



Qualitätsbericht

Ausgabe 2015 · Berichtsjahr 2014

Grußwort



Dr. Andreas Gassen Vorsitzender des Vorstands der KBV



Dipl.-Med. Regina Feldmann Vorstand der KBV

SEHR GEEHRTE DAMEN, SEHR GEEHRTE HERREN,

337.600 – eine beeindruckende Zahl. Sie steht für die Anzahl der Genehmigungen, für die niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätsnachweise erbracht haben, um bestimmte qualitätsgesicherte Leistungen im Jahr 2014 erbringen zu dürfen. Sie haben damit ihre besondere Qualifikation und weitere Qualitätsanforderungen zur apparativen und räumlichen Ausstattung ihrer Praxen nachgewiesen. Insgesamt gibt es Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien für fast 50 Leistungsbereiche von Arthroskopie bis Zervix-Zytologie. Auch nach Erhalt einer Genehmigung steht die medizinische Leistung in vielen Bereichen weiterhin auf dem Prüfstand. So haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 2014 insgesamt über 140.000 Patientendokumentationen von 14.000 Ärzten nach bestimmten qualitätsrelevanten Kriterien geprüft, eventuell festgestellte Mängel zurückgemeldet und je nach Notwendigkeit qualitätsfördernde Maßnahmen eingeleitet.

Möglich machen diesen erheblichen Aufwand die Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort mit ihren Qualitätssicherungs-Kommissionen. Doch trotz ständig optimierter Prozesse stoßen sie an ihre Kapazitätsgrenzen. Denn Jahr für Jahr kommen weitere Regelungen zur Qualitätssicherung hinzu. Die KBV setzt sich ausdrücklich dafür ein, für die Ärzte bürokratiearme und für die Kassenärztlichen Vereinigungen aufwandsarme Qualitätssicherungs-Regelungen zu schaffen. Neben der Verschlankung von administrativen Prozessen gehört dazu ganz besonders auch eine stärker zielgerichtete Qualitätssicherung. Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen idealerweise genau dort greifen, wo sie auch erforderlich sind. Umgekehrt sollen dort, wo nachweislich ein hohes Qualitätsniveau besteht, engmaschige Kontrollen verzichtbar werden.

Liebe Leserin, lieber Leser, Sie sehen, auch Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien unterliegen einem kontinuierlichen Anpassungsprozess, der dem im Qualitätsmanagement etablierten PDCA-Zyklus entspricht. Durch diese Dynamik wird eine Weiterentwicklung von Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien gewährleistet. Die Zielausrichtung der Qualitätssichtungs-Maßnahmen dient der Akzeptanz der Ärzte, aber vor allem der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Inhaltsverzeichnis

1 AKTUELLES

| 2 |

QUALITÄTSFÖRDERUNG A-Z

Qualitätsprüfungen – Maßnahmen und Konsequenzen	7	Akupunktur	41
·	•	Ambulantes Operieren	43
Aktualisierung der Qualitätssicherungsvereinbarung Magnetresonanz-Angiographie	9	Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	44
Münchner Nomenklatur III für die gynäkologische Zytodiagnostik der Zervix	10	Arthroskopie	46
Qualitätsprüfungen im Einzelfall –		Balneophototherapie	48
Prüfergebnisse 2008 bis 2014	12	Blutreinigungsverfahren/Dialyse	49
Qualitätssicherung in der Dialyse: Beim Längsschnitt angekommen	14	Disease-Management-Programme	51
Regionale Qualitätsinitiativen:	16	VertragsumfangBrustkrebs – Qualitätszielerreichung 2013	
KV Baden-Württemberg	17	Brustkrebs – Verteilung der pT-Tumorstadien 2013	
■ KV Bayerns	18	Fakultative Stichprobenprüfungen nach	
KV Berlin	19	§ 136 Abs. 2 SGB V	57
KV Brandenburg	20	Ambulantes Operieren, Herzschrittmacher-	
KV Bremen	21	Kontrolle, interventionelle Radiologie, Langzeit-	
KV Hamburg	22	EKG-Untersuchungen, Magnetresonanz-Angiographie	€,
KV Hessen	23	Onkologie, schlafbezogene Atmungsstörungen, Nuklearmedizin, substitutionsgestützte Behandlung	
KV Mecklenburg-Vorpommern	24	Opiatabhängiger, Ultraschalldiagnostik	
KV Niedersachsen	25		
KV Nordrhein	26	Fortbildungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen	59
KV Rheinland-Pfalz	27	Fortbildungspflicht	60
KV Saarland	28		
KV Sachsen	29	Herzschrittmacher-Kontrolle	61
KV Sachsen-Anhalt	30	Histopathologie Hautkrebs-Screening	62
KV Schleswig-Holstein	31	HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen	64
KV Thüringen	32	Hörgeräteversorgung	66
 KV Westfalen-Lippe 	33	Hörgeräteversorgung – Kinder	67
Einrichtungen mit weiteren Qualitätsinitiativen:	34	Interventionelle Radiologie	69
 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 	35	Intravitreale Medikamenteneingabe	71
 Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte 	36	Invasive Kardiologie	72
Kompetenzzentrum Kurative Mammographie	37	Kapselendoskopie des Dünndarms	74
	31	Koloskopie	75
 Zentralinstitut f ür die kassen ärztliche Versorgung 	38	Laboratoriumsuntersuchungen	78
Kooperationsgemeinschaft Mammographie	39	Langzeit-EKG-Untersuchungen	79
		Magnetresonanz-/Kernspintomographie	80
		Magnetresonanz-Angiographie	83
		Mammographie (kurativ)	25

3

HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE

Mammographie-Screening	87	Ambulante Qualitätssicherung	133
Medizinische Rehabilitation	90	 Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung 	
Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)	90	 Dimensionen der Qualitätssicherung Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung 	
Molekulargenetik	92	Glossar	144
Neuropsychologische Therapie	93	Arztstruktur	150
Onkologie	95	Abkürzungen	152
Otoakustische Emissionen	97	Quellen	153
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	98	Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen Impressum	154 155
Phototherapeutische Keratektomie	99		
Psychotherapie	100		
Qualitätsinitiativen	102		
QualitätszirkelPeer Review			
Qualitätsmanagement	104		
 QM-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung QEP- Qualität und Entwicklung in Praxen® Mein PraxisCheck 			
Schlafbezogene Atmungsstörungen	106		
Schmerztherapie	107		
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	109		
Sozialpsychiatrie	110		
Soziotherapie	111		
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	112		
Strahlendiagnostik/-therapie	113		
 konventionelle Röntgendiagnostik Computertomographie Osteodensitometrie Strahlentherapie Nuklearmedizin 			
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	119		
Ultraschalldiagnostik	121		
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte			
Vakuumbiopsie der Brust	128		
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri	130		











AKTUELLES

Qualitätsprüfungen – Maßnahmen und Konsequenzen

Kollektivvertragliche Grundlage des überwiegenden Teils der Qualitätssicherungsmaßnahmen im vertragsärztlichen Bereich sind die von KBV und GKV-Spitzenverband als Partner des Bundesmantelvertrags vereinbarten Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Gleichzeitig gelten für ausgewählte Leistungsbereiche Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 135 Abs. 1 sowie nach § 136 Abs. 2 SGB V. Für etwa die Hälfte aller qualitätsgesicherten Leistungsbereiche ist eine auf den Einzelfall bezogene Überprüfung der nach der jeweiligen Rechtsgrundlage erforderlichen ärztlichen Aufzeichnungen vorgesehen-Prüfung der ärztlichen Dokumentation. Das Spektrum in den Leistungsbereichen der stichprobenhaften Überprüfung reicht von drei Prozent der Ärzte bis hin zu einer Vollerhebung; dabei werden je Arzt zwischen fünf und 42 Patientendokumentationen angefordert.

Während die Vorgaben wie spezielle Fortbildungs- und Leistungsnachweise, Mindestfrequenzen, gerätebezogene Anforderungen, Wartungsnachweise, messtechnische Kontrollen oder Hygieneprüfungen insbesondere der Sicherung der Qualität dienen, dient die stichprobenhafte Überprüfung der Dokumentationen des einzelnen Behandlungsfalls auch als konkrete Qualitätsförderungsmaßahme. Aufgabe der Qualitätssicherungs-Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und deren Nutzung, mittels qualifizierter Rückmeldungen, vergleichender Ergebnisdarstellungen, Beratungsgesprächen, bis hin zur Formulierung konkreter Auflagen, die zum Erhalt der Genehmigung erfüllt werden müssen. Letzte Konsequenz bei schwerwiegenden Qualitätsmängeln und wiederholten Beanstandungen ist jedoch der Widerruf der Genehmigung.

Die Aufgabe, Initiativen und Maßnahmen zur Qualitätsförderung und -sicherung durchzuführen, wurde mit Einführung des Sozialgesetzbuches im Jahre 1989 ausdrücklich den Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesen. Dazu gehört unter anderem, die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen durch Stichproben zu prüfen. So werden im Rahmen der Einzelfallprüfungen mittels Stichproben definierte Aspekte der Leistungserbringung – zum Beispiel Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung, Korrelation zwischen bildgebender Diagnostik und histopathologischen Befunden – anhand der Dokumentationen überprüft.

ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DES PRÜFUNGSGE-SCHEHENS IM BERICHTSJAHR







572	4	WIDERRUFE WEGEN WEGFALL DER QUALIFIKATIONSVORAUS- SETZUNGEN
100	∀	WIDERRUFE WEGEN NEGATIVER PRÜFERGEBNISSE



ERFOLGSABHÄNGIGE ANPASSUNG ODER AUSSETZUNG VON PRÜFVERPFLICHTUNGEN

In einigen Bereichen ist es der KBV in Verhandlungen mit den Vertragspartnern gelungen, eine Senkung von Bürokratiebelastung für Ärzte durch eine erfolgsabhängige Entlastung bei verschiedenen Prüfungsverpflichtungen zu erreichen. Denn ein nachweislich konstant hohes Qualitätsniveau bedarf nicht zwingend einer regelmäßigen engmaschigen Überprüfung, zudem ist das Verbesserungspotenzial bei einem hohen Qualitätsniveau entsprechend klein. Einer solchen "adaptiven" Qualitätssicherung kommt angesichts der Zunahme an qualitätsgesicherten Leistungsbereichen und damit gleichzeitig einer Zunahme an Prüfgeschehen eine hohe Bedeutung zu, damit die naturgemäß beschränkten Ressourcen in anderen Bereichen eingesetzt werden können.

So wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss beispielsweise beschlossen, die Prüfverpflichtung in der Computertomographie für weitere zwei Jahre auszusetzen. Grund dafür waren die weit überwiegend guten oder sehr guten Ergebnisse in bisherigen Prüfungen. Aber auch auf Arztebene konnte eine erfolgsabhängige Verlängerung von Prüfintervallen erzielt werden. So werden Patientendokumentationen von Kinderärzten und Orthopäden, die Ultraschalluntersuchungen der Säuglingshüfte durchführen, erst wieder nach fünf Jahren geprüft, wenn die aktuelle Prüfung der Untersuchungsdokumentationen keine relevanten Mängel aufweist. Im Falle von leichteren Beanstandungen ist eine Wiederholungsprüfung nach einem Jahr zwingend vorgesehen, bei schweren Mängeln wird die weitere Durchführung dieser Untersuchungen von der Teilnahme an einem Refresher-Kurs abhängig gemacht. Vor dem gleichen Hintergrund, wiederum in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband, konnte auch das Prüfintervall für die Dokumentationsprüfungen in der Koloskopie von einem auf zwei Jahre verlängert werden, sofern bei der vorangegangenen Überprüfung die Anforderungen erfüllt wurden.

Ferner sind Augenärzte, die photodynamische Therapien (PDT) oder phototherapeutische Keratektomien (PTK) durchführen, bis Ende 2016 von der jährlichen Überprüfung der Behandlungsdokumentationen von je zehn Fällen befreit, da die Beanstandungsquoten kontinuierlich gesunken sind. Jüngstes Beispiel ist die Aussetzung der Prüfverpflichtung in der Akupunktur für die Jahre 2016 und 2017.

Aktualisierung der Qualitätssicherungsvereinbarung Magnetresonanz-Angiographie

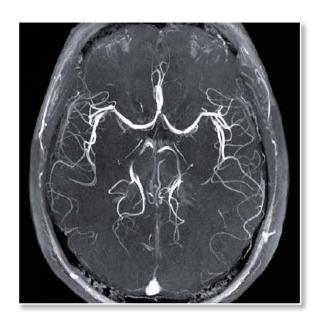
Die Magnetresonanz-Angiographie ist ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Sie stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar, weil weder ein Katheter in ein Gefäß eingeführt werden muss, noch zur Bilderzeugung Röntgenstrahlen und ein jodhaltiges Kontrastmittel benötigt werden. 2007 ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Magnetresonanz-Angiographie erstmals Kraft getreten. Zum 1. Oktober 2015 wurde die Qualitätssicherungs-Vereinbarung in einigen Punkten überarbeitet und aktualisiert.

Die Dokumentationsprüfungen der letzten Jahre zeigen, dass die Qualität im Bereich der Magnetresonanz-Angiographie auf einem kontinuierlich hohen Stand ist. Wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarung bleiben daher Vorgaben zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen sowie die regelmäßigen Dokumentationsprüfungen. Hierzu werden jährlich mindestens zwölf Dokumentationen von 20 Prozent der Ärzte, die Magnetresonanz-Angiographien durchführen und abrechnen, angefordert.

Für diese Prüfungen liegt der Schwerpunkt auf der Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung. Die Beurteilung der Dokumentationen hinsichtlich einer sachgerechten Indikationsstellung erfolgt aufgrund einer nach Gefäßart und -region gegliederten Liste von klinischen Fragestellungen, die eine Indikation zur Magnetresonanz-Angiographie begründen, und die in der Anlage 2 der Vereinbarung enthalten sind.

Mit Inkrafttreten der aktualisierten Vereinbarung wird hierauf ein noch stärkerer Fokus gelegt. Demnach sollen auch Begründungen für Indikationen zu Magnetresonanz-Angiographien, die nicht in der Anlage 2 aufgeführt sind, künftig in die Beurteilung der Nachvollziehbarkeit einfließen.

Wie bisher bleibt es bei den Magnetresonanz-Angiographien der Venen dabei, dass – bis zu einer Höchstgrenze von 30 durchgeführten Untersuchungen – bei Untersuchungen der Venen alle Dokumentationen des ausgewählten Arztes eingereicht werden. Mit Inkrafttreten der aktualisierten



Qualitätssicherungs-Vereinbarung zum 1. Oktober 2015 wird neben den Untersuchungen der Venen, deren Prüfergebnisse bislang schon gesondert berichtet wurden, ein weiterer Fokus auf die Darstellung der Prüfergebnisse der Untersuchung der Hirngefäße gelegt. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden wie bisher ausführlich berichtet, wobei zukünftig die Qualitätsergebnisse zu den Untersuchungen der Hirngefäße und der Venen einzeln dargestellt werden.

Eine weitere Änderung der aktualisierten Qualitätssicherungs-Vereinbarung betrifft den Stellenwert der einzelnen Techniken der Magnetresonanz-Angiographie. Diese werden im Zuge der medizinisch-technischen Entwicklung zunehmend in unterschiedlicher Häufigkeit angewendet. Bislang mussten von den 150 nachzuweisenden Magnetresonanz-Angiographien jeweils 20 Prozent mit der Time-of-Flight (ToF), der Phasenkontrast (PC) und der kontrastmittelverstärkten (CE-) Technik erstellt worden sein. Dies wurde nun flexibilisiert, von den nachzuweisenden Magnetresonanz-Angiographien müssen mindestens 20 Prozent mit der kontrastmittelverstärkten CE-Technik erstellt worden sein, die Prozentvorgabe für die ToF und die PC entfällt zukünftig.

Münchner Nomenklatur III für die gynäkologische Zytodiagnostik der Zervix

WEITERENTWICKLUNG DES KLASSIFIZIERUNGS-SYSTEMS IN DER FRÜHERKENNUNG VON GEBÄRMUTTERHALSKREBS

Die Qualitätssicherungs-Vereinbarung Zervix-Zytologie regelt die Modalitäten präventiver, kurativer und im Rahmen der Empfängnisregelung stattfindender zytologischer Untersuchungen für die vertragsärztliche Versorgung. Anlässlich der Einführung der Münchner Nomenklatur III, die der Klassifizierung der zytologischen Befunde dient, wurde diese Vereinbarung zum 1. Januar 2015 aktualisiert. Die aktualisierte Nomenklatur ist erstmals für die Jahresstatistik 2015 anzuwenden und wird im Folgenden vorgestellt. Zuvor werden die wichtigsten Ergebnisse der Auswertung der Jahresstatistik 2011 bis 2013 präsentiert.

Bundesweite Jahresstatistik zum Zervix-Screening für die Berichtsjahre 2011 bis 2013 – Fazit:

- Niedrige Rate auffälliger zytologischer Befunde ab Gruppe III (durchschnittlich 1,6 Prozent)
- Niedrige Rate an Abklärungsuntersuchungen (0,3 Prozent bezogen auf alle untersuchten Frauen)
- Hohe Treffsicherheit der zytologischen Diagnosen (zum Beispiel bei Gruppe IVa,b in 94 Prozent CIN2 und höher, bei 85 Prozent aller histologisch untersuchten IIID-Fälle CIN1 und höher)
- Jährlich circa 25.000 Frauen (0,15 Prozent aller Untersuchten) mit hochgradigen Präkanzerosen CIN3
- Hohe Anzahl der im Rahmen des Zervix-Screening zytologisch diagnostizierten Malignome außerhalb des Gebärmutterhalses (jährlich circa 2.000 Frauen)

Warum wurde die Nomenklatur aktualisiert?

Die auf George Papanicolaou zurückgehende Befundeinteilung von Zellveränderungen am Gebärmutterhals, sogenannter PAP-Test, ist in Deutschland 1975 durch eine als Münchner Schema bezeichnete Klassifikation abgelöst worden. Seit 1990 wurde die Münchner Nomenklatur II verwendet. Diese zielte vor allem auf die häufigen Krebsvorstufen eines Schleimhauttyps mit Plattenepithel an der Oberfläche, sogenannte Cervikale Intraepitheliale Neoplasie – CIN. Für die deutlich selteneren Atypien eines anderen Schleimhauttyps mit oberflächlichem Drüsenepithel war keine eigene Kategorie vorgesehen. Unklare Zellveränderungen, die weder die Kriterien von Krebsvorstufen erfüllen, noch mit Sicherheit als gutartig eingestuft werden können, konnten nur eingeschränkt klassifiziert werden. Infolgedessen wurden als laborinterne Lösungen

die Gruppe IIW oder Gruppe IIK etabliert, für die es keine Definition gab und die deshalb auch nicht in der Jahresstatistik darzustellen waren. Zytologische Befunde leichter und mäßiger Dysplasien – CIN1 und CIN2 – wurden in der Gruppe IIID zusammengefasst, um im Gegensatz zur therapiepflichtigen Gruppe IVa die große spontane Rückbildungsneigung dieser Dysplasiegrade zu betonen. CIN1 und CIN2 unterscheiden sich jedoch ebenfalls hinsichtlich ihrer Prognose, sodass auch hier eine Trennung beider Schweregrade sinnvoll ist, um Übertherapien zu vermeiden.

Münchner Nomenklatur III – Aktualisierung einer bewährten Nomenklatur

- Vertreter der beteiligten Fachgesellschaften haben in Abstimmung mit den Berufsverbänden die Münchner Nomenklatur III für die gynäkologische Zytodiagnostik der Zervix erarbeitet.
- Die bewährte Gruppeneinteilung der Münchner Nomenklatur II bleibt erhalten, durch Suffixe wird jedoch eine getrennte Erfassung leichter und mäßiger Dysplasien ermöglicht und die Unterscheidung zwischen Neoplasien des Platten- und des Drüsenepithels offensichtlich.
- Die Neudefinition und korrekte Anwendung der Gruppe II leistet einen Beitrag zur Steigerung der Sensitivität zytomorphologischer Befunde ohne Minderung der Spezifität.
- Mit der Münchner Nomenklatur III werden die zytologischen Befundkriterien für den Einsatz der Differentialkolposkopie und die Korrelation mit histologischen Untersuchungsergebnissen verbessert.
- Die Münchner Nomenklatur III ist in das international gebräuchliche Bethesda-System direkt übersetzbar.



