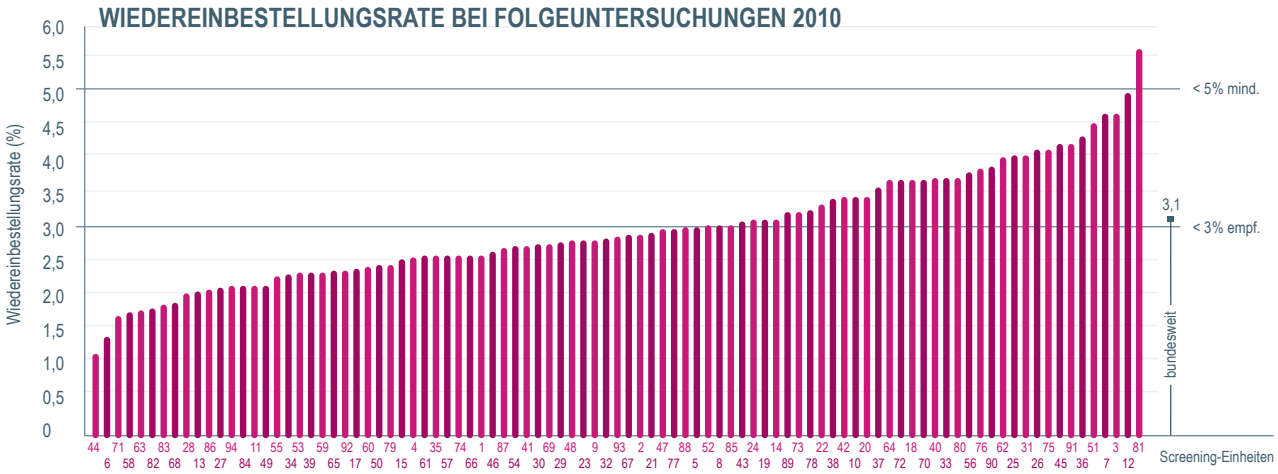
Neun Jahre Erfahrung im deutschen Mammographie-Screening-Programm

Avedis Donabedian definiert bereits 1966 Qualität innerhalb des Gesundheitswesens als „[...] das Ausmaß, in dem die tatsächliche Versorgung mit vorausgesetzten Kriterien für gute Versorgung übereinstimmt“. Dabei unterscheidet man in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Während die Sicherstellung der Strukturqualität zentraler Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens ist, stellt bereits die Messung und Sicherstellung von Prozessqualität eine Herausforderung dar. Wie aber ist Ergebnisqualität, also die Güte der Behandlung, zu messen? Die Erfahrungen des Mammographie-Screening-Programms zeigen, dass alle drei Qualitätsdimensionen messbar sind. Neben der Sicherstellung der Strukturqualität werden auch einzelne Maßnahmen zur Sicherung der Prozessqualität sowohl im Screening als auch in der kurativen Mammographie erfolgreich umgesetzt. Doch die Anforderungen an das Mammographie-Screening-Programm sind weitreichender. Alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren (in Deutschland etwa 10,5 Millionen) werden in das Programm eingeladen, um Brustkrebserkrankungen aufzuspüren. Gesunde Frauen sollen dadurch möglichst wenig belastet werden. Bei den erkrankten Frauen soll der Brustkrebs in einem frühen und damit schonender und erfolgreicher behandelbaren Stadium entdeckt werden. Können diese Vorgaben erreicht werden und ist dies nachweisbar?

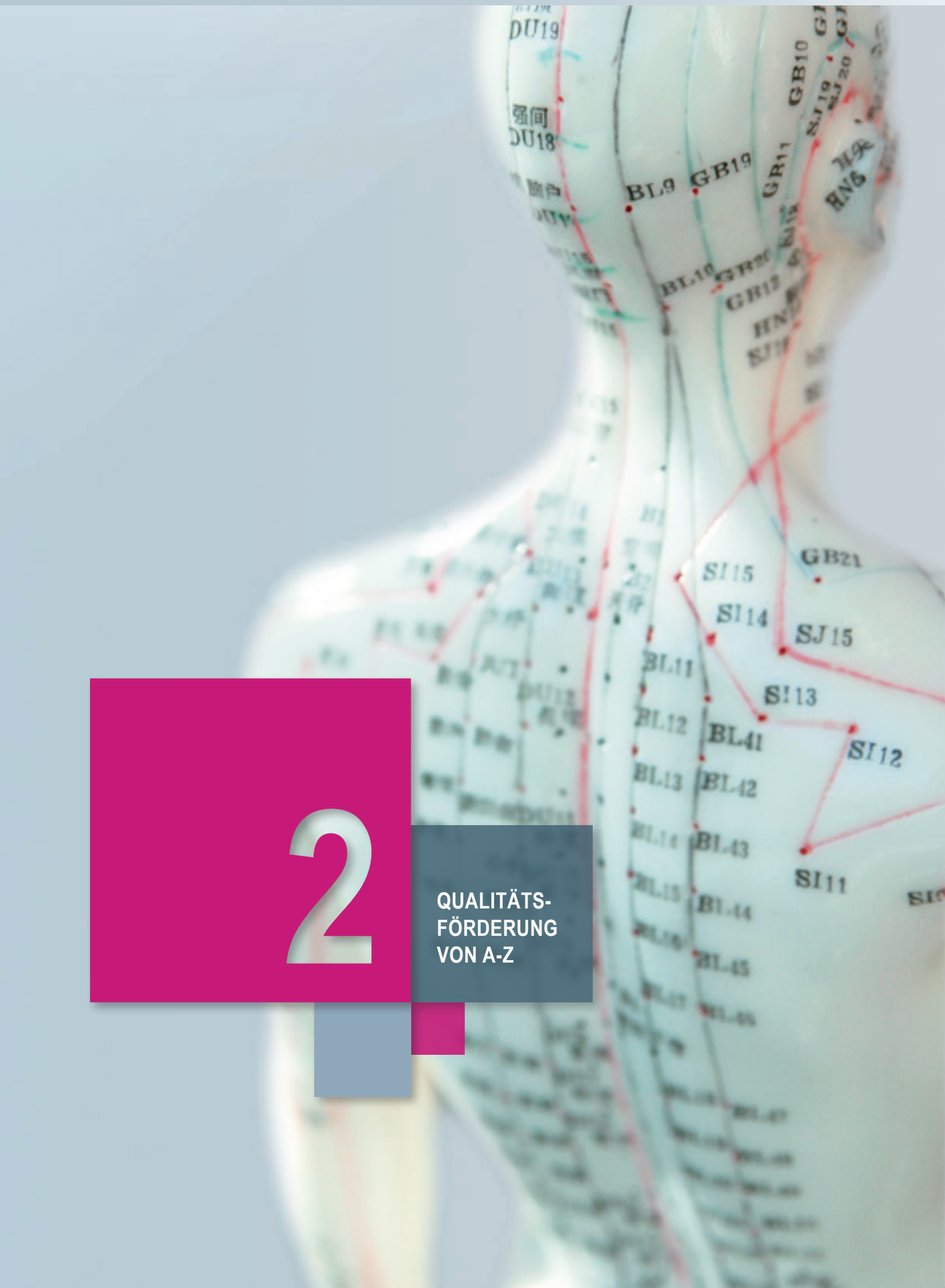
Ja, denn im Mammographie-Screening-Programm werden alle Leistungen standardisiert dokumentiert und ausgewertet. Das Messen der Prozess- und Ergebnisqualität erfolgt auf Basis von Zielvereinbarungen (Grenzwerte) für Parameter, die durch den Bundesmantelvertrag und die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie vorgegeben sind. Einzelne Prozessparameter sind Bestandteil regelmäßiger Selbstüberprüfungen und kollegialer Fachgespräche mit den Leitern der Referenzzentren. Als Surrogatparameter für die Ergebnisqualität werden insbesondere die Brustkrebsentdeckungsrate und die Stadienverteilung betrachtet. Die Ergebnisse aller drei Qualitätsdimensionen werden für jede einzelne Screening-Einheit im Rahmen der regelmäßigen Rezertifizierungen überprüft. Somit können Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bewertet und Genehmigungen an vorausgesetzte Kriterien für gute Versorgung geknüpft werden.

In den regelmäßigen Evaluations- und Qualitätsberichten wird die Qualität des Programms im Ganzen und der Screening-Einheiten im Einzelnen dargestellt. Die ausführliche Ergebnisdarstellung des Evaluationsberichts nimmt dabei eine besondere Rolle ein. Mit Ausnahme der Daten zum Einladungswesen und der Stadienverteilung erfolgt die Darstellung aller Prozess- und Ergebnisparameter anhand sortierter Balkendiagramme, wobei jeder Balken das Ergebnis einer Screening-Einheit repräsentiert. Jede Screening-Einheit und das betreuende Referenzzentrum erhält die für den Bericht fest vergebene Nummer der Einheit. Anhand der Position im Balkendiagramm kann somit für jeden Parameter der Vergleich des eigenen Ergebnisses mit den Grenzwerten und den Ergebnissen aller anderen Einheiten gezogen werden (siehe Abbildung). Die regelmäßige Berichterstattung verbindet dabei Transparenz mit Qualitätsförderung durch internes Benchmarking und die Reflexion der eigenen Qualität im bundesweiten Vergleich.

www.mammo-programm.de



Quelle: Evaluationsbericht 2010. Ergebnisse des Mammographie-Screening-Programms in Deutschland. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin, Februar 2014



2

QUALITÄTS-FÖRDERUNG VON A-Z

Akupunktur

§ QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR AKUPUNKTUR BEI CHRONISCH SCHMERZKRANKEN PATIENTEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG AKUPUNKTUR), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema chronische Schmerzen
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: jährliche Prüfung von fünf Prozent der abrechnenden Ärzte; zwölf Fälle und bis zu 18 Ausnahmefälle hinsichtlich Dokumentation des Therapieplans sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch die Partner des Bundesmantelvertrags festgelegt
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN			3)															
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	1.693	1.517	545	177	89	170	658	119	715	1.283	414	137	382	189	280	169	1.129	9.666
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	1.668	1.463	551	178	87	172	659	118	710	1.270	411	136	377	184	281	170	1.129	9.564
Anzahl beschiedene Anträge 1)	50	160	61	12	4	11	33	0	29	26	24	2	3	2	16	3	56	492
▪ davon Anzahl Genehmigungen	50	156	60	12	1	11	19		29	26	24	2	3	2	15	3	47	460
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	4	1	0	3	0	14		0	0	0	0	0	0	1	0	5	28
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	20	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	7	34
▪ aus sonstigen Gründen		20				2	1					1			1	2	7	34
▪ wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6		0				0	0					0			0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	7	16	18	11	2	9	1	1	34	2	27	3	8	7	4	2	13	165

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG AKUPUNKTUR

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6			4)				4), 5), 6)											
PRÜFUMFANG																		
abrechnende Ärzte	1.488	1.357	523	178	70	165	633	117	710	1.184	383	129	369	168	269	154	1.123	9.020
abrechnende Ärzte geprüft, in %	5,0	4,6	5,5	5,1	7,1	4,2	4,9	5,1	5,1	4,1	5,5	5,4	6,0	7,7	5,9	6,5	7,8	5,4
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden - Ärzte	18	20	2	3	0	0	9	6	7	7	21	3	5	10	7	2	9	129
▪ davon bestanden	14	20	2	3			8	6	4	7	19	3	5	5	7	2	7	112
▪ davon nicht bestanden	3	0	0	0			1	0	3	0	2	0	0	5	0	0	2	16
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	1	2	0	0	0	0	3	0	0	0	2	1	0	1	0	1	1	12
▪ davon bestanden	1	2					3				2	1		1		1	1	12
▪ davon nicht bestanden	0	0					0				0	0		0		0	0	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden - Ärzte	57	43	27	6	5	7	22	0	29	41	0	4	17	3	9	8	79	357
▪ davon bestanden	45	34	24	6	5	4	15		22	41		3	15	1	8	5	70	298
▪ davon nicht bestanden	10	9	3	0	0	3	7		7	0		1	2	2	1	3	9	57
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	2	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	3	7	22
▪ davon bestanden	2	2	1				1					2	2	1		3	7	21
▪ davon nicht bestanden	0	1	0				0					0	0	0		0	0	1
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PRÜFERGEBNISSE																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen - normale Fälle	757	478	304	107	57	75	386	72	404	198	276	107	237	156	216	155	1.071	5.056
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	68	33	24	0	18	36	81	0	196	7)	40	15	22	60	24	19	50	686
▪ davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1	29	24		18	36	81		163		26	15	2	0	19	2	22	438
▪ davon nicht nachvollziehbar	10	4	0		0	0	0		17		0	0	0	0	0	3	21	55
▪ davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar	57	0	0		0	0	0		12		14	0	20	60	5	14	7	189
Anzahl geprüfter Dokumentationen - Ausnahmefälle	423	51	250	32	75	127	165	0	262	477	0	49	85	54	105	101	889	3.145
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	49	5	6	0	9	46	45		105	7)		8	19	36	23	19	44	414
▪ davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	2	0	6		9	46	45		91			8	0	0	19	1	13	240
▪ davon nicht nachvollziehbar begründet	3	0	0		0	0	0		38			0	0	0	0	1	20	62
▪ davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	44	0	0		0	0	0		14			0	19	36	4	17	11	145
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 ABS. 2																		
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.496	1.488	445	178	72	4)	408	118	710	1.204	411	88	379	4)	264	165	1.142	8.568

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) 20 der 60 Genehmigungen erfolgten wegen Statusänderungen, 16 sind Weiterhin-Genehmigungen. 4) Die Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung sind noch nicht abgeschlossen. 5) Nicht alle Ärzte haben zwölf normale Fälle oder 18 Ausnahmefälle im Prüfzeitraum abgerechnet, deshalb Differenz in der Anzahl geprüfter Dokumentationen. 6) In drei Fällen kann die Prüfung aus nachvollziehbaren Gründen erst 2014 erfolgen. 7) Dokumentationsprüfungen waren erfolgreich, einzelne nicht vollständige Dokumentationen wurden nicht systematisch erfasst.

Ambulantes Operieren

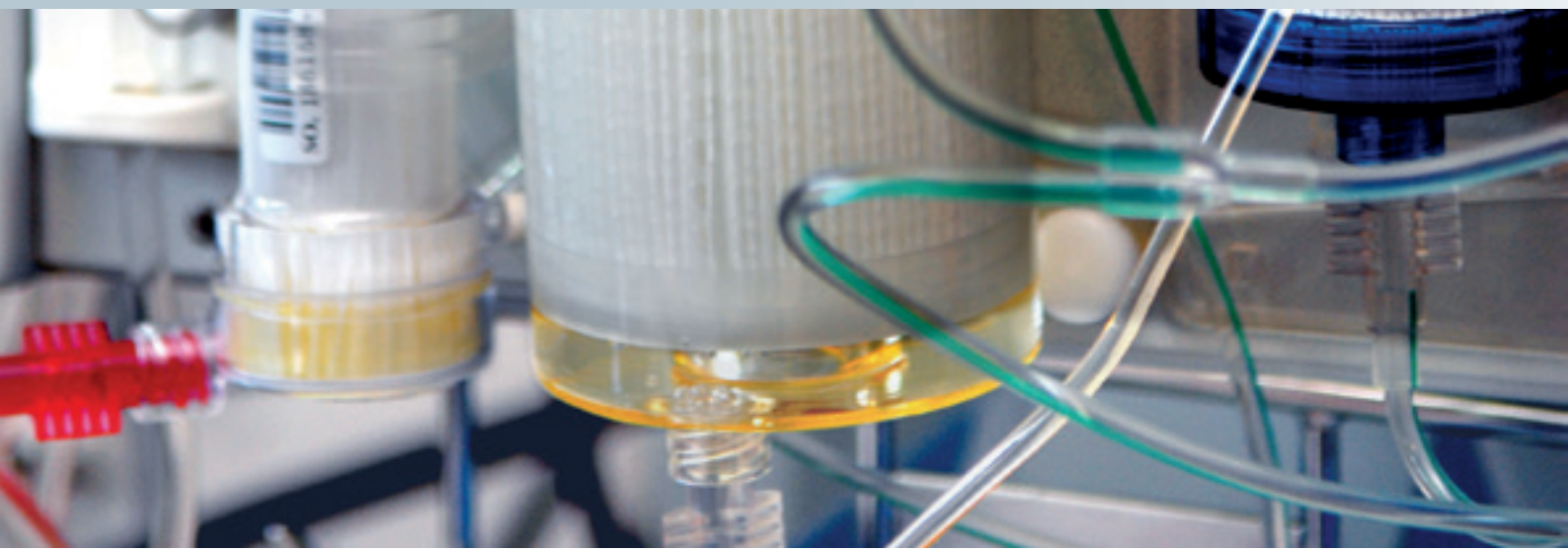
§ **VERTRAG ZU AMBULANTEN OPERATIONEN UND STATIONSERSETZENDEN LEISTUNGEN IM KRANKENHAUS (AOP-VERTRAG)**, Rechtsgrundlage: § 115b SGB V, Gültigkeit: seit 1.6.2012, zuletzt geändert 1.1.2013 (Anlage I)

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUM AMBULANTEN OPERIEREN (QUALITÄTS-SICHERUNGSVEREINBARUNG AMBULANTES OPERIEREN), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.12.2011

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu organisatorischen, baulichen, apparate-technischen und hygienischen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG**: für Leistungsbereiche Koloskopie und invasive Kardiologie analog Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V; weitere Regelungen möglich
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: wenn Operateur und behandelnder / nachbehandelnder Arzt nicht identisch sind, muss eine Kooperation erfolgen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang dann nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: gegebenenfalls bei Dokumentationsprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN			3), 4)			5)										6)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	4.684	5.163	2.525	774	300	1.131	2.406	516	2.672	2.957	1.382	413	1.489	692	1.076	612	2.454	31.246
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	4.717	5.215	2.531	778	342	908	2.499	516	2.660	2.946	1.396	428	1.893	696	1.072	468	2.454	31.519
Anzahl beschiedene Anträge 1)	353	919	257	33	39	142	392	23	390	281	107	26	88	27	56	118	477	3.728
▪ davon Anzahl Genehmigungen	351	917	255	33	39	142	392	22	390	276	107	24	87	27	54	118	446	3.680
▪ davon Anzahl Ablehnungen	2	2	2	0	0	0	0	1	0	5	0	2	1	0	2	0	1	18
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	19	k.A.	0	0	0	6	1	0	0	4	0	0	0	0	0	30
▪ davon ohne Beanstandungen			18					5	0			4						27
▪ davon mit Beanstandungen			1					1	1			0						3
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	k.A.	0	132	29	3	110	k.A.	22	46	181	93	9	65	23	58	22	141	934
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V	Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seiten 60 / 61.																	

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Die Anzahl Ärzte mit Genehmigung umfasst 1.516 Ärzte mit Genehmigung gemäß § 115 SGB V. 4) Der bei der Praxisbegehung beanstandete Operationsstandort wurde zurückgezogen. 5) Unterschied der Anzahl Genehmigungen 2013 im Vergleich zu 2012 durch damalige Dopplungen begründet. 6) Durch unterschiedliche Zählweise erheblicher Unterschied zur Anzahl Ärzte mit Genehmigung im Vorjahr.



Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

§ **RICHTLINIE METHODEN VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG, ANLAGE I NR. 1: AMBULANTE DURCHFÜHRUNG DER APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 3.10.2014

VEREINBARUNG ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG VON BLUTREINIGUNGSVERFAHREN (QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNG ZU DEN BLUTREINIGUNGSVERFAHREN), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
- **KOLLOQUIUM**: obligat, außer Nephrologen und Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Kindernephrologie; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Indikationsstellung für jeden Einzelfall zu dokumentieren und zur Prüfung an beratende Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: ergänzende ärztliche Beurteilung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN				3)														
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	111	109	20	55	21	30	42	27	80	120	62	21	30	37	23	38	86	912
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	123	113	27	58	20	31	43	28	63	126	70	22	31	51	26	39	91	962
Anzahl beschiedene Anträge 1)	15	8	8	5	1	15	2	7	18	6	16	3	2	2	3	2	7	120
▪ davon Anzahl Genehmigungen	15	6	8	5	1	15	2	4	16	6	16	3	2	2	3	2	5	111
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	6
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	2	0	2	1	3	k.A.	3	0	0	8	1	1	8	0	7	3	39

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
INDIKATIONEN																		
LDL-APHERESE BEI FAMILIÄRER HYPERCHOLESTERINÄMIE IN HOMOZYGOTER AUSPRÄGUNG																		
Anzahl Erstanträge	1	0	3	0	1	0	0	0	0	2	1	0	30	1	1	5	0	45
▪ davon angenommen	1		1		1					2	1		22	1	0	3		32
▪ davon abgelehnt	0		2		0					0	0		8	0	1	2		13
Anzahl Folgeanträge	7	4	26	0	0	4	0	6	1	14	20	0	49	11	3	27	3	175
▪ davon angenommen	7	4	26			4		6	1	14	20		49	11	3	7	3	155
▪ davon abgelehnt	0	0	0			0		0	0	0	0		0	0	0	20	0	20
LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE																		
Anzahl Erstanträge	5	39	3	15	0	2	4	12	17	77	2	1	2	30	3	0	31	243
▪ davon angenommen	3	35	2	9		2	2	12	15	59	1	1	1	29	3		10	184
▪ davon abgelehnt	2	4	1	6		0	2	0	2	18	1	0	1	1	0		21	59
Anzahl Folgeanträge	63	191	20	93	0	24	41	65	76	244	23	5	0	54	12	9	126	1.046
▪ davon angenommen	63	191	20	93		24	41	65	74	244	23	5		53	12	9	120	1.037
▪ davon abgelehnt	0	0	0	0		0	0	0	2	0	0	0		1	0	0	6	9
LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER LP(A)-ERHÖHUNG																		
Anzahl Erstanträge	2	34	17	11	2	18	11	10	104	16	10	7	10	9	9	29	23	322
▪ davon angenommen	1	30	12	9	2	12	7	9	92	9	7	7	8	8	6	17	9	245
▪ davon abgelehnt	1	4	5	2	0	6	4	1	12	7	3	0	2	1	3	12	14	77
Anzahl Folgeanträge	13	71	35	12	1	35	18	12	160	15	25	10	24	19	4	33	30	517
▪ davon angenommen	13	70	34	12	1	35	17	12	157	15	25	10	24	19	4	33	27	508
▪ davon abgelehnt	0	1	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	9
IMMUNAPHERESE BEI AKTIVER RHEUMATOIDER ARTHRITIS																		
Anzahl Erstanträge	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	6
▪ davon angenommen		0								0						4		4
▪ davon abgelehnt		1								1						0		2
Anzahl Folgeanträge	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon angenommen						1												1
▪ davon abgelehnt						0												0

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Differenz zur Vorjahresveröffentlichung in der Anzahl der Ärzte mit Genehmigung ergibt sich aus der zusätzlichen Erfassung angestellter mittätiger Ärzte (Versorgungsauftrag).

Arthroskopie

§ **VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG ARTHROSKOPISCHER LEISTUNGEN (ARTHROSKOPIE-VEREINBARUNG)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994

RICHTLINIE ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG ARTHROSKOPISCHER OPERATIONEN (QUALITÄTS-BEURTEILUNGS-RICHTLINIE ARTHROSKOPIE), Rechtsgrundlage § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 3.3.2010

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen; abweichend von der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung sind für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte zu überprüfen, im Umfang von zwölf Fällen
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	579	821	218	62	36	80	344	54	297	393	221	88	141	61	119	97	314	3.925
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	576	837	226	65	39	82	335	54	337	375	227	90	149	61	121	92	313	3.979
Anzahl beschiedene Anträge 1)	54	219	49	6	2	10	68	1	42	26	6	10	11	3	9	3	44	563
▪ davon Anzahl Genehmigungen	54	216	48	5	2	10	68	1	42	26	6	10	11	3	8	3	42	555
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	8
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)		8	14	2	0	8		1	12	9	0	4	2	3	6	0	11	80

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ARTHROSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																		
PRÜFUMFANG																		
abrechnende Ärzte	402	590	149	52	35	40	272	31	337	257	122	61	112	40	82	60	204	2.846
Anzahl geprüfter Ärzte	47	26	15	6	7	5	11	5	29	38	7	6	10	4	13	8	26	263
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	27	2	15	6	7	5	11	5	14	38	5	6	7	4	7	8	20	187
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	20	24	0	0	0	0	0	0	15	0	2	0	3	0	6	0	6	76
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	6,7	0,3	10,1	11,5	20,0	12,5	4,0	16,1	4,2	14,8	4,1	9,8	6,3	10,0	8,5	13,3	9,8	6,6
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	3)	4)	5)				6)		7)				8)					
PRÜFERGEBNISSE																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
▪ keine Beanstandung	7	0	11	4	4	3	3	4	0	25	3	6	3	1	4	2	9	89
▪ geringe Beanstandungen	2	2	4	2	1	1	1	0	0	3	0	0	3	2	3	1	5	30
▪ erhebliche Beanstandungen	1	0	0	0	0	1	2	0	0	3	1	0	0	1	0	2	2	13
▪ schwerwiegende Beanstandungen	17	0	0	0	2	0	4	1	0	7	1	0	1	0	0	3	4	40
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
▪ keine Beanstandung	5	7							0		1		2		2		3	20
▪ geringe Beanstandungen	2	7							0		0		0		2		2	13
▪ erhebliche Beanstandungen	1	6							0		1		1		2		1	12
▪ schwerwiegende Beanstandungen	12	4							0		0		0		0		0	16
MASSNAHMEN																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	35	0	4	2	2	3	7	1	0	19	3	0	2	1	2	6	14	101
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	2	0	0	2	0	0	8	0	0	0	1	0	0	2	15
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	27	0	0	0	2	0	5	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	36
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	6
▪ davon bestanden		2			1						1				2			6
▪ davon nicht bestanden		0			0						0				0			0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Das Fehlen einzelner inhaltlicher Anforderungen wird als schwerwiegende Beanstandung gewertet. 4) Vor dem Hintergrund des hohen Prüfumfangs der Vorjahre (2010: 19,7 %; 2011: 30,7 %; 2012: 21,8 %) wurden vorwiegend kriterienbezogene Prüfungen durchgeführt. Maßnahmen werden 2014 berichtet. 5) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (II - IV/2012) 6) Eine Prüfung wurde zunächst zurückgestellt, da die bildliche Dokumentation als Video der gesamten OP eingereicht wurde. 7) Zu den Prüfungen liegen noch keinen abschließenden Ergebnisse vor. 8) Ein Arzt hat weniger als zwölf Fälle erbracht; ein Arzt hat nicht alle Fälle selbstständig erbracht.

Balneophototherapie

QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR BALNEOPHOTOTHERAPIE, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2010

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: zum Nachweis der regelmäßigen Wartung der Bestrahlungsgeräte und der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel jährliche Stichprobenprüfungen von mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Dokumentationsprüfung auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	79	145	23	5	17	23	38	2	105	81	36	12	33	15	36	16	112	778
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	87	138	26	11	19	26	40	2	119	88	39	15	33	16	37	14	117	827
Anzahl beschiedene Anträge [1]	15	19	8	6	1	4	14	0	14	7	3	4	1	1	1	1	20	119
▪ davon Anzahl Genehmigungen	15	17	7	6	1	4	13		14	7	3	4	1	1	1	1	19	114
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	2	1	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	1	0	0	0	1	k.A.	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	6
WARTUNGSNACHWEISE § 8																		
Anzahl abrechnender Ärzte	81	154	23	11	19	21	31	2	106	81	32	15	30	14	37	13	114	784
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	17	31	20	11	4	6	6	2	21	79	[3]	15	7	3	8	5	43	278
▪ davon Nachweise erbracht	16	31	20	11	4	6	6	2	20	76		13	7	3	8	5	43	271
▪ davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	1	0	0	0	0	3	0	0	1	3		2	0	0	0	0	0	10
Anzahl nochmaliger Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	1	0	0	0	0	3	0	0	1	3		2	0	0	0	0	0	10
▪ davon Nachweise erbracht	1					3			0	3		2					0	9
▪ davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0					0			1	0		0					0	1
abrechnende Ärzte geprüft, in %	21,0	20,1	87,0	100,0	21,1	28,6	19,4	100,0	19,8	97,5	0,0	100,0	23,3	21,4	21,6	38,5	37,7	35,5

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Die Prüfungen der Wartungsnachweise erfolgen 2014.

Blutreinigungsverfahren / Dialyse

§ **VEREINBARUNG ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG VON BLUTREINIGUNGSVERFAHREN (QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNG ZU DEN BLUTREINIGUNGSVERFAHREN),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.4.2014

VERSORGUNG CHRONISCH NIERENINSUFFIZIENTER PATIENTEN, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, Gültigkeit: seit 1.7.2009, zuletzt geändert 1.1.2014

RICHTLINIE ZUR SICHERUNG DER QUALITÄT VON DIALYSE-BEHANDLUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE), Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert: 1.1.2014

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG**: in der Zentrumsdialyse wird durch Vergabe von Versorgungsaufträgen sichergestellt, dass bestimmte Arzt / Patientenschlüssel gewährleistet sind: bei mehr als 30 Patienten mindestens ein zweiter Arzt, der die fachlichen Befähigungen nach § 4 erfüllt; bei mehr als 100 Patienten und je weiteren 50 Patienten zusätzlich ein weiterer Arzt, welcher ab der dritten Arztstelle auch ein Facharzt für Innere Medizin sein kann, auch wenn er nicht über die Schwerpunktbezeichnung Nephrologie verfügt
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: bei Dialyse von Erwachsenen ist Kooperation mit einem Transplantationszentrum nachzuweisen, bei Dialyse von Kindern ist die pädiatrische und psychosoziale Betreuung und die Kooperation mit einem Transplantationszentrum für Kinder nachzuweisen
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: quartalsweise Auswertung der Vollerhebung mit gegebenenfalls Veranlassung einer Stichprobenprüfung, bei Beanstandungen Auflagen, gegebenenfalls Genehmigungsentzug
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und im Rahmen der Überprüfungsverfahren
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**: behandlungsfallbezogene Vollerhebung; ab dem 1. Januar 2014 erfolgt die Erhebung aller Daten in Bezug auf den Patienten pseudonymisiert, mit der Möglichkeit einer längsschnittlichen Analyse
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: vierteljährliche Stichprobenprüfung bei auffälligen Werten, bei begründetem Verdacht und durch Zufallsauswahl
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: Auswertung der elektronischen Dokumentation extern durch Datenanalyst: vergleichende Quartalsberichte an Kassenärztliche Vereinigungen und jede Einrichtung; Jahresberichte an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG**: bei Auffälligkeiten in der Stichprobenprüfung und auf Wunsch der Einrichtung

› FORTSETZUNG BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN			3), 4)								6)	7)					9), 10)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	218	488	116	55	21	44	246	53	129	176	124	30	79	98	56	86	211	2.230
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	227	565	116	58	20	48	235	54	133	177	130	31	84	95	51	83	176	2.283
Anzahl beschiedene Anträge 1)	23	196	38	5	1	8	15	12	26	18	22	3	11	10	4	4	4	400
▪ davon Anzahl Genehmigungen	23	192	38	5	1	8	13	12	24	18	22	3	11	10	4	3	4	391
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	4	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	9
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon bestanden			1															1
▪ davon nicht bestanden			0															0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	k.A.	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
▪ davon ohne Mängel							0		1									1
▪ davon mit Mängeln							1		1									2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	1	0	2	2	1	4	k.A.	10	0	4	16	1	6	13	4	3	39	106
AUS DEN TÄTIGKEITSBERICHTEN DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN § 7 ABS. 3 QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE, BERICHTSZEITRAUM 1.1. - 31.12.2013																		
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung gemäß § 2 Abs. 1 teilnehmen																		
I/2013	78	122	31	24	7	14	58	24	69	76	37	13	34	25	22	23	69	726
II/2013	78	122	32	24	7	14	58	24	70	76	37	12	35	25	22	23	69	728
III/2013	78	122	32	24	7	14	58	24	70	76	37	13	35	24	22	23	68	727
IV/2013	78	122	31	24	7	14	58	24	70	77	37	13	35	24	21	23	68	726
Anzahl der Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	4	4	4	4	4	73
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	15	40	10	0	13	2	23	6	45	9	2	8)	2	5	7	0	129	308
Maßnahmen, auch aufgrund der Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1																		
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	0	40	0	2	13	1	7	0	2	1	0	0	0	0	0	0	28	94
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	0	8	1	0	0	0	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	3	21
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl der widerrufenen Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

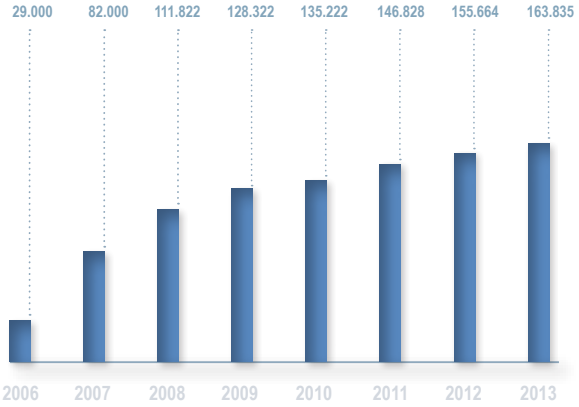
1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Darunter 13 erneute Genehmigungen im Rahmen von Institutsermächtigungen. 4) Zu einer Stichprobenprüfung wurde das Verwaltungsverfahren noch nicht abgeschlossen. 5) entfällt 6) Die Auffälligkeiten wurden durch Stellungnahmen ausreichend begründet. 7) Hohe Sitzungsfrequenz der Kommission, da Ausführung und Abrechnung patientenbezogen bei der KV beantragt wird. 8) In 18 Fällen wurden Grenzwerte überschritten, dies konnte in 14 Fällen ausreichend begründet werden. In vier Fällen wurde zur Beseitigung von Mängeln aufgerufen. 9) Ferner sind 20 Institute mit 102 Ärzten in der Versorgung. 10) Die hohe Anzahl Stichprobenprüfungen ist begründet durch die Auswertung der Feedbackberichte hinsichtlich fehlender Werte (zum Beispiel fehlender Kt/V-Wert).

DMP Disease-Management-Programme

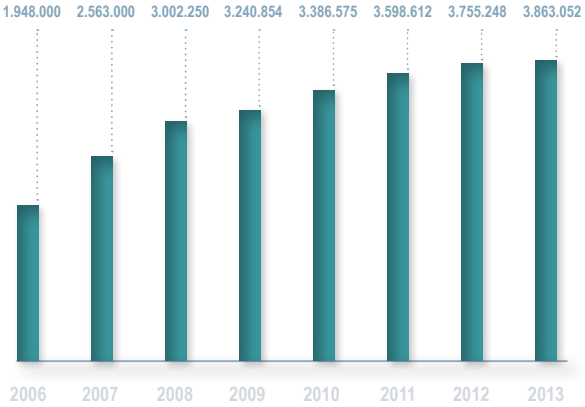
Ende des Jahres 2013 waren 6,4 Millionen Patienten in Disease-Management-Programme für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Brustkrebs eingeschrieben. Da Patienten zum Teil an mehreren DMP teilnehmen, waren per 31. Dezember 2013 circa 7,4 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen. Ein Hauptteil der in Disease-Management-Programme eingeschriebenen Patienten sind Diabetiker. Mit etwa 3,9 Millionen Patienten sind im DMP Diabetes mellitus Typ 2 mehr als die Hälfte der DMP-Patienten eingeschrieben. Im DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind 164.000 Patienten eingeschrieben, das sind circa 2,2 Prozent aller DMP-Einschreibungen.

ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PATIENTEN FÜR DEN ZEITRAUM 2006 BIS 2013 [1]

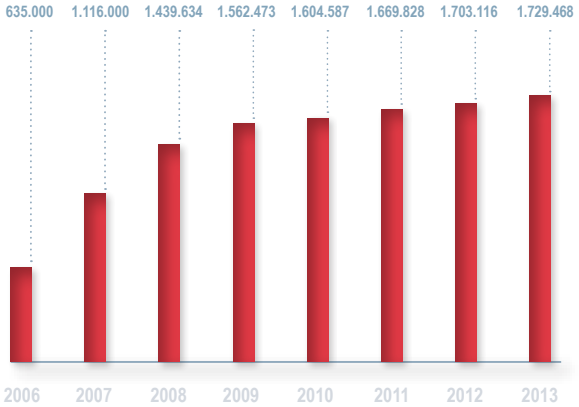
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1



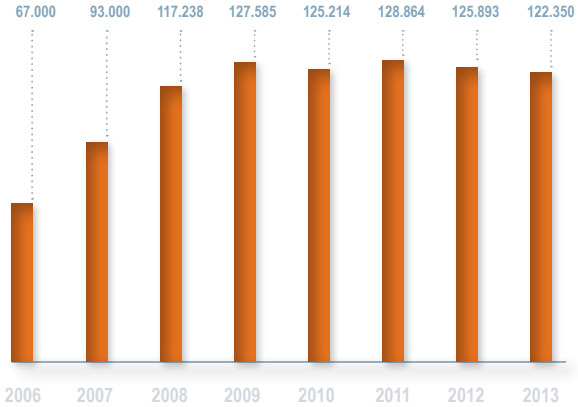
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



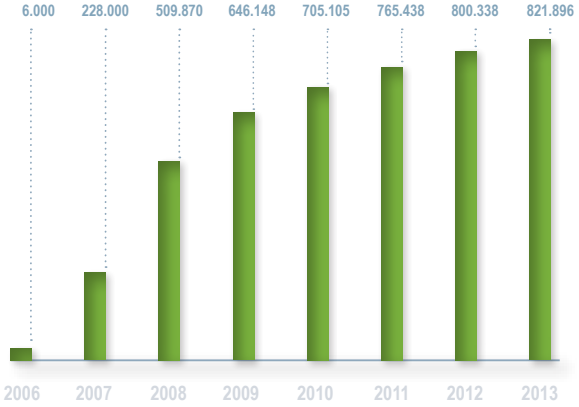
DMP KORONARE HERZKRANKHEIT



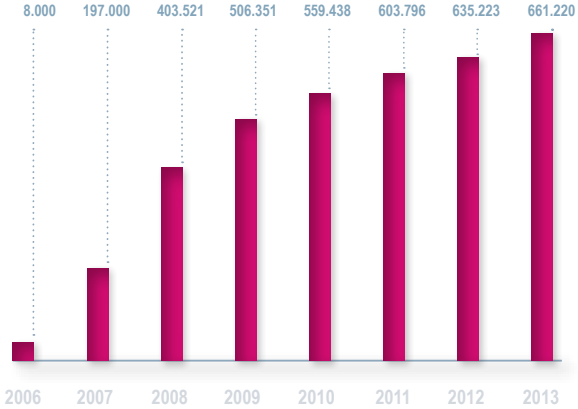
DMP BRUSTKREBS



DMP ASTHMA



DMP COPD



[1]) Quelle: BVA Tätigkeitsberichte (2006 und 2007) und amtliche Statistik des BMG KM6 Teil II (2008 bis 2013)

DMP Vertragsumfang der Disease-Management-Programme

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG 1)	PATIENTEN 2)
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	233	14.576
Bayern	KV – alle Kassen	2.593	24.740
Berlin	KV – alle Kassen	230	7.283
Brandenburg	KV – alle Kassen	82	5.715
Bremen	KV – alle Kassen	22	1.420
Hamburg	KV – alle Kassen	49	5.165
Hessen	KV – alle Kassen	239	10.859
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	52	2.796
Niedersachsen	KV – alle Kassen	196	16.574
Nordrhein	KV – alle Kassen	991	19.237
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	156	8.588
Saarland	kein Vertrag mit KV		39
Sachsen	KV – alle Kassen	139	10.408
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	187	5.725
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	63	7.315
Thüringen	KV – alle Kassen	70	4.721
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	908	18.674

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG 1)	PATIENTEN 2)
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.564	439.797
Bayern	KV – alle Kassen	8.285	527.661
Berlin	KV – alle Kassen	1.857	157.676
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.393	184.187
Bremen	KV – alle Kassen	432	31.913
Hamburg	KV – alle Kassen	903	56.941
Hessen	KV – alle Kassen	3.695	233.320
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.053	101.156
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.689	329.261
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.123	453.397
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.446	193.665
Saarland	KV – alle Kassen	631	51.194
Sachsen	KV – alle Kassen	2.488	318.480
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.378	183.539
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.713	100.124
Thüringen	KV – alle Kassen	1.330	142.443
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.683	358.298

DMP ASTHMA / COPD

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ERKRANKUNG	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG [1]	PATIENTEN [2]
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	Asthma	6.146	77.111
		COPD	5.706	64.264
Bayern	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	9.023	228.580
Berlin	KV – alle Kassen	Asthma	1.467	49.799
		COPD	1.403	41.080
Brandenburg	KV – alle Kassen	Asthma	812	39.876
		COPD	809	31.458
Bremen	KV – alle Kassen	Asthma	464	8.358
		COPD	410	7.228
Hamburg	KV – alle Kassen	Asthma	839	17.301
		COPD	736	9.418
Hessen	KV – alle Kassen	Asthma	3.550	43.901
		COPD	3.285	29.906
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	Asthma	656	16.757
		COPD	599	13.472
Niedersachsen	KV – alle Kassen	Asthma	4.509	94.973
		COPD	4.119	77.075
Nordrhein	KV – alle Kassen	Asthma	4.999	85.150
		COPD	4.452	94.692
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	Asthma	2.191	16.896
		COPD	2.028	31.449
Saarland	KV – alle Kassen	Asthma	619	8.386
		COPD	557	7.952
Sachsen	KV – alle Kassen	Asthma	1.124	52.099
		COPD	1.062	31.603
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	1.158	38.069
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	Asthma	1.562	25.604
		COPD	1.408	16.589
Thüringen	KV – alle Kassen	Asthma	897	31.319
		COPD	791	21.502
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	Asthma	4.589	95.229
		COPD	4.149	76.020

[1]) Anzahl der Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31.12.2013 [2]) DMP-Patenten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG

DMP BRUSTKREBS

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG [1])	PATIENTEN [2])
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	824	8.658
Bayern	KV – alle Kassen	2.045	19.295
Berlin	kein Vertrag mit KV		4.261
Brandenburg	KV – alle Kassen	178	5.190
Bremen	KV – alle Kassen	72	978
Hamburg	KV – alle Kassen	125	1.116
Hessen	kein Vertrag mit KV		11.306
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	174	3.199
Niedersachsen	KV – alle Kassen	703	14.323
Nordrhein	KV – alle Kassen	915	13.587
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	325	5.581
Saarland	KV – alle Kassen	111	1.383
Sachsen	KV – alle Kassen	244	4.784
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	161	3.442
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	345	5.213
Thüringen	KV – alle Kassen	155	3.729
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	827	16.305

DMP KHK

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG [1])	PATIENTEN [2])
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.202	174.730
Bayern	KV – alle Kassen	8.402	238.717
Berlin	KV – alle Kassen	1.842	72.961
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.400	95.184
Bremen	KV – alle Kassen	433	12.733
Hamburg	KV – alle Kassen	863	22.533
Hessen	KV – alle Kassen	3.725	87.456
Mecklenburg–Vorpommern	KV – alle Kassen	1.006	50.102
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.520	170.108
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.161	209.962
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.374	76.497
Saarland	KV – alle Kassen	654	22.878
Sachsen	KV – alle Kassen	2.273	117.738
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.388	79.634
Schleswig–Holstein	KV – alle Kassen	1.628	48.356
Thüringen	KV – alle Kassen	1.288	71.747
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.685	178.132

[1]) Anzahl der Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31.12.2013 [2]) DMP-Patenten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG

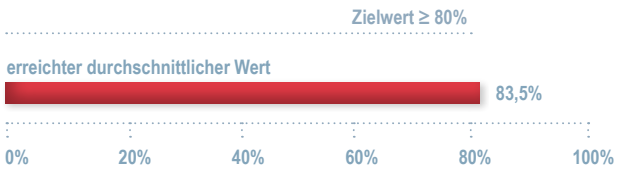
DMP

Disease-Management-Programm Koronare Herzkrankheit - Qualitätszielerreichung 2012

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Qualitätszielen des DMP KHK dargestellt. Indikatoren, die durch die zum 1. Juli 2014 in Kraft getretene DMP-Anforderungen-Richtlinie gestrichen oder geändert wurden, sind in der Auswertung nicht berücksichtigt. Die durchschnittliche Zielerreichung wurde auf der Basis der Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen aus 15 Kassenärztlichen Vereinigungen berechnet und bezieht sich auf das Jahr 2012.

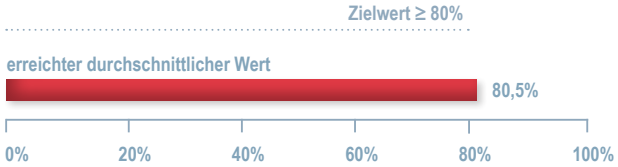
VERORDNUNG EINES THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMERS

Qualitätsziel: Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers bei mindestens 80% aller Patienten
Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt



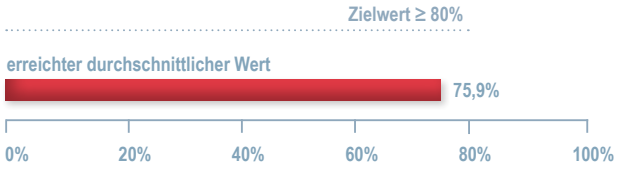
VERORDNUNG EINES BETABLOCKERS

Qualitätsziel: Verordnung eines Betablockers bei mindestens 80% aller Patienten
Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt



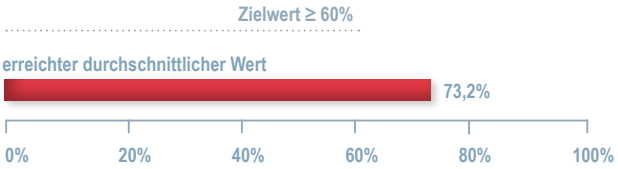
VERORDNUNG EINES ACE-HEMMERS BEI PATIENTEN MIT HERZINSUFFIZIENZ

Qualitätsziel: Verordnung eines ACE-Hemmers bei mindestens 80% aller Patienten mit Herzinsuffizienz
Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikation vorliegt



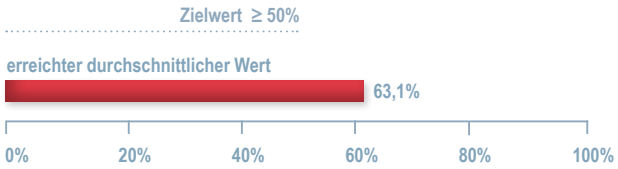
VERORDNUNG EINES STATINS

Qualitätsziel: Verordnung eines Statins bei mindestens 60% aller Patienten
Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt



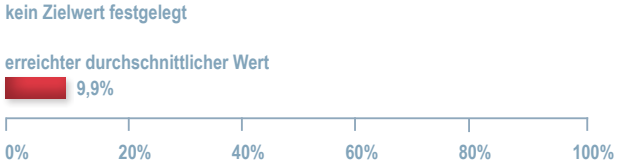
ERREICHEN VON NORMOTENSIVEN BLUTDRUCKWERTEN

Qualitätsziel: Mindestens 50% der Patienten mit Hypertonie mit normotensiven Blutdruckwerten
Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit Hypertonie



NIEDRIGER ANTEIL AN RAUCHENDEN PATIENTEN

Qualitätsziel: Niedriger Anteil an rauchenden Patienten
Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten



*Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte aus 15 Kassenärztlichen Vereinigungen

Fakultative Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V

GRUNDLAGEN DER OBLIGATEN PRÜFUNGEN

Die Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben nach § 136 Abs. 2 SGB V ist ein seit 1989 etabliertes Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Mit Inkrafttreten der Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 1. Januar 2007 wurde die bisher bewährte Praxis weiterentwickelt und hinsichtlich bundeseinheitlicher Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen konkretisiert. Die Vorgaben der Qualitätsprüfungsrichtlinie werden ergänzt und spezifiziert um die Durchführungsbestimmungen in den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V.

In den Stichprobenprüfungen wird die Qualität der jeweiligen Untersuchung auf der Grundlage der schriftlichen und gegebenenfalls bildlichen Dokumentationen beurteilt, indem pro Jahr in der Regel mindestens vier Prozent derjenigen Ärzte mit je zwölf Fällen geprüft werden, die die entsprechende Leistung abgerechnet haben. Die Auswahl erfolgt zufällig, eine Überprüfung kann aber auch Kriterien bezogen veranlasst werden, zum Beispiel bei vorausgegangenen Auffälligkeiten.

Den Stichprobenprüfungen sind Kriterien zur Qualitätsbeurteilung gemäß den Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Grunde zu legen, die für die Bereiche Radiologische Diagnostik (Röntgendiagnostik und Computertomographie) seit 1992, für die Kernspintomographie seit 2001 und für die Arthroskopie seit 2010 vorliegen. Die Ergebnisse dieser Prüfungen finden Sie in diesem Bericht auf Seite 51 zur Arthroskopie, auf Seite 80 und 81 zur Kernspintomographie und auf den Seiten 108 bis 112 zur konventionellen Röntgendiagnostik und zur Computertomographie. Für die Computertomographie ist es seit 2011 den Kassenärztlichen Vereinigungen durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses freigestellt die Prüfungen auszusetzen, sofern in vorhergehenden Routineprüfungen überwiegend keine oder nur geringe Beanstandungen festgestellt wurden. Dies ist zunächst bis Ende 2014 möglich.

FAKULTATIVE PRÜFUNGEN

Hat der Gemeinsame Bundesausschuss für einen Leistungsbereich keine Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie beschlossen, können die Kassenärztlichen Vereinigungen Stichprobenprüfungen auf der Grundlage eigener Kriterien zur Qualitätsbeurteilung vornehmen. Die Ergebnisse dieser fakultativ durchgeführten Stichprobenprüfungen sind hier zusammengefasst dargestellt.

Zur Ultraschalldiagnostik prüfte die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz auf Grundlage der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V und stellte im laufenden Jahr auf Prüfungen gemäß § 135 Absatz 2 um. Andere Kassenärztlichen Vereinigungen führen Dokumentationsprüfungen auf Grundlage der zum 1. April 2009 neugefassten Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V durch. Diese beiden Prüfverfahren können organisatorisch verbunden werden.

Ähnliches gilt bei der Magnetresonanz-Angiographie und der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Hier finden in den Kassenärztlichen Vereinigungen Prüfungen, zum Teil auf Grundlage von § 135 Abs. 2 SGB V, zum Teil auf Grundlage von § 135 Abs. 1 SGB V statt. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin bezieht sich bei der Magnetresonanz-Angiographie und der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe bei der Onkologie auch auf § 136 Abs. 2 SGB V.

	ambulantes Operieren	Herzschrittmacher-Kontrolle	Herzschrittmacher-Kontrolle	Herzschrittmacher-Kontrolle	interventionelle Radiologie	Langzeit- EKG	Langzeit- EKG	Langzeit- EKG	Langzeit- EKG	Langzeit- EKG	Magnetresonanz-Angiographie	Onkologie	schlafbezogene Atmungsstörungen	schlafbezogene Atmungsstörungen	Nuklearmedizin	Nuklearmedizin	Substitution	Ultraschalldiagnostik
Kassenärztliche Vereinigungen	**BE**	**BE**	**MV**	**SN**	**HE**	**BE**	**BB**	**MV**	**ST**	**WL**	**BE**	**WL**	**BB**	**ST**	**HH**	**HE**	**BE**	**RP**
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																		
PRÜFUMFANG																		
abrechnende Ärzte	972	74	47	116	27	551	290	147	301	1.322	56	377	72	89	34	99	130	3.902
Anzahl geprüfter Ärzte	39	4	4	5	3	37	17	20	38	90	5	30	15	6	20	8	46	84
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	39	4	3	5	2	31	12	20	36	88	5	30	14	4	20	8	41	74
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	0	1	0	1	6	5	0	2	2	0	0	1	2	0	0	5	10
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	4,0	5,4	6,4	4,3	7,4	5,6	4,1	13,6	12,0	6,7	8,9	8,0	19,4	4,5	58,8	8,1	31,5	1,9
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde; sonstige Kommentare	1)	2)		3)		2)		4)			1)	5)		6),7),8)	9)		10)	11)
PRÜFERGEBNISSE																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
▪ keine Beanstandung	39	3	3	2	0	13	3	1	30	12	5	12	7	4	10	7	29	31
▪ geringe Beanstandungen	0	1	0	1	1	6	2	15	4	66	0	9	7	0	8	0	9	23
▪ erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0	1	5	3	4	0	5	0	1	0	0	1	1	0	8
▪ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0	0	7	4	0	2	5	0	8	0	0	1	0	3	12
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
▪ keine Beanstandung			1		0	5	2		1	1			0	0			3	5
▪ geringe Beanstandungen			0		0	1	1		0	1			0	0			1	3
▪ erhebliche Beanstandungen			0		1	0	1		0	0			1	0			0	2
▪ schwerwiegende Beanstandungen			0		0	0	1		1	0			0	2			1	0
MASSNAHMEN																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	1	2	12	9	19	6	72	0	18	1	2	3	0	14	44
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	2	0	0	0	20
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	0	0	0	2	12	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	4	3
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	0	0	0	0	3	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
▪ davon bestanden						3				5								
▪ davon nicht bestanden						0				0								
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

1) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I/2012 bis IV/2012). 2) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (II / 2012 - I / 2013) 3) Zwei Prüfverfahren noch nicht abgeschlossen. 4) Als weitere Maßnahme wurden vier Genehmigungen mit Auflagen versehen. 5) Abweichend von der Onkologievereinbarung erfolgt die Dokumentationsprüfung von 8 Prozent der Ärzte mit je 20 Fällen gemäß QP-RL. 6) Keine Kopfzählung. Die Prüfung erfolgte getrennt für Polygraphie und Polysomnographie, die Werte wurden addiert. 7) Zwei Rückvergütungen aufgrund irrtümlichen Ansatzes der GOP beziehungsweise Unterschreitung der Länge der Schlafphase (mangelnde Compliance). 8) Als weitere Maßnahme wurden zwei Genehmigungen mit Auflagen versehen. 9) Differenzierung zwischen Routineprüfung und kriterienbezogener Prüfung derzeit nicht möglich. 10) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (IV / 2011 - I / 2013). 11) Umstellung der Prüfungen im laufenden Berichtsjahr von § 136 Abs. 2 auf § 135 Abs. 2.

Fortbildungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen

Qualitätssicherung und -förderung durch Kassenärztliche Vereinigungen beschränkt sich nicht auf die Umsetzung von Vereinbarungen und Richtlinien, sondern zeigt sich auch in vielfältigen Beratungs- und Fortbildungsangeboten für ihre Mitglieder. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten spezielle Seminare an, die von betriebswirtschaftlichen Themen über IT in der Arztpraxis bis hin zu Themen wie Datenschutz oder Hygienemanagement reichen.

Viele Kassenärztliche Vereinigungen haben Akademien eingerichtet, die für die Konzeption und Koordination von Seminaren und Informationsveranstaltungen speziell für Ärzte, Psychotherapeuten, aber auch für deren Praxismitarbeiter zuständig sind. Das besondere Kennzeichen dieser Fortbildungen sind die auf die Bedürfnisse der Praxen zugeschnittenen Inhalte, so dass das Gelernte direkt im Arbeitsalltag umgesetzt werden kann.

Fester Bestandteil und Schwerpunkt der Seminarprogramme sind dabei Kurse, die Unterstützung beim Erwerb von Qualifikationen bieten, die für die Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Voraussetzung sind. Zudem gibt es Workshops zu verschiedenen Themen, die der Fortbildung und dem Informationsaustausch dienen. Auch Veranstaltungen, die verpflichtend von Ärzten zu besuchen sind, bei denen die Kassenärztlichen Vereinigungen Auffälligkeiten in den Dokumentationsprüfungen festgestellt haben, sind Teil des Angebots. Nicht zuletzt werden von allen Kassenärztlichen Vereinigungen Fortbildungen zum Qualitätsmanagement in der Praxis angeboten.

FORTBILDUNGSSEMINARE AUS DEM BEREICH QUALITÄTSFÖRDERUNG (AUSWAHL)

HYGIENE
- MRSA – ambulante Behandlung
- Hygienemaßnahmen in der Arztpraxis
- Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung
- Wundmanagement (chronische Wunde, diabetischer Fuß)
- Aufbereitung von Medizinprodukten
- Umgang mit multiresistenten Erregern in der Arztpraxis

QUALITÄTSMANAGEMENT
- Basis- / Intensivkurs Qualitätsmanagement
- Beschwerdemanagement
- Rechtsnormen für die Arztpraxis
- Grundlagen der Heilmittelverordnung
- Hygienemanagement in der Arztpraxis
- Terminorganisation in der Arztpraxis
- Einführung in den Arbeitsschutz
- Hygieneverordnung und Medizinproduktegesetz
- Schweigepflicht, Datenschutz und Archivierung
- Fortbildung nach Rehabilitationsrichtlinie
- Pharmakotherapie

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME
- Durchführung von Behandlungs- und Schulungsprogrammen für Patienten der Disease-Management-Programme
- Kurse für koordinierende Hausärzte der DMP Brustkrebs, koronare Herzerkrankungen, Asthma / COPD, Diabetes mellitus Typ1

NOTFALLSITUATIONEN / ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST
- Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Notfalltraining für das Praxisteam
- Medizinische Notfälle in der psychotherapeutischen Praxis
- Reanimationskurse
- Notfallseminar
- Qualitätssicherungskurs Ärztlicher Bereitschaftsdienst

WEITERE FORTBILDUNGEN
- Hautkrebs-Screening
- Impfen
- Chronische Wunde
- Insulinbehandlung
- Onkologische Fortbildung
- Verordnungsmanagement für Fachärzte
- Palliative Medizin
- Parkinson

FORTBILDUNGEN – BILDGEBENDE VERFAHREN
- Sonographie Säuglingshüfte – Refresherkurse
- Ultraschall / Sonographie
- Workshop Nuklearmedizin
- Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik nach der Röntgenverordnung – Konstanzprüfung bei digitalen Bildern
- Strahlenschutzkurs für medizinische Fachangestellte
- Fortbildung / Refresherkurse Mammographie

Fortbildungsverpflichtung

Neben den Berufsordnungen verpflichtet auch das SGB V alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu einer kontinuierlichen Fortbildung. Die KBV hat dazu in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer die Regelung der Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V beschlossen, die am 1. Juli 2004 in Kraft getreten ist.

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden müssen – unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind – innerhalb eines Fünfjahreszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, in der Regel durch ein Kammerzertifikat. Für Ärzte und Psychotherapeuten, die am 30. Juni 2004 bereits zugelassen waren, bestand die Nachweispflicht erstmalig zum 30. Juni 2009. Für etwa 96.000 von ihnen endete am 30. Juni 2014 bereits der zweite Nachweiszeitraum. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt das vorläufige Ergebnis der Erfüllung der Nachweispflicht mit Stand Oktober 2014 bei mehr als 97,5 Prozent. Für Nichterfüller läuft derzeit die zweijährige Möglichkeit, Fortbildungspunkte nachzuholen.

In der Wahl der Art der Fortbildung sind Ärzte und Psychotherapeuten grundsätzlich frei. Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Präsenzveranstaltungen als auch durch das Studium von Fachliteratur (maximal zehn Punkte pro Jahr) oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden. Um ihre berufliche Kompetenz zu sichern und weiterzuentwickeln nutzen Vertragsärzte und -psychotherapeuten bevorzugt Vortragsveranstaltungen, Qualitätszirkel und Veranstaltungen mit Workshop-Charakter, zunehmend aber auch computergestützte Fortbildungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und auch die KBV bieten dazu ein umfangreiches Programm an.

Eine unzureichende Fortbildung zieht Sanktionen nach sich, die in § 95d Abs. 3 SGB V streng definiert sind: Honorarkürzungen für vier Quartale um zehn Prozent, ab dem fünften Quartal um 25 Prozent bis zum Nachweis der Fortbildung; Verpflichtung zum Nachholen der Fortbildungsversäumnisse innerhalb von zwei Jahren; Einleitung eines Verfahrens auf Zulassungsentzug beim Zulassungsausschuss durch die Kassenärztliche Vereinigung, wenn der Fortbildungsnachweis auch nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist nicht erbracht wird.

www.kbv.de/html/fortbildung.php

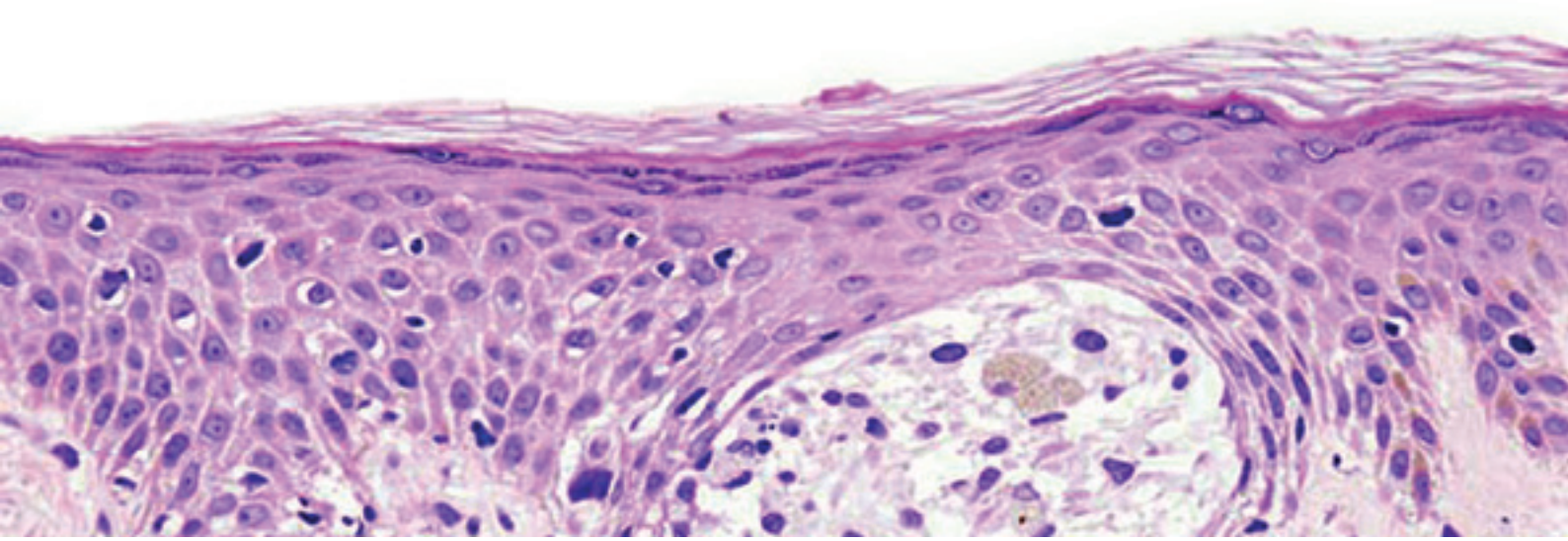
Herzschrittmacher-Kontrolle

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR FUNKTIONSANALYSE EINES HERZSCHRITTMACHERS (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2006

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung erbracht wurde
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang dann nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: gegebenenfalls bei Dokumentationsprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen; jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2012	348	581	102	71	34	62	216	49	250	316	154	35	124	84	88	58	248	2.820
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2013	346	588	102	73	34	61	218	50	244	313	167	36	127	85	90	57	264	2.855
Anzahl beschiedene Anträge [1]	33	52	17	4	0	7	28	1	19	52	17	3	4	10	6	2	35	290
▪ davon Anzahl Genehmigungen	29	50	17	4		5	28	1	19	52	17	3	4	10	5	2	32	278
▪ davon Anzahl Ablehnungen	4	2	0	0		2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	12
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 5 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	0	12	2	0	5	k.A.	0	5	0	4	2	1	3	3	0	16	53
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V	Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von den Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seiten 60 / 61.																	

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.



Histopathologie im Hautkrebs-Screening

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR HISTOPATHOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG IM RAHMEN DES HAUTKREBS-SCREENINGS (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009;

RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN (KREBSFRÜHERKENNUNGS-RICHTLINIE / KFE-RL), ABSCHNITT D NR. 2, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1.7.2008

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG**: jährliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: bei nicht eindeutiger Diagnose wird eine zweite Meinung bei einem qualifizierten Arzt eingeholt; zweite Meinung und Konsens werden dokumentiert; standardisierter Befundbericht an den einsendenden Arzt
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: jährliche Prüfung von mindestens vier Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu zehn im Rahmen des Hautkrebs-Screenings befundeten histopathologischen Präparaten
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

› FORTSETZUNG HISTOPATHOLOGIE IM HAUTKREBS-SCREENING

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN	3)	4)												7)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	76	95	32	15	5	19	41	16	65	54	25	7	22	19	26	21	58	596
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	81	91	29	16	5	17	41	16	60	57	23	8	23	18	25	21	60	591
Anzahl beschiedene Anträge 1)	4	4	4		0	1	4	0	1	3	1	1	2	0	0	0	8	33
neu	4	4	4	0	0	1	2	0	1	3	1	1	2	0	0	0	8	31
▪ davon Anzahl Genehmigungen	4	3	4			1	2		1	3	1	1	2				7	29
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0			0	0		0	0	0	0	0				1	2
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
erneut gemäß § 8 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
▪ davon Anzahl Genehmigungen							2											2
▪ davon Anzahl Ablehnungen							0											0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate			2			2												4
▪ wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5			0			0												0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	1	5	0	0	1	k.A.	0	6	0	3	1	1	1	1	0	5	25
FREQUENZREGELUNG § 5 ABS. 1 UND 2																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate aus Screening oder Kuration)																		
< 1.000	0	0	1	0	0	0	0	0	1		3	0	0	0	0	0	0	5
≥ 1.000	75	91	22	16	5	16	40	16	59	6)	20	7	21	16	26	21	55	506
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																		
PRÜFUMFANG																		
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	3,9	4,2	6,3	6,7	20,0	10,5	4,9	12,5	0,0	0,0	4,0	85,7	4,5	5,3	3,8	9,5	6,9	5,5
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	4	2	1	1	2	2	2	5)	6)	1	6	1	1	1	2	4	33
▪ davon bestanden	3	3	2	1	1	2	2	2			1	6	1	1	1	2	4	32
▪ davon nicht bestanden	0	1	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0	1	0	0	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	2
▪ davon bestanden									1									1
▪ davon nicht bestanden									0									0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	2	0	2
▪ davon bestanden																2		2
▪ davon nicht bestanden																0		0
PRÜFERGEBNISSE																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate	30	40	20	10	10	20	20	20	10		10	60	10	10	10	20	40	340
▪ davon vollständig und nachvollziehbar	30	39	20	10	10	18	18	20	10		10	56	10	9	10	20	37	327
▪ davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	1	0	0	1	3
▪ davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	0	0	0	0	0	2	2	0	0		0	4	0	0	0	0	0	8
▪ davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	2	2

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Frequenzregelung bei fünf Ärzten aus der KV BW wird von der KV BY geprüft, da diese in KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften tätig sind. 4) Das abschließende Ergebnis der Wiederholungsprüfung liegt noch nicht vor. 5) Aus organisatorischen Gründen konnte in diesem Jahr nur die Wiederholungsprüfung durchgeführt werden. (2012 wurde Prüfquote mit 8,8 Prozent übererfüllt.) 6) 2013 wurden keine Dokumentations- und Frequenzprüfungen durchgeführt. 7) Prüfzeitraum für Frequenzregelung ist abweichend II / 2012 bis I / 2013. Daher zwei Ärzte mit Genehmigung in III / 2012 nicht eingeschlossen.

HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR SPEZIALISIERTEN VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG HIV / AIDS),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2009

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG**: jährlich durchschnittlich 25 Fälle pro Quartal; unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite kann die Mindestanzahl unterschritten werden
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: regelmäßige Teilnahme an Fallkonferenzen
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL:** Nachweis zum Erwerb von 30 Fortbildungspunkten im Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankung, die Hälfte davon mittels interaktiven Austauschs, zum Beispiel Qualitätszirkeln; regelmäßige Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** jährliche Prüfung von mindestens zehn Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu zehn Fällen eines Quartals unter Einbezug aller Dokumentationen des Kalenderjahres
- **BERATUNG**: bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN				3)			5)											
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	29	29	53	1	9	33	24	2	15	38	9	6	8	3	1	3	12	275
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	34	34	59	1	9	30	29	2	17	35	8	6	10	3	1	3	12	293
Anzahl beschiedene Anträge 1)	6	7	9	0	0	2	4	0	2	0	0	0	3	1	1	0	0	35
neu	6	7	9	0	0	2	4	0	2	0	0	0	3	1	1	0		35
▪ davon Anzahl Genehmigungen	6	7	9			2	4		2				2	1	1			34
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0			0	0		0				1	0	0			1
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon bestanden							1											1
▪ davon nicht bestanden							0											0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4
▪ darunter wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3 7)							0			0							0	0
▪ darunter wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4 7)							1			0							1	2
▪ darunter wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4 7)							1			1							0	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	1	2	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	8

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
FREQUENZREGELUNG § 10 ABS. 1 NR. 1																		
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV- / Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:																		
< 25	7	6	3	1	1	1	5	0	17	0	0	1	0	0	0	1	1	44
▪ davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	2	4	2		1	1			1	0		1				1	0	13
≥ 25	27	24	51	0	8	29	24	2	0	36	8	5	7	3	1	2	11	238
FORTBILDUNG																		
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	34	27	46	0	9	30	28	2	17	35	8	6	9	2	1	2	9	265
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von zwölf Monaten (§ 10 Abs. 4)	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	2	8
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																		
PRÜFUMFANG																		
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	10,3	10,3	11,3	0,0	11,1	9,1	37,5	50,0	20,0	13,2	11,1	100,0	12,5	33,3	0,0	33,3	0,0	16,0
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	3	6	0	1	3	9	1	3	5	1	6	1	1	0	1	[6])	44
▪ davon bestanden	3	3	6		1	3	8	1	3	4	1	6	1	1		1		42
▪ davon nicht bestanden	0	0	0		0	0	1	0	0	1	0	0	0	0		0		2
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	1	0		0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0		6
▪ davon Begründung ausreichend		1								1		4						6
▪ davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben		0								0		0						0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon bestanden							1											1
▪ davon nicht bestanden - Auflage							0											0
▪ davon nicht bestanden - Widerruf							0											0
PRÜFERGEBNISSE																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen	30	30	60		10	30	90	10	30	50	10	60	10	10	0	10	0	440
▪ davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	30	21	60		10	30	80	10	30	40	10	32	10	10		10		383
▪ davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	9	0		0	0	0		0	10	0	1	0	0		0		20
▪ davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	0		0	0	0		0	0	0	27	0	0		0		27
▪ davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	0		0	0	10		0	0	0	0	0	0		0		10
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität:																		
▪ darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10) [7])		0					10			10		1						21
▪ darunter mangelnde Prohylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8) [7])		0					10			0		0						10
▪ darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9) [7])		9					10			0		0						19

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Der Arzt kann nicht tätig werden, da in der betreffenden Region scheinbar kein Bedarf besteht. Voraussichtliche Aufhebung der Genehmigung 2014. [4]) entfällt [5]) Eine Ärztin wird über die KV BW geprüft (Tätigkeit in Kooperation mit Infektiologikum Frankfurt) [6]) Aufgrund der guten Ergebnisse setzt die KV WL die Prüfungen für drei Jahre aus. [7]) Mehrfachnennungen sind hier möglich.