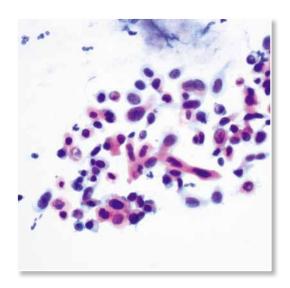
BEDEUTUNG DER SUFFIXE, DIE DIE SUBGRUPPEN DER MÜNCHNER NOMENKLATUR III KENNZEICHNEN

Verbesserung der Patientenversorgung durch die Münchner Nomenklatur III

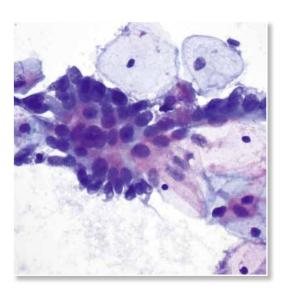
Die Münchner Nomenklatur III vereinfacht die Kommunikation zwischen den Anwendern im zytologischen Labor und den behandelnden Frauenärzten sowie den Pathologen im histologischen Labor. Die Transparenz der Befunde erleichtert dem Gynäkologen das Gespräch mit der Patientin über das mit der zytologischen Diagnose verbundene Risiko, sodass das Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Arzt gestärkt wird und Verunsicherungen, die zu Arztwechsel, Mehrfachuntersuchungen und Übertherapien führen, vermieden werden. Basierend auf genauer ablesbaren zytologischen Befunden können die Indikation zur Kolposkopie und die Korrelation mit histologischen Diagnosen verbessert werden. Außerdem ist eine korrekte statistische Abbildung gegeben und infolge der Übersetzbarkeit in das Bethesda-System ein internationaler Vergleich der Befunde möglich.

BEFUNDGRUPPEN DER MÜNCHNER NOMENKLATUR III

BEFUND- GRUPPE	DEFINITION
0	Unzureichendes Material
1	Unauffällige und unverdächtige Befunde
II-a	Unauffällige Befunde bei auffälliger Anamnese
II	Befunde mit eingeschränkt protektivem Wert
II-p	Plattenepithelzellen mit geringergradigen Kernveränderungen als bei CIN1
II-g	Zervikale Drüsenzellen mit Anomalien, die über das Spektrum reaktiver Veränderungen hinausreichen
II-e	Endometriumzellen bei über 40Jährigen in der zweiten Zyklushälfte
III	Unklare beziehungsweise zweifelhafte Befunde
III-p	CIN 2/3/ Plattenepithelkarzinom nicht auszuschließen
III-g	Ausgeprägte Atypien des Drüsenepithels, Adenocarcinoma in situ/invasives Adenokarzinom nicht auszuschließen
III-e	Abnorme endometriale Zellen (insbesondere postmenopausal)
III-x	Zweifelhafte Drüsenzellen ungewissen Ursprungs
IIID	Dysplasie-Befunde mit größerer Regressionsneigung
IIID1	Zellbild einer leichten Dysplasie analog CIN 1
IIID2	Zellbild einer mäßigen Dysplasie analog CIN 2
IV	Unmittelbare Vorstadien des Zervixkarzinoms
IVa-p	Zellbild einer schweren Dysplasie/eines Carcinoma in situ analog CIN 3
IVa-g	Zellbild eines Adenocarcinoma in situ
IVb-p	Zellbild einer CIN 3, Invasion nicht auszuschließen
IVb-g	Zellbild eines Adenocarcinoma in situ, Invasion nicht auszuschließen
V	Malignome
V-p	Plattenepithelkarzinom
V-g	Endozervikales Adenokarzinom
V-e	Endometriales Adenokarzinom
V-x	Andere Malignome, auch unklaren Ursprungs



GRUPPE IVA-P: ZELLBILD EINES PLATTEN-EPITHELIALEN CARCINOMA IN SITU (CIN3)



GRUPPE IVA-G: ZELLBILD EINES DRÜSENEPITHELIALEN CARCINOMA IN SITU (AIS)

Qualitätsprüfungen im Einzelfall – Prüfergebnisse 2008 bis 2014

Stichprobenprüfungen sind als Instrument der Qualitätsförderung eine wichtige Säule der vertragsärztlichen Qualitätssicherung. Das Grundkonzept der Stichprobenprüfungen beruht auf der retrospektiven Begutachtung der dokumentierten ärztlichen Aufzeichnungen, die im Einzelfall durch erfahrene ärztliche Kollegen durchgeführt werden.

Die Überprüfung der ärztlichen Leistungen im Einzelfall wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen seit über drei Jahrzehnten in ausgewählten Bereichen erfolgreich umgesetzt. Mit Inkrafttreten der Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V – Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung – im Jahre 2007 wurde die bislang erprobte und bewährte Praxis der Kassenärztlichen Vereinigungen weiterentwickelt und hinsichtlich bundesweiten und einheitlichen Vorgaben definiert. Gleichzeitig wurde mit der seit 2007 geltenden Berichtspflicht die Transparenz der umfangreichen Prüftätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen in insgesamt 14 Leistungsbereichen hergestellt.

5-JAHRES-AUSWERTUNG

2014 hat die KBV im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses zusätzlich eine 5-Jahres-Auswertung der bisherigen Stichprobenprüfungen 2008 bis 2012 vorgelegt. Mit der sogenannten 5-Jahres-Auswertung der Stichprobenprüfungen erfolgte nun erstmalig seit Inkrafttreten der Richtlinie 2007 eine ausführliche zusammenfassende und vergleichende Auswertung der jahresbezogenen Berichte von 2008 bis 2012.

Die 5-Jahres-Auswertung beschreibt die umfangreiche Prüftätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und stellt sie deskriptiv im Stil von Zeitreihen dar, um Tendenzen und Entwicklungen der Stichprobenprüfungen sichtbar zu machen. Im Bericht wurden die vier obligat zu prüfenden Leistungsbereiche konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanz-/Kernspintomographie und Arthroskopie sowie zehn fakultativ geprüfte Leistungsbereiche dargestellt, jeweils detailliert aufgeführt mit den Anzahlen jährlich geprüfter Ärzte, arztbezogener Prüfergebnisse und eingeleiteter Maßnahmen.

Der Bericht macht deutlich, dass sich die Stichprobenprüfungen als Instrument der Qualitätssicherung und -förderung im ambulanten Bereich sehr gut etabliert haben. Er zeigt außerdem, dass bundesweit in zwei Leistungsbereichen –

KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK



Beanstandungen (Anzahl)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
keine	948	1.148	928	899	890	962	714
geringe	852	1.121	1.118	1.041	470	483	350
erhebliche	225	308	372	420	129	132	83
schwerwiegende	42	57	120	163	63	71	76

in der Computertomographie und Magnetresonanz-/Kernspintomographie – stabil gute oder sehr gute Prüfergebnisse erreicht wurden, wohingegen in den zwei anderen obligat zu prüfenden Leistungsbereichen konventionelle Röntgendiagnostik und Arthroskopie Verbesserungspotential besteht.

ERGÄNZUNG UM ZWEI PRÜFUNGSJAHRE

2015 liegen nun die Ergebnisse zu zwei weiteren Prüfungsjahren – 2013 und 2014 – vor. Die Zeitreihenanalyse lässt sich um zwei weitere Jahre ergänzen und liefert somit eine erweiterte Betrachtungsweise und neue Erkenntnisse. Dargestellt sind die bundesweiten Prüfergebnisse der Routineprüfungen in drei obligaten Leistungsbereichen – konventionelle Röntgendiagnostik, Magnetresonanz-/Kernspintomographie und Arthroskopie. Auf die Darstellung im Bereich der Computertomographie wurde verzichtet, da die Prüfungsverpflichtung in diesem Leistungsbereich seitens des Gemeinsamen Bundesausschuss bei Vorliegen guter und sehr guter Ergebnisse ausgesetzt wurde. Dennoch fanden 2014 in sechs Kassenärztlichen Vereinigungen Prüfungen statt.

MAGNETRESONANZ-/KERNSPINTOMOGRAPHIE



Beanstandungen (Anzahl)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
keine	177	201	188	184	168	158	146
geringe	94	111	173	158	48	40	27
erhebliche	19	20	46	55	20	7	6
schwerwiegende	1	2	7	2	1	4	6

Aus den Jahresverläufen lassen sich positive Trends zur Entwicklung der Qualität im Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik erkennen. Der Anteil der Ärzte mit erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen zeigt seit 2012 eine sichtbare Reduktion dieser Mängel. Die Beanstandungsquote hat sich – bei zuvor jährlich steigendem Anteil – auf circa zwölf bis 13 Prozent nahezu halbiert. Der Anteil der geringen Beanstandungen nimmt bereits seit 2011 kontinuierlich ab. Diese positive Qualitätsentwicklung lässt die Wirksamkeit der qualitätsfördernden Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen erkennen. Gleichwohl ist das Verbesserungspotenzial in diesem Leistungsbereich noch nicht ausgeschöpft und es bedarf weiterer Anstrengungen, um die Qualität des ärztlichen Handelns weiterhin und gezielt zu fördern.

Der Verlauf über sieben Jahre im Bereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie deutet auf insgesamt sehr gute bis gute Ergebnisse hin. Hervorzuheben ist der niedrige Anteil der Prüfungen mit schwerwiegenden Beanstandungen über alle Auswertungsjahre. Ähnlich wie im

ARTHROSKOPIE



Beanstandungen (Anzahl)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
keine	104	76	91	134	175	89	125
geringe	109	77	95	102	92	30	59
erhebliche	56	52	60	77	35	13	20
schwerwiegende	49	41	56	81	73	40	37

Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik hat sich auch hier der Anteil der geringen Mängel sehr stark – von circa 40 Prozent in 2011 auf etwa 15 Prozent – reduziert.

Im Bereich der Arthroskopie lassen sich aus dem dargestellten Verlauf über sieben Jahre prinzipiell zwei Trends erkennen. Einerseits ist bis 2013 eine beinahe kontinuierliche Reduktion der erheblichen und geringen Mängel zu beobachten. Anderseits ist im derselben betrachteten Zeitraum ein deutlicher Anstieg der schwerwiegenden Mängel zu verzeichnen. 2013 lag dieser auf einem verbesserungswürdigenden Level von 23 Prozent. Positiv anzumerken ist jedoch der deutliche Abfall dieser Mängel im Jahre 2014 – auf etwa 15 Prozent. Dennoch, ähnlich wie im Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik, sind auch hier weitere fördernde Maßnahmen notwendig, um die Qualität der ärztlichen Leistungen systematisch und umfassend zu fördern.

www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2157

Qualitätssicherung in der Dialyse: Beim Längsschnitt angekommen

Die vertragsärztliche Dialyseversorgung in Deutschland wird bereits seit über acht Jahren datengestützt qualitätsgesichert. Dabei wird durch die etwa 730 ambulanten Dialyseeinrichtungen jede bei einem gesetzlich krankenversicherten Patienten erbrachte Dialyse nach einheitlichen Vorgaben dokumentiert Diese Daten werden an eine zentrale Auswertestelle weitergeleitet, die daraus quartalsweise Rückmeldeberichte für die Einrichtungen und für die Qualitätssicherungs-Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen erstellt. Bislang wurden die Daten für jedes Quartal querschnittlich, das heißt nur für dieses Quartal, ohne Bezug zu den vorherigen Daten der Patienten erhoben. Ein Vergleich der Behandlungsdaten derselben Patienten zum Vorquartal war nicht möglich.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse war jedoch von vornherein als ein längsschnittliches Verfahren konzipiert. Aufgrund fehlender Rechtsgrundlage konnte das angedachte Pseudonymisierungsverfahren – notwendige Grundlage für einen Längsschnitt - zunächst nicht umgesetzt werden. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde mit der Änderung des § 299 SGB V diese Grundlage geschaffen. Für Zwecke der Qualitätssicherung ist es nun möglich Sozialdaten von Versicherten zu erheben, sofern sichergestellt wird, dass die versichertenbezogenen Daten pseudonymisiert werden. In der Folge hat der Gemeinsame Bundesausschuss unter Mitwirkung der KBV im Juli 2010 beschlossen, die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse auf ein längsschnittliches Qualitätssicherungs-Verfahren umzustellen. Der Auftrag zur Umstellung bot den Anlass, sämtliche Qualitätsindikatoren der Richtlinie und weitere von Sachverständigen eingebrachten Indikatoren hinsichtlich ihrer Evidenz und Relevanz für den Einsatz im Rahmen einer Qualitätssicherungsmaßnahme zu überprüfen. Insgesamt wurden für die seit 2014 in Kraft getretene Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse die meisten Indikatoren bestätigt, teilweise wurde die Berechnungsgrundlage etwas modifiziert und die Indikatoren Hb-Wert und Kt/V bei der Hämodialyse durch den Anteil Katheterpatienten an allen ständig dialysepflichtigen Patienten – zunächst ohne Auffälligkeitswert – ersetzt.

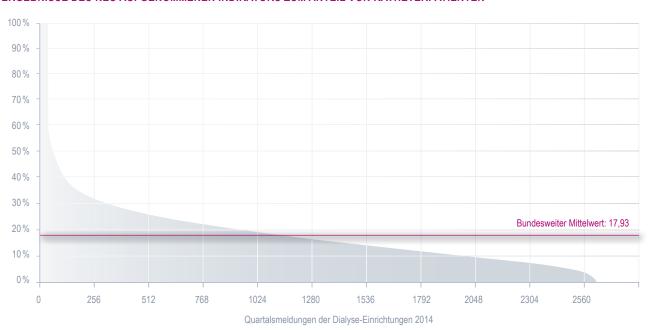
Des Weiteren wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss zum ersten Mal ausführlich über einen möglichen Zusatznutzen einer längsschnittlichen Erhebung für die Qualitätssicherung beraten. Grundsätzliche Einigkeit bestand darüber, dass eine längsschnittliche Organisation der Daten in Kombination mit der Erhebung von Endpunkten der Evaluation der Ergebnisqualität der Dialyseversor-

gung und auch der Versorgungsforschung dienen kann. Patientenbezogene Outcomes können durch die Möglichkeit der Stratifizierung und Risikoadjustierung ausgewertet werden. Durch methodisch gesicherte Verfahren, wie zum Beispiel Regressionsanalysen, wäre es zukünftig möglich, Hinweise auf die Relevanz und Validität der verwendeten Qualitätsindikatoren zu erhalten, auf deren Basis diese gegebenenfalls angepasst werden können. Unsicherheit bestand jedoch, ob eine am individuellen Behandlungsverlauf der Dialysepatienten orientierte Datenhaltung überhaupt einen direkten zusätzlichen Nutzen für die Qualitätssicherung im Sinne von Auffälligkeitskriterien darstellt. Eine gewisse Relativierung der zunächst stereotypen Forderung nach Längsschnitt in der Qualitätssicherung konnte zumindest für den Bereich der Dialyseversorgung festgestellt werden, sodass zunächst keine längsschnittlichen Qualitätsindikatoren vorgesehen wurden.

Die Dokumentationsverpflichtung, die Übermittlungswege und die Berichterstellung einschließlich der Adressaten bleiben auf das jeweilige Ziel der Qualitätssicherung abgestimmt. Parameter, die nachgewiesenermaßen geeignet sind, zwischen guter und optimierungsfähiger Dialyseversorgung in den Einrichtungen zu unterscheiden, werden weiterhin im Rahmen von Auffälligkeitsprüfungen den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Qualitätssicherungs-Kommissionen übermittelt. Daten, die ausschließlich das interne Qualitätsmanagement unterstützen und gegebenenfalls Hinweise auf patientenbezogene Therapieoptionen geben, werden der Kassenärztlichen Vereinigung und ihrer Qualitätssicherungs-Kommission nicht zugeführt, sondern bleiben im Rahmen des Benchmarks den Berichterstellern vorbehalten. Um aber von den Möglichkeiten und dem speziellen Nutzen des Längsschnitts zu profitieren, werden auch die Benchmarkdaten patientenbezogen pseudonymisiert, sodass die Möglichkeit besteht, die Qualitätssicherungs- und Benchmarkdaten patientenbezogen zusammenzuführen, um Analysen zum Outcome der Dialyseversorgung durchführen zu können. Die zusammengeführten Daten entsprechen dabei durchaus einem Dialyseregister der vertragsärztlichen Versorgung. Hier besteht die Gelegenheit, mit Einführung einer Qualitätssicherungsmaßnahme gleichzeitig die Grundlage für deren Evaluation und die Bearbeitung von weiteren versorgungsforschenden Fragestellungen anzulegen.

Dazu bedarf es eines Konzeptes zur Auswertung dieses umfangreichen und komplexen Datenschatzes. Die

ERGEBNISSE DES NEU AUFGENOMMENEN INDIKATORS ZUM ANTEIL VON KATHETERPATIENTEN



Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse sieht vor, dass eine Fachgruppe aus Experten in der Dialysebehandlung eingerichtet wird. Diese hat im Gemeinsamen Bundesausschuss Auswertungsziele hinsichtlich qualitätsrelevanter Fragestellungen operationalisiert. Die empfohlenen Ausund Bewertungsschritte dienen zur Gewinnung von ersten Erkenntnissen für eine anschließende Evaluation. Die erste Evaluation ist auf der Basis der ersten acht Quartale nach Inkrafttreten der Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse vorgesehen. Auf der Grundlage der Ergebnisse soll der Gemeinsame Bundesausschuss in die Lage versetzt werden einschätzen zu können, ob eine Anpassung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse oder eine Weiterentwicklung des gesamten Qualitätssicherungsverfahren angestrebt werden soll. Diese ersten Ergebnisse der längsschnittlichen Auswertung werden frühestens Ende 2016 erwartet.

Der erste Jahresbericht nach der Richtlinienänderung des zentralen Datenanalysten zeigt, dass die Datenübermittlung weitgehend implementiert ist, ein Vergleich der Daten mit den Vorjahren ist allerdings nicht möglich, da die Berechnungsgrundlagen der beiden übernommen Qualitätsindikatoren – Dialysefrequenz und Dialysedauer – geändert wurden, um noch zielgerichteter Auffälligkeiten

zu identifizieren. Erstmals wurden die Ergebnisse des neu aufgenommenen Indikators zum Anteil von Katheterpatienten dargestellt. Der Durchschnittswert entspricht den Ergebnissen internationaler Studien. Diese Auswertungen dienten auch als Grundlage für die künftige Festlegung eines Auffälligkeitswertes. Da es keine evidenzbasierten Hinweise zur Höhe des Wertes gibt, hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss entschlossen, die Festlegung auf empirischer Basis vorzunehmen. Voraussichtlich wird es zum ersten Quartal 2016 einen Auffälligkeitswert geben.

www.g-ba.de/informationen/richtlinien/45

Regionale Qualitätsinitiativen







NOTWENDIGE PFLICHTEN LEICHTER MACHEN

Im Jahr 2014 haben die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und der Landesverband des Hausärzteverbands Baden-Württemberg eine Vereinbarung geschlossen. Ziel ist es, Qualitätszirkel-Moderatoren das bürokratische Umfeld der Qualitätszirkelarbeit zu erleichtern.

Bislang erfassten die Moderatoren die Kerndaten ihrer Zirkelsitzungen doppelt: Einmal über das Portal des Hausärzteverbands und ein weiteres Mal für die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg zur Evaluation der Qualitätszirkelarbeit. Letzteres um in den Genuss der Förderung der Kassenärztlichen Vereinigung zu kommen. Die neue Vereinbarung führt dazu, dass der Hausärzteverband seine Daten an die Kassenärztliche Vereinigung weiterleitet. Die Moderatoren müssen dazu der Datenweiterleitung zuzustimmen. Alles Weitere übernehmen die Verwaltungen der beiden Organisationen. Die bisherigen Erfahrungen damit sind ausgesprochen positiv.

QUALITÄTSZIRKEL IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG



VERTRAG MIT DER TECHNIKER KRANKENKASSE HILFT KINDERN KRANKER ELTERN

Mama hat Brustkrebs – kein Satz, den ein Kind schnell ausspricht, geschweige denn versteht. Zumal in der ersten Zeit nach einer Krebsdiagnose wenig Zeit ist, es dem Kind zu erklären. Stehen doch zunächst einmal die Betroffene selbst mit ihren Ängsten – Wie geht es weiter? Schaffe ich das? – sowie die Krankheit und deren Behandlung im

Zentrum der Aufmerksamkeit. Für die Gefühle der anderen Familienmitglieder bleibt kaum Zeit und es gibt wenig Raum für die Fragen der Kinder. Das ist verständlich, doch es birgt Gefahren.

Die Angehörigen von chronisch Kranken empfinden oft jahrelang eine große psychische Belastung, die möglicherweise in eine psychische oder körperliche Erkrankung mündet. Insbesondere Kinder sind höchst gefährdet. Von Kindern psychisch kranker Eltern weiß man, dass sie ein drei bis viermal höheres Risiko haben, selbst psychische Auffälligkeiten zu entwickeln.