Hörgeräteversorgung

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR HÖRGERÄTEVERSORGUNG (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG HÖRGERÄTEVERSORGUNG), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012, zuletzt geändert: 1.1.2013

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: strukturierter regelmäßiger Austausch beteiligter Berufsgruppen zur Versorgungsoptimierung
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: Nachweis der mindestens einmal jährlich durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der Medizinprodukte Betreiberverordnung (MPBetreibV) durchgeführten messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 11 MPBetreibV
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von sieben Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren; regelmäßige Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zur Audiologie und ihrer Grundlagen
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**: behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die Kassenärztliche Vereinigung beziehungsweise eine von ihr beauftragte Stelle
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Dokumentationsprüfungen nach dem Zufallsprinzip auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigungen
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Benchmarkberichte zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an teilnehmenden Arzt, Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung und Partner des Bundesmantelvertrags

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	448	548	230	108	49	124	265	82	372	518	194	54	224	113	130	96	378	3.933
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	450	536	214	106	50	127	286	82	366	519	197	52	225	114	130	101	375	3.930
Anzahl beschiedene Anträge [1]	18	52	32	4	6	9	39	1	25	15	11	2	7	3	8	9	15	256
▪ davon Anzahl Genehmigungen	18	52	29	4	5	7	39	1	25	15	11	2	6	3	5	9	15	246
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	9
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon bestanden											1							1
▪ davon nicht bestanden											0							0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	7	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	0	29	6	0	7	[2]	0	21	16	8	1	7	2	5	0	5	107
MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 ABS. 1, NR. 1																		
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	450	[5]	214	102	35	[5]	[3]	82	387	519	169	52	228	114	[5]	101	370	2.823
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0		0	0	15			0	0	0	0	0	0	0		0	5	20
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 8 ABS. 1, NR. 2																		
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	[5]	[5]	[5]	[5]	2	[5]	[3]	[5]	[5]	128	[5]	[5]	23	[4]	[5]	1	191	345

[1] Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes [2] Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3] Überprüfung der Nachweise von messtechnischen Kontrollen und Fortbildungsverpflichtungen sind noch in Bearbeitung. [4] Überprüfung der Nachweise zur Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen. [5] Überprüfung beginnt 2014.

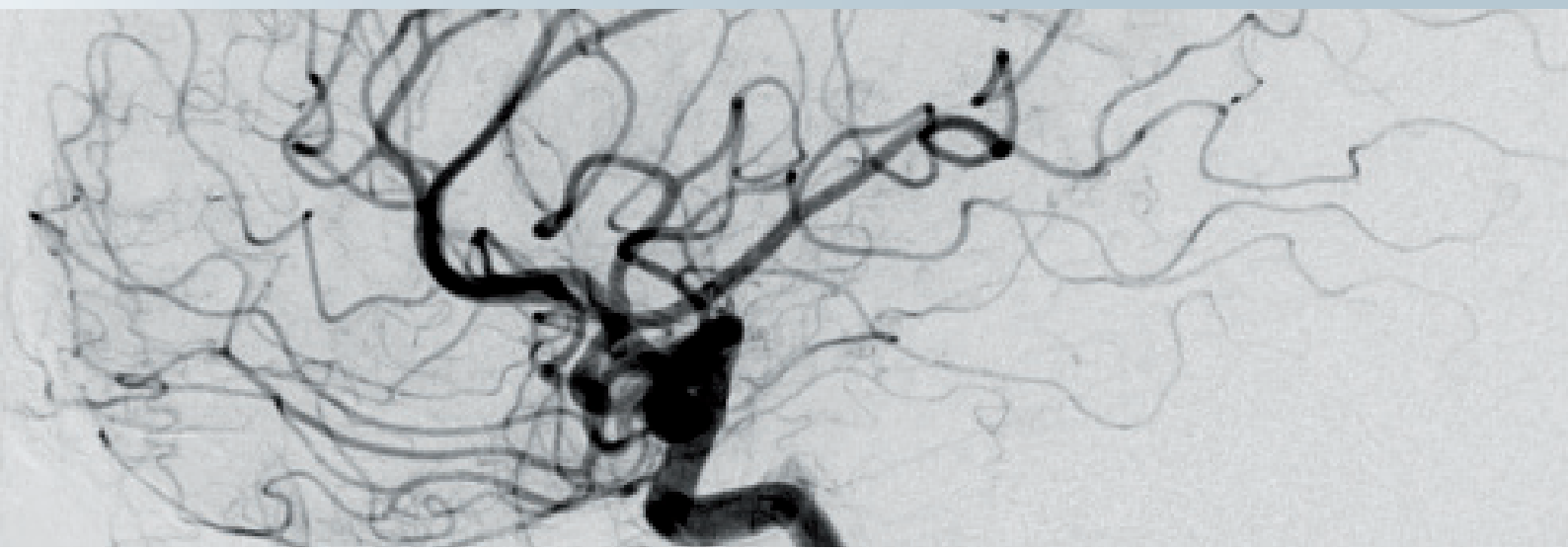
Hörgeräteversorgung Kinder

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR HÖRGERÄTEVERSORGUNG BEI SÄUGLINGEN, KLEINKINDERN UND KINDERN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG HÖRGERÄTEVERSORGUNG KINDER),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2012, zuletzt geändert 1.4.2013.

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: strukturierter regelmäßiger Austausch beteiligter Berufsgruppen zur Versorgungsoptimierung
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: Nachweis der mindestens einmal jährlich durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der Medizinprodukte Betreiberverordnung (MPBetreibV) durchgeführten messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 11 MPBetreibV
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen insbesondere bei Kindern sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von sieben Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren; regelmäßige Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zur Audiologie und ihrer Grundlagen
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**: behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die Kassenärztliche Vereinigung beziehungsweise eine von ihr beauftragte Stelle
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Dokumentationsprüfungen nach dem Zufallsprinzip auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigungen
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Benchmarkberichte zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an teilnehmenden Arzt, Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung und Partner des Bundesmantelvertrags

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	11	79	3	0	2	16	60	3	26	15	1	2	14	4	10	2	24	272
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	14	86	2	1	1	16	60	5	34	17	3	2	14	5	11	2	27	300
Anzahl beschiedene Anträge [1]	1	12	0	1	4	3	1	2	10	2	3	2	1	1	3	0	8	54
▪ davon Anzahl Genehmigungen	1	12		1	0	2	1	2	10	2	2	2	1	1	1		8	46
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0		0	4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2		0	8
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	0	1	0	1	3	[2]	0	3	0	0	0	1	0	0	0	2	11
MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 ABS. 1, NR. 1																		
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	14	[5]	2	1	1	[5]	[3]	5	37	17	3	2	15	5	[5]	2	17	121
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0		0	0	0			0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 8 ABS. 1, NR. 2																		
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	[5]	[5]	[5]	[5]	[5]	[5]	[3]	[5]	[5]	6	[5]	gekauft/ lizenzfrei	1	[4]	[5]	1	[5]	8

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Überprüfung der Nachweise von messtechnischen Kontrollen und Fortbildungsverpflichtungen sind noch in Bearbeitung. [4]) Überprüfung der Nachweise zur Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen. [5]) Überprüfung beginnt 2014.



Interventionelle Radiologie

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR INTERVENTIONELLEN RADIOLOGIE (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR INTERVENTIONELLEN RADIOLOGIE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006, zuletzt geändert: 1.10.2010

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG**: jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen; bei Genehmigung zu therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: bei therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem müssen Vereinbarungen mit einer stationären Einrichtung zur Übernahme der Patienten bestehen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Kassenärztliche Vereinigung kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN (OHNE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE)																		
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 1			3)															
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	6	8	1	2	0	0	1	0	10	5	0	0	3	1	2	0	17	56
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	7	8	0	2	0	2	1	1	6	6	0	0	3	0	2	0	13	51
Anzahl beschiedene Anträge 1)	2	0			0	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7
neu	2	0	0	0	0	2	0	1	1	1			0	0	0	0	0	7
▪ davon Anzahl Genehmigungen	2					2		1	1	1								7
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0					0		0	0	0								0
erneut gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	2	3
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl: < 100 diagnostische Katheterangiographien	1																2	3
▪ aus sonstigen Gründen	0																0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	1	1	1	0	0	0	k.A.	0	k.A.	1	0	0	0	1	0	0	3	8

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
FREQUENZREGELUNG						[4]			[5]									
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)																		
< 100	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	6
≥ 100	4	6	0	1	0	2	1	0	6	5	0	0	2	0	1	0	10	38
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND KATHETERGESTÜTZTE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE																		
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 2																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	46	43	9	12	10	21	29	13	28	30	26	6	4	2	10	3	30	322
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	41	39	8	9	8	18	26	13	32	31	26	6	4	2	9	2	26	300
Anzahl beschiedene Anträge [1]	3	6	2		0	2	2	0	8	6	0	0	0	1	0	0	1	31
neu	3	6	2	0	0	2	2	0	8	6	0	0	0	1	0	0	1	31
▪ davon Anzahl Genehmigungen	3	4	1			2	2		8	5				1			1	27
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	2	1			0	0		0	1				0			0	4
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	6
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen			0			0			0								0	0
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe			0			0			0								1	1
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen und < 50 therapeutische Eingriffe			1			2			1								1	5
▪ aus sonstigen Gründe			0			0			0								0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	3	8	0	3	2	1	k.A.	0	1	5	0	1	0	1	0	1	3	29
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder katheterge-stützte therapeutische Eingriffe)																		
< 100	1	2	0	0	0	8	0	k.A.	13	3	k.A.	0	2	0	1	0	1	31
≥ 100	36	37	8	9	7	10	22	k.A.	24	21	k.A.	5	2	2	7	2	26	218
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 50	1	2	1	0	0	8	0	k.A.	5	0	k.A.	0	2	0	1	0	3	23
≥ 50	36	37	7	9	7	10	22	k.A.	17	24	k.A.	5	2	2	7	2	24	211
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V	Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seiten 60 / 61.																	

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Widerruf bezieht sich auf einen Vorgang aus dem Berichtsjahr 2012. [4]) Prüfungen der Frequenzen sind noch nicht abgeschlossen, es können noch die Nachweise von außerhalb erbrachten Leistungen eingereicht werden. [5]) Frequenzangaben liegen nicht von allen Bezirksstellen vor.

Invasive Kardiologie

§ **VORAUSSETZUNGEN ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG INVASIVER KARDIOLOGISCHER LEISTUNGEN (VEREINBARUNG ZUR INVASIVEN KARDIOLOGIE)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1999, zuletzt geändert am 1.1.2013

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG**: jährlich 150 Linksherzkatheterisierungen, bei Genehmigung zu therapeutischen Katheterisierungen, davon mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: bei therapeutischen Katheterinterventionen müssen Vereinbarungen mit einer stationären Einrichtung zur Übernahme der Patienten bestehen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Kassenärztliche Vereinigung kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) sowie zum Nachweis der Einhaltung der Dokumentationsvorgaben anfordern

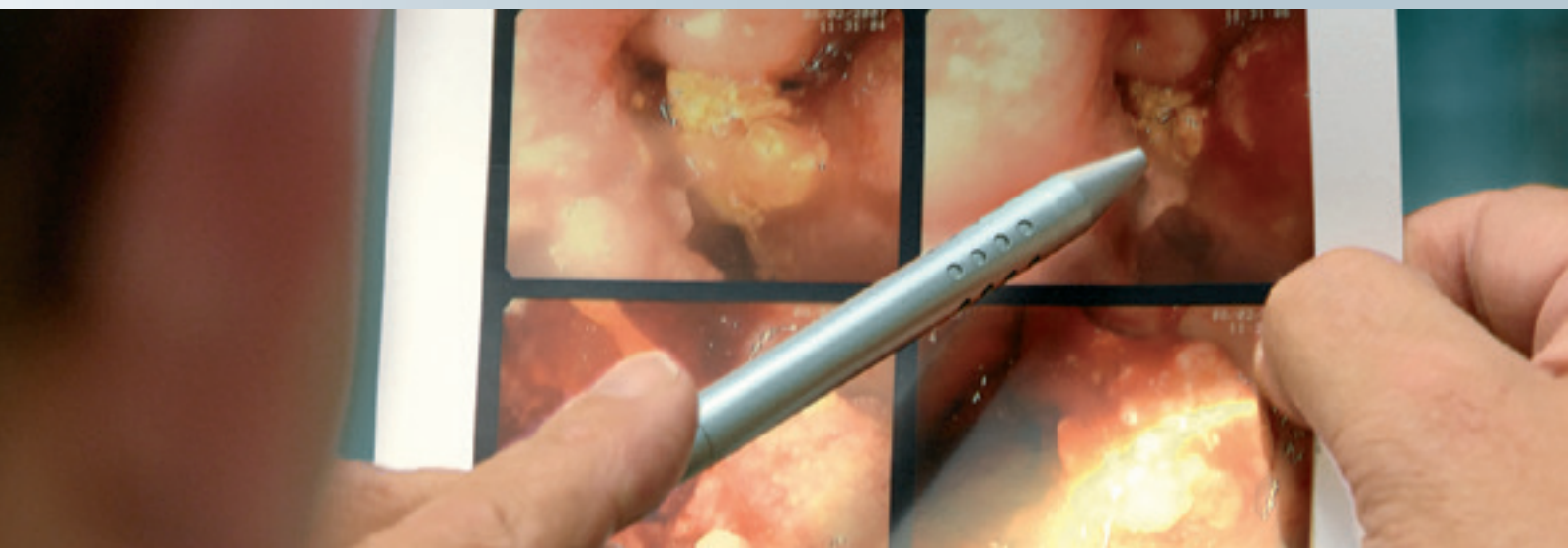
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
DIAGNOSTISCHEN KATHETERISIERUNGEN (OHNE THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN)																		
GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 2																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	18	10	2	0	0	4	7	2	18	26	6	0	2	5	8	1	27	136
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	17	9	2	0	0	4	7	2	12	25	4	0	2	5	6	1	28	124
Anzahl beschiedene Anträge [1]	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
neu	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
▪ davon Anzahl Genehmigungen		0				1							1				1	3
▪ davon Anzahl Ablehnungen		1				0							0				0	1
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon bestanden						1												1
▪ davon nicht bestanden						0												0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG INVASIVE KARDIOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen	1																3	4
▪ aus sonstigen Gründen	0																0	0
▪ davon Ärzte mit eigenem Katheter-messplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0																0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2)]	0	1	0	0	0	0	k.A.	0	6	1	2	0	1	0	1	0	3	15
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																		
< 150	1	2	0	0	0	0	1	0	1	5	0	0	1	0	0	0	7	18
≥ 150	16	7	2	0	0	4	6	2	14	20	4	0	1	5	6	1	20	108
DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN																		
GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 1																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	61	75	22	10	19	32	87	3	58	69	24	1	22	6	4	2	45	540
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	68	84	23	10	18	33	90	2	68	69	27	1	20	5	4	2	42	566
Anzahl beschiedene Anträge [1)]	8	18	3		0	4	7	0	13	7	3	0	1	0	0	0	2	66
neu	8	18	3	0	0	4	7	0	13	7	3	0	1	0	0	0	2	66
▪ davon Anzahl Genehmigungen	8	17	3			4	7		13	7	3		1				2	65
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0			0	0		0	0	0		0				0	1
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
▪ davon bestanden						3												3
▪ davon nicht bestanden						0												0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	5	7
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen										2							2	4
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen										0							0	0
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen										0							3	3
▪ aus sonstigen Gründen										0							0	0
▪ davon Ärzte mit eigenem Katheter-messplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)										0							0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2)]	1	5	1	0	1	2	k.A.	0	3	1	3	0	2	1	0	0	0	20
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																		
< 150	12	5	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	6	0	1	0	7	37
≥ 150	56	79	20	10	18	27	89	2	68	69	26	1	8	5	3	2	34	517
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)																		
< 50	10	5	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	11	31
≥ 50	58	79	20	10	18	30	89	2	68	68	26	1	10	5	4	2	30	520

[1)] Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2)] Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.



Koloskopie

§ VORAUSSETZUNGEN ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG VON KOLOSKOPISCHEN LEISTUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR KOLOSKOPIE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.7.2012

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG**: jährlich 200 totale Koloskopien, zehn Polypektomien (außer für Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen)
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: unangemeldete Hygieneprüfung durch anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: zweijährliche Dokumentationsprüfung aller Ärzte zu 20 totalen Koloskopien und zu fünf Polypektomien, bei Kinderärzten und Kinderchirurgen sofern erbracht; bei Beanstandungen engere Prüfintervalle
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Auswertung der Ergebnisse der Hygieneprüfung sowie arztbezogene Auswertung der durchgeführten Polypektomien; Bericht an Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG**: bei Beanstandungen in der Hygieneprüfung, gegebenenfalls am Ort der Leistungserbringung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2012	31	26	1	0	1	5	15	1	16	9	3	3	0	6	7	2	22	148
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2013	27	17	1	0	1	4	14	1	18	10	2	3	0	4	8	2	16	128
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2012	353	484	81	70	21	59	189	43	257	224	142	35	78	54	79	56	195	2.420
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2013	357	503	80	72	22	61	193	40	252	237	141	35	78	54	81	52	205	2.463
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) [1)]	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	6
neu	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	6
▪ davon Anzahl Genehmigungen	1								2							2	1	6
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0								0							0	0	0
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN		3), 4)	5)				6)				3)			3)	8)	4)		
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) 1)	28	45	6	5	1	4	17	2	34	20	17	1	2	0	4	2	46	234
neu	27	45	6	5	1	4	17	2	34	20	17	1	2	0	4	2	46	233
▪ davon Anzahl Genehmigungen	27	45	6	5	1	4	16	2	32	19	16	1	2		4	2	46	228
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0		0	0	0	5
erneut gemäß § 6 Abs. 5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon Anzahl Genehmigungen	1																	1
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0																	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
▪ davon bestanden									1		0							1
▪ davon nicht bestanden									0		1							1
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	8
▪ wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0	0													0	0	0	0
▪ wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e ausschließlich bei totalen Koloskopien	0	0													0	0	0	0
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 200 totale Koloskopien	0	0													0	0	0	0
▪ wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c ausschließlich bei Polypektomien	1	0													0	0	1	2
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 10 Polypektomien	0	0													0	0	0	0
▪ sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängel gemäß § 6 Abs. 4 b-c bei Polypektomien	0	0													0	0	0	0
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien	2	1													0	1	0	4
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	14	34	3	3	0	3	k.A.	5	37	13	17	2	2	0	1	7	11	152
TOTALE KOLOSKOPIE																		
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																		
< 200	2	6	0	0	0	1	10	1	11	45	3	0	2	5	14	1	3	104
≥ 200	31	495	8	72	23	60	191	40	241	213	117	38	76	53	74	51	207	1.990
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	31	479	8	72	22	16	95	22	126	107	80	19	36	7)	31	4	71	1.219
▪ davon bestanden	29	351	8	72	22	16	86	21	126	103	70	18	35		27	4	71	1.059
▪ davon nicht bestanden	2	41	0	0	0	0	9	1	0	4	10	1	1		4	0	0	73
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	2	41	0	0	0	8	9	0	0	0	4	1	1	7)	1	0	0	67
▪ davon bestanden	1	3)				4	8		0		3	0	0		1			17
▪ davon nicht bestanden	1	3)				4	1		0		1	1	1		0			9
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	2	3)	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	7)	2	1	0	11
▪ davon bestanden	0						3				1				1	0		5
▪ davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	0						0				2				1	0		3
▪ davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	2						0				0				0	1		3

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
POLYPEKTOMIEN																		
FREQUENZREGELUNG																	[9]	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																		
< 10	2	3	0	0	0	0	0	0	5	16	3	0	2	5	12	1	2	51
≥ 10	31	498	8	72	23	61	201	41	247	242	116	38	75	53	72	51	208	2.037
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	23	479	6	72	22	15	95	19	126	107	80	19	34	0	30	4	71	1.202
▪ davon bestanden	20	370	6	72	22	15	87	18	125	106	73	19	34		25	4	68	1.064
▪ davon nicht bestanden	3	22	0	0	0	0	8	1	1	1	7	0	0		5	0	3	51
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	10	[3]	2	0	0	4	8	3	1	2	3	0	4	0	5	1	1	44
▪ davon bestanden	7		2			4	8	3	1	2	2		4		5	0	0	38
▪ davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	1		0			0	0	0	0	0	1		0		0	0	1	3
▪ davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	2		0			0	0	0	0	0	0		0		0	1	0	3
PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT																		
Anzahl überprüfter Einrichtungen	280	438	63	72	13	49	140	40	201	192	108	34	69	53	77	59	164	2.052
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	559	876	125	146	26	97	260	79	402	417	207	67	137	106	144	118	331	4.097
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	99,8	100,0	99,2	101,4	100,0	99,0	92,9	98,8	100,0	108,6	95,8	98,5	99,3	100,0	93,5	100,0	100,9	99,8
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	24	18	6	0	1	4	6	3	12	47	15	1	6	1	2	0	20	166
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	4,3	2,1	4,8	0,0	3,8	4,1	2,3	3,8	3,0	11,3	7,2	1,5	4,4	0,9	1,4	0,0	6,0	4,1
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8b Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	1	9
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Prüfergebnisse beziehungsweise Nachweise von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen sind zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in Prüfung. [4]) Unter den Ärzten, die die Mindestfallzahl unterschreiten, sind auch Kinder- und Jugendärzte (KV TH: 2). [5]) Für 77 Ärzte wurde bereits 2012 das Prüfintervall aufgrund erfolgreicher Prüfung verlängert. [6]) Überprüfung gemäß § 6 Abs. 3g wurde als Vollerhebung aufgrund von Mängeln im Vorjahr durchgeführt. [7]) Alle Ärzte wurden 2012 erfolgreich geprüft, nächste Prüfsequenz 2014. [8]) Bei der Anzahl der Dokumentationsprüfungen sind folgende Vorgänge zu beachten: Drei neue Genehmigungen, drei in 2014, drei Nachprüfungen [9]) Erneute Überprüfung der Hygienequalität (§ 7 Abs. 8b Nr. 1) geht auf einen Vorgang aus Q IV / 2012 zurück.

Laboratoriumsuntersuchungen

RICHTLINIEN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG VON LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN IN DER KASSENÄRZTLICHEN / VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG – ANHANG ZU ABSCHNITT E DER RICHTLINIE, Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V (Gültigkeit: seit 1.10.1987, zuletzt geändert: 9.5.1994) i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1993

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Befreiung vom obligaten Kolloquium für definierte Arztgruppen
- **KOLLOQUIUM**: für Arztgruppen mit Befreiung vom obligaten Kolloquium bei Zweifel an der fachlichen Befähigung beziehungsweise bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: Nachweis einer regelmäßigen Teilnahme an Ringversuchen nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: Nachweis eines Systems der internen Qualitätssicherung nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	1.586	2.175	905	258	130	289	676	190	927	1.784	655	211	494	193	349	214	1.205	12.241
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	1.568	2.144	885	266	136	284	624	182	898	1.835	671	211	484	199	325	220	1.224	12.156
Anzahl beschiedene Anträge [1]	75	613	198	10	6	41	47	7	97	114	43	25	25	21	11	20	297	1.650
▪ davon Anzahl Genehmigungen	70	597	175	10	6	37	32	7	93	75	42	24	18	21	11	20	287	1.525
▪ davon Anzahl Ablehnungen	5	16	23	0	0	4	15	0	4	39	1	1	7	0	0	0	10	125
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	48	109	22	0	6	25	21	2	13	52	11	5	1	1	11	1	36	364
▪ davon bestanden	42	96	21		6	22	19	2	11	34	10	5	1	1	11	1	36	318
▪ davon nicht bestanden	6	13	1		0	3	2	0	2	18	1	0	0	0	0	0	0	46
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	33	79	4	0	42	k.A.	15	0	0	26	5	27	17	24	0	5	277

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.

Langzeit-EKG-Untersuchungen

§ VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON LANGZEIT-ELEKTROKARDIOGRAPHISCHEN-UNTERSUCHUNGEN, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1992

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang dann nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: gegebenenfalls bei Dokumentationsprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN					3)													
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2012	1.736	5.082	912	373	131	307	787	219	1.327	2.889	831	461	602	330	492	340	2.284	19.103
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2013	1.801	5.323	920	365	119	310	820	233	1.481	3.034	875	508	597	347	517	361	2.373	19.984
Anzahl beschiedene Anträge 1)	187	921	141	23	16	37	194	25	157	204	124	45	33	28	31	34	485	2.685
▪ davon Anzahl Genehmigungen	182	919	141	23	14	36	191	25	155	204	123	45	31	28	31	34	468	2.650
▪ davon Anzahl Ablehnungen	5	2	0	0	2	1	3	0	2	0	1	0	2	0	0	0	17	35
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
▪ davon bestanden													1					1
▪ davon nicht bestanden													1					1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	4	0	0	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	1	k.A.	133	2	0	35	k.A.	9	28	0	79	14	23	9	11	0	15	359
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V	Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von den Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Westfalen-Lippe durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seiten 60 / 61.																	

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Hohe Anzahl Widerrufe enthält Widerrufe wegen Aktualisierung der Gerätedaten.

Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)

§ **VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON UNTERSUCHUNGEN IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (KERNSPINTOMOGRAPHIE-VEREINBARUNG)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2001

RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (QUALITÄTS-BEURTEILUNGS-RICHTLINIE FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: obligat für definierte Arztgruppen; gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei der Magnetresonanz-Tomographie der Mamma: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; Kolloquium bei Unterschreiten der Mindestfallzahl
- **FREQUENZREGELUNG**: Magnetresonanz-Tomographie der Mamma: jährlich 50 Fälle
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: Erfolgen aufgrund der Ergebnisse der Kernspinuntersuchung der Mamma histologische Abklärungen, ist die Korrelation der Ergebnisse dieser Untersuchung mit der prospektiven Diagnostik zu prüfen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Stichprobenprüfung, Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
ALLGEMEINE KERNSPINTOMOGRAPHIE																		
GENEHMIGUNGEN									5)									
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	367	484	158	63	40	100	234	60	181	426	154	47	122	58	94	73	290	2.951
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	396	512	169	65	41	99	242	61	282	436	160	51	128	60	99	77	306	3.184
Anzahl beschiedene Anträge 1)	76	324	74	5	4	15	28	7	67	138	8	3	13	3	3	8	62	838
▪ davon Anzahl Genehmigungen	76	322	74	5	4	15	28	7	67	138	8	3	12	3	3	8	59	832
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4	15
▪ davon bestanden	5	3												1	1	1	4	15
▪ davon nicht bestanden	0	0												0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	30	19	3	1	14	k.A.	0	n.e.	0	2	1	6	1	0	4	5	86
KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA																		
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	63	54	8	2	3	9	23	2	25	46	8	8	21	8	11	9	32	332
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	64	54	10	4	4	7	21	2	32	47	8	8	22	8	11	8	32	342
Anzahl beschiedene Anträge 1)	7	31	3	2	1	0	0	0	5	12	0	1	1	0	1	0	7	71
▪ davon Anzahl Genehmigungen	7	30	3	2	1				5	11		0	1		1		7	68
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0	0	0				0	1		1	0		0		0	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3	8	2	1	1	0	0	0	6	3	0	0	0	0	0	0	4	28
▪ davon bestanden	3	8	2	1	1				6	3							4	28
▪ davon nicht bestanden	0	0	0	0	0				0	0							0	0

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE (KERNSPINTOMOGRAPHIE)

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
			3)							5), 6)								
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	3	7	0	0	0	2	k.A.	0	n.e.	2	0	0	0	0	0	1	4	19
FREQUENZREGELUNG																		
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2																		
▪ mindestens 50 Untersuchungen	53	33	8	3	3	7	11	4)	27	28	8	1	20	7	10	6	26	251
▪ weniger als 50 Untersuchungen	11	2	0	0	0	0	10	4)	2	18	0	7	1	1	0	2	1	55
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																		
PRÜFUMFANG																		
abrechnende Ärzte	378	489	132	63	40	110	246	62	282	404	149	51	125	68	91	73	286	3.049
Anzahl geprüfter Ärzte	50	27	8	3	5	6	11	4	18	20	10	2	5	5	5	3	35	217
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	50	25	8	3	5	6	11	4	15	20	8	2	5	5	5	3	34	209
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	8
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	13,2	5,1	6,1	4,8	12,5	5,5	4,5	6,5	5,3	5,0	5,4	3,9	4,0	7,4	5,5	4,1	11,9	6,9
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare																		
PRÜFERGEBNISSE																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
▪ keine Beanstandungen	34	16	7	3	5	6	11	4	4	15	7	2	5	2	5	2	30	158
▪ geringe Beanstandungen	13	7	1	0	0	0	0	0	8	3	1	0	0	2	0	1	4	40
▪ erhebliche Beanstandungen	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	7
▪ schwerwiegende Beanstandungen	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
▪ keine Beanstandungen		0							0		1						0	1
▪ geringe Beanstandungen		1							3		0						1	5
▪ erhebliche Beanstandungen		0							0		1						0	1
▪ schwerwiegende Beanstandungen		1							0		0						0	1
MASSNAHMEN																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	16	0	1	0	0	0	0	0	10	5	2	0	0	1	0	1	5	41
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
▪ davon bestanden		1																1
▪ davon nicht bestanden		1																1
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I -IV / 2012). 4) Angaben zur Frequenz liegen nicht vor. 5) Differenz zum Vorjahr bei den Genehmigungszahlen durch Wechsel der Software-Abfrage begründet. Stichprobengröße anhand Anzahl Ärzte mit Genehmigung ermittelt. 6) Von den 18 Ärzten mit weniger als 50 Untersuchungen haben acht ihre Qualifikation in Kolloquien nachgewiesen.

Magnetresonanz-Angiographie

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR MR-ANGIOGRAPHIE (QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNG ZUR MR-ANGIOGRAPHIE)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007

RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (QUALITÄTS-BEURTEILUNGS-RICHTLINIE FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: jährlich mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte; Dokumentation zu zwölf Fällen und allen (maximal 30) Angiographien der Venen, insbesondere zur Indikationsstellung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	301	352	111	52	39	86	170	43	158	325	147	33	93	48	76	55	216	2.305
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	329	367	119	56	41	85	185	44	159	331	150	33	100	46	78	57	221	2.401
Anzahl beschiedene Anträge [1])	53	225	38	7	4	13	23	4	35	97	5	1	9	1	1	6	36	558
neu	53	225	38	7	4	13	23	4	35	97	5	1	9	1	1	6	36	558
▪ davon Anzahl Genehmigungen	53	210	37	7	3	13	23	4	35	95	5	0	9	1	1	6	35	537
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	15	1	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	21
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2])	0	34	15	3	1	11	k.A.	0	n.e.	0	2	0	2	1	0	4	5	78

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7			[3]								[5]							
PRÜFUMFANG																		
abrechnende Ärzte	294	348	56	56	36	76	185	44	159	289	134	33	96	46	71	53	221	2.197
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	59	82	20	12	8	19	45	10	42	61	31	8	18	11	16	14	49	505
▪ davon bestanden	59	78	20	12	8	17	44	10	40	53	30	8	18	8	13	12	46	476
▪ davon nicht bestanden	0	4	0	0	0	2	1	0	2	8	1	0	0	3	3	2	3	29
abrechnende Ärzte geprüft, in %	20,1	23,6	35,7	21,4	22,2	25,0	24,3	22,7	26,4	21,1	23,1	24,2	18,8	23,9	22,5	26,4	22,2	23,0
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 20 % der abrechnenden Ärzte lag													[6]					
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	5	6	2	0	0	0	0	0	1	11	1	0	0	3	2	3	1	35
▪ davon bestanden	5	5	2						[4]	11	1			3	2	2	1	32
▪ davon nicht bestanden	0	1	0						[4]	0	0			0	0	1	0	2
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon bestanden		0																0
▪ davon nicht bestanden		1																1
PRÜFERGEBNISSE																		
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (ohne Venen)	714	1.028	204	144	96	228	540	120	504	738	371	96	213	132	216	150	573	6.067
darunter Dokumentationen																		
▪ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	701	1.013	202	144	96	226	533	118	490	705	365	96	209	124	216	139	559	5.936
▪ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	702	1.027	200	144	96	226	533	118	490	705	365	96	209	124	216	139	562	5.952
▪ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	704	1.028	204	144	96	226	533	118	490	705	365	96	209	124	216	139	559	5.956
▪ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen	706	990	203	144	96	226	533	118	490	705	365	96	209	124	192	139	570	5.906
▪ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	8	38	1	0	0	2	7	2	14	33	6	0	4	8	24	11	3	161
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (Venen)	7	13	24	0	0	10	4	0	60	6	29	0	0	0	0	3	41	197
darunter Dokumentationen																		
▪ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	7	1	23			4	0		59	6	29					1	40	170
▪ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	7	13	24			4	0		59	6	29					1	40	183
▪ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	7	13	24			4	0		59	6	29					1	40	183
▪ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen	7	11	23			4	0		0	6	29					1	40	121
▪ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	0	2	1			6	4		1	0	0					2	1	17
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V	Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seiten 60 / 61.																	

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I -IV / 2012). [4]) Ergebnis der Wiederholungsprüfung liegt noch nicht vor. [5]) Nicht alle Ärzte haben zwölf Fälle im Prüfzeitraum abgerechnet, deshalb Differenz in der Anzahl geprüften Dokumentationen. [6]) Nach Ziehung der 20 % werden daraus die in drei Vorjahren geprüften Ärzte von der erneuten Überprüfung befreit.

Mammographie (kurativ)

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR KURATIVEN MAMMOGRAPHIE (MAMMOGRAPHIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert 1.4.2011

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; Eingangsprüfung
- **EINGANGSPRÜFUNG**: Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle)
- **KOLLOQUIUM**: gegebenenfalls bei dreifach nicht erfolgreicher Beurteilung einer Fallsammlungsprüfung zum Nachweis der fachlichen Befähigung (Eingangsprüfung); bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: alle zwei Jahre Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: nach zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung und anschließend nicht erfolgreichem Kolloquium sind Fortbildungsmaßnahmen erforderlich, um an einem zweiten Kolloquium teilnehmen zu können
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung von allen Ärzten Dokumentation zu zehn Fällen, danach alle 24 Monate
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: Benchmarkbericht an den Arzt nach Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; jährliche statistische Auswertung der Eingangs-, Aufrechterhaltungs- und Dokumentationsprüfung an Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei erfolgloser Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung beziehungsweise bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	321	388	106	65	23	52	154	33	206	320	131	44	121	72	76	74	221	2.407
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	318	391	102	65	26	44	158	37	250	309	129	36	118	74	75	74	222	2.428
Anzahl beschiedene Anträge [1])	25	140	38	1	3	4	20	3	22	97	2	0	4	5	5	3	30	402
neu	25	140	5	1	3	4	18	3	21	97	2	0	4	4	5	3	30	365
▪ davon Anzahl Genehmigungen	17	140	5	1	3	4	18	3	21	91	2		4	3	5	3	29	349
▪ davon Anzahl Ablehnungen	8	0	0		0	0	0	0	0	6	0		0	1	0	0	1	16
erneut	0	0	33	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	37
▪ davon Anzahl Genehmigungen			33				2		1					1				37
▪ davon Anzahl Ablehnungen			0				0		0					0				0
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

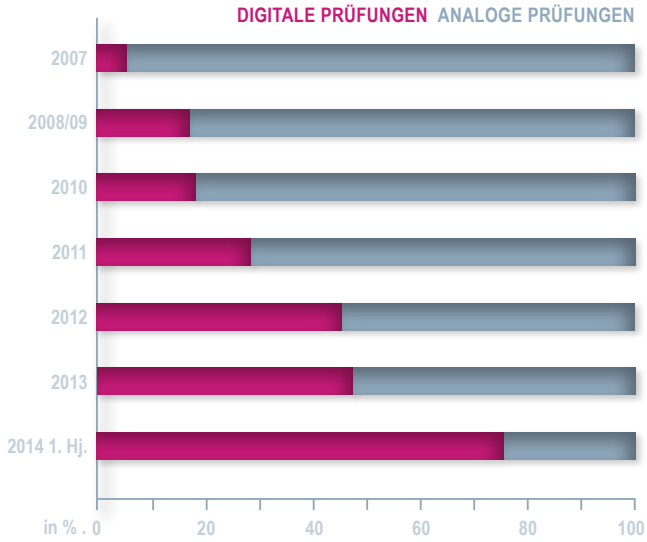
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG NACH ABSCHNITT C													[4]					
Erstprüfungen	17	28	6	4	2	4	17	4	13	16	2	0	3	5	7	8	16	152
▪ davon bestanden	9	15	2	2	2	2	10	4	11	5	2		2	4	5	5	10	90
▪ davon nicht bestanden	8	13	4	2	0	2	7	0	2	11	0		1	1	2	3	6	62
Wiederholungsprüfungen	5	6	1	2	1	0	4	0	3	12	0	0	0	1	5	3	2	45
▪ davon bestanden	4	4	1	1	1		4		2	7				1	3	2	1	31
▪ davon nicht bestanden	1	2	0	1	0		0		1	5				0	2	1	1	14
FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG NACH ABSCHNITT D																		
Anzahl Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	125	187	36	12	6	27	63	8	66	165	66	21	58	26	29	29	72	996
reguläre Prüfungen	124	187	35	11	5	27	62	7	65	164	66	21	57	22	29	29	69	980
▪ davon bestanden	120	180	34	10	5	25	59	7	60	153	65	21	55	20	28	29	65	936
▪ davon nicht bestanden	4	7	1	1	0	2	3	0	5	11	1	0	2	2	1	0	4	44
Wiederholungsprüfungen	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	4	0	0	3	16
▪ davon bestanden	1		1	1	1		0	0	1	1			1	3			3	13
▪ davon nicht bestanden	0		0	0	0		1	1	0	0			0	1			0	3
Anzahl Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
▪ davon bestanden		1						0										1
▪ davon nicht bestanden		0						1										1
Anzahl Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG GEMÄSS ABSCHNITT E																		
Anzahl Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	123	193	48	22	0	24	72	13	[3]	128	53	32	84	28	62	29	92	1.003
▪ davon erfüllt	107	181	37	22		24	61	13		119	43	32	82	25	59	28	91	924
▪ davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt - geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	12	4	0	0		0	5	0		1	2	0	0	1	0	0	1	26
▪ davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	4	8	11	0		0	6	0		8	8	0	2	2	3	1	0	53
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	5	2	0	0	1	0	8	0	0	0	1	0	2	1	5	1	0	26
▪ davon erfüllt	4	2			1		8				1		1	1	5	1		24
▪ davon nicht erfüllt	1	0			0		0				0		0	0	0	0		1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	6	3	3	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	16
▪ davon erfüllt	5	2	3		1						2		1					14
▪ davon nicht erfüllt	1	1	0		0						0		0					2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5
RÜCKGABE / BEENDIGUNG VON GENEHMIGUNGEN ODER WIDERRUFE § 14 ABS. 5																		
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	2	12	9	0	0	15	k.A.	0	0	6	0	3	7	2	6	3	8	73

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Die Dokumentationsprüfung wurde ab dem Abrechnungsquartal IV / 2013 vollumfänglich wieder aufgenommen. Ergebnisse werden 2014 berichtet. [4]) Ergebnisse der Wiederholungsprüfugen zu Abschnitt E gemäß § 12 Abs. 7a und 7b liegen noch nicht vollständig vor.