Für diese Fälle hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg mit der Techniker Krankenkasse einen Vertrag geschlossen, der die psychotherapeutische Beratung von Familien und insbesondere von Kindern schwer oder chronisch kranker Patienten als ergänzende Leistung der Techniker Krankenkasse festschreibt. Hat sich der behandelnde Psychotherapeut in den Vertrag eingeschrieben, kann er bis zu acht Sitzungen à 50 Minuten abrechnen. Teilnahmeberechtigt sind alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachärzte, die eine Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben. Anspruchsberechtigte Patienten sind Versicherte der Techniker Krankenkasse mit einer Diagnose aus einem festgelegten Diagnose-Katalog. Darin enthalten sind Krankheiten, die jeweils eine besonders schwere Verlaufsform haben beziehungsweise zum Tod führen können. Die Abläufe im Vertrag sind unbürokratisch. Es ist keine Überweisung notwendig, der Zugang zum Therapeuten ist von allen Seiten her offen und niederschwellig. Auch Mehrfachsitzungen sind möglich.

Die Beteiligten hoffen, dass der Vertrag von den Betroffenen gut angenommen wird. Denn es ist bekannt, dass viele Familien chronisch kranker oder schwer erkrankter Patienten durch eine schwere Zeit gehen. Der Vertrag mit der Techniker Krankenkasse soll ein Schritt sein, den betroffenen Familienangehörigen den Zugang zu professioneller Hilfe zu erleichtern.

www.kvbawue.de



KV Bayerns





DIAGNOSE MULTIPLE SKLEROSE

Durch die Diagnose Multiple Sklerose verändert sich für die Betroffenen schlagartig das ganze Leben. Allein in Bayern werden von den Neurologen und Nervenärzten derzeit rund 17.000 an Multiple Sklerose Erkrankte ambulant behandelt. Ein stationärer Aufenthalt bei Multiple Sklerose kann zur Akutbehandlung oder neurologischen Rehabilitation notwendig sein. Primär sollte allerdings im Interesse des Patienten die Therapie der Erkrankung oder der Begleitsymptome ambulant erfolgen. Denn ein Aufenthalt im Krankenhaus unterbricht nicht nur den gewohnten Alltag durch Fehlzeiten in Beruf oder Schule, sondern bedeutet ebenso die Trennung von Familie und Freunden. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns verfolgt deshalb das Ziel einer qualitätsgesicherten, ambulanten Versorgung von Patienten mit Multiple Sklerose.

Ein wichtiger Bestandteil der Therapie bei Multiple Sklerose ist die Schubtherapie. Dabei werden Infusionen mit hochdosiertem Kortison an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen verabreicht. Diese Therapie kann sehr gut ambulant in der Praxis durchgeführt werden und wird von vielen niedergelassenen Neurologen und Nervenärzten in Bayern angeboten. Die ambulante Schubtherapie in den Praxisalltag zu integrieren, ist sehr aufwendig. Der Patient sollte im Anschluss an die Infusion weitere zwei Stunden praxisklinisch betreut werden. Dies erfordert räumliche und personelle Ressourcen, die nicht in jeder Praxis bereitgestellt werden können. Seit 2011 gibt es in

Bayern mit allen Krankenkassen eine Zusatzvereinbarung, die genau hier ansetzt. So konnte in Bayern diese besondere Leistung, die im Vergütungskatalog für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht abgebildet ist, in den Jahren 2011, 2013 und 2014 mit einer zusätzlichen Vergütung honoriert werden.

Neben der Schubtherapie wird die Qualität der ambulanten Behandlung von Multiple Sklerose in weiteren Bereichen gefördert: Durch die spezielle Behandlungssituation wurde im Zuge der Vereinbarung eine Fortbildungsverpflichtung für das Praxispersonal zur besonders qualifizierten und individuellen Betreuung von Multiple Sklerose-Patienten vereinbart. Die Fortbildungen werden regelmäßig vom Berufsverband Deutscher Nervenärzte und Neurologen in Bayern angeboten. Inhalte der Schulung sind dabei Grundlagen der Erkrankung Multiple Sklerose, mögliche Begleiterkrankungen, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten sowie die Patientenkommunikation. Das geschulte Personal fungiert dabei häufig als wichtiger Ansprechpartner für die Patienten. Der Patient wird individuell unterstützt, beispielsweise durch Hilfestellungen im Umgang mit der Krankheit oder bei der Einnahme von Medikamenten.

Darüber hinaus ist ein einheitlicher elektronischer Dokumentationsbogen Bestandteil der Maßnahme. Die behandelnden Ärzte notieren hier unter anderem Angaben zum Krankheitsverlauf, zu aktuellen Beschwerden und zur medikamentösen Therapie.

Die dargestellte intensive Schulung und Betreuung des Patienten, sowie die elektronische Dokumentation zählen zu den fortlaufenden Pflichten im Rahmen der Maßnahme. Darüber hinaus bestehen initiale Teilnahmevoraussetzungen für teilnehmende Ärzte / Praxen. Diese sind eine erfolgreiche Fortbildungsteilnahme des Praxispersonals sowie die fachliche Qualifikation des Arztes. Teilnahmeberechtigt sind Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie.

26

26.207

www.kvb.de





PROSTATAKARZINOM: VERTRAG ZUR THERAPIEOPTION ACTIVE SURVEILLANCE:

Zum 1. Mai 2014 hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen e. V. und der AOK Nordost einen Vertrag zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V zur Therapie beim Prostatakarzinom geschlossen.

Ziel des Vertrags ist, mit Patienten, die an einem Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom erkrankt sind, qualifizierte Beratungsgespräche zur Therapieoption Active Surveillance – Aktive Überwachung – durchzuführen. Dadurch soll die Motivation des Patienten erhöht werden, sich einer entsprechenden leitliniengerechten Therapie zu unterziehen.

Unter regelmäßiger Überwachung durch PSA-Wertkontrollen und Kontrollbiopsien soll eine kurative Behandlung bis zu einem Zeitpunkt aufgeschoben werden, an dem sich die Tumorbiologie ändert. Damit lassen sich die oft erheblichen Nebenwirkungen von invasiven Eingriffen verschieben oder sogar verhindern.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und muss von den Fachärzten mit einer Teilnahmeerklärung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin beantragt werden.

Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin tätigen Fachärzte für Urologie, die folgende fachliche Voraussetzungen erfüllen:

- Teilnahme als onkologisch qualifizierter Arzt an der Onkologie-Vereinbarung oder
- Nachweis über die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen (Schwerpunkt Onkologie) mit mindestens 50 CME-Punkten innerhalb des Vorjahres
- Nachweis über die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen (Schwerpunkt Onkologie) mit mindestens
 50 CME-Punkten bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Teilnahmeerklärung erfolgte
 und
- Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V.

An diesem Vertrag nehmen bereits 105 Ärzte (Stand 31. Dezember 2014) teil.

AUGENÄRZTLICHE VORSORGEUNTERSUCHUNG BEI KLEINKINDERN – FORTFÜHRUNG UND ERWEITERUNG

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

Ziel dieses Vertrags ist, die Qualität der Diagnostik von Sehstörungen bei Kleinkindern und Kindern zu verbessern. Im Ergebnis sollen mögliche Entwicklungsstörungen der Augen bei Klein- / Kindern frühzeitig erkannt, erfolgreich behandelt und Folgeerkrankungen vermieden werden, um die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen früh und nachhaltig zu fördern.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und muss durch den Arzt 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 diesem Vertrag sind die Abrechnung der GOP 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.

Neu seit dem 1. Oktober 2014 sind die unbefristete Fortführung des Vertrags sowie die Erweiterung des berechtigten Personenkreises.

Die augenärztliche Untersuchung ist nun für Kleinkinder ab dem 30. Lebensmonat – vorher ab dem 31. Lebensmonat – möglich.

Darüber hinaus gilt der Vertrag jetzt zusätzlich auch für Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren, die einer bestimmten Risikogruppe angehören. Als Risikofaktoren gelten insbesondere eine Frühgeburt vor der 37. Schwangerschaftswoche sowie eine bei Eltern oder Geschwistern diagnostizierte Amblyopie, größere Anisometropie, deutliche Hyperopie oder Schielen.

An diesem Vertrag nehmen insgesamt 69 Ärzte (Stand: 31. Dezember 2014) teil.

www.kvberlin.de







DEM NACHWUCHS AUF DER SPUR

Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen: demografischer Wandel, Morbiditätssteigerung der Bevölkerung und gefühlt weniger ärztlicher Nachwuchs sind die größten Herausforderungen, für die es eine Lösung zu finden gilt. Brandenburg bildet hier keine Ausnahme. Im flächenmäßig fünftgrößten Bundesland werden in den nächsten Jahren circa 450 Hausärzte und fast 400 Fachärzte ihre Tätigkeit aus Altersgründen beenden wollen. Dieser Herausforderung stellen wir uns.

Bereits im Jahr 2009 hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg mit Zustimmung der Vertreterversammlung ein Förderprogramm zur Nachwuchsgewinnung auf den Weg gebracht, welches im Verlauf der letzten Jahre klar erkennbare Erfolge zeigt. Bei den Medizinstudierenden beginnend werden seit 2010 Famulaturen, Blockpraktika und ein Tertial des Praktischen Jahres im niedergelassenen Bereich finanziell gefördert. Bei der Suche nach einer Praxis können Studenten die dafür eigens eingerichtete Famulaturbörse nutzen.

Das hohe Interesse am Programm zeigt sich in der stetig wachsenden Zahl geförderter Studenten: In 2014 konnte die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg schon 111 Famulanten, 27 Blockpraktikanten und neun Studenten im Praktischen Jahr unterstützen. Gleichermaßen wird das Engagement von Vertragsärzten, die einen Studenten in ihrer Praxis betreuen, durch eine finanzielle Unterstützung anerkannt.

Die Anzahl der gemeinsam mit den Krankenkassen geförderten Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist in den letzten vier Jahren um mehr als 70 Prozent gestiegen. Darüber hinaus wird seit 2012 auch die Weiterbildung in den Fachgebieten Augenheilkunde, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Dermatologie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie mit monatlich 1.750 Euro aus Mitteln des Strukturfonds unterstützt. Ebenfalls wird die Bereitschaft der Ärzte, die einem jungen Arzt die Weiterbildung in der eigenen Praxis ermöglichen, finanziell gewürdigt. Darüber hinaus stellt für viele unserer niedergelassenen Ärzte die Betreuung eines Arztes in Weiterbildung eine Chance dar, einen geeigneten Nachfolger für die eigene Praxis zu finden.

Ausbildung aus einer Hand – nach diesem Motto wird die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg künftig

ein innovatives Konzept starten, welches die Etablierung von KV RegioMed Lehrpraxen zum Ziel hat. Medizinstudenten haben die Möglichkeit vom ersten Semester an ein praxisnahes Studium in anerkannten Lehrpraxen in Brandenburg zu absolvieren. Nach der Approbation ist in diesen Praxen die Absolvierung von Teilen der Facharztweiterbildung möglich.

Über den gesamten Studien- und Weiterbildungszeitraum soll zudem den angehenden Medizinern ein mit Lehrauftrag und Weiterbildungsbefugnis ausgestatteter Vertragsarzt als Mentor – im Rahmen der Aus- und Weiterbildung – zur Seite stehen. Die angestrebte Bindung an die Brandenburger Praxis soll den auszubildenden Arzt motivieren, später eine ambulante Tätigkeit in unserem Land aufzunehmen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg unterstützt junge Ärzte in Weiterbildung nicht nur finanziell, sondern hat bereits vor Jahren eine Initiative gestartet, den Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin durch Schaffung von regionalen Weiterbildungsnetzwerken zu erleichtern. Neun funktionierende Weiterbildungsnetzwerke sind bereits installiert, weitere sollen folgen.

In diesen Netzwerken wird in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern die Weiterbildung Allgemeinmedizin zeitlich und inhaltlich koordiniert, sodass der Facharztabschluss mit allen in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Pflichtfächern innerhalb von fünf Jahren möglich ist. Um die Betreuung der angehenden Allgemeinmediziner kümmert sich eine eigens eingerichtete Koordinierungsstelle für die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Brandenburg – in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Brandenburg und Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg. Sie ist die Schnittstelle zwischen Ärzten, die eine Weiterbildung suchen und weiterbildungsbefugten Ärzten, die eine Weiterbildungsstelle anbieten. Unterstützt wird diese Tätigkeit durch eine auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg installierte Weiterbildungsbörse.

Gleichwohl sind enge Kontakte zu anderen Institutionen, wie die Junge Allgemeinmedizin Deutschland und die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin vorhanden, um dem medizinischen Nachwuchs unsere Unterstützung im Rahmen der Ausund Weiterbildung anzubieten.

www.kvbb.de



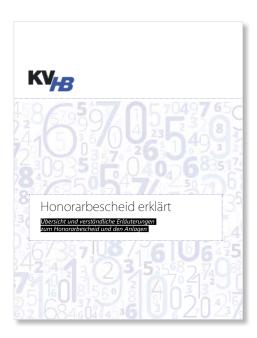




HONORARBESCHEID – VERSTÄNDLICH UND TRANSPARENT

In der Mitgliederbefragung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen Ende 2012 wurde vielfach der Wunsch geäußert, der Honorarbescheid solle so verständlich wie möglich und gleichzeitig transparent und umfassend sein. Das klang zunächst nach der Quadratur des Kreises.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen nahm diesen Wunsch der Mitglieder auf und das Ergebnis der Mitgliederbefragung wurde damit zum Auslöser für ein internes Qualitätsmanagement-Projekt.



DIAN

Eine Arbeitsgruppe aus Ärzten und Mitarbeitern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hatte über Monate intensiv zusammengearbeitet, Ideen gesammelt, geprüft, zum Teil verworfen und neue Vorschläge entwickelt. Gemeinsame Antworten mussten gefunden werden: Was muss, was sollte und was darf hinein, um die Vorgaben Verständlichkeit und Transparenz zu erfüllen? Zielvorgabe war es, im Juli 2014 den ersten Honorarbescheid im neuen Gewand zu versenden.

DΟ

Eine der auffälligsten Neuerungen ist das Eckdatenblatt, das die wichtigsten Zahlen aus dem Honorarbescheid auf einer Seite zusammenfasst. Dies ist vor allem für die Ärzte und Psychotherapeuten eine Hilfe, die sich einerseits nicht mit den Einzelheiten des Honorarbescheids auseinandersetzen wollen, sich aber andererseits einen Überblick verschaffen und eine Vergleichsmöglichkeit haben wollen. Möglich wird das, indem auf dem Eckdatenblatt das Honorar der Praxis im Quartalsverlauf dargestellt und in Bezug zum Fachgruppendurchschnitt gesetzt wird. Neu ist auch eine Anlage, die die gestrichenen beziehungsweise korrigierten Leistungen einer Praxis zeigt und sie den jeweiligen Patienten zuordnet. Auf diese Weise können Praxen systematische Fehler besser aufspüren. Augenscheinlich sind auch die optischen Anpassungen am Honorarbescheid und an seinen Anlagen. So wurde das Layout vereinheitlicht und aufgelockert, damit sich die Leser besser orientieren können. Begriffe wurden standardisiert, Rechenschritte oder Zwischenergebnisse gibt es nur dort, wo sie zum Verständnis beitragen.

Bereits zu diesem Zeitpunkt war klar: Auch im überarbeiteten Honorarbescheid ist nicht alles selbsterklärend. Daher wurde ergänzend eine Publikation mit dem Titel: Honorarbescheid erklärt entwickelt. In der Broschüre werden alle Anlagen – mit Ausnahme weniger Sparten-Anlagen für einzelne Fachgruppen – in einfacher Sprache dargestellt.

CHECK

Mit Spannung wurden die ersten Rückmeldungen erwartet. Sie waren durchgängig positiv. Insbesondere die Erklär-Broschüre fand und findet weiterhin großen Anklang.

ACT

Jetzt werden mit dem entwickelten Format Erfahrungen gesammelt, gegebenenfalls kleinere Verbesserungsvorschläge gleich umgesetzt – zum Beispiel bei der Anlage: Zurückgestellte GOP. Die nächste große Veränderung steht vermutlich im Jahr 2017 an: Den Honorarbescheid soll es dann nur noch online geben.

www.kvhb.de







DIE ABTEILUNG QUALITÄTSSICHERUNG DER KASSEN-ÄRZTLICHEN VEREINIGUNG HAMBURG

In der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg sind sämtliche Aufgaben rund um die Qualität dem Bereich Qualität und Sicherstellung und der hierzu gehörenden Abteilung Qualitätssicherung und Abrechnungsgenehmigung zugeordnet, es sind derzeit 30 Mitarbeiter in Voll- und Teilzeit beschäftigt.

Um die bestmögliche Servicequalität sicherzustellen, arbeiten die Mitarbeiter in kleinen Teams, in denen für jedes Sachgebiet mindestens zwei Ansprechpartner für Fragen zur Verfügung stehen. Die Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung und Abrechnungsgenehmigung werden zudem in regelmäßigen Abständen durch interne und externe Fortbildungen und Schulungen gefördert, um sie auf die aktuellen und künftigen Anforderungen vorzubereiten.

Zu den Aufgaben gehören:

- Prüfung der Einhaltung der für die Qualitätssicherung geltenden gesetzlichen und / oder vertraglichen Regelungen im Einzelfall, insbesondere:
 - Beurteilung und Bearbeitung von Genehmigungsanträgen mit der Prüfung der jeweils erforderlichen Nachweise der fachlichen Befähigung und / oder apparativen Ausstattung
 - Vorbereitung und Organisation der Kolloquien und der Protokollierung nach Maßgabe dieser Richtlinien
 - Vorbereitung oder Ausfertigung der Bescheide aufgrund vorangegangener Prüfungen
 - Durchführung der Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfung)
- Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen
- Beratung der Sachverständigenkommissionen und von Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinderund Jugendlichenpsychotherapeuten, medizinischem Personal und Institutionen des Gesundheitswesens in Fragen der Qualitätssicherung

Hinzu kommen weitere Aufgabenbereiche, die dem Bereich Qualität und Sicherstellung zugeordnet sind:

 Ärztliche Stelle – Die Ärztliche Stelle hat die Aufgabe, dem Strahlenschutzverantwortlichen und den anwendenden radiologisch tätigen Vertragsärzten Maßnahmen zur Optimierung der medizinischen Strahlenanwendung vorzuschlagen. Dies betrifft insbesondere die Verbesserung der Bildqualität, die Herabsetzung der Strahlenexposition oder sonstige qualitätsverbessernde Maßnahmen. Zudem prüft sie, ob und wie weit die Vorschläge umgesetzt werden. Aus diesem Grund hat die Ärztliche Stelle alle von Vertragsärzten betriebene Röntgeneinrichtungen sowie strahlentherapeutische und nuklearmedizinische Einrichtungen in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.

- Qualitätsmanagement Die Mitarbeiter der Qualitätssicherung beraten und unterstützen die Praxen insbesondere für das Qualitätsmanagement-System QEP[®]
 - der Erhebung des Ist-Zustandes ihrer Praxis
 - der darauffolgenden Festlegung von Praxiszielen und deren späterer Überprüfung
 - der Anleitung einer Teambesprechung
 - der Gestaltung von Organigrammen, Verfahrensanweisungen und anderen Dokumenten
 - der Gestaltung eines Fragebogens für Patienten oder bei der Ausarbeitung einer Mitarbeiter-Umfrage.
- Genehmigung und Betreuung von Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen
- Überprüfung und Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen der Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung für Disease-Management-Programme – Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen
- Disease-Management-Programme Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und jährliche Überprüfung der Strukturvoraussetzungen

Q

www.kvhh.de







GEMEINSAM MIT DEM NACHWUCHS GEGEN DEN ÄRZTEMANGEL

Neue Förderungsmöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Ärztemangel ist in Hessen mehr und mehr ein Thema. Der Mangel in der ambulanten Versorgung ist nicht nur in der hausärztlichen Versorgungsebene relevant, sondern auch im fachärztlichen Bereich. In den kommenden Jahren wird es auch bei Fachärzten zu einem erhöhten Nachbesetzungsbedarf kommen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen beschäftigt sich mit diesem Mangel und seinen Konsequenzen und fördert seit diesem Jahr auch die Weiterbildung in der fachärztlichen Versorgungsebene. Hessen gehört somit zu den wenigen Bundesländern, die ohne den Zuschuss des GKV-Spitzenverbands die Weiterbildung zum Erwerb einer zulassungsfähigen Facharztkompetenz fördert. Im Vergleich zur Weiterbildungsförderung in der Allgemeinmedizin beträgt hier die Förderdauer nicht 24 Monate, sondern sechs Monate mit 1.750 Euro monatlich.