WACHSENDER ANTEIL FALLSAMMLUNGSPRÜFUNGEN AN DIGITALEN PRÜFSTATIONEN

Die Mammographie-Vereinbarung definiert die Beurteilung einer Fallsammlung von Mammographie-Aufnahmen sowohl im Rahmen der Genehmigungserteilung (Abschnitt C) als auch zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung (Abschnitt D).

Gemäß der in der Mammographie-Vereinbarung seit dem 1. April 2011 festgelegten Prüfungsbedingungen müssen bis zum 31. März 2014 alle Kassenärztlichen Vereinigungen den Ärzten Prüfstationen zur Durchführung einer digitalen Fallsammlungsprüfung anbieten. Die schrittweise Umstellung auf einen digitalen Prüfbetrieb ist in der Abbildung deutlich nachzuvollziehen. Der wachsende Anteil digitaler Prüfungen lag im zweiten Halbjahr 2014 bei 76,2 Prozent.



Mammographie-Screening

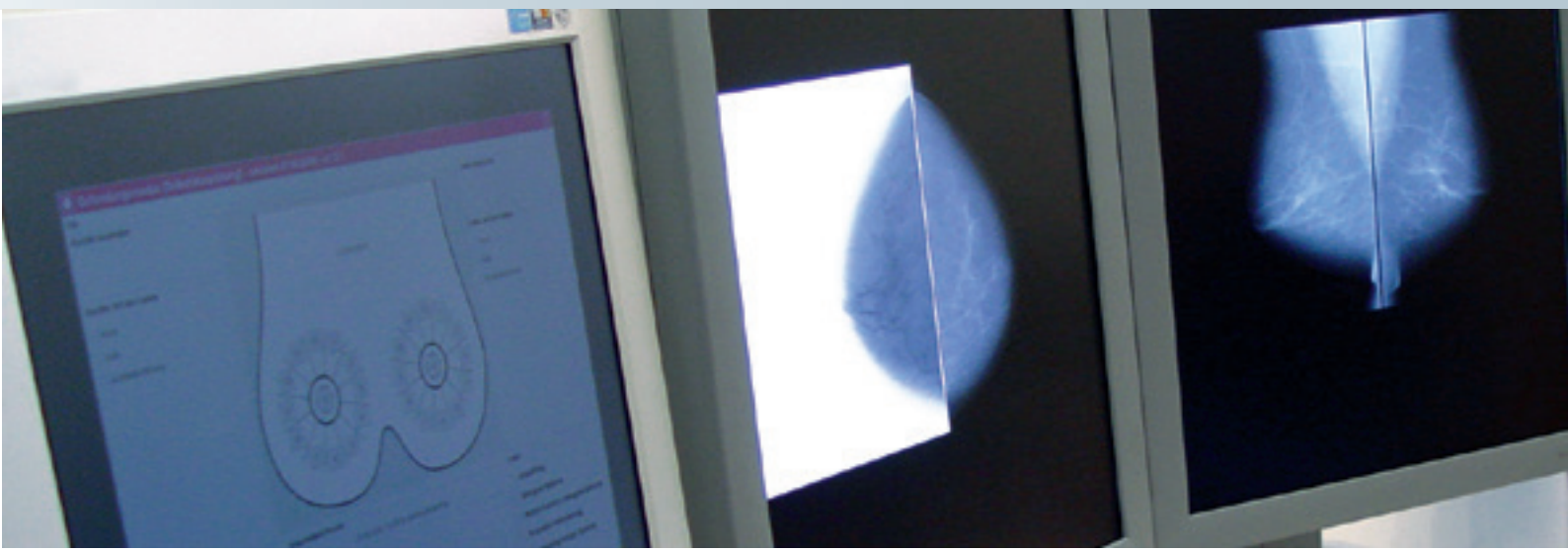
§ **VERSORGUNG IM RAHMEN DES PROGRAMMS ZUR FRÜHERKENNUNG VON BRUSTKREBS DURCH MAMMOGRAPHIE-SCREENING**, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert 1.7.2014

RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN (KREBSFRÜHERKENNUNGS-RICHTLINIE), ABSCHNITT B NR. III, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert 3.3.2011

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR KURATIVEN MAMMOGRAPHIE (MAMMOGRAPHIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993 (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert 1.4.2011

PROGRAMMVERANTWORTLICHER ARZT

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: fachliche Voraussetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung); fachliche Voraussetzungen zur Ultraschalldiagnostik der Mamma; erfolgreiche Bewerbung um den Versorgungsauftrag; erfüllte Fallzahlanforderungen unter Anleitung: 3.000 Beurteilungen von Screening-Mammographien, 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle), 15 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle; vier Wochen angeleitete Tätigkeit; Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Zertifizierung der apparativen (Röntgen und Ultraschall), der räumlichen und organisatorischen Anforderungen (insbesondere der Qualifikation der radiologischen Fachkräfte) durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie
- **EINGANGSPRÜFUNG**: Beurteilung einer speziellen Screening-Fallsammlung (50 Fälle) in Analogie zur Eingangsprüfung gemäß Mammographie-Vereinbarung
- **KOLLOQUIUM**: bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung
- **FREQUENZREGELUNG**: jährliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 Fällen; 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle); 30 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle; gegebenenfalls 20 Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle, oder sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt, jährlich 25 Vakuumbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: diverse Kooperationen im Rahmen des Versorgungsauftrags; Organisation der obligatorischen Doppelbefundung; bei Auffälligkeiten abschließende Beurteilung im Rahmen von wöchentlichen Konsensuskonferenzen
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: jährliche Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; Rezertifizierung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie alle 30 Monate nach Beginn der Tätigkeit mit Überprüfung der Leistungsparameter (zusätzlich sechs Monate nach Beginn); arbeitstägliche Konstanzprüfung und Abgleich der ermittelten Werte durch das zuständige Referenzzentrum



› FORTSETZUNG MAMMOGRAPHIE-SCREENING

PROGRAMMVERANTWORTLICHER ARZT

- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: obligate Praxisbegehung im Rahmen der Akkreditierung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie und im Rahmen der Rezertifizierung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: wöchentliche multidisziplinäre Fallkonferenzen; Vorgaben zu kollegialen Fachgesprächen mit dem Referenzzentrum; Fortbildungen der radiologischen Fachkräfte;
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**: behandlungsfallbezogene Dokumentation aller Versorgungsschritte und elektronische Übermittlung an das Referenzzentrum und kooperierende Einrichtungen
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: jährliche Dokumentationsprüfung zu 20 Screening-Fällen (zusätzlich sechs Monate nach Beginn) und zweijährliche Dokumentationsprüfung zu zehn Abklärungsfällen durch das zuständige Referenzzentrum auf Anforderung der Kassenärztlichen Vereinigungen
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; jährliche detaillierte Berichte; Bereitstellung einzelner Qualitätsparameter im Rahmen von Quartalsberichten
- **BERATUNG**: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche mit dem Referenzzentrum und interdisziplinären Konferenzen

BEFUNDUNG VON SCREENING-MAMMOGRAPHIEN

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes für eine befristete Genehmigung zur Befundung unter Supervision: fachliche Voraussetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung), Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen, eine Woche angeleitete Tätigkeit; für unbefristete Genehmigung: Fallzahlanforderungen 3.000 Beurteilungen von Screening-Mammographien unter Supervision
- **EINGANGSPRÜFUNG**: für unbefristete Genehmigung: Beurteilung einer speziellen Screening-Fallsammlung (50 Fälle) in Analogie der Eingangsprüfung zur Mammographie-Vereinbarung
- **KOLLOQUIUM**: bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung
- **FREQUENZREGELUNG**: jährliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 Fällen; gegebenenfalls 3.000 unter Supervision
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: Kooperation mit dem Programmverantwortlichen Arzt, Doppelbefundung, regelmäßige Teilnahme an Konsensuskonferenzen
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: jährlich nach Erteilen der unbefristeten Genehmigung Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: jährlich kollegiales Fachgespräch mit dem Programmverantwortlichen Arzt zur Sensitivität und Spezifität der Befundung; zweijährlicher Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung der Genehmigung
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**: behandlungsfallbezogene Dokumentation
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; halbjährliche Statistik und vergleichende Auswertung der erbrachten Leistungen (Anteil Karzinome, falsch-positive, falsch-negative Befunde)
- **BERATUNG**: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG MAMMOGRAPHIE-SCREENING

BIOPSIEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlanforderungen unter Anleitung: zehn Stanzbiopsien der Mamma unter Ultraschallkontrolle, zehn Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle, zehn Kalibrierungen des Zielgerätes; oder sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt, zusätzlich weitere 15 Stanzbiopsien der Mamma unter Ultraschallkontrolle, und weitere 15 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle, wobei alle 25 Röntgenstanzen als Vakuumbiopsien erbracht sein müssen
- **FREQUENZREGELUNG**: jährlich 20 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings, oder sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt, jährlich 25 Vakuumstanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: Kooperation mit dem Programmverantwortlichen Arzt
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt: Konstanzprüfung des Stereotaxie-Geräts
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem Programmverantwortlichen Arzt zur Biopsiestatistik (Konkordanz)
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**: behandlungsfallbezogene Dokumentation
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Bei Vakuumbiopsien: zweijährliche Prüfung von zehn Fällen, oder bei Auffälligkeiten in der jährlichen Auflistung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem Programmverantwortlichen Arzt zur Biopsiestatistik (Konkordanz), bei Vakuumbiopsien: jährliche vollständige Auflistung mit Indikation und dem abschließenden histopathologischen Befund
- **BERATUNG**: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlanforderungen: Beurteilung von 100 Mammakarzinomen und 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb der letzten zwei Jahre; Prüfung von apparativen und räumlichen Anforderungen
- **FREQUENZREGELUNG**: jährliche Beurteilung von 100 Läsionen der Mamma im Rahmen des Mammographie-Screenings (Unterschreitung der Mindestanzahl in begründeten Fällen möglich)
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: Kooperation mit dem Programmverantwortlichen Arzt; regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen (zu allen vorgenommenen Beurteilungen); Doppelbefundung für die ersten 50 Beurteilungen
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: zweijährlicher Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; regelmäßige Teilnahme an multidisziplinären Konferenzen (zu allen vorgenommenen Beurteilungen)
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**: behandlungsfallbezogene Dokumentation
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: Teilnahme am Verfahren zur Selbstüberprüfung der histopathologischen Befundqualität; jährliche Auflistung sämtlicher Befunde mit Angaben zur Konkordanz mit der Bildgebung und mit dem Operationsbefund
- **BERATUNG**: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN, STAND 31.12.2013			1)	3)	2)			4)	2)									
Screeningeinheiten 2)	10	14	4	4	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	13	96
Programmverantwortliche Ärzte	20	26	8	6	5	4	12	8	15	17	8	2	11	7	7	3	19	178
▪ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	6	15	4	5	5	4	2	8	3	12	3	2	11	5	6	3	5	99
kooperierende Ärzte																		
Befunder von Mammographieaufnahmen	64	104	21	16	11	7	40	17	67	60	28	7	36	16	21	22	80	617
histopathologische Beurteilung	21	28	7	10	3	5	16	5	36	25	12	3	9	9	9	4	23	225
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	23	32	5	0	0	0	15	5	25	13	10	3	7	2	3	3	20	166
▪ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	23	16	5	0	0	0	15	1	25	13	10	3	10	2	3	3	20	149

1) Ärzte sind teilweise für mehrere Screeningeinheiten tätig. 2) Eine Screeningeinheit ist KV-übergreifend organisiert, es haben Bremen und Niedersachsen zusammen neun Screeningeinheiten. 3) Aus organisatorischen Gründen wurden beide Screening-Einheiten entsprechend der bestehenden regionalen Arbeitsaufteilung geteilt, in vier eigenständige Screening-Einheiten. 4) Vakuumbiopsien als veranlasste Leistung werden im Rahmen von Vertretungen erbracht.

Medizinische Rehabilitation

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR VERORDNUNG VON LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.3.2005

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des veranlassenden Arztes
- **KOLLOQUIUM**: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN				[3]														
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	7.502	9.553	1.001	781	486	684	2.358	817	3.276	3.077	1.795	605	2.070	1.264	1.762	1.282	3.582	41.895
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	7.376	9.716	1.014	822	487	700	2.436	844	3.264	3.169	1.877	621	2.117	1.262	1.750	1.309	3.730	42.494
Anzahl beschiedene Anträge [1]	321	1.143	64	42	20	54	182	27	152	195	165	41	109	36	53	57	324	2.985
▪ davon Anzahl Genehmigungen	321	1.133	64	41	20	50	172	27	152	195	164	41	105	36	51	57	309	2.938
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	10	0	0	0	4	10	0	0	0	1	0	4	0	2	0	15	46
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon bestanden			1															1
▪ davon nicht bestanden			0															0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	1	32	51	0	19	35	k.A.	0	47	1	82	25	59	34	64	4	35	489

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Ein Antrag konnte im Berichtsjahr nicht mehr bearbeitet werden.

Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

Resistente Keime sind nicht nur ein Problem von Krankenhäusern und Pflegeheimen. Durch die zunehmende Zahl von Patienten, die sich mit einem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) infizieren, wächst der Behandlungsbedarf auch im ambulanten Bereich. Im Jahr 2012 hatten deshalb die KBV und der GKV-Spitzenverband eine spezielle MRSA-Vergütungsvereinbarung abgeschlossen. Diese umfasst die Identifikation, Betreuung und Behandlung von Risikopatienten mit einer Kolonisation beziehungsweise Infektion mit dem MRSA. Zum 1. April 2014 wurde diese Vergütungsvereinbarung Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOPen) in den neu geschaffenen Abschnitt 30.12 überführt.

Die Abrechnung der GOPen ist auch weiterhin an konkrete Voraussetzungen gebunden. So bleiben bis zum Inkrafttreten der geplanten Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zunächst die in der MRSA-Vergütungsvereinbarung definierten und nun in den entsprechenden EBM-Abschnitt übernommenen Anforderungen bestehen.

Ärzte, die diese Gebührenordnungspositionen abrechnen wollen, müssen gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung eine MRSA-Zertifizierung nachweisen. Diese kann durch die Teilnahme an einem Fortbildungsseminar Ambulante MRSA-Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen oder an der Online-Fortbildung der KBV mit anschließender Lernzielkontrolle erlangt werden.

Die Ausbreitung von resistenten Erregern, zu denen als einer der wesentlichen der MRSA zählt, war früher fast ausschließlich an die besonderen Bedingungen von Krankenhäusern gebunden. Auch die Entwicklung von resistenten Staphylokokken (hospital-acquired (HA-) MRSA) fand sich zunächst nur in stationären Einrichtungen, da dort – durch den hohen Anteil von mit Antibiotika behandelten und gleichzeitig schwer erkrankten Patienten – ideale Bedingungen für diese Keime herrschen. Seit einigen Jahren haben sich die MRSA-Keime auch außerhalb von Krankenhäusern ausgebreitet.

Für die Übertragung von MRSA ist ein direkter Kontakt erforderlich, der zum Beispiel im häuslichen Umfeld, aber auch durch eine unzureichende Händedesinfektion im medizinischen Bereich zustande kommen kann. Die Verhinderung einer Übertragung ist damit ein primäres Ziel und leichter zu bewerkstelligen als die spätere Eliminierung des Keims (Eradikation) nach erfolgter Übertragung.

Um die Identifikation und Behandlung von Patienten mit einer MRSA-Besiedelung möglichst zielgerichtet vornehmen zu können, empfiehlt das Robert Koch-Institut die Untersuchung auf MRSA im Sinne einer search and destroy-Vorgehensweise nur für Patienten bestimmter Risikogruppen. In Anlehnung an die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Diagnostik von MRSA-Risikopatienten sind im vertragsärztlichen Leistungskatalog (EBM) die Voraussetzungen definiert, die ein MRSA-Risikopatient erfüllen muss um nach dem Abschnitt 30.12 EBM ambulant versorgt werden zu können:

Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär behandelt worden sein (mindestens vier zusammenhängende Tage Verweildauer) und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen:

- positiver MRSA-Nachweis in der Anamnese und / oder
- Vorliegen von zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
  - chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Stufe I)
  - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten
  - liegende Katheter (zum Beispiel Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)
  - Dialysepflichtigkeit
  - Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen

Für Patienten dieser Risikogruppen wird zunächst ein MRSA-Status erhoben. Ergibt sich hierbei eine MRSA-Trägerschaft, muss über die Notwendigkeit einer Eradikationstherapie entschieden werden, sofern keine sanierungshemmenden Faktoren gegeben sind, wie zum Beispiel infizierte Wunde, Dialysepflicht, antibiotische Therapie. Anschließende Kontrollabstriche sollen den Erfolg einer solchen Maßnahme nachweisen. Ist ein Sanierungserfolg über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten nicht zu erzielen, ist es gegebenenfalls erforderlich, dass auch Kontaktpersonen aus dem häuslichen Umfeld des Patienten einbezogen werden.

Um die angestrebte Verbesserung der MRSA-Situation erkennen und darstellen zu können, wird durch den Gesetzgeber eine Evaluation aller beschriebenen Maßnahmen gefordert. Dies ist mittels der Gebührenordnungspositionen, die Diagnose und Behandlung differenziert abbilden, ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand möglich.

Molekulargenetik

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR ERBRINGUNG VON MOLEKULAR-GENETISCHEN UNTERSUCHUNGEN BEI MONOGENEN ERKRANKUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG MOLEKULARGENETIK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: strukturierte Zusammenarbeit und konsiliarische Erörterung zur Klärung der Indikationsstellung zwischen dem veranlassenden und dem durchführenden Arzt
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE:** regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: Nachweis eines Systems der internen Qualitätssicherung nach § 5 der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
- **ELKTRONISCHE DOKUMENTATION**: Erstellen einer betriebsstättenbezogenen Jahresstatistik und Übermittlung an die Datenannahmestelle
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: elektronische Übermittlung des Datensatzes zur Qualitätssicherung (§ 8 der Vereinbarung) im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen an KBV, anlassbezogene Stichproben-prüfungen bei Auffälligkeiten in den Jahresstatistiken
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Benchmarkberichte zum Ende des dem Auswertungsquartal folgenden Quartals an teilnehmenden Arzt, Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung und Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Auffälligkeiten in den Jahresstatistiken

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN											[3]							
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	119	74	31	10	1	47	17	14	58	57	47	10	30	8	15	12	56	606
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	116	82	31	9	1	47	22	14	54	128	105	11	31	8	16	13	54	742
Anzahl beschiedene Anträge [1]	15	17	7	0	0	9	6	0	3	9	5	2	6	2	1	1	10	93
▪ davon Anzahl Genehmigungen	15	15	6			9	6		3	9	5	1	4	2	1	1	7	84
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	2	1			0	0		0	0	0	1	2	0	0	0	3	9
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
▪ davon bestanden													2					
▪ davon nicht bestanden													0					
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	4	2	1	0	6	1	0	0	0	24	0	3	2	0	0	2	45
JAHRESSTATISTIK GEMÄSS § 8																		
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken in eDoku	21	28	9	4	0	2	3	3	11	15	6	1	11	5	3	4	3	129

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Separate Erfassung der Laborärzte erfolgte erstmals 2013.

Neuropsychologische Therapie

§ RICHTLINIE METHODEN VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG, ANLAGE I NR. 19: NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.2.2012

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes, des Psychologischen Psychotherapeuten oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: Kooperation im Rahmen der zweistufigen Diagnostik; gegenseitige Information aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Stichprobenprüfungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: gegebenenfalls bei Dokumentationsprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 28.02.2013	6	15	3	1	0	1	14	2	16	5	1	0	1	1	4	0	7	77
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	11	23	4	2	0	4	21	2	21	15	4	1	1	1	12	0	10	132
Anzahl beschiedene Anträge [1]	11	34	15	1	0	8	21	2	61	17	4	1	1	1	17	0	10	204
▪ davon Anzahl Genehmigungen	11	18	4	1		4	21	2	23	15	4	1	1	1	12		10	128
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	16	11	0		4	0	0	38	2	0	0	0	0	5		0	76
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.

Onkologie

§ VEREINBARUNG ÜBER DIE QUALIFIZIERTE AMBULANTE VERSORGUNG KREBSKRANKER PATIENTEN (ONKOLOGIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2014

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG**: Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie: Pro Quartal und Arzt Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und / oder intrakavitärer und / oder intraläsionaler Behandlung. Ärzte anderer Fachgruppen: Pro Quartal und Arzt Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und / oder intrakavitärer antineoplastischer und / oder intraläsionaler Behandlung; unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite kann die Mindestzahl unterschritten werden
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: Bildung einer onkologischen interdisziplinären Kooperationsgemeinschaft, in der regelmäßig patientenorientierte Fallbesprechungen (Tumorkonferenzen) stattfinden; Koordination der gesamten onkologischen Behandlung; enge und dauerhafte Kooperation mit allen beteiligten Ärzten und anderen Berufsgruppen
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: Nachweis von 50 Fortbildungspunkten aus der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen mit onkologischen Inhalten; jährlich zweimalige Teilnahme an industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen; jährlich mindestens eine onkologische Fortbildung des Praxispersonals; Mitgliedschaft in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**: Angestrebt wird der gemeinsame computergestützte Zugriff auf alle für die Behandlung notwendigen Daten durch die Mitglieder der onkologischen interdisziplinären Kooperationsgemeinschaft
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: jährliche Prüfung von acht Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu jeweils 20 Fällen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN													7)			7)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	478	359	247	116	34	117	182	52	400	448	169	27	224	100	137	74	349	3.513
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	474	394	250	117	36	119	186	54	411	421	170	29	226	97	128	77	356	3.545
▪ darunter Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen	k.A.	75	28	10	2	13	24	9	112	44	2	0	0	7	9	0	20	355
▪ darunter Anzahl Ärzte in Praxen die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0	11	236	27	0	64	0	11	299	186	69	0	0	0	8	0	356	1.267
Anzahl beschiedene Anträge 1)	63	94	44	2	3	19	15	7	29	199	4	2	10	2	10	8	48	559
▪ davon Anzahl Genehmigungen	60	89	40	2	2	17	14	5	28	163	4	2	9	1	6	6	47	495
▪ davon Anzahl Ablehnungen	3	5	4	0	1	2	1	2	1	36	0	0	1	1	4	2	1	64
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	5
▪ davon bestanden														1			4	5
▪ davon nicht bestanden														0			0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	3	4	10	0	8	33
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	3	11	19	0	0	13	k.A.	3	k.A.	2	3	1	3	0	6	0	32	96

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ONKOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION § 10						4)	5)						7)			7)		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	39	31	20	9	3	10	14	5	411	33	15	4	9	8	10	7)	0	621
▪ davon bestanden	36	26	18	9	3	6	14	3)	6)	33	10	4	9	4	1			173
▪ davon nicht bestanden	3	5	2	0	0	4	0	3)	6)	0	5	0	0	4	9			32
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 7 1. - 3.																		
Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1. - 3. erbracht haben	470	3)	228	117	36	112	182	3)	408	409	170	27	52	8)	97	7)	356	2.664
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V	Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seiten 60 / 61.																	

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Aufgrund regionaler Vereinbarungen noch nicht abgeschlossen. 4) Nachweise aus dem Jahr 2012 zu Fortbildung wurden im Jahr 2013 geprüft. 5) Überprüfung der Fortbildungsnachweise waren zum Zeitpunkt der Datenerfassung noch nicht für alle im Berichtsjahr neu erteilten Genehmigungen überprüft. 6) In Niedersachsen kontinuierliche Erfassung aller Dokumentationen mittels ONkeyLINE. Überprüfung durch (automatische) Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen. Beanstandungsrate kann nicht ermittelt werden. 7) Für die Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Thüringen gelten ausschließlich regionale Vereinbarungen. 8) Aufgrund regionaler Vereinbarungen besteht die hier dargestellte Fortbildungsverpflichtung nicht.

Otoakustische Emmissionen

RICHTLINIE METHODEN VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG, ANLAGE I NR. 5: BESTIMMUNG DER OTOAKUSTISCHEN EMISSIONEN, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	426	573	203	79	49	128	271	64	316	480	171	52	146	79	120	78	346	3.581
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	422	584	211	82	49	125	269	66	320	488	177	53	150	85	124	77	351	3.633
Anzahl beschiedene Anträge 1)	25	67	33	7	5	6	13	2	30	24	15	2	12	6	10	5	26	288
▪ davon Anzahl Genehmigungen	25	67	33	7	5	6	13	2	30	23	15	2	10	6	10	5	23	282
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	3	6
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	1	6	4	5	10	k.A.	0	1	6	9	1	7	0	3	0	6	59

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNGEN ZUR PHOTODYNAMISCHEN THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG PDT)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001, zuletzt geändert: 1.7.2014 (Aussetzung der Dokumentationsprüfungen nach § 6 bis zum 31.12.2016)

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Prüfung richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: je Arzt zehn Erstdokumentationen jährlich; nach Erfüllen der Anforderungen bei Prüfungen in zwei aufeinander folgenden Jahren: zweijähriges Prüfintervall (Prüfungen ausgesetzt)
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN			3)															
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	42	50	18	11	3	9	13	8	31	48	12	8	24	6	20	5	48	356
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	39	50	15	9	3	9	13	8	31	47	11	9	23	6	20	5	48	346
Anzahl beschiedene Anträge 1)	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
neu	0	3	0	0	0	0		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
▪ davon Anzahl Genehmigungen		3										1						4
▪ davon Anzahl Ablehnungen		0										0						0
erneut gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	3	1	2	2	0	0	k.A.	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	13

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Eine Rückgabe erfolgte mit Wirkung zum 1. Januar 2013.

Phototherapeutische Keratektomie

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR PHOTOTHERAPEUTISCHEN KERATEKTOMIE (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG PTK)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007, zuletzt geändert 1.7.2014 (Aussetzung der Dokumentationsprüfungen nach § 6 bis zum 31.12.2016)

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Prüfung richtet sich auch auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: alle zwei Jahre, mindestens zehn Prozent der Ärzte, zehn Prozent der Fälle insgesamt, je Arzt höchstens zehn Fälle (Prüfungen ausgesetzt)
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	18	39	6	1	0	1	7	1	12	25	4	0	4	2	3	5	31	159
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	16	37	5	1	0	1	6	1	15	27	4	2	5	2	3	5	29	159
Anzahl beschiedene Anträge [1]	0	3	0	0	0	0	0	0	3	2	0	2	1	0	0	0	0	11
▪ davon Anzahl Genehmigungen		3							3	2		2	1					11
▪ davon Anzahl Ablehnungen		0							0	0		0	0					0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	2	3	0	0	1	0	0	4	[4]	[4]	0	0	[5]	0	0	0	10
▪ davon ohne Beanstandungen		2	3			[3]			4									9
▪ davon mit Beanstandungen		0	0			[3]			0									0
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 5	1	0	0	0	0				0			0	0	0	0	0	0	1
▪ davon ohne Beanstandungen	0																	0
▪ davon mit Beanstandungen	1																	1
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0	0	0	0	0				0		0	0	0	0	0	0	0	0

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Ergebnis der Prüfung liegt noch nicht vor. [4]) Wegen Geringfügigkeit abgerechneter Leistungen wurden keine Dokumentationsprüfungen durchgeführt. [5]) Die Prüfungen erfolgen zweijährlich, nächste Prüfung 2014.

Psychotherapie

§ **VEREINBARUNG ÜBER DIE ANWENDUNG VON PSYCHOTHERAPIE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG (PSYCHOTHERAPIE-VEREINBARUNG)**, Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, Gültigkeit: seit 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2008

RICHTLINIE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG DER PSYCHOTHERAPIE (PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIE), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: seit 19.2.2009 (zuvor Richtlinie des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen seit 1.1.1999), zuletzt geändert: 19.6.2013

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: obligates Gutachterverfahren für Langzeittherapien im Charakter einer Doppelbefundung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Auswertung der Gutachterverfahren; Bericht an Gutachter und Partner des Bundesmantelvertrags

Psychotherapie ist in der vertragsärztlichen Versorgung als tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie seit 1970 und als Verhaltenstherapie seit 1985 gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des damals zuständigen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie in den Vereinbarungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen geregelt. Die erste Fassung der Psychotherapie-Richtlinien datiert schon aus dem Jahr 1967.

EMDR ALS METHODE BEI POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNGEN (PTBS)

Die Aufnahme der EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) als Methode bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei Erwachsenen in die Psychotherapie-Richtlinie wurde geprüft.

Angesichts einer positiven Bewertung im Nutzenbericht der sektorenübergreifenden Bewertung hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 16. Oktober 2014 beschlossen, EMDR bei Erwachsenen bei der Indikation Posttraumatische Belastungsstörung als Methode in die Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen. Danach soll eine mögliche Einbindung der EMDR sowohl in verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Behandlungspläne möglich sein. Die nähere Ausgestaltung der Anforderungen zur erforderlichen Qualifikation wird noch erfolgen. Der Beschluss wird derzeit vom Bundesministerium für Gesundheit geprüft und tritt erst nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung umfassen den gesamten Bereich der psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der psychosomatischen Grundversorgung, deren Ausgestaltung hinsichtlich Leistungsinhalten in den Psychotherapie-Richtlinien und Qualifikationsvoraussetzungen in den Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt ist. Sowohl Art und Umfang der Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie) als auch die Qualifikation der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten sind in der Richtlinie und den Vereinbarungen geregelt.

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie psychotherapeutisch tätige Ärzte setzt eine Genehmigung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung voraus.

Richtlinienverfahren:

- analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Psychosomatische Grundversorgung:

- verbale Interventionen
- übende und suggestive Techniken (Autogenes Training, Jacobson'sche Relaxation, Hypnose)

GUTACHTERVERFAHREN

Das Gutachterverfahren ist ein Instrument der Prozessqualität psychotherapeutischer Behandlungen. Gemäß Abschnitt F § 25 der Psychotherapie-Richtlinie muss jede Psychotherapie bei der Krankenkasse des Patienten von diesem beantragt werden. Gemäß Abschnitt F § 25 Abs. 1 der Richtlinie ist dieser Antrag vom Therapeuten grundsätzlich in einem Bericht an einen Gutachter zu begründen.

Befreiungsmöglichkeiten von dieser Berichtspflicht sind in Abschnitt F § 26a der Richtlinie für eine Kurzzeittherapie bis 25 Behandlungsstunden definiert. Hierfür ist eine festgelegte Anzahl von positiv beurteilten Berichten aus dem Gutachterverfahren der Kassenärztlichen Vereinigung vom Therapeuten vorzulegen.

Eine Langzeittherapie über 25 Behandlungsstunden ist immer gutachterpflichtig. Das Gutachterverfahren dient dazu, festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und den -Vereinbarungen festgelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Verfahren im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt.

Bestätigt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht für Psychotherapie aufgrund eines Antrags- beziehungsweise Gutachterverfahrens, wird eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die bewilligte Psychotherapie nicht durchgeführt. Gemäß § 12 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarungen sind die Gutachter verpflichtet, eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutachtungen zu erstellen.

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen wird regelmäßig über die Ergebnisse dieser Statistik informiert. Dabei wird seitens der KBV die Anzahl der Begutachtungen erfasst und aufgeschlüsselt nach Begutachtungen für Kurzzeittherapien, Erstanträgen auf Langzeittherapien, Umwandlungsanträgen von Kurzzeittherapien in Langzeittherapien und Fortführungsanträgen. Weiterhin werden die Anzahl der jeweils ohne Änderungen beziehungsweise mit Änderungen befürworteten Anträge und die Anzahl der nichtbefürworteten Anträge erfasst. So entsteht ein jährlicher Überblick über die individuellen und auch durchschnittlichen Quoten von befürworteten, mit Änderungen befürworteten und nichtbefürworteten Anträgen.

GUTACHTERSTATISTIKEN IM ZEITVERLAUF 2009 BIS 2013

VERFAHREN		ANZAHL (OBER-)GUTACHTER	ANZAHL (OBER-)GUTACHTEN	NICHTBEFÜRWORTUNG DER ANTRÄGE IN %	ÄNDERUNG DER ANTRÄGE IN %
tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	2009	92 Gutachter 16 Obergutachter	164.587 Gutachten 1.917 Obergutachten	4,0 23,0	10,3 23,0
	2010	89 Gutachter [1] 13 Obergutachter	158.440 Gutachten 1.621 Obergutachten	4,0 22,9	11,5 17,8
	2011	86 Gutachter [2] 14 Obergutachter	164.857 Gutachten 1.776 Obergutachten	4,0 24,7	11,2 19,1
	2012	97 Gutachter [3] 13 Obergutachter	158.978 Gutachten 1.762 Obergutachten	4,0 28,2	10,5 20,0
	2013	88 Gutachter [4] 14 Obergutachter	159.035 Gutachten 1.824 Obergutachten	4,0 24,3	10,7 23,9
Verhaltenstherapie	2009	78 Gutachter 8 Obergutachter	142.896 Gutachten 551 Obergutachten	2,8 18,1	7,0 26,0
	2010	77 Gutachter [5] 9 Obergutachter	140.270 Gutachten 551 Obergutachten	2,7 21,5	6,4 29,4
	2011	73 Gutachter [6] 9 Obergutachter	151.546 Gutachten 729 Obergutachten	3,0 18,5	6,2 37,4
	2012	72 Gutachter [7] 6 Obergutachter	153.073 Gutachten 507 Obergutachten	3,2 20,3	7,5 38,7
	2013	75 Gutachter [8] 8 Obergutachter	172.067 Gutachten 1.029 Obergutachten	3,2 19,0	7,1 25,4

[1]) davon elf Gutachter mit 19.452 Gutachten für Kinder und Jugendliche [2]) davon elf Gutachter mit 24.055 Gutachten für Kinder und Jugendliche [3]) davon 17 Gutachter mit 25.630 Gutachten für Kinder und Jugendliche [4]) davon 18 Gutachter mit 21.422 Gutachten für Kinder und Jugendliche [5]) davon elf Gutachter mit 16.084 Gutachten für Kinder und Jugendliche [6]) davon zwölf Gutachter mit 19.318 Gutachten für Kinder und Jugendliche [7]) davon 14 Gutachter mit 23.577 Gutachten für Kinder und Jugendliche [8]) davon 14 Gutachter mit 25.663 Gutachten für Kinder und Jugendliche

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN, -PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ÄRZTE, PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN. Bundesarztregister, Stand 31.12.2013

KV	Psychologische Psychotherapeuten	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	Ärztliche Psychotherapeuten	Kinder- und Jugendpsychiater	Psychiater (Nervenärzte / Neurologen / Psychiater)
BW	1.870	661	996	132	662
BY	2.226	661	981	157	868
BE	1.533	272	413	72	424
BB	238	64	80	18	144
HB	254	59	84	23	77
HH	732	134	200	59	220
HE	1.679	390	594	40	348
MV	129	40	56	13	105
NI	1.270	452	408	107	526
NO	2.135	501	706	160	759
RP	521	181	197	32	261
SL	183	46	68	12	72
SN	632	190	139	30	301
SA	220	69	52	19	151
SH	444	104	185	49	196
TH	248	98	65	18	145
WL	1.355	400	407	108	499
Gesamt	15.669	4.322	5.631	1.049	5.758

Qualitätsmanagement

QUALITÄTSMANAGEMENT-RICHTLINIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 1. Januar 2004 wurden nach § 135a Abs. 2 SGB V vor zehn Jahren alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten verpflichtet, praxisintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Vorrangige Ziele von Qualitätsmanagement sind, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen sicher und effizient zu gestalten, Fehler zu vermeiden und die Qualität weiterzuentwickeln.

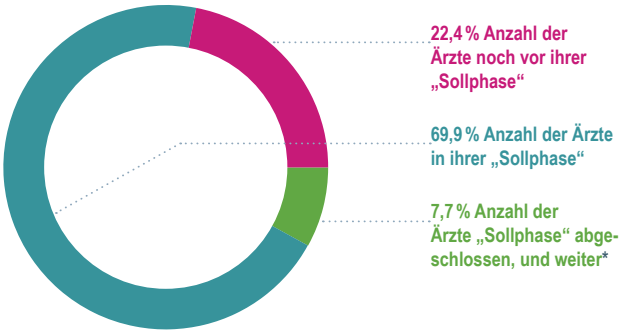
Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, seine Grundelemente und Instrumente sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses seit 2006 festgeschrieben. Aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten wurden die Anforderungen mit Wirkung vom 17. April 2014 aktualisiert. Es wurden insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festgelegt, wobei in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung kaum etwas verändert werden musste, da diese Themen dort von jeher verankert waren.

Unverändert geblieben ist die Regelung, dass der Stand der Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von Stichproben (mindestens 2,5 Prozent der ambulant tätigen Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren) jährlich zu überprüfen und das Ergebnis dem Gemeinsamen Bundesausschuss mitzuteilen ist. Für die Stichprobenziehung und die Auswertung der Fragebogen hat die KBV in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Software entwickelt, die allen Kassenärztlichen Vereinigungen ein einheitliches Vorgehen ermöglicht.

Die Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bestätigen wiederholt die gute Umsetzung der Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bereits zum siebten Mal forderten im Jahr 2013 die Kassenärztlichen Vereinigungen 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstands ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auf. Die Rücklaufquote der Fragebogen lag wie im Vorjahr bei 94 Prozent. Die Befragten, darunter auch 44 Medizinische Versorgungszentren und 212 ermächtigte Krankenhausärzte, machten die in der Grafik unten links dargestellten Angaben zum Entwicklungsstand ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

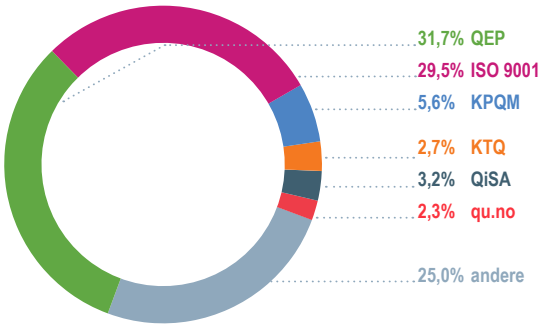
Insbesondere diejenigen Ärzte, die sich noch nicht in ihrer Sollphase befinden, werden von den Qualitätsmanagement-Kommissionen und Kassenärztlichen Vereinigungen mit Beratungsangeboten unterstützt und motiviert.

ERGEBNIS DER STICHPROBENPRÜFUNG 2013 (N = 3.059 RÜCKMELDUNGEN)



*weiter als nach Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gefordert

DIE FREIWILLIGE ANGABE, WELCHES QUALITÄTSMANAGEMENT-SYSTEM VON DER PRAXIS GENUTZT WIRD, MACHTEN 1.726 PRAXEN:



QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®

Zur Unterstützung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten bei der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems hat die KBV gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Berufsverbänden und Medizinischen Fachangestellten das Qualitätsmanagement-Verfahren QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® entwickelt. QEP® ist spezifisch auf die Abläufe und Bedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zugeschnitten und kann von ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen, interdisziplinären Kooperationsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren unterschiedlicher Größe genutzt werden. Unterstützungsinstrumente wie die QEP-Einführungsseminare® oder das QEP Manual® mit vielfältigen Umsetzungsvorschlägen sowie der modulare Aufbau erleichtern den Einstieg und die Umsetzung dieses Qualitätsmanagement-Verfahrens.

Durch die vollständige Überarbeitung der QEP®- Unterstützungsinstrumente sind sowohl der QEP-Qualitätsziel-Katalog® als auch das QEP Manual® an aktuelle gesetzliche und andere Änderungen angepasst worden. Dabei wurde auch ein besonderer Fokus auf die Qualitätsziele zur Patientensicherheit, den Umgang mit Risiken und Fehlern, Patienteninformation und -aufklärung gelegt.

Für Praxisnetze bietet QEP® eine praktikable Möglichkeit, um die Inhalte der Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V zum Qualitätsmanagement auf allen Umsetzungsstufen zu erfüllen und nachzuweisen.

Derzeit (Stand 05/2014) sind über 620 Praxen und Medizinische Versorgungszentren nach QEP® zertifiziert. Die Spanne der zertifizierten Einrichtungen reicht dabei von der Einzelpraxis über große Medizinische Versorgungszentren bis zu Sozialpädiatrischen Zentren mit über 100 Mitarbeitern. Die QEP-Zertifizierung kann auch als Kombinationsverfahren zusammen mit einer Zertifizierung nach den Vorgaben der Deutschen Diabetes Gesellschaft erfolgen. Des Weiteren besteht eine Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege für ein abgestimmtes Zertifizierungsverfahren nach QEP® und Managementanforderungen zum Arbeitsschutz.

www.kbv.de/html/qep.php

Qualitätszirkel

Seit nunmehr 20 Jahren haben sich Qualitätszirkel als bewährte Methode ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert. Mit dem Beschluss der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV im Jahr 1993 wurden sie als Verfahren der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung anerkannt.

Qualitätszirkel bieten für Ärzte und Psychotherapeuten einen geschützten Raum, um sich frei von Interessen Dritter regelmäßig über ihre Tätigkeit auszutauschen mit dem Ziel, die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Eine verbesserte Patientenversorgung und die Patientensicherheit stehen dabei im Fokus. Qualitätszirkel nutzen die Erfahrungen der Teilnehmer, aber auch externe Evidenz und sorgen so für den Transfer von Wissen in die Praxis.

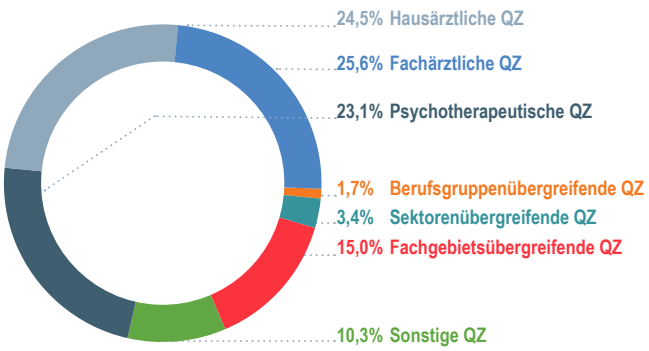
Die 20-jährige erfolgreiche Qualitätszirkel-Arbeit in der ambulanten Versorgung war auch Gegenstand eines Fachforums der KBVMesse 2014, die unter dem Motto Qualität, Kooperation und Diversifizierung stand.

Die KBV unterstützt die regionalen Qualitätszirkel-Initiativen im Rahmen ihres Qualitätszirkel-Konzepts. Sie bildet erfahrene Qualitätszirkel-Moderatoren zu sogenannten Tutoren aus, die wiederum im Sinne eines Train-the-Trainer-Ansatzes in ihren Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätszirkelarbeit fördern. Tutoren bilden Moderatoren aus und fort und stehen sowohl der Kassenärztlichen Vereinigung als auch den Moderatoren beratend zur Seite. Darüber hinaus setzen sie durch die Entwicklung und das Training neuer thematischer Module Impulse für die Weiterentwicklung und Etablierung dieses Qualitätsförderungsinstruments.

Das Qualitätszirkel-Konzept der KBV ist im Handbuch Qualitätszirkel dargelegt, das im Jahr 2013 in der dritten aktualisierten und erweiterten Auflage im Deutschen Ärzte-Verlag Köln erschienen ist. Das Handbuch umfasst insgesamt 29 thematische Module mit Ablaufbeschreibungen für Qualitätszirkelsitzungen, Hintergrundinformationen, Präsentationen, Moderationsmedien und Arbeitsmaterialien als Service für Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Zu den Neuerungen im Handbuch Qualitätszirkel zählen die Module:

- Hygienemanagement in Praxen / Medizinischen Versorgungszentren
- Differentialdiagnostik
- Multimedikation
- Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt
- Vernetzung früher Hilfen mit Qualitätszirkeln (Familienfallkonferenz)
- Selbstbewertung und Vorbereitung einer Zertifizierung nach QEP®
- Qualitätszirkelgründung

ARTEN VON QUALITÄTSZIRKELN



Von den bereits bisher im Handbuch Qualitätszirkel enthaltenen Modulen nutzen Qualitätszirkel nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen bevorzugt die Themen Patientenfallkonferenz, Gruppenleitung, Pharmakotherapie / Arzneimittelmonographie, Evidenzbasierte Medizin / Leitlinien, Experteninterview, Anwendung von Qualitätsindikatoren und Patientensicherheit.

Grundsätzliche Informationen zur Qualitätszirkelarbeit finden sich in einem von der KBV herausgegebenen Flyer, der von der Website heruntergeladen werden kann. Ein weiterer, neu erschienener Flyer gibt Hilfestellung bei der Gründung eines Qualitätszirkels.

Das Serviceangebot der KBV zur Qualitätszirkelarbeit umfasste 2013 darüber hinaus unter anderem

- die Ausbildung erfahrener Qualitätszirkel-Moderatoren zu Tutoren in der nunmehr achten Schulungsstaffel (2013 haben elf Tutoren aus fünf Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Ausbildung bei der KBV abgeschlossen, bundesweit gibt es aktuell 86 aktive Qualitätszirkel-Tutoren.),
- die Durchführung von Supervisionen und Trainings für Tutoren,
- den Erfahrungsaustausch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie
- einen quartalsweise erscheinenden Newsletter.

Die Zahl der im Jahr 2013 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen registrierten und geförderten Qualitätszirkel, die nach den Qualitätskriterien der KBV arbeiten, ist mit knapp 7.700 Zirkeln konstant hoch. Dagegen ist die Zahl der insgesamt registrierten Zirkel mit 8.866 gegenüber 9.519 im Jahr 2012 leicht rückläufig.

Die Anzahl der Qualitätszirkelteilnehmer bewegt sich mit 68.300 Vertragsärzten und -psychotherapeuten weiterhin auf einem hohen Niveau.

www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php

Schlafbezogene Atmungsstörungen

§ QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR DIAGNOSTIK UND THERAPIE SCHLAFBEZOGENER ATMUNGSSTÖRUNGEN, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2005

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; bei Genehmigungen zur Polysomnographie zusätzliche Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen und organisatorischen Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung erlangt wurde
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang dann nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: gegebenenfalls bei Dokumentationsprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2012	398	491	122	85	34	87	194	51	292	408	205	42	110	72	101	67	379	3.138
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2013	418	515	130	81	36	89	229	52	301	440	218	41	118	73	109	73	412	3.335
▪ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	368	461	118	63	34	82	206	48	251	390	197	32	114	51	87	70	336	2.908
▪ davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	41	52	12	15	2	7	23	1	34	45	19	9	4	20	20	3	76	383
▪ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	9	2	0	3	0	0	k.A.	3	16	5	2	0	0	2	2	0	0	44
Anzahl beschiedene Anträge [1]	29	70	24	4	5	6	23	4	14	40	24	1	10	4	7	9	51	325
▪ davon Anzahl Genehmigungen	29	68	24	4	5	6	23	4	13	39	23	1	9	4	7	9	51	319
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren – Polysomnographie)	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
▪ davon bestanden							1		0									1
▪ davon nicht bestanden							0		2									2
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
▪ davon ohne Beanstandungen													1					1
▪ davon mit Beanstandungen													0					0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	k.A.	0	11	0	2	1	k.A.	3	3	1	8	1	1	3	3	0	6	43
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V	Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von den Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg und Sachsen-Anhalt durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seiten 60 / 61.																	

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.

Schmerztherapie

§ QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR SCHMERZTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG CHRONISCH SCHMERZKRANKER PATIENTEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG SCHMERZTHERAPIE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2005, zuletzt geändert 1.1.2013

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM**: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung und gegebenenfalls bei Patienten, die länger als zwei Jahre in Dauerbehandlung sind
- **FREQUENZREGELUNG**: bei schmerztherapeutischen Einrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkranke Patienten pro Quartal
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: mindestens halbjährliche Information über den Behandlungsverlauf an den Hausarzt; Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen; konsiliarische Beratung der kooperierenden Ärzte; Schmerztherapeutische Einrichtungen: kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: pro Jahr acht (schmerztherapeutische Einrichtungen zwölf) interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung in schmerztherapeutischen Einrichtungen; tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Dokumentationsprüfung auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu sammeln und jährlich auszuwerten; Zusammenstellung an Partner des Bundesmantelvertrags auf Anforderung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN	[3]						[4]											
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	161	142	63	60	16	22	70	27	43	135	67	16	74	30	35	29	76	1.066
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	165	157	64	65	17	23	72	27	42	135	69	17	76	32	36	28	77	1.102
Anzahl beschiedene Anträge [1]	20	105	7	10	1	2	11	1	12	11	8	1	4	4	5	3	6	211
▪ davon Anzahl Genehmigungen	20	85	7	10	1	1	7	1	9	10	6	1	3	4	4	3	6	178
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	20	0	0	0	1	4	0	3	1	2	0	1	0	1	0	0	33
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	26	3	0	1	1	8	0	6	11	2	1	0	5	4	1	4	73
▪ davon bestanden		18	3		1	1	8		5	10	0	1		4	4	1	4	60
▪ davon nicht bestanden		8	0		0	0	0		1	1	2	0		1	0	0	0	13
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs. 2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	5	2	0	0	0	k. A.	1	1	7	4	0	1	2	2	4	3	32
VERSORGUNG																		
Anzahl Kolloquien gemäß § 5 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG																		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	149	0	0	0	2	13	4	k. A.	19	10	k. A.	0	5	0	k. A.	0	0	202
▪ davon ohne Beanstandungen	73				2	13	4		19	7			3					121
▪ davon mit Beanstandungen	76				0	0	0		0	3			2					81
Anzahl geprüfter Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 2	k. A.	0	0	0	k. A.	k. A.	48	17	95	k. A.	k. A.	0	k. A.	0	70	0	0	230
▪ davon ohne Beanstandungen							28	11	95						60			194
▪ davon mit Beanstandungen							20	6	0						10			36

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Bei den 76 Prüfungen „mit Beanstandung" handelt es sich tatsächlich nicht um Beanstandungen, sondern um konkretisierende Hinweise. [4]) Die Prüfungen erfolgten nach der am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Richtlinie zur QS in der Schmerztherapie der KV Hessen.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Im Jahr 2010 ist die Rahmenrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung in Kraft getreten. Damit wurden die Voraussetzungen geschaffen, Behandlungsergebnisse der ambulanten und stationären Versorgung sektorenübergreifend zu erfassen und zu bewerten. Die Richtlinie bestimmt die Strukturen zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die insbesondere auf Landesebene erforderlich sind, und legt die Aufgaben der beteiligten Organisationen fest.

Die Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung stellt sich aufgrund der Vielzahl und Komplexität der zu lösenden Aufgaben als ein langwieriger Prozess dar. Eine von der KBV beauftragte Machbarkeitsanalyse des IGES Instituts hat die relevanten Implementationshürden aufgezeigt und entsprechende Handlungsempfehlungen formuliert. Darauf aufbauend fand im Gemeinsamen Bundesausschuss eine Neuausrichtung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung statt. Diese fokussiert auf praxistaugliche und aufwandsangemessene Verfahren, es stehen vor allem sektorgleiche Verfahren sowie die Nutzung von Routinedaten im Vordergrund.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Grundlage gelegt, auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen für Qualitätssicherungszwecke im Gemeinsamen Bundesausschuss zu nutzen. Die Anpassung der Rahmenrichtlinie und die Entwicklung von Datenflussverfahren für die Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Abs. 1a SGB V war daher ein Schwerpunkt der Arbeit im Zeitraum 2013 und 2014, wie auch die Einbindung von Patientenbefragungen in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung.

Vorbereitende Entwicklungsarbeiten für Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bei der Institution nach § 137a SGB V sowie im Gemeinsamen Bundesausschuss konzentrieren sich derzeit auf die vier folgenden Verfahren:

- Koronarangiographie / Perkutane Koronarintervention
- Arthroskopie am Kniegelenk
- Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen
- Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Für das erste sektorgleiche Verfahren Koronarangiographie ist die Einführung des Regelbetriebs zu Beginn des Jahres 2016 geplant. Um dies zu ermöglichen, müssen im Laufe des Jahres 2015 die Software-Implementationen erfolgen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen sich auf ihre Funktion als Datenannahmestelle für die ambulant kollektivvertraglich tätigen Ärzte vorbereiten. Des Weiteren sind die regionalen Landesarbeitsgemeinschaften durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen zu bilden. Die Landesarbeitsgemeinschaften haben die Aufgabe, im Rahmen länderbezogener sektorenübergreifender Verfahren die Ergebnisse zu bewerten und über die Einleitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu entscheiden. Dazu haben in allen Kassenärztlichen Vereinigungen Abstimmungen stattgefunden, zum Teil liegen bereits Vertragsentwürfe vor oder sind in Vorbereitung.

www.kbv.de/html/themen_2854.php

Sozialpsychiatrie

§ **VEREINBARUNG ÜBER BESONDERE MASSNAHMEN ZUR VERBESSERUNG DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN (SOZIALPSYCHIATRIE-VEREINBARUNG)**, Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV, Gültigkeit: seit 1.7.2009, zuletzt geändert 1.10.2012, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 1.7.2013

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **FREQUENZREGELUNG**: Voraussetzung zur Abrechnung der Pauschale sind im Behandlungsfall mindestens drei Kontakte je Quartal, wovon mindestens ein Kontakt durch eine Person der in diesem Bereich kooperierenden komplementären Berufe (zum Beispiel Heilpädagoge) erfolgen muss. Zudem gilt eine Obergrenze von 400 Behandlungsfällen im Quartal für den ersten Arzt je Praxis, für jeden weiteren Arzt gilt die Obergrenze von 320, regionale Versorgungsdefizite erlauben Abweichungen
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: Gewährleistung der interdisziplinären Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste; kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten, gegebenenfalls konsiliarische Beratung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: regelmäßige, mindestens einmal im Monat stattfindende patientenorientierte Fallbesprechungen, unter Einbeziehung der komplementären Berufe (Kooperationen)
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**: temporäre behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und therapeutischen Maßnahmen; elektronische Übermittlung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung beziehungsweise eine von ihr beauftrage Stelle im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: Evaluation der Maßnahme erfolgt auf Basis einer Datenerhebung in den Jahren 2013 und 2014 bei allen teilnehmenden Ärzten und einer Patientenstichprobe; Ergebnisse werden in aggregierter Form als Evaluationsbericht den Partnern des Bundesmantelvertrags und teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN			3)															
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	75	104	48	15	10	34	32	8	98	120	21	5	20	6	34	17	69	716
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	77	112	50	15	10	39	34	9	99	124	23	6	22	6	35	17	73	751
Anzahl beschiedene Anträge 1)	5	11	38	0	0	9	4	1	8	7	3	2	3	1	6	0	4	102
▪ davon Anzahl Genehmigungen	5	11	38			9	4	1	7	7	3	2	2	1	5		4	99
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0			0	0	0	1	0	0	0	1	0	1		0	3
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	4	2	0	0	4	k.A.	0	6	2	1	1	0	0	3	0	0	23

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Es sind 34 erneute Genehmigungen enthalten (Status- oder Standortwechsel, Personaländerungen).

Soziotherapie

§ RICHTLINIEN ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG VON SOZIOTHERAPIE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG (SOZIOTHERAPIE-RICHTLINIE), Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis organisatorischer Anforderungen
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: Erstellen eines mit dem verordnenden Arzt und dem Patienten abgestimmten Betreuungsplans; Koordination der Behandlungsmaßnahmen und Leistungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2012	465	245	170	26	51	41	49	34	77	112	140	35	99	3	64	21	62	1.694
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2013	467	233	164	27	51	41	47	34	75	110	134	34	103	4	63	19	63	1.669
Anzahl beschiedene Anträge [1]	19	2	6	1	5	1	2	0	2	0	2	0	10	1	2	1	3	57
▪ davon Anzahl Genehmigungen	19	2	6	1	5	1	2		1		2		9	1	2	1	2	54
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0		1		0		1	0	0	0	1	3
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	14	12	0	5	1	k.A.	0	0	2	8	0	5	0	2	0	2	51

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.

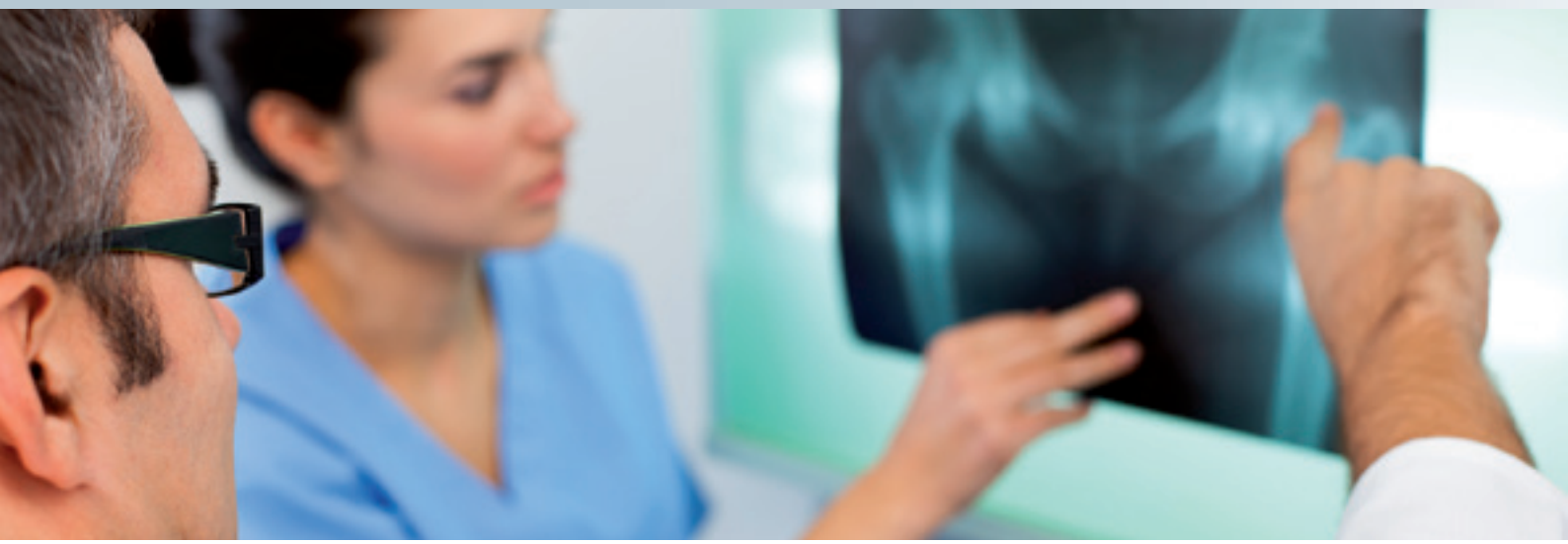
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

§ RICHTLINIE METHODEN VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG, ANLAGE I NR. 4: STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
- **KOLLOQUIUM**: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	151	262	27	9	13	31	61	16	102	121	64	21	23	21	30	14	104	1.070
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	151	270	24	8	17	30	64	16	103	121	66	24	22	22	31	14	106	1.089
Anzahl beschiedene Anträge [1]	11	40	2	0	5	0	5	0	3	0	9	3	0	1	0	0	15	94
▪ davon Anzahl Genehmigungen	11	38	2		4		5		3		9	3		1			15	91
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0		1		0		0		0	0		0			0	3
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	3	4	1	0	1	k.A.	0	0	0	7	0	1	0	0	0	4	21

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.



Strahlendiagnostik /-therapie

§ **VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON UNTERSUCHUNGEN IN DER DIAGNOSTISCHEN RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN UND VON STRAHLENTHERAPIE (VEREINBARUNG ZUR STRAHLENDIAGNOSTIK UND -THERAPIE),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.1.2015

RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER RADIOLOGISCHEN DIAGNOSTIK (KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK UND COMPUTERTOMOGRAPHIE), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert 1.1.2013

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung (Osteodensitometrie: vor 2003) erlangt wurde
  - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
  - Strahlentherapie und Nuklearmedizin: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
  - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
  - Strahlentherapie und Nuklearmedizin: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:**
  - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik
  - Strahlentherapie und Nuklearmedizin: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
  - Computertomographie: wegen guter und sehr guter Ergebnisse war durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit eröffnet worden, die Stichprobenprüfungen für 2011 und 2012 auszusetzen, dieser Zeitraum wurde nun bis einschließlich 2014 verlängert
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:**
  - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: jährliche Auswertung der Stichprobenprüfungen an Gemeinsamen Bundesausschuss
  - Strahlentherapie und Nuklearmedizin: gegebenenfalls bei Stichprobenprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen, jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG:**
  - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: gegebenenfalls bei Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen
  - Strahlentherapie und Nuklearmedizin: gegebenenfalls bei Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

› FORTSETZUNG STRAHLENDIAGNOSTIK /-THERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK																		
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 5			3), 4)			5)				7)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	2.700	3.466	774	495	264	533	1.530	393	1.806	2.901	998	350	954	536	657	534	2.200	21.091
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	2.667	3.412	774	499	269	506	1.486	398	1.775	2.395	974	342	953	507	682	536	2.203	20.378
Anzahl beschiedene Anträge 1)	145	3.821	435	36	32	46	126	20	251	178	37	53	61	15	44	34	285	5.619
▪ davon Anzahl Genehmigungen	141	3.472	422	36	29	46	124	20	240	176	37	45	46	15	30	33	280	5.192
▪ davon Anzahl Ablehnungen	4	349	13	0	3	0	2	0	11	2	0	8	15	0	14	1	5	427
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	10	2	10	1	0	0	0	0	3	0	8	0	0	5	10	0	18	67
▪ davon bestanden	10	1	6	1					2		8			4	10		17	59
▪ davon nicht bestanden	0	1	4	0					1		0			1	0		1	8
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	1	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon ohne Beanstandungen			0															0
▪ davon mit Beanstandungen			1															1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	6	0	0	0	0	1	0	8	21	0	0	0	0	2	0	0	39
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	13	602	74	32	7	27	k.A.	0	16	24	61	12	46	44	7	31	23	1.019
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																		
PRÜFUMFANG																		
abrechnende Ärzte	2.360	3.066	579	357	254	457	1.481	359	1.806	2.373	882	342	811	429	625	458	1.906	18.545
Anzahl geprüfter Ärzte	271	340	45	16	13	180	72	17	84	125	326	14	42	19	96	24	240	1.924
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	258	158	26	16	13	180	60	17	81	123	297	14	38	17	96	23	231	1.648
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	13	182	16	0	0	0	12	0	3	2	29	0	4	2	0	1	9	273
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	10,9	5,2	4,5	4,5	5,1	39,4	4,1	4,7	4,5	5,2	33,7	4,1	4,7	4,0	15,4	5,0	12,1	8,9
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare						6)					6)		8)	9)	6)			
PRÜFERGEBNISSE																		
Ergebnisse Routineprüfungen abrechnender Ärzte gemäß § 4 Abs. 2																		
▪ keine Beanstandungen	188	31	4	16	6	89	41	5	7	100	213	14	37	4	51	16	140	962
▪ geringe Beanstandungen	48	76	9	0	2	64	10	11	67	16	69	0	1	8	36	3	63	483
▪ erhebliche Beanstandungen	19	33	4	0	4	18	9	1	6	5	13	0	0	3	1	4	12	132
▪ schwerwiegende Beanstandungen	3	18	9	0	1	9	0	0	1	2	2	0	0	2	8	0	16	71
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
▪ keine Beanstandungen	2	13	1		0		1		0	1	20		3	0	0	0	6	47
▪ geringe Beanstandungen	8	104	3		0		7		3	1	2		1	2	0	1	2	134
▪ erhebliche Beanstandungen	1	61	0		0		4		0	0	5		0	0	0	0	1	72
▪ schwerwiegende Beanstandungen	2	4	12		0		0		0	0	2		0	0	0	0	0	20

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG STRAHLENDIAGNOSTIK /-THERAPIE - KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
MASSNAHMEN																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	93	8	37	0	5	73	0	5	77	12	93	0	1	5	45	8	95	557
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	9	0	0	0	3	0	1	7	12	0	0	0	9	0	14	55
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	11	75	25	0	1	0	0	0	1	0	19	0	0	5	0	3	0	140
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	32	3	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	4	0	1	46
▪ davon bestanden		30	1								6				4		1	42
▪ davon nicht bestanden		2	2								0				0		0	4
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	18	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0	2	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
▪ davon ohne Mängel			1															1
▪ davon mit Mängeln			1															1

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I - IV/2012). Von 45 geprüften Ärzten in drei Fällen als Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 (Ergebnis: ein geringe Beanstandung, zwei erhebliche Beanstandungen). [4]) Widerruf ist noch nicht bestandskräftig. [5]) Differenzierung zwischen Routineprüfung und kriterienbezogener Prüfung derzeit nicht möglich. [6]) Prüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der KV organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote als andere KVen. [7]) Genemigungsinhaber im Prüfquartal, Vorjahresanzahl fehlerhaft. [8]) Bei zwei Ärzten wurden weniger als zwölf Dokumentationen geprüft, da in den Prüfquartalen nicht mehr Leistungen erbracht wurden. [9]) Das für 2013 vorgesehene Kolloquium entfiel, da der Arzt seine Genehmigung zurückgegeben hat.

› FORTSETZUNG STRAHLENDIAGNOSTIK /-THERAPIE - COMPUTERTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
COMPUTERTOMOGRAPHIE																		
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 7			3)			4)					5)							
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	497	600	246	97	59	151	268	78	206	551	209	64	190	81	122	108	355	3.882
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	496	617	252	105	57	145	274	79	205	569	209	66	201	81	115	115	366	3.952
Anzahl beschiedene Anträge 1)	106	365	187	13	3	120	47	7	83	150	9	14	15	6	7	14	72	1.218
▪ davon Anzahl Genehmigungen	104	360	185	13	3	120	47	7	83	146	9	11	15	6	7	14	69	1.199
▪ davon Anzahl Ablehnungen	2	5	2	0	0	0	0	0	0	4	0	3	0	0	0	0	3	19
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
▪ davon bestanden	2	0		3														5
▪ davon nicht bestanden	0	1		0														1
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	1	48	26	5	4	10	k.A.	0	0	0	9	0	9	6	33	7	5	163
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																		
PRÜFUMFANG																		
abrechnende Ärzte			161			133					153		182		89			718
Anzahl geprüfter Ärzte			10			39					32		8		12			101
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2			2			39					31		8		12			92
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3			8			0					1		0		0			9
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %			1,2			29,3					20,3		4,4		13,5			12,8
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	6)	6)	3)	6)	6)	7)	6)	6)	6)	6)	7)	6)		6)	7)	6)	6)	
PRÜFERGEBNISSE																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
▪ keine Beanstandungen			1			31					31		8		9			80
▪ geringe Beanstandungen			0			3					0		0		3			6
▪ erhebliche Beanstandungen			1			0					0		0		0			1
▪ schwerwiegende Beanstandungen			0			0					0		0		0			0
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
▪ keine Beanstandungen			2								1							3
▪ geringe Beanstandungen			1								0							1
▪ erhebliche Beanstandungen			3								0							3
▪ schwerwiegende Beanstandungen			2								0							2

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG STRAHLENDIAGNOSTIK /-THERAPIE - COMPUTERTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
MASSNAHMEN																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a			7			1					0		0		3			11
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a			3			0					0		0		0			3
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b			6			0					0		0		0			6
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c			1			0					0		0		0			1
▪ davon bestanden			1															1
▪ davon nicht bestanden			0															0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1			0			0					0		0		0			0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert des Prüfquartals I/2012. Im Anschluss wurde die Aussetzung der Prüfungen beschlossen. 4) Differenzierung zwischen Routineprüfung und kriterienbezogener Prüfung derzeit nicht möglich; Ergebnisse liegen noch nicht vollständig vor. 5) Der KV-Vorstand hat im laufenden Jahr 2013 die sofortige Aussetzung der CT-Stichprobenprüfung durch die KV bis zum 31.12.2014 beschlossen. 6) Stichprobenprüfungen wurden 2013 ausgesetzt. 7) Prüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der KV organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote als andere KVen.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
OSTEODENSITOMETRIE																		
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 8																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	367	362	63	61	9	54	118	38	169	270	153	23	163	58	53	99	270	2.330
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	372	346	67	59	7	48	126	41	166	260	144	26	166	63	42	95	265	2.293
Anzahl beschiedene Anträge 1)	56	65	19	3	2	4	20	3	16	10	6	6	6	5	12	4	35	272
▪ davon Anzahl Genehmigungen	52	62	18	3	0	4	20	3	15	5	6	4	6	5	2	4	35	244
▪ davon Anzahl Ablehnungen	4	3	1	0	2	0	0	0	1	5	0	2	0	0	10	0	0	28
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3	4	4	1	0	1	0	0	5	5	0	0	0	1	2	0	0	26
▪ davon bestanden	3	4	4	1		1			5	5				1	2			26
▪ davon nicht bestanden	0	0	0	0		0			0	0				0	0			0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	3	30	5	1	1	6	k.A.	0	0	7	15	0	5	0	9	8	8	98

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.