Vom obigen Förderungsportfolio bisher ausgenommen sind alle psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie die Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Für diese Mitglieder hat die Vertreterversammlung am 5. Juli 2014 eine gesonderte Förderrichtlinie der ambulanten Aus-, Fort- und Weiterbildung beschlossen, die den spezifischen fachlichen Anforderungen und Voraussetzungen gerecht werden.

In Anbetracht des teilweise bereits bestehenden, sich in den nächsten Jahren aber weiter verschärfenden Ärztemangels, wird es immer wichtiger, Studierende mit der Option einer Tätigkeit im ambulanten Bereich vertraut zu machen und die beruflichen Perspektiven aufzuzeigen, die sich hier bieten. Die Basis bildet hierfür die ebenso im Jahr 2014 beschlossene neue Richtlinie zur finanziellen Förderung des Praktischen Jahres der Wahlfächer Allgemeinmedizin und der Fächer der allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene – hierzu gehören Chirurgen, Orthopäden, Urologen, Psychotherapeuten sowie Kinder-, Augen-, Frauen-, HNO-, Haut- und Nervenärzte.

Die Förderhöhe beträgt 595 Euro pro Monat bei einer Vollzeit-Ausbildung und somit insgesamt 2.380 für die Dauer des Wahl-Tertials. Die Besonderheit hierbei ist, dass sich die Förderung des Praktischen Jahres aus den Mitteln des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V finanziert.

Nachwuchskampagne der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Mit der ins zweite Jahr gehenden erfolgreichen Nachwuchskampagne der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen: Sei Arzt. In Praxis. Leb' Hessen! konnten wichtige Impulse an den hessischen Universitäten gesetzt werden. Zudem nutzten interessierte Jungmediziner bei Veranstaltungen die Möglichkeit, sich in lockerer Atmosphäre zu informieren und Fragen rund um eine Zukunft als niedergelassener Arzt an Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu stellen.

www.kvhessen.de







ZUSATZQUALIFIKATION Care – EIN NEUES INNOVATIVES ZUSATZMODUL

Zum 1. Januar 2014 wurde ein VERAH-Cowe-Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und der AOK-Nordost geschlossen. Mit diesem weiterführenden Konzept kann der Arzt bei der Sicherung der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit durch eine Cowe-Fachkraft so unterstützt werden, dass mehr Zeit für die Betreuung und die Behandlung der Patienten im ländlichen Raum zur Verfügung steht.

Im Mittelpunkt der Tätigkeit der Cave-Fachkraft steht das Fallmanagement, das neben dem Management von Schnittstellen die Organisation der gesamten Behandlungskette des Patienten, stets in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, umfasst. Die Cave-Fachkraft stellt damit einen wichtigen Ansprechpartner für den Patienten dar und leistet arztentlastende Tätigkeiten.

Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und der AOK Nordost besteht Konsens darüber, dass für den Einsatz als *Cowe*-Fachkraft eine Qualifikation als nichtärztliche Praxisassistentin Voraussetzung ist. Die Zusatzqualifikation zur Cowe-Fachkraft umfasst drei Ausbildungstage mit je acht Unterrichtseinheiten, die sich an den jeweiligen Modulen der Leistungserbringung orientieren. Dabei wird insbesondere Wert auf eine praxisnahe Vermittlung der Inhalte gelegt. Die Ausgestaltung der Weiterbildungsthemen erfolgt paritätisch zwischen den Vertragspartnern sowie dem Institut für hausärztliche Fortbildung. Nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildung erhalten die Cowe-Fachkräfte ein gemeinsames Zertifikat der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und der AOK Nordost.

Zukünftig ist eine regelmäßige Teilnahme der Cowe-Fachkraft an Fortbildungskursen vorgesehen. Hierfür werden die Vertragspartner entsprechende themenspezifische Fortbildungen anbieten. Zur Aufrechterhaltung der Qualifikation erfolgt alle drei Jahre eine Überprüfung der regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungskursen.

VERAH-Care-VERTRAG

118 teilnehmende Ärzte

103 Praxisassistenten mit Zusatzqualifikation Care

Stand Juni 2015

VERAH/NÄPA

Qualifikation als nichtärztlicher Praxisassistent (NäPa) mit einer absolvierten Ausbildung

Kooperation mit

- dem Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF)
- oder der Ärztekammer MV

Umfang 160 Stunden Theorie und 40 Stunden Praxis

Ausbildung umfasst die Inhalte

- Case Management
- Präventionsmanagement
- Gesundheitsmanagement
- Technikmanagement
- Praxismanagement
- Besuchsmanagement
- Notfallmanagement
- Grundlagen Wundmanagement

ZUSATZQUALIFIKATION Care

Vorliegen der Grundausbildung zur VERAH/NäPa (AOK Nordost, IHF und KVMV schulen gemeinsam und paritätisch)

Qualifizierung umfasst drei Ausbildungstage mit je acht Unterrichtseinheiten zu den Einsatz-Modulen:

- Fall- und Schnittstellenmanagement
- Versorgung in der Häuslichkeit
- Stärkung und Unterstützung der Eigenkompetenz des Versicherten
- Wundversorgung

Themen des Hausärzteverbands und des Instituts für hausärztliche Fortbildung (IHF):

Anwendungsbereiche Case-Management in der häuslichen Versorgung

Themen der AOK Nordost:

- Häusliche Krankenpflege
- Heil- und Hilfsmittelversorgung
- Arzneimittel z.B. Medikamentenmanagement,
 Einnahme und Lagerung und Patientensicherheit
- Moderne Wundversorgung

Q

3.108

www.kvmv.de





DIABETOLOGISCHE FUSSAMBULANZEN – VERSORGUNGSMANAGEMENT FÜR PATIENTEN MIT DIABETISCHEM FUSSSYNDROM

Eine der Komplikationen des Diabetes mellitus ist das diabetische Fußsyndrom. Ursache dafür sind erhöhte Blutzuckerwerte, die über längere Zeit zu Schädigungen der großen und kleinen Blutgefäße – der Makro- und Mikroangiopathie – sowie zu Schädigungen der Nerven – der sogenannten Neuropathie – führen können. Dies kann im schlimmsten Fall Amputationen der Extremitäten zur Folge haben. Durch eine optimale Einstellung des Diabetes und einer frühzeitigen Behandlung des diabetischen Fußsyndroms sind diese jedoch vermeidbar. Daher ist eine koordinierte Zusammenarbeit von betreuenden Hausärzten und Spezialisten sinnvoll.

Vor diesem Hintergrund hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen gemeinsam mit den Primärkrankenkassen Niedersachsens und unter Beteiligung des Verbands der niedergelassenen Diabetologen Niedersachsen ein Konzept zur Verbesserung der Versorgung der betroffenen Diabetespatienten in die Wege geleitet. Die diabetologische Fußambulanz wurde als eine weitere Versorgungsebene in die Diabetesvereinbarung aufgenommen. Um letztendlich Amputationen der Extremitäten zu vermeiden, werden möglichst frühzeitig Maßnahmen gegen diabetesassoziierte Ulzerationen eingeleitet und koordiniert. Das Konzept richtet sich dabei auf die Prophylaxe und die frühzeitige Behandlung des diabetischen Fußsyndroms. Dafür werden sowohl die im Rahmen der Fußambulanz tätigen Diabetologen als auch die nichtärztlichen Wundfachkräfte speziell geschult und regelmäßig fortgebildet.

Bei einem Befund eines diabetischen Fußsyndroms erfolgt die stadiengerechte Behandlung durch die Erstversorgung und eine fortlaufende Wundversorgung – bei immobilen Patienten gegebenenfalls auch im häuslichen Bereich. Diese Versorgung beinhaltet zum Beispiel die Wunddokumentation mit Bildern und die Verordnung von Verbandmitteln. Ferner werden mindestens halbjährlich Kontrollen der Füße bei auffälligem Fußstatus ab Stadium Wagner 1 und mindestens jährlich Kontrollen der Schuhversorgung durchgeführt. Gegebenenfalls werden diese korrigiert und an die medizinischen Notwendigkeiten angepasst. Die Vergütung der Einzelleistungen wird kassenseitig außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung finanziert.

In Niedersachsen sind aktuell knapp 80 Prozent der insgsamt 143 Diabetologischen Schwerpunktpraxen entsprechend qualifiziert und als Diabetologische Fußambulanz anerkannt. Dadurch ist langfristig eine Reduktion von diabetesbedingten Amputationen und eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Diabetes zu erwarten.









KOMPETENT UNTERSTÜTZT UND BERATEN VON DER NIEDERLASSUNG BIS ZUR PRAXISABGABE

Die Anforderungen an niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sind hoch. Sie sind nicht nur Mediziner und Therapeuten, sondern auch Unternehmer, Investoren und Arbeitgeber. Sie müssen sich mit Arznei- und Hilfsmitteln auskennen, den rechtlichen Rahmen ihrer Tätigkeit im Blick behalten und wirtschaftlich und qualitätsgesichert arbeiten.

Das Dienstleistungs- und Beratungsangebot der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unterstützt seine Mitglieder aus erster Hand. Es wurde ausgestaltet und wartet nun mit einem erweiterten Kreis von Beratern sowie besser vernetzten Serviceangeboten auf. Von der Niederlassung bis zur Praxisabgabe steht bei Bedarf qualifizierte Unterstützung zur Verfügung.

Vorgestellt wurde dieses gebündelte Beratungspaket erstmals beim Beratertag der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein am 6. Mai 2015 im Haus der Ärzteschaft. Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Fachangestellte nutzten den Tag, um sich über die einzelnen Leistungen zu informieren. Auf besonders großes Interesse stießen die neu entwickelten Angebote – beispielsweise zum Praxismarketing und zur Praxisführungsstrategie – im Rahmen einer betriebswirtschaftlichen Beratung.

	ABRECHNUNGSBERATUNG
	BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG
^	NIEDERLASSUNGSBERATUNG
	IT-BERATUNG
*	HYGIENEBERATUNG
§	PRÜFVERFAHRENSBERATUNG
⊘	VERORDNUNGSBERATUNG

STRUKTURVERTRAG HEPATITIS C

Zum 1. November 2014 ist in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein der Hepatitis-C-Strukturvertrag in Kraft getreten. Er wurde zwischen der AOK Rheinland / Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein geschlossene Strukturvertrag nach § 73a SGB V zur Erhöhung der Versorgungsqualität von chronisch Hepatitis-C-(HCV)-Infizierten – Hepatitis-C-Strukturvertrag – in Kraft getreten. Eine Aktualisierung ist zum 1. Mai 2015 initiiert worden.