› FORTSETZUNG STRAHLENDIAGNOSTIK /-THERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
STRAHLENTHERAPIE																		
GENEHMIGUNGEN § 9																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	165	148	53	25	13	30	70	15	69	117	62	18	38	21	34	28	146	1.052
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	167	153	59	25	14	30	69	18	62	127	63	20	43	24	40	31	151	1.096
Anzahl beschiedene Anträge [1])	44	109	37	0	1	6	13	3	24	70	4	1	9	3	9	7	29	369
▪ davon Anzahl Genehmigungen	42	103	36		1	6	13	3	23	68	4	1	6	3	9	7	29	354
▪ davon Anzahl Ablehnungen	2	6	1		0		0	0	1	2	0	0	3	0	0	0	0	15
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
▪ davon bestanden															1			1
▪ davon nicht bestanden															0			0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2])	0	24	0	0	1	0	k.A.	0	5	0	3	0	1	0	0	4	6	44

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
NUKLEARMEDIZIN																		
GENEHMIGUNGEN § 10									[3])									
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	228	263	75	23	16	53	101	20	88	232	82	16	42	24	38	34	157	1.492
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	216	260	77	23	18	48	101	21	127	219	82	20	42	27	41	33	160	1.515
Anzahl beschiedene Anträge [1])	27	135	42	0	2	7	13	1	37	58	3	6	3	3	10	2	32	381
▪ davon Anzahl Genehmigungen	27	124	39		2	7	13	1	37	57	3	6	2	3	8	2	32	363
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	11	3		0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	18
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6
▪ davon bestanden	3					1									1			5
▪ davon nicht bestanden	1					0									0			1
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2])	0	21	6	0	0	6	k.A.	0	0	1	3	1	2	0	0	3	4	47
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V	Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von den Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg und Hessen durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seiten 60 / 61.																	

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Differenzen der Genehmigungszahlen zum Vorjahr ergeben sich auch aus einer Bereinigung der Statistik.

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

§ **RICHTLINIE METHODEN VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG, ANLAGE I NR. 2: SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 9.4.2013

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; organisatorische Vorgaben
- **FREQUENZREGELUNG**: in der Regel sollen je Arzt nicht mehr als 50 Opiatabhängige gleichzeitig substituiert werden
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: Zusammenarbeit mit einer psychosozialen Beratungsstelle; ist eine psychosoziale Betreuung ausnahmsweise nicht erforderlich, ist dies durch die Beratungsstelle zu bestätigen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: regelmäßige Praxisbegehungen auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: in Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin jährlich zweimalige Teilnahme der Ärzte an suchtmedizinischen Fortbildungen; wenigstens einmal jährliche Fortbildung zu drogenspezifischen Notfallmaßnahmen der nichtärztlichen Mitarbeiter, nach Möglichkeit auch Teilnahme an suchtmedizinischen Fortbildungen; auf Verlangen Nachweise gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: Anzeige aller Fälle zu Beginn der Behandlung an Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen; pro Quartal Prüfung von mindestens zwei Prozent der abgerechneten Fälle; alle Patienten nach fünf Jahren Behandlung; zu Patienten in Diamorphinsubstitution ist die Einholung einer Zweitmeinung nach zwei Jahren obligat
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: Ergebnis der Überprüfungen als schriftlicher Bericht an den Arzt; alle zwei Jahre Bericht der Qualitätssicherungskommission über gesamten Zuständigkeitsbereich an Kassenärztliche Vereinigung und (Landes-) Verbände der Krankenkassen
- **BERATUNG**: jederzeit auf Wunsch des Arztes und bei Beanstandungen nach Dokumentationsprüfung

› FORTSETZUNG SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN			5)		6)		8), 9)											
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	342	299	156	25	73	138	150	38	412	447	84	15	51	43	132	48	342	2.795
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	329	438	164	28	73	125	129	38	431	465	85	15	53	40	121	48	340	2.922
▪ Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte	254	166	130	9	61	93	129	23	242	346	71	15	30	26	115	26	422	2.158
Anzahl beschiedene Anträge 1)	6	39	76	4	0	7	19	2	25	119	10	0	2	2	8	0	7	326
▪ davon Anzahl Genehmigungen	6	38	75	4		7	19	2	25	102	10		2	2	8		7	307
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	1	1	0		0	0	0	0	17	0		0	0	0		0	19
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon ohne Beanstandungen											1							1
▪ davon mit Beanstandungen											0							0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	16	34	3	1	0	7	2	2	20	0	9	0	0	4	9	0	8	115
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	127	157	21	4	11	12	21	25	159	87	27	0	19	45	57	18	124	914
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	1	1	1	0	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	8
▪ davon Einrichtungen nach § 12	1	1	0			1	1		1	2							0	
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9 ABS. 3																		
Anzahl geprüfter Ärzte	4)	206	46	9	105	60	4)	12	153	179	50	15	15	19	65	16	441	1.391
Anzahl geprüfter Fälle	832	656	430	15	125	417	541	43	637	527	139	78	59	84	178	35	1.098	5.894
▪ keine Beanstandungen	686	313	340	12	63	331	250	41	607	302	103	46	56	69	107	25	985	4.336
▪ Summe aller Beanstandungen (geringe, erhebliche, schwerwiegende Beanstandungen) 3)	146	343	90	3	62	86	147	2	30	225	36	32	3	15	71	10	113	1.414
5-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 9 ABS. 5																		
Anzahl geprüfter Fälle	476	5	117	6	137	247	331	36	396	2	95	45	0	84	236	26	513	2.752
▪ davon ohne Beanstandungen	400	4	104	6	60	216	160	34	375	2	95	34		73	178	20	470	2.231
▪ davon mit Beanstandungen	76	1	13	0	77	31	99	2	21	0	0	11		11	58	6	43	449
2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 ABS. 6																		
Anzahl geprüfter Fälle	0	0	0			7)	110		10	78								
▪ davon ohne Änderung der Behandlung							25		10	78								
▪ davon mit Änderung der Behandlung							85		0	0								
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V	Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seiten 60 / 61.																	

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Beanstandungen werden zusammengefasst dargestellt, da Bestufung uneinheitlich erfolgt. 4) Zur Anzahl geprüfter Ärzte ist keine Angabe möglich. 5) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (IV/2011 - I/2013). 6) Ärzte sind unter Umständen mehrmals in der Prüfung. 7) Die 2-Jahres-Überprüfung der Dokumentationen erfolgt im Auftrag der ermächtigten Ambulanzen durch einen Sachverständigen. 8) Beschiedene Anträge umfassen zwölf Anträge für Institutsermächtigungen. 9) Bei den Dokumentationsprüfungen wurden 144 Fälle noch nicht bestuft, bei den 5-Jahres-Überprüfungen 72 Fälle.

Ultraschalldiagnostik

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR ULTRASCHALLDIAGNOSTIK (ULTRASCHALL-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; zuletzt geändert 1.7.2012

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen
- **EINGANGSPRÜFUNG**: Abnahmeprüfung der verwendeten Ultraschallsysteme (B-Modus) durch Vorlage aktueller Bilddokumentationen; bei systematischen Untersuchungen der fetalen Morphologie obligate online-basierte Eingangsprüfung
- **KOLLOQUIUM**: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: alle vier Jahre Konstanzprüfung der im B-Modus arbeitenden Ultraschallgeräte
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:**
  - allgemein: jährliche Prüfung von mindestens drei Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu fünf Fällen; bei Beanstandungen engere Prüfintervalle
  - alternativ: Stichprobenprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
  - Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte: Prüfung der ersten zwölf Fälle nach Genehmigungserteilung, zwei Jahre nach Genehmigungserteilung Prüfung von zwölf Fällen, danach fünfjährliche Prüfung aller Ärzte zu mindestens zwölf Fällen; bei Mängeln engere Prüfintervalle, gegebenenfalls Verpflichtung zur Fortbildung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: statistische Auswertung und Ergebnisanalyse zur Abnahmeprüfung, Prüfung der ärztlichen Dokumentation und Konstanzprüfung, insbesondere zur Dokumentationsprüfung der Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Kriterien werden durch Partner des Bundesmantelvertrags festgelegt; bei Dokumentationsprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

› FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN			6)				9)		14)			17)			20), 21)			24)
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2012	10.689	14.410	3.029	1.472	894	1.772	5.766	1.181	7.163	11.578	4.452	1.281	3.229	1.664	2.716	1.790	8.366	81.452
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2013	10.682	14.472	2.973	1.512	874	1.779	5.712	1.205	5.354	11.571	4.511	1.254	3.255	1.654	2.691	1.817	8.204	79.520
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) 1)	1.219	4.633	1.991	122	85	467	605	234	1.836	2.680	521	125	229	132	211	210	4.217	19.517
neu	1.219	4.633	1.991	122	85	467	605	234	1.751	2.680	521	125	228	132	211	210	4.217	19.431
▪ davon Anzahl Genehmigungen	1.039	4.199	1.920	121	85	436	587	232	1.719	2.664	512	125	182	129	142	195	4.103	18.390
▪ davon Anzahl Ablehnungen	180	434	71	1	0	31	190	2	54	16	9	32	46	3	46	15	114	1.244
erneut	0	0	0	0	0	0	0	0	85	0	0	0	1	0	0	0	0	86
▪ davon Anzahl Genehmigungen									85				1					86
▪ davon Anzahl Ablehnungen									0				0					0
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	3.681	9.716	5.260	k.A.	312	983	1.901	354	4.261	6.214	1.335	401	846	569	1.154	681	13.924	41.876
neu	3.681	9.716	5.260		312	983	1.901	354	4.071	6.214	1.335	401	845	569	1.154	681	13.924	51.401
▪ davon Anzahl Genehmigungen	3.114	8.387	5.118		209	934	1.424	295	3.692	5.487	1.335	322	720	565	352	544	13.763	46.261
▪ davon Anzahl Ablehnungen	567	1.329	142		103	49	477	59	326	727	k.A.	113	125	4	322	137	161	4.641
erneut	0	0	0		0	0	0	0	190	0	0	0	1	0	0	0	0	191
▪ davon Anzahl Genehmigungen									189				1					190
▪ davon Anzahl Ablehnungen									1				0					1
Anzahl Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	225	411	66	24	7	43	42	3	97	367	32	1	4	58	52	18	169	1.619
▪ davon bestanden	205	353	56	20	7	40	40	1	91	226	24	1	4	55	51	17	153	1.344
▪ davon nicht bestanden	20	58	10	4	0	3	2	2	6	17	8	0	0	3	1	1	16	151
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	4	9	0	0	5	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	21
▪ davon bestanden	3	5			5				1				1	1				16
▪ davon nicht bestanden	1	4			0				0				0	0				5
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	k.A.	6	109	0	1	22	0	0	102	340	0	2	21	0	4	0	120	727
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) 2)	3)	332	219	10	14	423	4	54	218	1	453	111	131	134	47	53	3)	2.204
ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2013																		
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	392	471	74	36	26	45	205	30	236	328	260	41	99	41	77	43	180	2.584
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	205	485	42	27	27	34	93	23	118	162	101	29	82	28	34	22	130	1.642
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	247	796	32	27	31	42	108	23	86	301	124	26	79	30	55	15	161	2.156
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	443	763	178	70	33	107	267	67	300	618	181	42	202	80	103	82	310	3.846
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.304	2.373	424	160	127	333	641	55	754	1.730	423	99	644	82	247	371	574	10.341
3.3 Schilddrüse, B-Modus	4.027	5.491	1.035	603	288	717	2.345	425	2.446	4.762	1.875	468	1.427	749	1.008	705	3.754	32.125
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	640	1.194	180	123	26	101	442	63	478	746	316	68	196	128	85	95	397	5.278
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	135	257	104	43	39	50	229	3	367	AB 4.1	AB 21.2	13	50	n.a.	55	22	155	1.522
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	54	90	21	7	3	10	25	7	59	AB 4.1	137	3	12	7	12	15	38	500
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	5	14	0	3	0	1	0	367	AB 4.1	AB 21.4	1	1	n.a.	0	1	2	398
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	272	376	75	43	26	40	186	30	180	270	100	22	94	26	65	34	184	2.023
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	4	0	1	0	0	0	0	1	180	AB 4.5	k.A.	0	15	0	0	0	2	203

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
									11)						21)			24)
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.703	2.178	409	129	76	283	1.284	93	911	1.626	557	105	734	28	277	352	2.162	12.907
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	16	14	178	1	27	1	10	0	911	32	k.A.	6	3	n.a.	0	2	40	1.241
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.199	1.202	433	189	117	179	775	81	759	1.349	439	147	324	226	236	194	1.016	8.865
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.257	8.843	1.499	720	430	830	3.304	516	4.301	7.680	2.812	770	1.828	794	1.577	1.014	4.896	48.071
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	68	29	675	3	33	0	21	4	4.717	340	k.A.	34	37	7	29	18	42	6.057
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	39	29	667	2	91	0	6	1	4.717	AB 7.2	k.A.	34	13	n.a.	3	14	41	5.657
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.207	1.294	381	73	37	85	468	82	557	AB 7.1	654	276	141	91	141	114	491	6.092
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	3.214	10.453	730	557	142	486	1.198	110	1.706	4.293	1.079	420	1.366	106	201	363	1.513	27.937
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	265	414	456	66	121	86	18	55	1.706	698	k.A.	36	166	n.a.	53	90	316	4.546
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.559	3.453	625	297	136	325	863	213	958	1.542	566	169	609	310	385	296	1.129	13.435
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.446	3.333	607	296	135	318	858	204	893	1.541	552	137	540	302	386	292	1.103	12.943
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	0	1.375	354	205	111	225	710	156	725	1.215	439	130	0	275	AB 2014	233	843	6.996
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	791	1.060	191	37	54	150	586	31	573	584	304	123	83	121	165	158	619	5.630
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften), B-Modus	1.026	1.750	449	141	89	166	521	95	516	1.251	485	122	349	132	207	187	800	8.286
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.046	1.426	198	132	79	143	568	90	616	1.169	411	117	309	106	229	143	632	7.414
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.159	3.911	267	113	99	114	698	53	745	1.527	378	104	264	71	211	76	447	10.237
12.1 Haut, B-Modus	11	7	0	0	1	1	6	5	15	17	AB 12.2	2	1	4	2	2	5	79
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	61	17	7	0	0	0	6	5	15	AB 12.1	7	7	25	4	2	11	6	173
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.223	2.254	326	171	101	171	804	77	887	1.564	534	154	230	120	235	124	1.012	9.987
20.2 CW-Doppler – extremitäten-ver- / entsorgende Gefäße	1.207	1.923	232	127	86	121	691	47	964	1.365	594	158	214	100	234	131	798	8.992
20.3 CW-Doppler – extremitäten-entsorgende Gefäße	72	AB 20.2	229	s.o.	0	0	41	1	964	AB 20.2	AB 20.2	3	80	n.a.	0	14	1	1.405
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	242	300	140	13	29	12	128	11	217	276	78	22	39	8	48	9	100	1.659
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	395	587	79	41	31	56	202	39	245	341	165	53	78	26	58	41	194	2.631
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	813	1.136	215	143	71	117	464	67	520	834	281	59	212	91	141	78	460	5.702
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	185	157	69	45	49	28	117	39	114	565	123	26	60	14	77	50	63	1.781
20.8 Duplex-Verfahren – extremitäten-ver- / entsorgende Gefäße	729	911	202	123	54	65	459	56	436	741	238	47	177	69	101	63	370	4.841
20.9 Duplex-Verfahren – extremitäten-entsorgende Gefäße	63	AB 20.8	187	s.o.	0	0	46	1	436	AB 20.8	AB 20.8	3	88	n.a.	4	8	5	841
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	804	742	191	129	65	60	475	47	502	679	272	64	169	41	117	95	410	4.862
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	248	337	92	16	26	44	218	9	209	407	91	53	119	13	29	43	225	2.179
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	589	2.877	172	122	19	92	377	63	429	588	269	66	193	91	74	90	338	6.449

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
	4)	5)							12)	15), 16)			18)		21)			24)
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	139	657	102	43	40	50	226	1	478	AB 21.1	154	1	60	n.a.	47	24	147	2.169
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	52	139	24	7	4	10	22	8	429	AB 21.1	126	3	11	7	12	17	38	909
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	1	AB 21.2	15	0	2	0	0	0	429	AB 21.1	56	1	2	n.a.	0	1	2	509
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	116	143	53	16	12	35	54	14	85	173	36	29	20	12	23	20	95	936
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	466	582	102	50	39	89	280	23	396	483	181	90	229	61	89	105	422	3.687
GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG																		
US-SYSTEME DIE BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER VEREINBARUNG VERWENDET WURDEN GEMÄSS § 16 ABS. 6 (ÜBERGANGSREGELUNG)																		
Anzahl gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2	17.607	34.597	13.503	1.370	750	1.756	22.530	1.369	13.105	11.611	3.833	1.371	3.905	5.069	2.373	3.270	18.000	156.019
Stichtag	3.31. 2014	19.3. 2014	21.3. 2014	31.3. 2014	17.4. 2014	7.3. 2014	31.3. 2014	31.3. 2014	k.A.	24.2. 2014	31.3. 2014	31.3. 2014	15.5. 2014	31.3. 2014	6.3. 2014	31.3. 2014	31.12. 2013	
APPARATIVE AUSSTATTUNG § 9 (ABNAHMEPRÜFUNGEN)																		
Anzahl abgenommener Ultraschall-systeme gemäß § 2c, Stand 1.1.2013	9.286	10.032	1.771	830	333	614	1.749	393	7.107	7.510	249	487	1.251	2.539	690	1.848	13.086	59.775
Anzahl abgenommener Ultraschall-systeme gemäß § 2c, Stand 31.12.2013	11.801	17.218	2.780	1.078	619	930	4.839	735	11.329	9.679	249	1.243	2.585	4.608	1.052	2.492	17.372	90.609
KONSTANZPRÜFUNGEN NACH § 13 ABS. 3: 4 JAHRE NACH ABNAHMEPRÜFUNG (§ 9)																		
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme gemäß § 2c	0	1.221	ab 2014	ab 2014	0	0	22	0	0	24	k.A.	0	21	23	16	0	ab 2014	1.327
ÜBERPRÜFUNG DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 11																		
PRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 2																		
Anzahl geprüfter Ärzte	278	423	96	51	28	8)	175	42	107	343	125	43	97	50	89	2	212	2.161
▪ davon ohne Mängel	204	159	84	22	13		78	30	84	251	95	41	62	25	84	2	141	1.375
▪ davon mit Mängeln	74	264	12	29	15		97	12	23	92	30	2	35	25	5	0	71	786
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	2,6	2,9	3,2	3,5	3,1	8)	3,0	3,6	1,5	3,0	2,8	3,4	3,0	3,0	3,3	0,1	2,5	2,7
Begründung wenn nicht 3 % der Ärzte mit Genehmigung geprüft wurden, sonstige Bemerkungen.						8)										22)	23)	
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bild-dokumentationen	1.390	2.132	480	255	140		875	210	534	1.715	1.143	430	481	250	470	10	1.060	11.575
▪ davon ohne Beanstandungen	989	1.278	361	110	95		485	119	349	1.120	13)	420	326	179	445	10	768	7.054
▪ davon mit Beanstandungen	401	854	119	145	45		390	91	95	595	13)	10	155	71	25	0	292	3.288

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
PRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 2															[21]			[24]
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																		
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	83	115	0	20	22		148	6	37	152	62	7	24	7	18		43	744
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	25	0	7	2	0		0	1	0	98	k.A.	0	2	0	47		0	182
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	75	105	128	34	23		158	1	40	116	125	1	64	37	38		254	1.199
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	115	90	65	9	26		126	1	47	103	108	0	16	24	0		167	897
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	149	159	7	5	23		165	1	0	208	87	0	22	5	75		167	1.073
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																		
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	96	668	22	0	10		91	12	72	266	162	8	0	40	20		20	1.487
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	185	192	93	12	1		248	5	42	170	123	0	84	20	35		278	1.488
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	89	116	34	7	18		51	76	3	72	73	0	39	35	35		0	648

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 5														[19]	[21]			[24]
Anzahl geprüfter Ärzte	71	192	28	10	3		2	2	6	71	19	0	15	15	29	0	9	472
▪ davon bestanden	55	77	25	7	1		1	1	4	46	17		14	5	28		6	287
▪ davon nicht bestanden	16	115	3	3	2		1	1	2	25	2		1	10	1		3	185
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	355	957	140	50	15		10	10	30	355	165		75	75	145		45	2.427
▪ davon ohne Beanstandungen	267	537	108	35	10		5	6	20	245	[13]		51	50	140		30	1.504
▪ davon mit Beanstandungen	88	420	32	15	5		5	4	10	110	[13]		24	25	5		15	758
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																		
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	4	70	0	4	1		0	0	0	9	3		1	1	0		1	94
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	0	0	0	0	0		0	1	0	5	k.A.		0	0	5		0	11
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	34	77	33	0	2		3	0	0	18	13		11	13	0		15	219
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	14	61	12	5	0		2	0	1	14	10		3	8	0		15	145
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	15	116	1	0	0		2	0	0	30	23		2	0	0		15	204
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																		
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	11	290	16	0	0		4	0	0	16	10		0	8	0		6	361
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	33	66	31	0	0		4	0	10	11	12		14	7	0		15	203
▪ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	17	116	6	0	2		0	4	0	5	7		10	14	0		0	181
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	5	9	4	1	1		0	0	2	3	6	0	1	3	1	0	2	38
▪ davon bestanden	5	5	4	1	1		0	0	2	3	3		1	2	1		2	30
▪ davon nicht bestanden	0	4	0	0	0		0	0	0	0	3		0	1	0		0	8
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung – Anzahl Ärzte	0	0	0	0	0		0	0	0	k.A.	3	0	1	0	0	0	0	4

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seiten 60 / 61.

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. [4]) Die Quote von 3% wurde aus Sicht der KV erreicht, da die Wiederholungsprüfungen einbezogen werden. [5]) Initiale Prüfung der Bestandsgeräte ist noch nicht vollständig. [6]) Die erteilten Genehmigungen zu Anwendungsbereichen erfolgten in 4.490 Fällen im Rahmen von Standortwechsel, Änderung der Apparatur, Anwendungsbereichen etc. [7]) entfällt [8]) Die Implementierung des Bewertungssystems wurde vorbereitet. Die Prüfung erfolgt erstmalig anhand von Dokumentationen aus I/2014. [9]) Von den 190 Ablehnungen handelt es sich in 172 Fällen um Teilablehnungen. [10]) entfällt [11]) Zum AB 20.4 bestehen 137 Genehmigungen für einen CW-Dopler und 80 Genehmigungen für einen PW-Doppler. [12]) Angaben zur apparativen Ausstattung konnten nicht plausibilisiert werden. [13]) Wegen Umstellung der Prüfungen keine aussagekräftigen Angaben möglich. [14]) Differenzen zum Vorjahr in den Genehmigungszahlen ergeben sich aus einer Bereinigung der Statistik aufgrund Software-Umstellung. [15]) Differenzen zum Vorjahr bei den abgenommenen Geräten ergeben sich aus der Anzahl Geräte, die nach dem Stichtag aber vor der Erfassung abgemeldet waren oder nur befristet (Übergangsregelung). [16]) 22.729 gemeldete Konsole / Schallkopfkombinationen. [17]) Bei den Ablehnungen handelt es sich um Teil-Ablehnungen. [18]) Angaben zu Geräteprüfungen liegen nur aus zwei von drei Bezirksgeschäftsstellen vor. [19]) Arzt verzichtet auf Genehmigung nach erfolglosem Kolloquium. [20]) Die Differenz bei den Genehmigungszahlen besteht aufgrund von Bescheiden zu Kolloquien und Fachkundebescheinigungen. [21]) Es werden auch Beanstandungen angegeben, die im Rahmen der Gesamtbewertung nicht zur Erkennung eines Mangels geführt haben. [22]) Aufgrund außerordentlich vieler Plausibilitätsprüfungen hatten die QS-Kommissionen keine Kapazitäten für die Dokumentationsprüfungen. [23]) Im Fokus stand weiterhin die Abnahmeprüfung der Ultraschallsysteme, bei der Dokumentationsprüfung wurde daher die Quote für 2013 noch nicht ganz erreicht. [24]) Anzahlen aus abweichenden Anwendungsbereichen wurden bei der Summenbildung nicht berücksichtigt.

n.a. = nicht abfragbar
AB x.y = entspricht Anwendungsbereich x.y

Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN			4)			5)	8), 9)		6)	5)		7), 8)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	1.095	1.390	193	133	80	145	572	92	618	1.113	405	122	309	113	224	135	613	7.352
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	1.045	1.426	198	132	82	152	568	90	616	966	411	117	309	106	229	143	632	7.222
Anzahl beschiedene Anträge 1)	83	59	13	7	7	8	33	0	58	73	37	2	22	6	16	14	66	504
neu	83	59	13	7	7	8	33	0	58	73	37	2	22	6	16	14	66	504
▪ davon Anzahl Genehmigungen	77	54	13	7	7	8	28		58	72	37	2	22	6	13	12	57	473
▪ davon Anzahl Ablehnungen	6	5	0	0	0	0	5		0	1	0	0	0	0	3	2	9	31
erneut gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
▪ davon Anzahl Genehmigungen						1											5	6
▪ davon Anzahl Ablehnungen						0											0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
▪ davon bestanden																	2	2
▪ davon nicht bestanden																	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	0	0	3	0	0	0	0	0	4	19	0	0	1	0	0	2	0	29
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	3)	2	9	0	0	13	4	2	5	0	31	7	23	11	0	2	8	117
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ALLE PRÜFUNGSINTERVALLE)																		
Anzahl abrechnende Ärzte	801	1.001	170	100	42	112	359	90	561	744	299	88	289	95	190	114	571	5.626
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 11 Abs. 1 und § 12 Abs. 1	128	579	60	10	2	4	163	17	88	398	86	29	71	38	27	35	126	1.861
▪ davon ohne Beanstandungen	88	431	43	9	0	1	136	11	58	338	72	27	50	35	8	24	109	1.440
▪ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	30	110	7	1	1	2	27	4	24	45	13	2	13	3	17	7	7	313
▪ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	10	11	10	0	1	1	0	2	6	11	1	0	8	0	2	4	10	77
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 1 Nr. 2	50	27	9	0	1	52	9	6	28	11	20	0	16	4	16	5	74	328
▪ davon ohne Beanstandungen	32	20	5	0	1	19	4	5	17	7	17	0	11	3	4	4	60	209
▪ davon mit Beanstandungen	14	7	3	0	0	26	5	1	10	3	3	0	3	0	12	1	13	101
▪ Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	6	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	14
▪ darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▪ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	4	0	1	0	0	7	0	0	6	1	0	0	2	1	0	0	1	23
▪ Anzahl Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	18	0	9	0	0	1	0	0	5	0	0	0	1	0	0	0	3	37
▪ Anzahl Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	1	13	52	0	1	2			1	11	0	1	0	0	0	0	8	90

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG DER SÄUGLINGSHÜFTE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN – MÄNGELANALYSE							8), 9)		6)			8)						
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	2.071	6.932	823	120	24	684	1.956	276	1.112	4.776	1.177	348	909	480	1.296	480	2.400	25.864
▪ davon regelrecht (Stufe I)	1.681	6.047	653	116	8	487	1.632	237	888	3.520	846	318	761	408	446	404	1.919	20.371
▪ davon eingeschränkt (Stufe II)	358	858	147	4	16	188	324	37	149	1.018	299	29	124	69	816	57	448	4.941
▪ davon unzureichend (Stufe III)	32	27	23	0	0	9	0	2	35	238	32	1	24	3	34	19	33	512
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	5	0	0	0	0	0	324	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	332
Bei Dokumenationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2						5)				5)								
▪ davon Mängel ausschließlich in der Bildqualität	27	25	23				0	2	25		31	1	6	1	24	9	27	201
▪ davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	0	1	0				0	0	0		0	0	0	2	0	0	1	4
▪ davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	5	1	0				12	0	5		1	0	18	0	10	10	5	67

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 4) Vier Aussetzungen der Genehmigungen aus 2012 wurden nach Einreichen der Fortbildungsnachweise nun wieder als Genehmigungen geführt. 5) Die Art der Mängel wird derzeit nicht differenziert dokumentiert. 6) Zu 40 der 1.112 Dokumentationen liegen keine Angaben zu Art der Mängel vor. 7) Anzahl abrechnende Ärzte abweichend aus Quartal IV/2013. 8) Zusätzlich sind nach der Mängelanalyse der KV Hessen 312 Stufe-II-Beanstandungen und bei der KV Saarland 29 Stufe-II-Beanstandungen wegen Mängeln ausschließlich der Bildqualität ausgesprochen worden. 9) Die ausgesprochenen Empfehlungen in der KV Hessen enthalten Rückmeldungen gemäß § 10 Abs. 2.

Die Sonographie der Säuglingshüfte nimmt unter den Ultraschalluntersuchungen eine gewisse Sonderstellung ein. Nur in einem vergleichsweise engen Zeitintervall können drohende Hüftreifungsstörungen ausschließlich mit diesem Ultraschallverfahren erkannt und anschließend durch einfache Maßnahmen meist vollständig behoben werden. Werden sie nicht diagnostiziert, können die daraus resultierenden Hüftgelenksfehlstellungen zu hohen Belastungen führen und aufwändige Operationen und schlimmstenfalls lebenslange Behinderungen nach sich ziehen. Die korrekte Durchführung der Hüftsonographie ist daher entscheidend und die Erfahrung und Intuition des Untersuchers äußerst wichtig.

Um den Arzt bei diesem komplexen Verfahren zu unterstützen, hat die KBV zusammen mit orthopädischen und pädiatrischen Experten die Broschüre erstellt: Sonographie der Säuglingshüfte – aber richtig. Sie basiert auf den Erfahrungen aus der Prüfpraxis der Qualitätssicherungs-Kommissionen und gibt zahlreiche Tipps aus der Praxis mit nützlichen Durchführungshinweisen, die konkret die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung darstellen und erläutern. Die Broschüre greift außerdem die häufigsten Fehlerquellen bei der Hüftsonographie auf und zeigt ganz konkret, wie diese vermieden werden können. Dabei wurde bewusst Wert darauf gelegt, dies anschaulich – mit vielen Ultraschallbildern aus der täglichen Praxis – zu erreichen.

Eine elektronische Version der Broschüre finden Sie unter:
www.kbv.de/html/themen_2856.php

Vakuumbiopsie der Brust

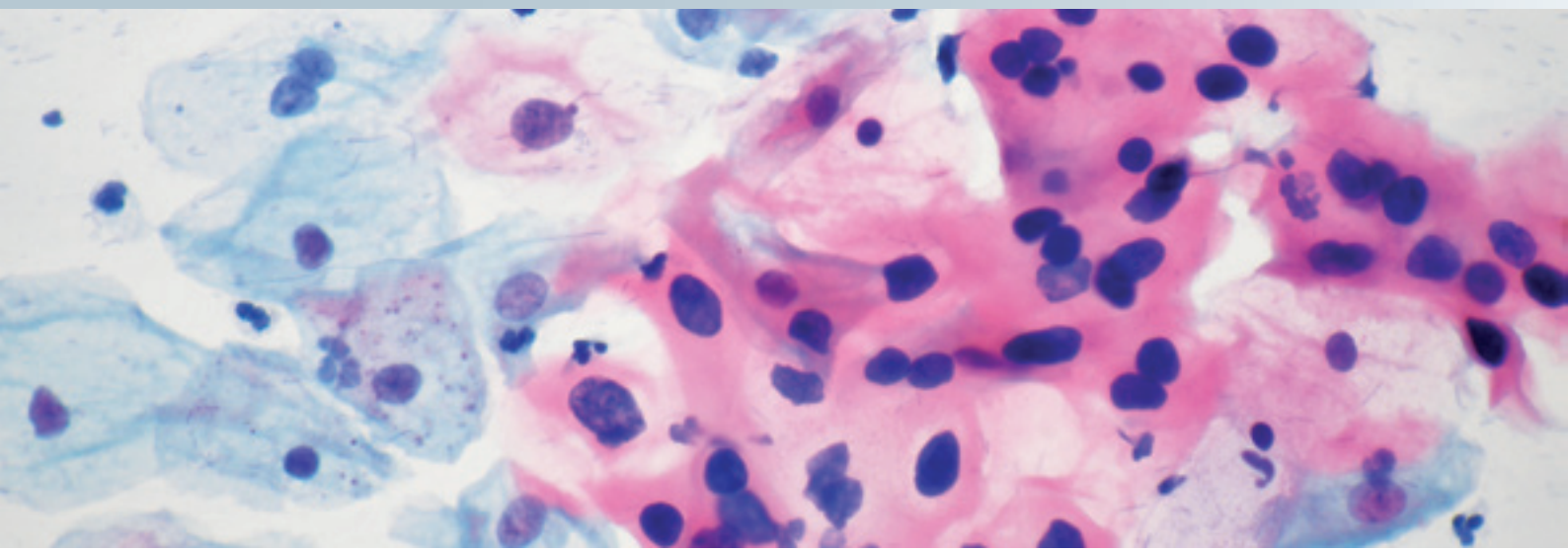
§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR VAKUUMBIOPSIE DER BRUST (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR VAKUUMBIOPSIE DER BRUST)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.4.2012

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM**: gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG**: jährliche Durchführung von 25 Vakuumbiopsien
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: Überprüfung der Korrelation des histopathologischen Befunds mit der Bildgebung, bei Abweichung Kontaktaufnahme mit dem Pathologen zur Festlegung des weiteren Vorgehens
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE**: Konstanzprüfung des Stereotaxie-Geräts
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: zweijährliche Dokumentationsprüfung zu zehn Fällen, erstmalig innerhalb von zwölf Monaten nach Genehmigungserteilung oder bei Auffälligkeiten in der jährlichen Auflistung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Auflistung zu Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund für alle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien an Kassenärztliche Vereinigung; jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG**: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

› FORTSETZUNG VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN	3)		5)						3)		9)			3)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	43	36	15	6	6	5	19	5	35	33	8	6	16	10	11	7	35	296
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	45	41	14	6	5	5	20	12	34	28	8	6	16	10	9	7	30	296
Anzahl beschiedene Anträge 1)	6	6	1	0	1	0	3	2	8	14	1	0	1	0	0	0	3	46
neu	6	6	1	0	1	0	3	2	8	14	1	0	1	0	0	0	3	46
▪ davon Anzahl Genehmigungen	6	5	1		1		3	2	8	14	1		0				3	44
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0		0		0	0	0	0	0						0	1
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
erneut gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon wegen nicht erreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4			1															1
▪ davon wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5			1															1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	7	14
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG § 9																		
PRÜFUMFANG																		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	32	4)	1	6	2	5	20	7)	13	26	4)	4)	14	3	8)	4	27	153
▪ davon bestanden	27		1	6	2	5	6)			26			10	1		3	22	103
▪ davon nicht bestanden	5		0	0	0	0	6)			0			4	2		1	5	17
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	74,4	4)	6,7	100,0	33,3	100,0	105,3	7)	37,1	78,8	4)	4)	87,5	30,0	0,0	57,1	77,1	51,7
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1		4	0		1	0	10
▪ davon bestanden			2				6)				1		10)			1		4
▪ davon nicht bestanden			0				6)				0		10)			0		0
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5 b	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0		0	0	0
Anzahl vorgezogener Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	0	0	1	0	0	0		0	0	2	0		0	0		0	0	3
▪ davon bestanden			0							2								2
▪ davon nicht bestanden			1							0								1
PRÜFERGEBNISSE																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen	300	4)	40	60	20	50	6)	7)	3)	260	10	4)	136	30	8)	50	266	1.222
▪ davon vollständig und nachvollziehbar	238		39	60	19	50				260	10		108	10		40	255	1.089
▪ davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	7		0	0	1	0				0	0		0	0		0	5	13
▪ davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	49		1	0	0	0				0	0		0	0		1	2	53
▪ davon weder vollständig noch nachvollziehbar	6		0	0	0	0				0	0		28	20		9	4	67
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)																		
< 25	17	2	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	2	4	0	6	1	40
≥ 25	28	34	14	6	5	5	20	0	26	28	8	6	12	6	7	1	29	235

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Frequenzprüfungen zu außerhalb der GKV erbrachten Leistungen und Dokumentationsprüfungen sind noch nicht abgeschlossen. 4) Dokumentationsprüfungen fanden 2012 statt, wieder 2014. 5) Weitere drei Dokumentationsprüfungen waren vorgesehen, konnten aber wegen fehlender Unterlagen beziehungsweise aus organisatorischen Gründen noch nicht durchgeführt werden. 6) Prüfungen konnten wegen durchgängig unvollständiger Unterlagen bisher nicht abgeschlossen werden. 7) Die Kommission beginnt Anfang 2014 ihre Arbeit. 8) Überprüfungen der Dokumentationen und Frequenzen (teilweise) konnte wegen einem personellen Engpass nicht erfolgen. 9) Ärzte, die ausschließlich im Mammographie-Screening Vakuumbiopsien erbringen, werden nicht geprüft. 10) Die Wiederholungsprüfungen sind noch nicht erfolgt.



Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

§ **VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSMASSNAHMEN ZUR ZYTOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZERVIX-ZYTOLOGIE),**
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.1992, zuletzt geändert: 1.10.2007

- **AKKREDITIERUNG**: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **EINGANGSPRÜFUNG**: Präparateprüfung (20 zytologische Präparate)
- **KOLLOQUIUM**: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei Auffälligkeiten in der Jahresstatistik; wenn Stellungnahme des Arztes nicht ausreichte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG**: Präparatebefunder: Befundung von durchschnittlich maximal zehn Präparaten pro Arbeitsstunde
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG**: auffällige Befunde werden in dokumentierten Fallbesprechungen diskutiert; Nachmusterung von fünf Prozent aller negativ befundeten Präparate
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung, gegebenenfalls Praxisbegehung zusätzlich zum Kolloquium
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL**: zytologieverantwortlicher Arzt: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls als Qualitätszirkel; Präparatebefunder: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls zur Hälfte als interne Fortbildung
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**: Jahresstatistik wird in elektronischer Form übermittelt
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**: ab 1. Januar 2008 prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen alle 24 Monate zwölf Präparate mit Dokumentationen; jährliche Statistik der Zytologen an Kassenärztliche Vereinigung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION**: jährliche Statistik der Zytologen mit Korrelation zu histologischen Befunden an Kassenärztliche Vereinigung; Benchmarkberichte der Kassenärztlichen Vereinigung an die Zytologen; jährliche statistische Auswertung an Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG**: eingehende Beratung bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN		5)		8)	6)		9)		11)	12)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	141	146	57	18	17	39	67	11	101	118	51	41	32	19	42	17	100	1.017
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	140	144	55	20	18	39	58	14	99	114	44	41	28	19	40	17	96	986
Anzahl beschiedene Anträge 1)	8	44	26	3	2	1	4	3	15	2	2	3	0	1	0	0	9	123
neu	8	44	26	3	2	1	4	3	14	2	2	3	0	1	0	0	9	122
▪ davon Anzahl Genehmigungen	8	33	26	3	2	1	0	3	14	1	0	3		1			7	102
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	11	0	0	0	0	2	0	0	1	2	0		0			2	18
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▪ davon Anzahl Genehmigungen									1									1
▪ davon Anzahl Ablehnungen									0									0
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	4	12	1	2	1	1	2	3	3	2	2	3	0	1		0	5	42
▪ davon bestanden	4	3	1	2	1	1	0	3	0	1	0	3		1	0		4	24
▪ davon nicht bestanden	0	9	0	0	0	0	2	0	3	1	2	0		0			1	18
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
▪ Mängel in der Dokumentations-/ Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6		0							1									1
▪ Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4		0							0									0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	3)	4	6	0	0	4	9	0	1	5	7	3	3	1	3	0	8	54
ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7																		
PRÜFUMFANG																		
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 – Ärzte	54	6)	15	16	0	39	58	5	35	51	28	14	12	10	13	2	50	402
▪ davon bestanden	52		13	16		39	53	5	31	47	20	14	12	10	12	2	47	373
▪ davon nicht bestanden	2		2	0		0	5	0	4	4	8	0	0	0	1	0	3	29
Prüfungen (§ 7 Abs. 3) bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in %	38,3	0,0	26,3	88,9	0,0	100,0	86,6	45,5	34,7	43,2	54,9	34,1	37,5	52,6	31,0	11,8	50,0	39,5
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 – Ärzte	4	3	3	0	3	0	5	0	2	0	1	0	0	2	0	0	0	23
▪ davon bestanden	4	3	3		3		10)		1		0			2				16
▪ davon nicht bestanden	0	0	0		0		10)		1		1			0				2
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
▪ davon bestanden									1		1							2
▪ davon nicht bestanden									1		0							1
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	k.A.	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ZERVIX-ZYTOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7																		
PRÜFERGEBNISSE																		
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																		
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	588	6)	180	192	6)	468	696	60	420	612	336	168	144	120	156	24	36	4.200
▪ davon ohne Beanstandungen	578		177	192		442	671	60	375	480	297	168	132	120	144	24	19	3.879
▪ davon mit Beanstandungen	10		3	0		26	25	0	45	132	39	0	12	0	12	0	17	321
bei Beanstandungen																		
▪ darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	0		1			26	17		11	132	29		12		11		9	248
▪ darunter mit nicht zutreffender/ unvollständiger Präparatebeurteilung	0		2			0	14		25	0	0		0		1		6	48
▪ darunter mit unvollständiger Dokumentation	10		2			0	18		22	0	0		0		4		2	58
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6																		
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	60	36	36	0	36	0	60	0	40	0	12	0	0	24	0	0	0	304
▪ davon ohne Beanstandungen	60	36	36		36		10)		18		11			24				221
▪ davon mit Beanstandungen	0	0	0		0		10)		22		1			0				23
bei Beanstandungen						0												
▪ darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität									22		1							23
▪ darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung									1		0							1
▪ darunter mit unvollständiger Dokumentation									0		0							0
PRÜFUNG DER JAHRESSTATISTIK § 8 ABS. 4																		
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken (2012)	108	110	41	11	11	21	39	11	69	91	32	32	20	16	31	15	69	727
▪ davon ohne Auffälligkeiten	61	102	37	11	10	21	34	10	11)	47	16	26	20	11	31	15	58	510
▪ davon mit Auffälligkeiten	49	8	4	0	1	0	5	1	11)	44	16	6	0	5	0	0	11	150
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	25	8	4	0	1	0	5	1	11)	30	7	6	0	5	0	0	1	93
▪ davon ausreichend begründete Stellungnahmen	25	8	4		1		10)	1		26	7	5		4			1	82
▪ davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	0	0		0		10)	0		4	0	1		1			0	6
Anzahl Kolloquien	0	0	0	0	0	0	10)	0	11)	12)	0	1	0	0	0	0	0	1
▪ davon bestanden												1						1
▪ davon nicht bestanden – Auflage												0						0
▪ davon nicht bestanden – Widerruf												0						0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 4) entfällt 5) Widerrufe erfolgten wegen § 2 Abs. 3 und § 9. 6) Dokumentationsprüfungen fanden 2012 statt, wieder 2014. 7) entfällt 8) Anzahl Neuanträge enthält Übernahme aktueller Genehmigung aus anderem KV-Bereich. 9) Zwei Anträge waren unvollständig und wurden daher nicht bearbeitet. 10) Ergebnisse Wiederholungsprüfungen liegen aufgrund erhobener Widersprüche nicht vor, Stellungnahmen werden noch überprüft. 11) Da die organisatorischen Umstellungen (Automatisierung der Statistikprüfungen) noch nicht abschließend umgesetzt werden konnten, war die Lieferung von verlässlichen Prüfdaten zur Statistik des Jahres 2012 nicht möglich. 12) Bearbeitung der Stellungnahmen ist noch nicht abgeschlossen.

JAHRESSTATISTIK ZERVIX-ZYTOLOGIE – BUNDESWEITE AUSWERTUNG

Ärzte mit einer Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie erstellen nach den seit 2008 geltenden Anforderungen eine Jahresstatistik über alle zytologischen Befunde. Diese Statistiken werden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen geprüft und zur Erstellung von Benchmark-Berichten genutzt. Sie liefern wichtige Erkenntnisse zur Qualität der zytologischen Untersuchung und zu epidemiologischen Fragen.

Im Rahmen des Krebsfrüherkennungsprogramms sollen mittels Zellabstrich Vor- und Frühstadien des Zervixkarzinoms diagnostiziert werden (früher: „PAP-Test"). Die zytologischen Befunde werden nach der Münchner Nomenklatur II klassifiziert. Pathologische Befunde bedürfen einer weiteren Abklärung beziehungsweise Therapie.

Jetzt wurde erstmals eine auf der Zusammenführung der bundesweit vorliegenden Jahresstatistiken basierende Analyse der Qualität des deutschen Früherkennungsprogramms für das Zervixkarzinom publiziert (Marquardt et al., 2014): Die Jahresstatistiken zeigen die Befunde der im Jahr 2012 bundesweit etwa 16,2 Millionen untersuchten Frauen. Bei 255.013 Frauen wurden auffällige (zweifelhafte oder positive) zytologische Befunde erhoben. Dies entspricht 1,58 Prozent aller untersuchten Frauen. Aufgrund des pathologischen zytologischen Befundes wurde bei insgesamt 48.904 Frauen aus Biopsie oder Konus gewonnenes Gewebe histologisch untersucht. Das entspricht einer Abklärungsrate von 0,3 Prozent bezogen auf alle untersuchten Frauen (nur bei den Befundgruppen IV und V wird eine möglichst vollständige histologische Diagnostik angestrebt). Die geringe Positivrate und die geringe Anzahl nachfolgender Kontroll- und Abklärungsuntersuchungen bestätigt die Eignung der zytologischen Untersuchung als Suchtest.

Hochgradige Dysplasien oder Carcinomata in situ (CIN 3) wurden bei circa 25.000 Frauen (0,15 Prozent aller untersuchten Frauen) identifiziert. Die Treffsicherheit der zytologischen Diagnosen, die sich in der Korrelation zwischen zytologischen und histologischen Befunden ausdrückt, ist bei den schwergradigen Läsionen besonders hoch: die positive Prädiktion für eine CIN 3 betrug bei der Gruppe IVa,b 82 Prozent. Zusätzlich wurden bei etwa 2.000 Frauen Malignome außerhalb des Gebärmutterhalses aufgrund zytologischer Befunde diagnostiziert.

ZYTOLOGISCHER BEFUND ZWEIFELHAFT ODER POSITIV

Zytologischer Befund	Gruppe III	Gruppe IIID	Gruppe IVa,b	Gruppe V	Summe
Patientinnen	43.270	181.903	27.178	2.662	255.013
Anteil aller Untersuchten (%)	0,27	1,12	0,17	0,02	1,58

ERGEBNISSE DER HISTOLOGISCHEN ABKLÄRUNG – KORRELATION ZU ZYTOLOGISCHEN BEFUNDEN

Zytologischer Befund	Gruppe III	Gruppe IIID	Gruppe IVa,b	Gruppe V	Summe
abgeklärte Befunde (Anzahl)	7.408	17.139	22.259	2.098	48.904
Anteil aller auffälligen Befunde (%)	17,1	9,4	81,9	78,8	19,2
davon (%):					
▪ ohne CIN oder Karzinom	39,4	14,7	2,8	2,2	12,5
▪ CIN 1	8,4	25,1	2,7	0,6	11,3
▪ CIN 2	8,9	28,8	8,2	1,0	15,2
▪ CIN 3	25,9	30,3	81,7	12,8	52,3
▪ Zervixkarzinom	6,2	0,6	3,8	47,4	4,9
▪ andere Malignome	11,2	0,4	0,8	36,0	3,8

3 HINTERGRUND-INFOS UND SERVICE

Ambulante Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV, in deren Mittelpunkt der Patient steht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die direkten Ansprechpartner der Ärzte und Psychotherapeuten für Fragen zu allen Themen der Qualität. Sie sind unter anderem verantwortlich für die Erteilung von Genehmigungen für eine Reihe von Verfahren, die in der vertragsärztlichen Versorgung unter einem Genehmigungsvorbehalt stehen. Das bedeutet, ein Arzt darf bestimmte Leistungen erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen und abrechnen, wenn ihm die entsprechende Genehmigung seiner Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde. Zudem prüft die Kassenärztliche Vereinigung die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen.

Während die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Umsetzung der Richtlinien und Vereinbarungen verantwortlich sind, vertritt die KBV die Vertragsärzteschaft auf Bundesebene in Verhandlungen mit den Vertragspartnern und in Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

Für die praktische Arbeit der KBV bedeutet dies vor allem Augenmaß zu bewahren, denn die Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung sind vielfältig, differenziert und wirkungsvoll. Aber sie alle sind auch mit administrativem Aufwand verbunden – für die Kassenärztlichen Vereinigungen, vor allem aber für den Arzt. Seitens der KBV steht der Wunsch und Anspruch nach der Überprüfbarkeit einer ärztlichen Leistung, die in einem angemessenen Verhältnis zu dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand und dem zu erwarteten Effekt einer Prüfung stehen soll. Dieser Grat ist schmal und im Zentrum aller Überlegungen sind immer die Belange der Patienten.

Selbstverständlich ist es wünschenswert, die Ergebnisqualität einer medizinischen Leistung überprüfen zu können. Doch hier ergeben sich eine Vielzahl von Problemen. Zum Beispiel muss die individuelle Patientensituation berücksichtigt werden, die Krankenvorgeschichte und Lebenssituation ebenso wie die Bereitschaft des Patienten, ärztlichen Therapieempfehlungen zu entsprechen (Compliance / Adherence). Die Einflüsse dieser, aber auch weiterer Faktoren, sind vielfältig. Sie messbar zu machen, ist schwierig. Den Ärzten in verschiedenen Leistungsbereichen werden die Ergebnisse ihrer Arbeit im Vergleich zu ihrer unmittelbaren Kollegengruppe (in der Regel innerhalb des Gebiets ihrer Kassenärztlichen Vereinigung) durch Feedbackberichte zurückgespiegelt. Einfacher scheint es da, die Prozessqualität einer medizinischen Intervention zu beurteilen. Beispiele hierfür sind die Hygieneprüfungen, indikatorengestützte Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Koloskopie (Vollständigkeit einer Koloskopie), jährliche Mindestfrequenzen, obligate Aus- und Fortbildungsnachweise und selbstverständlich auch Dokumentationsüberprüfungen, in der Regel durch eine Stichprobe.

Ein besonderes Augenmerk liegt in der vertragsärztlichen Versorgung auf Instrumenten der Strukturqualität. Vor Erteilung einer Genehmigung muss der Arzt nachweisen, dass er eine ausreichende Qualifikation hat, dass die apparativen und räumlichen Gegebenheiten seiner Praxis angemessen sind und auch ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter über die nötigen Qualifikationen verfügen. Damit wird ein einheitlicher Grundstandard für eine bestimmte Leistung verpflichtend vorgegeben. Das ist besonders wichtig, da von vielen medizinischen Methoden und Verfahren bekannt ist, dass sie unter Forschungsbedingungen im Rahmen von Studien zwar wirksam sind, aber erst durch die qualitätsgesicherte Erbringung der Leistung ein ähnlicher Erfolg unter alltäglichen Versorgungsbedingungen erwartet werden kann. Dies sicherzustellen ist eine der zentralen Aufgaben der KBV.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt die Umsetzung der bundesweit geltenden und der darüber hinaus regional getroffenen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Zur Unterstützung ihrer Arbeit werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet, in denen im jeweiligen Bereich besonders erfahrene Ärzte tätig sind. Diese beurteilen beispielsweise die im Rahmen von Stichprobenprüfungen angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen in einem Peer-Review-Verfahren. Mit diesem System der Qualitätssicherung wurde ein dichtes Qualitätssicherungsnetz entwickelt. Fast jeder Vertragsarzt besitzt eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungsvereinbarungen.

SCHEMATISCHER AUFBAU EINES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS UND DEREN FOLGEVERPFLICHTUNGEN

GENEHMIGUNGSERTEILUNG

ARZTBEZOGENE ANFORDERUNG

Fachliche Qualifikation:
Zeugnis / Bescheinigung
und / oder Kolloquium
und / oder präparatebezogene Prüfung
und / oder Fallsammlungsprüfung
und / oder Vorlage von Dokumentationen
und / oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -konferenzen, -kursen

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE ANFORDERUNG

Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen:
schriftliche Nachweise / Erklärungen, Gewährleistungserklärungen, Baupläne, Hygienepläne, Praxisbegehungen

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:
Aus- und Fortbildungsnachweise, Kooperationsbescheinigungen

BESCHEID ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

GENEHMIGUNGSERHALT
FOLGEVERPFLICHTUNGEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

AUFLAGENPRÜFUNGEN JE NACH VERTRAGLICHER REGELUNG

Einzelfallprüfung durch Stichproben- / Dokumentationsprüfung und / oder Hygieneprüfung und / oder Frequenzregelung und / oder Fallsammlungsprüfung und / oder Überprüfung der Präparatequalität und / oder Jahresstatistik und / oder kontinuierliche Fortbildung und / oder Qualitätszirkel und / oder Nachweise zur Praxisorganisation und / oder Abnahme- und Konstanzprüfungen und / oder Wartungsnachweise und / oder Ringversuche

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Dialyse: Nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses
Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanz- / Kernspintomographie: Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
Herzschrittmacher-Kontrolle, Langzeit-EKG, schlafbezogene Atmungsstörungen, ambulantes Operieren, Nuklearmedizin und andere: Kriterien aufgrund regionaler Richtlinien
Umfang: Mindestens nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

Akupunktur, Histopathologie im Hautkrebs-Screening, HIV / Aids, Hörgeräteversorgung, Hörgeräteversorgung-Kinder, Intravitreale Medikamenteneingabe, Kapselendoskopie des Dünndarms, Koloskopie, Magnetresonanz-Angiographie, Mammographie (kurativ), Molekulargenetik, Phototherapeutische Keratektomie, Schmerztherapie, Ultraschalldiagnostik, Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Vakuumbiopsie der Brust, Zytologie der Zervix uteri
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Apheresen, neuropsychologische Therapie, substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 1 SGB V

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG NACH § 95d SGB V

QUALITÄTSMANAGEMENT NACH § 135a ABS. 2 SGB V

Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung

Der größte Teil aller Qualitätsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung betrifft die Strukturqualität der ärztlichen Leistungen. Denn die Sicherstellung geeigneter Strukturen bildet die Grundlage für eine zuverlässige Prozessqualität und eine gewünschte Ergebnisqualität. Zudem sind geeignete Prüfparameter der Strukturqualität verhältnismäßig einfach zu bestimmen. Allerdings wurden prozess- und ergebnisorientierte Aspekte in den vergangenen Jahren zunehmend in die Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien integriert. Hinzu kommt, dass die drei Ebenen der Qualität nicht scharf trennbar sind, denn die hauptsächlich im öffentlichen Fokus stehende Ergebnisqualität basiert auf der zuverlässigen Umsetzung der Vorgaben zu den Parametern der Struktur- und Prozessqualität.

Die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen betrifft bei allen qualitätsgesicherten Verfahren im Wesentlichen zwei Bereiche:

ARBEIT DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN BEI ALLEN QUALITÄTSGESICHERTEN VERFAHREN

1. **Überprüfungen im Rahmen einer Genehmigungserteilung zu einem Verfahren (Genehmigungserteilung)**
2. **Überprüfungen der Auflagen, die der Aufrechterhaltung einer Genehmigung zugrunde liegen (Genehmigungserhalt)**

- Qualitätssicherungskommissionen
- Akkreditierung / Prüfung von Genehmigungsvoraussetzungen
- Eingangsprüfung
- Kolloquium
- Frequenzregelungen
- Rezertifizierung / Wartungsnachweise / Ringversuche / Abnahme-, Konstanzprüfungen
- Praxisbegehungen / Hygieneprüfungen
- kontinuierliche Fortbildung / Qualitätszirkel
- Einzelfallprüfungen durch Stichproben- / Dokumentationsprüfungen
- Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte / Evaluation
- Beratung

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstandes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und / oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Besondere Verantwortung haben die Kommissionen zudem bei den, je nach Thema variierenden, stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen. Diese Prüfungen sind in der Regel folgenbewehrt. Im Vordergrund steht aber der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen des geprüften Arztes. Möglich sind aber auch Empfehlungen der Qualitätssicherungskommissionen an die Kassenärztlichen Vereinigungen von zum Beispiel kürzeren Prüfintervallen bis hin zu einem Genehmigungsentzug. Insgesamt arbeiten bundesweit über 3.600 Ärzte neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit in diesen Kommissionen. Mitglieder aus den Krankenkassen sind selten.

AKKREDITIERUNG / PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

Der zentrale Punkt aller Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die vorbehaltliche Genehmigungserteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Das heißt, die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen je nach Vereinbarung die fachliche Befähigung des Arztes, die Vorgaben zu apparativtechnischen und räumlichen Anforderungen sowie gegebenenfalls organisatorische und hygienische Vorgaben. Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht hinreichend ist.

Der Aufwand der Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Bereich variiert von Jahr zu Jahr und ist abhängig von den in dem jeweiligen Jahr in Kraft getretenen oder geänderten Vereinbarungen. Diese können gegebenenfalls eine neue Genehmigung, zum Beispiel auch für Teilbereiche, notwendig machen. 2013 wurden allein für diese Aufgabe wie im Vorjahr etwa 46.000 solcher Verwaltungsakte von den Kassenärztlichen Vereinigungen bearbeitet.

EINGANGSPRÜFUNG

In besonders sensiblen Bereichen wurde über die Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung vereinbart. Dies betrifft im vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung. 2013 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 190 Prüfungen (ohne Wiederholungsprüfungen). Seit 2012 gilt für die Sonographie der Säuglingshüfte, dass die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen nach Genehmigungserteilung von den Kommissionen überprüft werden. 2013 erfolgte dies bei 224 Ärzten.

KOLLOQUIUM / BERATUNG

Die Durchführung von Kolloquien obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Sie hat unter anderem die Aufgabe, für Leistungsbereiche 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 kollegialen Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen. Des Weiteren kann ein Kolloquium, auch in Form einer Beratung, dazu dienen, die zum Beispiel in einer Stichprobenprüfung beanstandeten Dokumentationen mit dem betroffenen Arzt zu erörtern und gegebenenfalls Hinweise für eine Verbesserung der Leistungserbringung zu geben. Im Bereich Schmerztherapie kann der Vertragsarzt im Kolloquium darlegen, warum eine schmerztherapeutische Behandlung seiner Patienten länger als zwei Jahre erforderlich ist.

Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung fanden im Jahr 2013 etwa 2.250 Mal statt, wobei der größte Teil, etwa 1.600, im Leistungsbereich Ultraschalldiagnostik durchgeführt wurde. Etwa 360 Kolloquien fanden im Laborbereich statt.

FREQUENZREGELUNGEN

Ein wesentlicher Qualitätsfaktor kann die Häufigkeit und Regelmäßigkeit sein, mit der ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und / oder manueller Fertigkeit erfordern. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für folgende Leistungen festgelegt:

- histopathologische Untersuchung beim Hautkrebs-Screening,
- HIV / Aids (Patientenzahlen),
- interventionelle Radiologie,
- invasive Kardiologie,
- Kapselendoskopie des Dünndarms (Auswerter)
- Koloskopie,
- kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust,
- Mammographie-Screening,
- Schmerztherapie,
- Vakuumbiopsie der Brust.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, kann die Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEISE / RINGVERSUCHE / ABNAHME-, KONSTANZPRÜFUNGEN

Bei Ärzten, die Mammographien durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung eine zusätzliche Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sich die Ärzte einer Prüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht, wird er in kürzeren Intervallen geprüft und muss gegebenenfalls seine Qualifikation in kollegialen Fachgesprächen (Kolloquien) nachweisen. Gelingt ihm dies nicht, darf er diese Leistung nicht mehr für Kassenpatientinnen erbringen.

Wartungsnachweise sind regelmäßig von Ärzten vorzulegen, die Balneophototherapien durchführen. Gleiches gilt für die Hörgeräteversorgung.

Obligate Ringversuche gehören bei den Vereinbarungen zur Molekulargenetik und zur Labordiagnostik zum Instrumentarium der Qualitätssicherung.

Abnahme- und Konstanzprüfungen finden in der Ultraschalldiagnostik statt, wo zum Beispiel im Gegensatz zur Röntgendiagnostik solche Prüfungen gesetzlich bisher nicht vorgesehen waren. Der Aufwand hierfür ist beträchtlich, denn in Deutschland werden von etwa 80.000 Vertragsärzten gegebenenfalls mehrere Ultraschallsysteme benutzt.

BEREICHE MIT GENEHMIGUNGSVORBEHALT

- Akupunktur
- ambulantes Operieren
- Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- Arthroskopie
- Balneophototherapie
- Blutreinigungsverfahren / Dialyse
- Disease-Management-Programme
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- histologische Untersuchungen im Hautkrebs-Screening
- HIV-Infektionen / Aidserkrankungen
- Hörgeräteversorgung
- Hörgeräteversorgung (Kinder)
- interventionelle Radiologie
- intravitreale Medikamentengabe
- Kapselendoskopie des Dünndarms
- invasive Kardiologie
- Koloskopie
- Laboratoriumsuntersuchungen
- Langzeit-EKG-Untersuchungen
- Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)
- Magnetresonanz-Angiographie
- Mammographie (kurativ)
- Mammographie-Screening
- medizinische Rehabilitation
- Molekulargenetik
- Neuropsychologische Therapie
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- photodynamische Therapie
- phototherapeutische Keratektomie
- Psychotherapie
- schlafbezogene Atmungsstörungen
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- Strahlendiagnostik / -therapie:
  konventionelle Röntgendiagnostik / Computertomographie / Osteodensitometrie / Strahlentherapie / Nuklearmedizin
- Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- Ultraschalldiagnostik (48 Anwendungsbereiche)
- Vakuumbiopsie der Brust
- zytologische Untersuchungen von Abstrichen der Zervix uteri

PRAXISBEGEHUNGEN / HYGIENEPRÜFUNGEN

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind seit 2003 für Praxen vorgeschrieben, die Koloskopien durchführen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt hier unangemeldet zweimal im Jahr durch ein von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Treten wiederholt Mängel auf, kann dies zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung führen. Nach anfänglich deutlich höheren Beanstandungsquoten haben sich die Wiederholungsprüfungen seit Jahren in einem Bereich von drei bis vier Prozent stabilisiert.

Praxisbegehungen (meist im Rahmen der Genehmigungserteilung) können beispielsweise in Praxen stattfinden, in denen ambulant operiert wird und die dafür besondere bauliche Strukturen aufweisen müssen.

EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den bundesweit geltenden Vereinbarungen und Richtlinien und nach Maßgabe eigener regionaler Beschlüsse anhand von Stichproben die Qualität von Leistungen im Einzelfall. Dabei ist im Wesentlichen zwischen Prüfungen zu Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V und zu Richtlinien nach § 136 Abs. 2 SGB V zu unterscheiden.

In den Leistungsbereichen

- Arthroskopie,
- konventionelle Röntgendiagnostik,
- Computertomographie und
- Magnetresonanz- / Kernspintomographie
- Neuropsychologische Therapie

werden nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung bundesweit von mindestens vier Prozent aller abrechnenden Ärzte jeweils zwölf Dokumentationen geprüft. Dieser Mindestprüfumfang wird in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich überschritten. Darüber hinaus wurden auf Grundlage regionaler Vereinbarungen 2013 zusätzliche Stichprobenprüfungen in den folgenden Bereichen durchgeführt:

- ambulantes Operieren,
- Herzschrittmacher-Kontrolle,
- interventionelle Radiologie,
- Langzeit-EKG-Untersuchungen,
- Magnetresonanz-Angiographie,
- Onkologie,
- schlafbezogene Atmungsstörungen,
- substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nuklearmedizin,
- Ultraschalldiagnostik.

Auch diese Prüfungen finden nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung statt. Die Ergebnisse dieser obligaten und fakultativen Prüfungen sind von der KBV jährlich an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln und werden hier auf den Seiten der Leistungsbereiche und auf den Seiten 60 und 61 dargestellt. Für die Dialyse gilt eine gesonderte Qualitätssicherungs-Richtlinie, nach der eine Vollerhebung stattfindet. Auch diese Ergebnisse werden – unter Einbindung eines externen Datenanalysten – an den Gemeinsamen Bundesauschuss berichtet.

Weitere Dokumentationsprüfungen, in der Hauptsache nach Vereinbarungen zu § 135 Abs. 2 SGB V aber auch nach § 135 Abs. 1 und anderen, finden regelhaft in den folgenden Bereichen statt:

- Akupunktur,
- Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren,
- Histopathologie im Hautkrebs-Screening,
- HIV-Infektionen /Aids-Erkrankungen,
- Hörgeräteverordnung (Jugendliche / Erwachsene – Kinder),
- intravitreale Medikamenteneingabe,
- Kapselendoskopie des Dünndarms,
- Koloskopie,
- Magnetresonanz-Angiographie,
- Onkologie,
- phototherapeutische Keratektomie,
- Mammographie (kurativ – Screening),
- Molekulargenetik,
- Schmerztherapie,
- Sozialpsychiatrie,
- Ultraschalldiagnostik,
- Ultraschalldiagnostik – Säuglingshüfte,
- substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Vakuumbiopsie,
- Zytologie.

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION

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 zurückgemeldet. 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 (DMP). Für alle DMP hat die KBV den Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu leicht zu handhabende Softwaretools zur Erstellung dieser Berichte zur Verfügung gestellt. Die Dialyseberichte erstellt ein externer Dienstleister zentral. Darüber hinaus erhalten koloskopierende Ärzte jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen aus Früherkennungsuntersuchungen durch das von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung.

Sukzessive werden zu weiteren Leistungsbereichen Rückmeldeberichte bereitgestellt. Hierzu werden zur Sicherung und weiteren Förderung der hohen Qualität in der ambulanten Versorgung Daten zu bestimmten Qualitätsparametern von den Vertragsärzten behandlungsfallbezogen elektronisch dokumentiert und an die Kassenärztliche Vereinigung oder eine von ihr beauftragte Stelle übermittelt. Auf Basis dieser Angaben werden unter anderem Rückmeldeberichte erstellt, die von den Ärzten zur praxisinternen Qualitätssicherung genutzt werden können.

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, zum Beispiel die Schmerztherapievereinbarung, die HIV / Aids- oder die Mammographievereinbarung schreiben Fortbildungen vor. In der Schmerztherapie sogar mittels Konferenzen, in denen persönlich Patienten vorgestellt werden.

Daneben ist seit dem Jahr 2004 für alle Ärzte und Psychotherapeuten der Nachweis einer regelmäßigen Fortbildung gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtend. Er muss alle fünf Jahre, erstmalig im Jahre 2009, durch ein entsprechendes Fortbildungszertifikat der Ärztekammern erbracht werden.

Ein fachlicher Austausch zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten kann interdisziplinär oder fachübergreifend, zum Beispiel im Rahmen von Qualitätszirkeln, erfolgen. Mit Unterstützung eines Moderators können die Teilnehmer in gleichberechtigter Diskussion ihr eigenes Handeln kritisch hinterfragen und Alternativen beraten. Die Kassenärztliche Vereinigung unterstützt ihre Mitglieder hierbei vielfältig, beispielsweise durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten, organisatorische und administrative Hilfen sowie durch Moderatorentrainings und Tutoren.

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAXIS

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurden alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, in den kommenden Jahren ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Hierzu hat die KBV mit ihrem System QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® ein Konzept von Praxen für Praxen entwickelt. Es erlaubt allen Vertragsärzten und -psychotherapeuten unter optimalem Zeit- und sonstigem Ressourceneinsatz für ihre Praxis ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen.

Dimensionen der Qualitätssicherung

Seit der grundlegenden Veröffentlichung zur Qualitätsbeurteilung ärztlicher Leistungen durch den Forscher und späteren Professor für Public Health Avedis Donabedian im Jahr 1966 gilt die Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als notwendige Differenzierung. Dies sind damit zentrale Dimensionen der Qualität medizinischer Versorgung.

Dieses Modell ist auch heute noch Grundlage aller Definitionen, wird aber je nach Kontext um verschiedene Dimensionen erweitert. So beschreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Qualität in den sechs Dimensionen:

- Effektivität im Sinne einer evidenzbasierten Versorgung und einer Verbesserung des Gesundheitszustands (Outcome) des Patienten oder der Bevölkerungsgruppe,
- Effizienz als Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen,
- Zugänglichkeit als geographisch und zeitlich angemessene Versorgungsstruktur,
- Patientenorientierung als Berücksichtigung der Ansprüche und Präferenzen des Patienten,
- Gerechtigkeit im Sinne der Gleichheit der Versorgung für alle,
- Patientensicherheit durch das Minimieren von Risiken.

Dabei ist zu beachten, dass die Dimensionen Zugänglichkeit und Gerechtigkeit für den Patienten zwar wichtig, vom niedergelassenen Arzt im Rahmen der Versorgung aber nicht beeinflussbar sind. In ähnlicher Weise wie die WHO unterscheidet die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zwischen diesen Dimensionen sowie der zusätzlichen Dimension Kosten. Allerdings werden zur Versorgungsqualität im engeren Sinne nur die drei Kerndimensionen Effektivität, Patientenorientierung und Patientensicherheit gezählt. Auch der Commonwealth Fund verwendet diese Dimensionen, fügt allerdings als vierte Kerndimension die Koordination der Versorgung im Sinne einer angemessenen Behandlung und Verlaufskontrolle hinzu.

Diese drei Ebenen von Qualität beeinflussen sich gegenseitig. Das gewünschte Behandlungsergebnis (Ergebnisqualität) wird nur erreicht, wenn die entsprechenden Voraussetzungen (Strukturqualität) gegeben sind und auch der gesamte Behandlungsprozess (Prozessqualität) darauf abzielt. Der größte Anteil der Qualitätskontrollen der Kassenärztlichen Vereinigungen entfällt auf die Strukturqualität dieser Leistungen, denn hier sind die geeigneten Prüfparameter gut zu bestimmen. Zunehmend werden prozess- und ergebnisorientierte Verfahren integriert.

STRUKTURQUALITÄT

Dieser Begriff kennzeichnet die Eigenschaften und Merkmale des Arztes, des Praxispersonals, der Praxiseinrichtung und -ausstattung. Darunter fallen die Aus- und Weiterbildung (fachliche Qualifikation) des Arztes / Psychotherapeuten und des weiteren medizinischen Personals, vorhandene Gerätschaften und bauliche Voraussetzungen. Auch die Organisation innerhalb des Praxisbetriebes kennzeichnet die Strukturqualität.

- Aus- und Weiterbildung des Arztes
- Anzahl und Qualifikation der Praxismitarbeiter
- Praxisräumlichkeiten
- Technische Ausstattung der Praxis (z. B. Ultraschallgerät)
- Erreichbarkeit der Praxis

PROZESSQUALITÄT

Dieser Schritt beschreibt, wie die praxisinternen Abläufe funktionieren. Wie organisiert die Praxis beispielsweise die Terminvergabe? Wie erbringt der Arzt diagnostische und therapeutische Maßnahmen innerhalb des Versorgungsprozesses?

- Indikationsstellung
- Gesprächsführung mit Patienten
- Diagnostik und Therapie
- Befundung von Röntgenbildern
- Zusammmenarbeit mit Kollegen und Praxismitarbeitern

ERGEBNISQUALITÄT

Dieser Begriff sagt aus, ob und inwieweit gesteckte Qualitätsziele erreicht wurden. Bei der Betrachtung eines Diagnoseverfahrens kann Ergebnisqualität beispielsweise eine gute Röntgenaufnahme betreffen. Hat ein standardisiertes Diagnoseverfahren zu besseren Ergebnissen geführt? Geht es um therapeutische Leistungen, so ist der Gesundheitszustand des Patienten Indikator für die Ergebnisqualität. Ist die gewünschte Verbesserung des Gesundheitszustandes beim Patienten eingetreten? Ist der Patient selbst zufrieden mit dem Ergebnis der ärztlichen Behandlung?

- Sensitivität und Spezifität einer Röntgenuntersuchung
- Messwert (z. B. Blutdruck, Labor)
- Patientenzufriedenheit
- Besserung oder Heilung von einer Erkrankung
- Morbidität, Mortalität

Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung

ZENTRALE PARAGRAPHEN DES SGB V

ZUSTÄNDIGKEIT UND ORGANISATION

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure. Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen:

- dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern (zum Beispiel bei der Eichordnung und Röntgenverordnung),
- der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss,
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen).

Der Vertragsarzt muss in seiner Tätigkeit die Richtlinien und Vorgaben aller drei Akteure beachten. Dies bedeutet umgekehrt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht sämtliche den Vertragsarzt betreffende Qualitätsnormen vorgeben beziehungsweise deren Einhaltung überwachen, sondern nur die spezifisch vertraglichen Normen, die die gemeinsame Selbstverwaltung oder die ärztliche Selbstverwaltung vorgeben. Hierfür sind drei Rechtsquellen maßgebend:

- das Vertragsarztrecht (SGB V sowie abgeleitete Normen, zum Beispiel Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses),
- staatliche Normen (zum Beispiel Röntgenverordnung, Medizinprodukte-Betreiberverordnung, Infektionsschutzgesetz),
- das Berufsrecht (zum Beispiel Berufsordnung, Weiterbildungsordnung).

NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Die gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bildet das SGB V. Daneben hat der Vertragsarzt noch weitere Gesetze beziehungsweise Verordnungen zu beachten, die insbesondere Strukturqualitätsfragen regeln. Zu den grundlegenden Paragraphen des SGB V zählen:

§ 70 QUALITÄT, HUMANITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT

Dieser Paragraph gilt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung. Neben Wirtschaftlichkeit und Humanität sieht er auch die Verpflichtung zu einer qualitativ gesicherten Versorgung vor.

§ 75 INHALT UND UMFANG DER SICHERSTELLUNG

Die Sicherung und Förderung 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 der Arbeitsergebnisse zu wahren und gegebenenfalls 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 KBV gemäß § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung.

§ 91 GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und wird von der KBV, der KZBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband gebildet. Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem GKV-Spitzenverband benannten Mitgliedern. Bei Beschlüssen, die nicht alle Leistungssektoren betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation benannt worden sind.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patienten geschaffen. § 140f Abs. 2 SGB V regelt, dass den Interessenvertretungen der Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird.

Spätestens seit dem 1. September 2012 sind die infolge der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrats in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar darzustellen. Zur Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Abs. 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrats anzuwenden.

§ 92 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Darunter fallen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 auch die Richtlinien zur Qualitätssicherung. Diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen.

§ 135 BEWERTUNG VON UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

Nach § 135 Abs. 1 SGB V dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu Richtlinien erlassen hat. Diese Richtlinien müssen Empfehlungen enthalten:

- zur Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode,
- zur notwendigen Qualifikation der Ärzte,
- zu den apparativen Anforderungen,
- zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Sollte die Überprüfung der oben genannten Kriterien ergeben, dass diese nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden.

Nach § 135 Abs. 2 SGB V können die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

- besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes,
- besondere Praxisausstattung oder
- anderer Anforderungen an die Versorgungsqualität bedürfen,

einheitlich entsprechende Voraussetzungen im Rahmen von Qualitätssicherungsvereinbarungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen für Vertragsärzte vereinbaren. Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen in die Beratungen der Vertragspartner einzubeziehen. Zur Erhöhung der Transparenz sind zukünftig auch die entscheidungserheblichen Gründe im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekanntzumachen.

§ 135a VERPFLICHTUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

§ 136 FÖRDERUNG DER QUALITÄT DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Deren Ziele und Ergebnisse müssen die Organisationen dokumentieren und jährlich veröffentlichen. Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in allen Kassenärztlichen Vereinigungen Standard. Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen, in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig.

Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen zu entwickeln. Dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu berücksichtigen.

Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden.

§ 137 RICHTLINIEN UND BESCHLÜSSE ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

- die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 3 Satz 3 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

Die Richtlinien sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden.

§ 137a INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.

Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Instituts ist.

Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebots der Datensparsamkeit zu entwickeln,
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach § 137a Abs. 3 Satz 3 einzubeziehen,
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
- für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen,
- Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln.

§ 137b FÖRDERUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER MEDIZIN

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

- den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen,
- den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen,
- eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten,
- Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen orientierte Qualitätssicherung einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten,
- regelmäßige Berichte zum Stand der Qualitätssicherung zu erstellen.

§ 137f STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für welche strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- sektorübergreifender Behandlungsbedarf,
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten,
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

§ 139a INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zum 1. April 2004 ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet. Es ist zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen, insbesondere auf folgenden Gebieten, tätig:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
- Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln,
- Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung.

Glossar

A

AKKREDITIERUNG:

Formelle Anerkennung der Kompetenz einer Organisation oder Person, bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen, durch eine dazu legitimierte Institution. Im Kontext der Qualitätssicherung entspricht dies der Erteilung von Genehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

AQUIK® – AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN:

Indikatorenset von 48 sowohl fachgruppenübergreifenden als auch fachgruppenspezifischen Indikatoren für die ambulante Versorgung.

AUDIT:

Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit bestimmte Kriterien erfüllt sind. Im Kontext des Qualitätsmanagements ist das Audit ein durch eine externe (unabhängige) Stelle erfolgendes Begutachtungsverfahren von Organisationen bezüglich der Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagement-Systems. Im Kontext der Qualitätssicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gehören hierzu unter anderem (optionale) Praxisbegehungen als Standardmaßnahmen fast aller Qualitätssicherungsvereinbarungen.

B

BEHANDLUNGSPFAD:

Steuerungsinstrument, das den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge festlegt. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung.

BENCHMARKING:

Konzept zum Vergleich bestimmter Kennzahlen mit dem Besten der jeweiligen Klasse. Ansatzpunkte für Benchmarking können Prozesse, Systeme, Produkte und Dienstleistungen bezüglich Kosten, Qualität, Zeit, Patientenzufriedenheit und dergleichen sein. Ein Beispiel dafür ist die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse.

C

CASE MANAGEMENT:

Leitliniengestützte, sektorenübergreifende und durch Fachkräfte unterstützte Versorgungsform, die sich auf individuelle Patienten oder kleine Patientengruppen bezieht und eine Verbesserung der Versorgung zum Ziel hat.

D

DIN:

Deutsches Institut für Normung. Das Institut ist die nationale Normungsorganisation der Bundesrepublik Deutschland.

DIN EN ISO 9000 FF.:

Diese internationale, erstmals Ende der Achtzigerjahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen). DIN EN ISO 9000:2005 definiert Grundlagen und Begriffe. DIN EN ISO 9001:2008 legt Anforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung. DIN EN ISO 9004:2009 stellt einen Leitfaden zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen und einer durchgängigen Leistungsverbesserung in der Organisation dar. Vorgaben zur Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung gehören nicht zum Inhalt der Normen. Die Qualität des Produkts beziehungsweise der Dienstleistung sowie die zur Zielerreichung erforderlichen Unternehmensprozesse legt das zu zertifizierende Unternehmen fest. Akkreditierte Zertifizierungsstellen überprüfen im Rahmen einer Zertifizierung durch besonders geschulte Auditoren, ob die in DIN EN ISO 9001:2008 festgelegten Standards nachgewiesen werden können beziehungsweise ob in den folgenden Überwachungs- beziehungsweise Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME (DMP):

Sektorenübergreifende Versorgungsform, die sich an Patientenpopulationen mit speziellen Risikokonstellationen richtet, deren Versorgung potenziell verbessert werden kann. Durch den Einsatz evidenzbasierter Leitlinien sowie durch die Eigeninitiative von Patienten soll eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses erreicht werden.

E

EFFEKTIVITÄT:

Wirksamkeit, also das Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden. Eine Maßnahme ist effektiv, wenn sie geeignet ist, das formulierte Ziel zu erreichen.

EFFIZIENZ:

Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen. Eine Maßnahme ist effizient, wenn eine vorgegebene Wirkung mit geringst möglichem Ressourceneinsatz erreicht oder alternativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert wird. Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.

EINHEITLICHER BEWERTUNGSMASSSTAB (EBM):

Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss beschlossen, der sich paritätisch aus Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der KBV zusammensetzt. Aufsichtsbehörde ist das Bundesministerium für Gesundheit.

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Entsprechend den jeweiligen Regelungen werden Unterlagen für eine Überprüfung zufällig ausgewählt. Das heißt, die Kassenärztlichen Vereinigungen wählen von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung 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. Es gibt zwei wesentliche Gütekriterien von Stichproben: die Repräsentativität und die Präzision, mit der auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn alle Elemente der Grundgesamtheit die gleiche Chance besitzen, in die Stichprobe zu gelangen. Die Präzision einer Aussage aufgrund einer Stichprobenuntersuchung ist abhängig von der Stichprobengröße. Je größer eine Stichprobe, desto genauer ist das Ergebnis auf die Grundgesamtheit übertragbar, eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht. Bei der Wahl des Stichprobenverfahrens 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. Gleichermaßen wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung des Einzelfalls müssen die Bestehenskriterien der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

EN:

Europäische Norm

ERGEBNISQUALITÄT:

siehe Qualitätsdimensionen

EVALUATION:

Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (zum Beispiel Auswirkungen auf die Patientenversorgung, auf das Wohlbefinden von Patient und Arzt, auf das ärztliche Selbstverständnis) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien.

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (EBM):

EbM ist die Synthese von individueller klinischer Expertise und der bestmöglichen externen Evidenz systematischer Forschung unter Einbeziehung von Patientenpräferenzen. Sie umfasst die Formulierung einer konkreten, beantwortbaren Fragestellung, die Suche nach der relevanten Evidenz in der klinischen Literatur, den Einsatz wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studien und der Größe des beobachteten Effekts, die individuelle Anwendung dieser Evidenz auf die konkreten Patienten unter Berücksichtigung der eigenen klinischen Erfahrung und die anschließende Bewertung.

FEEDBACK:

F

Die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Teil eines Regelkreises. Es hat deutlichen Einfluss auf das künftige Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung in der Zytologievereinbarung, der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme.

FORTBILDUNG:

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten unterliegen den Anforderungen ihrer Berufskammern, die unter anderem die regelmäßige Fortbildung als eine Säule der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Berufsausübung vorsehen. Diese Anforderungen sind fester Bestandteil der Berufsordnung für Ärzte und Psychotherapeuten. Darüber hinaus müssen sie gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren 250 Fortbildungseinheiten in verschiedenen Kategorien absolviert haben. Erstmalig war dies nach Ablauf einer Fünfjahresfrist im Sommer 2009 der Fall.

FREQUENZREGELUNGEN:

Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und / oder manueller Fertigkeit erfordert, kann ein wesentlicher Qualitätsfaktor sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden Mindestmengen unter anderem für Leistungen der invasiven Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter) und für Koloskopien festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Da mit der Festlegung einer Frequenz versucht wird, Erfahrungswissen zu operationalisieren, können die Grenzwerte oft nicht nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin eindeutig festgelegt werden, sondern sind konsensusgestützte Werte.

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (G-BA): G

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

GENEHMIGUNGSPFLICHT:

Die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist für eine Vielzahl von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen Voraussetzung für deren Durchführung und Abrechnung am gesetzlich versicherten Patienten. Der Arzt beziehungsweise Psychotherapeut muss beispielsweise anhand von Zeugnissen, Fortbildungs- und Weiterbildungsbescheinigungen oder Bestätigungen nachweisen, dass er die in der jeweiligen Vereinbarung oder Richtlinie festgelegte fachliche Befähigung sowie die organisatorischen, räumlichen, apparativ-technischen sowie hygienischen Voraussetzungen erfüllt.

GKV-SPITZENVERBAND:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und gestaltet als Verhandlungspartner, beispielsweise in Verhandlungen mit der KBV und als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG: H

Bei der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V verpflichten sich gesetzlich Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Der Hausarzt steuert den gesamten Behandlungsprozess der bei ihm eingeschriebenen Patienten.

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA):

Evaluation eines medizinischen Verfahrens hinsichtlich des Nachweises seiner Sicherheit, absoluten Wirksamkeit, Kosten, Kosteneffektivität, Akzeptanz und juristischen sowie ethischen Implikationen, sowohl in absoluter Betrachtung als auch im Vergleich zu anderen damit konkurrierenden Verfahren. HTA ist eines der wichtigsten Instrumente der evidenzbasier-ten Medizin.

HYGIENEPRÜFUNGEN:

Regelmäßige Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen sind Teil der Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie. Die Überprüfung der Hygiene bei Darmspiegelungen erfolgt zweimal im Jahr unangemeldet durch ein von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung des Arztes widerrufen.

INTEGRIERTE VERSORGUNG: I

Form der sektorenübergreifenden Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V, die als Bestandteil der Gesundheitsreform 2000 die Kooperation von ambulantem und stationärem Sektor unter risikoadjustierter Ausgliederung von Teilbudgets, direkten Verträgen mit den Kostenträgern und der Möglichkeit von Prämienermäßigungen der eingeschriebenen Patienten beabsichtigt.

ISO:

Internationale Standardisierungsorganisation. Deutsches Mitglied ist das Deutsche Institut für Normung e. V. (DIN).

KOLLEKTIVVERTRAG: K

Die KBV oder regional die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit dem GKV-Spitzenverband oder Krankenkassen Verträge, um die ambulante Versorgung von gesetzlich Versicherten sicherzustellen. Der Bundesmantelvertrag ist ein Beispiel für einen Kollektivvertrag auf Bundesebene, in denen die Einzelheiten der Organisation der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt sind. Auf Landesebene können Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen unter anderem die Höhe der Gesamtvergütung für spezielle vertragsärztliche Leistungen vereinbaren. Die Teilnahme am Kollektivvertrag ist für den Leistungserbringer verpflichtend. Die Abrechnung erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

KOLLOQUIEN:

Maßnahme der Qualitätssicherung, die in der Umsetzung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Richtlinien und Vereinbarungen in der Hauptsache als Instrument zur Beratung und gegebenenfalls Prüfung vorgesehen ist.

KTQ®:

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Ein 1997 zunächst von der Bundesärztekammer und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen initiiertes, später unter Mitwirkung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und aller gesetzlichen Krankenkassen entwickeltes Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, Arztpraxen, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Hospize und Rettungsdienste.

LEITLINIEN: L

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

M

MEDIZINPRODUKTE-GESETZ (MPG):

Deutsche Rechtsnorm, die drei EU-Richtlinien, die den Bereich der Medizinprodukte betreffen, verbindlich in nationales Recht umsetzt. Mit dem MPG sind die EU-Richtlinien für aktive implantierbare Geräte, für Medikalprodukte und In-vitro-Diagnostika in nationales Recht verbindlich überführt.

MEDIZINPRODUKTE-BETREIBERVERORDNUNG (MPBETREIBV):

Verordnung auf der Basis des Medizinproduktegesetzes, die Einzelheiten der Anwendung von Medizinprodukten regelt.

N

NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIEN:

Nationale Versorgungsleitlinien sind ärztliche Entscheidungshilfen für die strukturierte medizinische sektorenübergreifende Versorgung auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz. Das deutsche Programm für nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) ist eine gemeinsame Initiative der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der KBV.

NUTZEN:

Wertbegriff, der entsprechend dem jeweiligen Messmodell objektiv (Kosten-Nutzen-Analyse: Geldeinheiten) oder subjektiv (Nutzwertanalyse: subjektive Nutzwerte) definiert ist.

P

PLAUSIBILITÄTS-KONTROLLE:

Überprüfung von Ergebnissen im Kontext anderer verfügbarer Angaben aus parallel oder schon früher erstellten Befunden (Befundmusterkontrolle, Trendkontrolle) sowie anhand von Grenzwerttabellen oder nach empirischen Regeln (Extremwertkontrolle, Regelprüfung). Die jeweiligen Entscheidungsgrenzen können nach sachlogischen Gesichtspunkten vorgegeben oder mit Hilfe explorativer Datenanalysen statistisch ermittelt werden. Plausibilitätskontrollen werden außerdem von den Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich bei mindestens zwei Prozent aller Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten hinsichtlich ihrer Honorarabrechnungen und Zeitprofile durchgeführt.

PRAXISBEGEHUNGEN:

Regelmäßige Praxisbegehungen und damit verbundene Hygiene-Prüfungen sind in der vertragsärztlichen Versorgung in den Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie vorgeschrieben. Darüber hinaus gehören optionale Praxisbegehungen zu den Standardmaßnahmen der Qualitätssicherung und sind in fast allen Vereinbarungen vorgesehen. Sie dienen der Kontrolle, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den jeweiligen Anforderungen genügt.

PROZESSQUALITÄT:

siehe Qualitätsdimensionen

Q

QUALITÄT:

Nach der DIN EN ISO 9000:2005 wird Qualität als „die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen" definiert. Diese abstrakte Definition wurde von Prof. Wilhelm van Eimeren konkretisiert als „das Verhältnis vom Machbaren bezogen auf das Erwünschte". Letztendlich geht es also bei der Qualitätssicherung darum, den Ist-Zustand mit einem zuvor definierten Soll-Zustand anhand geeigneter Messgrößen zu vergleichen. Anders ausgedrückt: Die Konformität mit den zuvor festgelegten Merkmalen ist nach Prof. Avedis Donabedian zu überprüfen. Wie dieser Soll-Zustand als Ausdruck der „guten Qualität" in der Gesundheitsversorgung näher zu definieren ist, mag dabei allerdings je nach Blickwinkel von verschiedenen Akteuren unterschiedlich bewertet werden.

QUALITÄTSDIMENSIONEN:

Grad, in dem (je) ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur, der Prozesse beziehungsweise des (Behandlungs-)Ergebnisses Anforderungen erfüllt. Die international gebräuchliche Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als „Ebenen der Qualitätsbeobachtung und -beurteilung im Gesundheitswesen" geht auf Avedis Donabedian zurück. Demnach unterscheiden sich die drei Dimensionen wie folgt:

- Strukturqualität umfasst die Rahmenbedingungen, das Umfeld für die medizinische Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, organisatorische und finanzielle Gegebenheiten einschließlich der Zugangsmöglichkeiten für die Patienten;
- Prozessqualität meint alle medizinischen / pflegerischen / therapeutischen Tätigkeiten, die zwischen Anbietern und Verbrauchern von Gesundheitsleistungen ablaufen;
- Ergebnisqualität beschreibt die dem medizinischen / pflegerischen / therapeutischen Handeln zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patienten einschließlich der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen. Siehe auch Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

QUALITÄTSINDIKATOR: Q

Quantitatives oder qualitatives Maß, welches die Qualität von Strukturen, Prozessen und / oder Ergebnissen zumeist durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbildet. Qualitätsindikatoren können einzelne Aspekte von Qualität transparent machen und damit auch Auffälligkeiten beziehungsweise potenzielle Qualitätsdefizite in die Aufmerksamkeit rücken. Sie können als Instrument zur Bewertung und zum Monitoring der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter beziehungsweise schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu werden anhand von Referenzwerten beziehungsweise Referenzbereichen Ausprägungen des Indikators definiert. Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen. Qualitätsindikatoren werden auch als qualitätsbezogene Kennzahlen beziehungsweise Qualitätskennzahlen bezeichnet.

QUALITÄTSMANAGEMENT:

Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, die üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung umfassen. Qualitätsmanagement umfasst demgemäß alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit und der Gesetzgebung.

QUALITÄTSSICHERUNG:

Unter Qualitätssicherung als Synonym für Qualitätszusicherung sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Versicherten und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen dahingehend schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt. In der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielte der Begriff Qualitätssicherung bisher eine zentrale Rolle für verschiedenste Aktivitäten. Traditionell wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter externer Qualitätssicherung werden insbesondere Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden. Dies ist für den ambulanten Bereich in der Hauptsache in den Disease-Management-Programmen umgesetzt. Insgesamt existiert eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

QUALITÄTSSICHERUNGSBEAUFTRAGTE:

Die Kassenärztliche Vereinigung beruft einen Qualitätssicherungsbeauftragten, der Ärzte in Fragen der Qualitätssicherung berät.

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN:

Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstandes mit einer professionellen Verwaltung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten dabei für die einzelnen Leistungsbereiche (zum Beispiel Radiologie oder Sonographie) Kommissionen ein, welche die Umsetzung der in den einzelnen Bereichen geltenden Richtlinien und Vereinbarungen unterstützen.

QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIEN DER KBV:

Die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V schaffen strukturelle Voraussetzungen durch eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, durch das Berufen eines Qualitätssicherungsbeauftragten in den Kassenärztlichen Vereinigungen, das Einrichten von Qualitätssicherungskommissionen und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Als Verfahren zur Qualitätssicherung werden Qualitätszirkel, Ringversuche, Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben) und Kolloquien eingesetzt.

QUALITÄTSZIRKEL:

Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gründende Foren für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmer eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat.

QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN – QEP®:

Ein von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen erarbeitetes modulares Konzept zur Implementierung eines Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Es ermöglicht niedergelassenen Ärzten, ein umfassendes Qualitätsmanagement auf der Basis eines Manuals einzuführen und es von einer Zertifizierungsstelle begutachten zu lassen.

RELIABILITÄT: R

Zuverlässigkeit. Gütekriterium, das die Messgenauigkeit eines Verfahrens angibt. Im Hinblick auf menschliche Messungen wird zusätzlich von Objektivität beziehungsweise Interbeobachterübereinstimmung gesprochen.

REZERTIFIZIERUNG:

Verfahren der Qualitätssicherung, bei dem sich Ärzte in regelmäßigen Abständen einer Prüfung unterziehen müssen. Umgesetzt ist dieses Verfahren in der Vereinbarung zur kurativen Mammographie. Alle zwei Jahre müssen sich mammographierende Ärzte einer sogenannten Selbstüber-

prüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht und kann er seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen.

RICHTLINIE:

Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsentierte, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

RINGVERSUCH:

Externe Qualitätskontrollmethode. Die Qualität von Analysemethoden wird anhand von zugesandten Kontrollmaterialien überprüft. Die Überwachung von Ringversuchen im Laborbereich der ambulanten Versorgung obliegt zum Teil den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die erfolgreiche Teilnahme an den vorgeschriebenen Ringversuchen ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Laborleistungen bei den gesetzlichen Krankenkassen.

STANDARD: S

Eine normative Vorgabe qualitativer und / oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen. Allgemein werden hierunter Begriffe wie Maßstab, Norm, Richtschnur, Leistungs- und Qualitätsniveau verstanden. Die Wertigkeit und damit die Verbindlichkeit eines Standards entsprechen dem einer Richtlinie. Aus juristischer Sicht ist ein medizinischer Standard das, was auf dem betreffenden Fachgebiet dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und in der medizinischen Praxis zur Behandlung der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist.

STRUKTURQUALITÄT:

siehe Qualitätsdimensionen

VALIDITÄT: V

Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium der Qualität einer empirischen Untersuchung. Zusammen mit den Kriterien der Reliabilität beziehungsweise der Objektivität können Aussagen zur Belastbarkeit einer wissenschaftlichen Feststellung getroffen werden.

VERSORGUNGSFORSCHUNG:

Systematische Erforschung der medizinischen Versorgung unter Verwendung der Perspektiven der Epidemiologie, der Institutionen (Qualitätsmanagement, Medizinische Soziologie), der Gesundheitssystemforschung (Public Health), der Gesundheitsökonomie und der klinischen Fächer. Sie bedient sich quantitativer, qualitativer, deskriptiver, analytischer und evaluativer Methoden. Sie dient der Neuentwicklung theoretisch oder empirisch fundierter Versorgungskonzepte beziehungsweise der Verbesserung bereits vorhandener Konzepte..

WIRKSAMKEIT: W

Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden.

ZERTIFIZIERUNG: Z

Verfahren, in dem ein (unparteiischer) Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren, eine Dienstleistung oder eine Organisation in ihrer Gesamtheit festgelegte Anforderungen erfüllt.

Modifizierter Auszug aus dem Glossar der GMDS zum Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer, der KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2007

Arztstruktur 2013

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten. Bundesarztregister, Stand 31. Dezember 2013

SCHWERPUNKT	SUMME	VERTRAGS-ÄRZTE	PARTNER-ÄRZTE	ANGESTELLTE ÄRZTE	ERMÄCHTI-GUNGEN
Allgemeinärzte	35.056	31.263	53	3.706	34
Praktische Ärzte / Ärzte	5.984	5.530	4	364	86
Anästhesisten	3.907	2.468	29	764	646
Augenärzte	5.858	4.606	31	1.091	130
Chirurgen	6.147	3.256	34	1.117	1.740
▪ Gefäßchirurgie	744	271	1	130	342
▪ Kinderchirurgie	53	24	0	4	25
▪ Plastische Chirurgie	148	101	1	12	34
▪ Thoraxchirurgie / Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	136	19	1	12	104
▪ Unfallchirurgie	2.691	1.549	18	406	718
▪ Visceralchirurgie	647	134	0	95	418
Frauenärzte	11.918	9.062	109	1.685	1.062
▪ Gynäkolosche Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	170	104	3	56	7
▪ Gynäkologische Onkologie	306	105	2	24	175
▪ Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	163	49	1	25	88
HNO-Ärzte	4.378	3.678	36	447	217
Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie	77	51	0	13	13
Hautärzte	3.800	3.052	54	572	122
Humangenetiker	242	86	0	148	8
Internisten *	25.183	18.624	191	4.123	2.245
▪ Hausärztlich tätige Internisten	13.412	11.381	22	2.009	0
▪ Fachärztlich tätige Internisten	9.526	7.243	169	2.114	0
▪ Angiologie	612	374	5	104	129
▪ Diabetologie / Endokrinologie (und Diabetologie)	495	246	6	138	105
▪ Gastroenterologie	2.103	1.109	42	372	580
▪ Geriatrie	9	6	0	2	1
▪ Hämatologie / Hämatologie und internistische Onkologie	1.364	734	11	362	257
▪ Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin	8	2	0	1	5
▪ Kardiologie	3.195	1.997	55	519	624
▪ Nephrologie	1.776	1.183	33	436	124
▪ Pneumologie / Lungen- und Bronchialheilkunde	1.323	895	9	203	216
▪ Rheumatologie	741	469	5	154	113

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ARZTSTRUKTUR 2013

SCHWERPUNKT	SUMME	VERTRAGS-ÄRZTE	PARTNER-ÄRZTE	ANGESTELLTE ÄRZTE	ERMÄCHTI-GUNGEN
Kinderärzte	7.284	5.353	84	1.020	827
▪ Infektiologie	2	0	0	1	1
▪ Kinderendokrinologie und -diabetologie	23	8	0	4	11
▪ Kindergastroenterologie	13	1	1	3	8
▪ Kinderhämatologie / Kinderonkologie	80	22	0	10	48
▪ Kinderkardiologie	341	215	1	30	95
▪ Kindernephrologie	19	9	0	2	8
▪ Kinderneuropsychiatrie	8	6	0	2	0
▪ Kinderpneumologie / Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	77	43	0	15	19
▪ Kinderrheumatologie	5	0	0	1	4
▪ Neonatologie	709	376	5	64	264
▪ Neuropädiatrie	366	176	0	32	158
▪ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	4.322	4.113	22	103	84
▪ Kinder- und Jugendpsychiater	1049	868	0	151	30
Laborärzte	1.166	288	0	843	35
▪ Mikrobiologie	1	0	0	1	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	1.187	1.055	0	90	42
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	5.758	4.201	47	945	565
▪ Forensische Psychiatrie	22	17	1	1	3
▪ Kinderneuropsychiatrie	13	9	0	3	1
Neurochirurgen	1.006	489	0	428	89
Nuklearmediziner	933	559	1	350	23
Orthopäden	6.510	4.953	82	962	513
▪ Rheumatologie	577	416	4	61	96
Pathologen	1.006	588	0	365	53
Neuropathologie	3	3	0	0	0
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	591	415	0	167	9
Ärztliche Psychotherapeuten	5.631	5.310	9	207	105
▪ Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	2.565	2.440	3	82	40
▪ Psychologische Psychotherapeuten	15.669	14.570	279	690	130
Radiologen	3.836	2.020	54	1.117	645
▪ Kinderradiologie	82	23	1	14	44
▪ Neuroradiologie	267	122	6	61	78
▪ Strahlentherapie	45	14	0	24	7
▪ Strahlentherapeuten	890	245	0	622	23
▪ Transfusionsmediziner	168	41	0	100	27
Urologen	3.156	2.554	38	312	252
Übrige Arztgruppen	16	1	0	5	10
SUMME	**162.651**	**129.248**	**1.157**	**22.494**	**9.752**

* Seit dem 31.12.2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

Abkürzungen

AD(H)S	Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom
agnes^{zwei}	arztentlastende medizinische Fachangestellte mit Spezialausbildung im Fallmanangement
Aids	acquired immunodeficiency syndrome (erworbenes Immunschwäche-Syndrom)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP	Vertrag zu Ambulanten Operationen und stationsersetzenden Leistungen im Krankenhaus
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AQUIK®	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data System
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
CIRS	Critical Incident Reporting System
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Atemwegserkrankung)
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eGFR	geschätzte Glomeruläre Filtrationsrate (estimated Glomerular Filtration Rate)
EKG	Elektrokardiographie
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HIV	human immunodeficiency virus (Humanes Immundefizienz-Virus)
IGES	Institut für Gesundheit und Sozialforschung
IKK	Innungskrankenkasse
ISO 9001	Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement-system der Internationalen Organisation für Normung (International Organization for Standardization)
IVM	intravitreale Medikamenteneingabe
k. A.	keine Angabe
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KHK	koronare Herzerkrankung
KM6	Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe
KPQM	Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDL	low density lipoprotein (Lipoprotein geringer Dichte, ein Protein zum Transport von Blutfetten)
LKK	landwirtschaftliche Krankenkassen
Lp(a)	spezielles Lipoprotein
MRA	Magnetresonanz-Angiographie
MRM	Magnetresonanz-Mammographie
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanz-Tomographie
n. e.	nicht ermittelbar
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
PCI	percutaneous coronary intervention (perkutane Koronarintervention)
PDT	photodynamische Therapie
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTK	phototherapeutische Keratektomie
PVS	Praxisverwaltungssoftware
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen
Qesü-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
Qu.no	Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	fünftes Sozialgesetzbuch
SPV	Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
sQS	sektorenübergreifende Qualitätssicherung
STIKO	ständige Impfkommission des RKI
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Abkürzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

BW	Baden-Württemberg
BE	Berlin
BY	Bayerns
BB	Brandenburg
HB	Bremen
HE	Hessen
HH	Hamburg
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NO	Nordrhein
RP	Rheinland-Pfalz
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
SH	Schleswig-Holstein
TH	Thüringen
WL	Westfalen-Lippe

Quellen

- Bundesministerium für Gesundheit. Amtliche Statistik KM6 Teil II 2008, 2009, 2010, 2011
- Bundesversicherungsanstalt. Tätigkeitsberichte 2006 und 2007
- The Commonwealth Fund. Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. 2010 Update. URL: http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2010/Jun/Mirror-Mirror-Update.aspx?page=all; Zugriff: 19.02.2013
- Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press 2006, New York NY
- Donabedian (1966), zitiert in Böcker, Petra: Qualitätsmanagement im Krankenhaus - Ein praxisorientierter Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen und Bewertungsverfahren. GRIN Verlag, Norderstedt 2005, S. 8
- Internetauftritte und Datenerhebungen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder
- Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework. OECD Health Working Papers No. 23; OECD 2006
- Lauerer M, Emmert M, Schöffski O. Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Schriften zur Gesundheitsökonomie 18; HERZ, Burgdorf 2011
- Pfandzelter R. Fortbildungsheft 11 der KBV 2014. Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung URL: http://www.kbv.de/media/sp/2014_11_20_Fortbildungsheft_11_webVersion.pdf; Zugriff: 02.12.2014
- Statistisches Bundesamt – Einwohnerzahlen auf Grundlage des Zensus 2011.
- WHO. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. WHO press 2006

ANSCHRIFTEN

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel. (030) 40 05 - 0
Fax (030) 40 05 - 15 90
www.kbv.de

KV BADEN-WÜRTTEMBERG
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Tel. (07 11) 78 75 - 0
Fax (07 11) 78 75 - 32 74
www.kvbawue.de

KV BAYERNS
Elsenheimerstraße 39
80687 München
Tel. (0 89) 5 70 93 - 0
Fax (0 89) 5 70 93 – 61 93 0
www.kvb.de

KV BERLIN
Masurenallee 6 A
14057 Berlin
Tel. (0 30) 3 10 03 - 0
Fax (0 30) 3 10 03 - 3 80
www.kvberlin.de

KV BRANDENBURG
Gregor-Mendel-Straße 10 / 11
14469 Potsdam
Tel. (03 31) 28 68 - 0
Fax (03 31) 28 68 - 1 75
www.kvbb.de

KV BREMEN
Schwachhauser Heerstr. 26 / 28
28209 Bremen
Tel. (04 21) 34 04 - 0
Fax (04 21) 34 04 - 1 09
www.kvhb.de

KV HAMBURG
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg
Tel. (0 40) 2 28 02 - 0
Fax (0 40) 2 28 02 - 4 20
www.kvhh.de

KV HESSEN
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt
Tel. (0 69) 7 95 02 - 0
Fax (0 69) 7 95 02 - 5 00
www.kvhessen.de

KV MECKLENBURG-VORPOMMERN
Neumühler Straße 22
19057 Schwerin
Tel. (03 85) 74 31 - 0
Fax (03 85) 74 31 - 2 22
www.kvmv.de

KV NIEDERSACHSEN
Berliner Allee 22
30175 Hannover
Tel. (05 11) 3 80 - 03
Fax (05 11) 3 80 - 34 91
www.kvn.de

KV NORDRHEIN
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel. (02 11) 59 70 - 0
Fax (02 11) 59 70 - 82 87
www.kvno.de

KV RHEINLAND-PFALZ
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Tel. (0 61 31) 3 26 - 3 26
Fax (0 61 31) 3 26 - 43 27
www.kv-rlp.de

KV SAARLAND
Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken
Tel. (06 81) 99 83 - 70
Fax (06 81) 99 83 - 71 40
www.kvsaarland.de

KV SACHSEN
Schützenhöhe 12
01099 Dresden
Tel. (03 51) 82 90 - 50
Fax (03 51) 82 90 - 5 63
www.kvs-sachsen.de

KV SACHSEN-ANHALT
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Tel. (03 91) 6 27 - 60 00
Fax (03 91) 6 27 - 89 99
www.kvsa.de

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
Tel. (0 45 51) 8 83 - 0
www.kvsh.de

KV THÜRINGEN
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Tel. (0 36 43) 5 59 - 0
Fax (0 36 43) 5 59 - 1 91
www.kvt.de

KV WESTFALEN-LIPPE
Robert-Schimrigk-Straße 4-6
44141 Dortmund
Tel. (02 31) 94 32 - 0
Fax (02 31) 94 32 - 55 55
www.kvwl.de

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in diesem Bericht immer die männliche Form der Berufsbezeichnung gewählt. Selbstverständlich ist hiermit auch die Ärztin beziehungsweise Psychotherapeutin gemeint.

IMPRESSUM

HERAUSGEBER:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Dr. habil. Rupert Pfandzelter (v.i.S.d.P.)

ANFRAGEN AN:
Tel.: (030) 40 05 - 12 40
Fax: (030) 40 05 - 27 12 40
E-Mail: uwuelfing@kbv.de

REDAKTION:
Ute Wülfing, Karin Artz, Dr. Andreas Dahm, Dr. Franziska Diel
Marscha Edmonds, Katja Heinze, Dr. Ludwig Hofmann, Dr. Susanne
Kleudgen, Dr. Izabela Kolankowska, Frank Michel, Hannes Munz
Dr. Rupert Pfandzelter, Ingrid Quasdorf, Claude Reichelt, Kathrin Schenker,
Dr. Roland Stahl, Ulrike Schmitt, Dr. Henning Thole, Dr. Andreas Walter,
Eva Wegner, Kassenärztliche Vereinigungen, Kooperationsgemeinschaft
Mammographie, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Zentral-
institut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

GESTALTUNG:
31grad branddesign, Kerstin Berger & Ina Kerkhoff

FOTOS:
axentis.de: Georg Lopata // Bilddatenbank des Berufsverbandes der
Augenärzte // Kerstin Berger // Kaya Erdem // Katrin Hammer // hi studios //
Klinikum Ernst v. Bergemann // Otto Hillebrand // Robert Kühlmann //
Matthias Krüger // KV Bayerns // Dr. Katrin Marquardt / Christof Rieken /
Michael Timm // Mirko Tzotschew // Corbis: Fancy / Veer //
doc+stock: BSIP // fotolia: Engine Images / kreativwerden / mankale /
Monkey Business / Sven Bähren / picsfive / Alfred Wekelo //
iStock.com: bluecinema / Brainsil / choja / fluxfoto / fotostorm / jas /
Alexander Raths / Simmi Simons / skynesher / spark067 / TommL / zilli //
photothek.net: Thomas Koe // wikimedia / wikipedia: Eric Erbe

DRUCK:
Druckerei Conrad GmbH

COPYRIGHT:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezember 2014

www.kbv.de