Gemeinsam mit dem Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter einen Vertrag erarbeitet, der sich ganz am individuellen Krankheitsverlauf orientiert. Im Rahmen dieses Vertrags sorgen erfahrene Ärzte für eine qualitätsgesicherte und passgenaue Behandlung. Hier spielt insbesondere auch der medizinisch-pharmakologische Fortschritt eine Rolle.

Teilnahmeberechtigt sind Ärzte mit der Facharztbezeichnung Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie, Ärzte mit einer Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids oder der Zusatzbezeichnung Infektiologie oder Suchtmedizinische Grundversorgung. Um noch weiteren Patienten in Nordrhein eine hochqualifizierte Behandlung auf diesem Gebiet anzubieten, laufen derzeit Verhandlungen mit weiteren Kassen auf Landesebene.



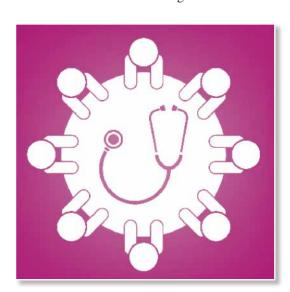




QUALITÄTSZIRKEL IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM LAND RHEINLAND-PFALZ

Qualitätszirkel

In Rheinland-Pfalz ist die Qualitätszirkelarbeit ein fester Bestandteil der ambulanten medizinischen Strukturen und leistet einen wichtigen Beitrag zur Qualität in der Patientenversorgung. Jedes Jahr engagieren sich etwa 400 Moderatoren in insgesamt 344 Zirkeln in verschiedenen Bereichen. Die Qualitätszirkelarbeit wird finanziell und organisatorisch durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz gefördert. Weitere Hilfe erhalten die Moderatoren von den ausgebildeten Qualitätszirkel-Tutoren, die als erfahrene Qualitätszirkel-Moderatoren über eine Zusatzausbildung verfügen und sich um die Aus- und Weiterbildung der Moderatoren kümmern. Ebenso unterstützen sie in fachlichen und kommunikativen Fragen. Die Ausbildung zum Qualitätszirkel-Moderator sowie die Weiter- und Fortbildungen für Qualitätszirkel-Moderatoren werden bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz von den Tutoren durchgeführt.



Qualitätszirkelarbeit im Bereich häusliche Gewalt

Ein wichtiges Thema der Qualitätszirkelarbeit ist häusliche Gewalt. Seit 2014 bietet die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz in Kooperation mit dem Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen in Rheinland-Pfalz eine entsprechende Modulschulung an. Die zertifizierte Fortbildung ist für Moderatoren von Qualitätszirkeln konzipiert, um Ärzte und Psychotherapeuten für das Thema Gewalt in engen sozialen Beziehungen zu sensibilisieren.

Im Mittelpunkt der Modulschulung Häusliche Gewalt stehen die Folgen von Gewaltanwendung im häuslichen Umfeld und in engen sozialen Beziehungen. Neben dem Erkennen erster körperlicher Anzeichen von häuslicher Gewaltanwendung werden den Teilnehmern auch die Kommunikation mit den Betroffenen und die richtige Dokumentation vermittelt. Bei der Fortbildung sollen die Ärzte und alle Beteiligten nach dem Train-the-Trainer-Prinzip darin geschult werden, die Teilnehmer ihrer Qualitätszirkel zu sensibilisieren. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz bietet in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen in Rheinland Pfalz praktische Übungen und einen offenen Austausch im Dialog an. Im Juni 2014 fand die erste Modulschulung im Regionalzentrum Koblenz statt, im Oktober 2014 folgte die zweite Veranstaltung in der Hauptverwaltung Mainz. Alle Qualitätszirkel-Moderatoren konnten an dem Seminar teilnehmen.

Die Schulung umfasst folgende Themen:

- Häusliche Gewalt
- Erkennen, Kommunikation,
 Dokumentation am Beispiel Gewalt gegen Frauen
- Nicht-medizinische Hilfeangebote

Zwei Tutoren der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, eine Referentin vom Institut für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz, eine Familientherapeutin beim Frauenhaus in Bad Kreuznach und eine Trauma-Fachberaterin vom Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen vermitteln den Teilnehmern das Thema: Häusliche Gewalt. Dadurch können viele spezialisierte Fragestellungen direkt vor Ort aufgelöst und beantwortet werden.

In dieser Form wird die Modulschulung Häusliche Gewalt im Jahr 2015 weitergeführt.





HYGIENEBERATUNG DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SAARLAND

Die Anforderungen an die Hygiene – auch in der ambulanten Versorgung – nehmen zu. Die Hygiene ist somit ein wichtiger Bestandteil des verpflichtenden Qualitätsmanagementsystems einer Arztpraxis. Auch die Patienten werden zunehmend kritischer, recherchieren Hintergründe ihrer Erkrankung im Internet und achten vermehrt auf die hygienischen Rahmenbedingungen in Praxen.

Mit Inkrafttreten der saarländischen Hygieneverordnung hat der Gesetzgeber unter anderem auf das in den vergangenen Jahren steigende Aufkommen von multiresistenten Erregern reagiert und weitere rechtliche Grundlagen geschaffen. Von den regionalen Gesundheitsämtern wird derzeit die Einhaltung der Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankenhauserregern mit Resistenzen und Multiresistenzen in Einrichtungen für ambulantes Operieren und Dialyseeinrichtungen überprüft.

Niedergelassene Arztpraxen verfügen selten über eine Beratung durch Hygienefachpersonal. Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland hat auf die Situation reagiert und ihr Beratungsangebot entsprechend angepasst und erweitert. Für Fragen stehen den Mitgliedern zwei kompetente Hygieneberater mit entsprechendem Sachkundekurs der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung zur Verfügung, die regelmäßig an überregionalen Fortbildungen teilnehmen. Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland ist weiterhin Mitglied des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen / KBV, und veranstaltete gemeinsam mit den Gesundheitsämtern eine fünftägige Weiterbildung.

Die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern erweist sich als sehr konstruktiv, kooperativ und effektiv. Auf Wunsch der Mitglieder begleitet die Kassenärztliche Vereinigung die behördlichen Begehungen.

Neben der telefonischen Beratung und den Begehungen mit den Behörden bieten wir unseren Mitgliedern auch unentgeltlich Praxisbegehungen ohne die Gesundheitsämter an, um sie vor Ort in Bezug auf die Prozess- und Strukturqualität zu beraten. Nicht nur ambulant operierende Einrichtungen oder Dialyseeinrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch die Gesundheitsämter. Auch die konservativ tätigen Praxen müssen ein entsprechendes Hygienemanagement betreiben, gesetzliche Regelungen beachten und können anlassbezogen



begangen werden. Aus diesem Grund hat die Kassenärztliche Vereinigung Saarland den Fokus ihrer Praxisbegehungen nicht nur auf ambulant operierende Praxen gelegt, sondern richtet sich an alle Praxen. Als zusätzliche Hilfestellung zur Umsetzung eines Hygienemanagements stellen wir unseren Mitgliedern den Leitfaden: Hygiene in der Arztpraxis des Kompetenzzentrums für Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV zur Verfügung. Dieser Leitfaden enthält vielfältige Empfehlungen, Musterdokumente sowie praktische Umsetzungsvorschläge, die eine fundierte Grundlage für jede Praxis bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben bietet.

Darüber hinaus bietet die Kassenärztliche Vereinigung Saarland ihren Mitgliedern und deren Praxisangestellten beispielsweise Hygiene- und MRSA-Schulungen an. Weitere Veranstaltungen in Bezug auf die Umsetzung der Voraussetzungen der saarländischen Hygieneverordnung sind geplant.

Über das MRSA-Netzwerk Saarland haben die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland die Möglichkeit, den interdisziplinären Dialog zur Verbesserung der Hygiene mit vielen Akteuren des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu suchen. Die Veranstaltungen des MRSA-Netzwerks Saarland werden halbjährlich durchgeführt und sind mittlerweile ein fester Bestandteil im Veranstaltungskalender unserer Mitglieder.

www.kvsaarland.de







ARZNEIMITTELINITIATIVE SACHSEN-THÜRINGEN (ARMIN) – QUALITÄTSVERBESSERUNG IN DER ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Arzneimittel gehören, richtig angewendet, zu den wirksamsten Instrumenten medizinischer Hilfe. Aufgrund der höheren Lebenserwartung und der Zunahme von chronischen Erkrankungen werden sie damit häufig zu jahrelangen Begleitern von Patienten.

Eine Arzneimitteltherapie ist jedoch oft nicht frei von Risiken. Die gleichzeitige Gabe von verschiedenen Arzneimitteln erhöht das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Aber auch die fehlende Therapietreue des Patienten kann einen maßgeblichen Risikofaktor darstellen.

Die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen ARMIN ist ein gemeinsames Projekt der Ärzte und Apotheker Sachsens und Thüringens sowie der AOK PLUS. Im Modellprojekt verordnen die Ärzte wenn möglich Wirkstoffe statt Handelspräparate. Aus diesen wählen die Apotheker anschließend unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien, wie zum Beispiel Rabattverträge, die passenden Präparate aus. Dadurch soll die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung erhöht werden. Ein Medikationsplan soll vor allem chronisch kranke Patienten unterstützen, die mehrere Medikamente einnehmen.

Die verstärkte Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker erhöht die Sicherheit der Arzneimitteltherapie, da Wechselwirkungen sowie mögliche Unverträglichkeiten geprüft werden. In der betreuenden Apotheke wird zunächst ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten über die aktuelle Medikation geführt. Anschließend werden die Informationen an den betreuenden Arzt weitergeleitet, welcher dann die Medikationsbewertung vornimmt und daraufhin den Medikationsplan erstellt. Aus dem Medikationsplan geht unter anderem hervor, wann und warum welches Medikament einzunehmen ist. Dadurch erfahren Patienten mehr über ihre Arzneimittel und werden gleichzeitig in die Therapie mit eingebunden.

Das Modellprojekt ist im April 2014 mit den Modulen Wirkstoffverordnung und Medikationskatalog gestartet und in der Praxis bei rund 1.200 Ärzten und Apothekern angekommen. Die fachlichen Prozesse des dritten Moduls – des Medikationsmanagements – wurden in einer ersten Pilotierungsphase erfolgreich getestet. Sobald auch die technischen Prozesse in der Praxis geklärt werden konnten, wird regelhaft eine Betreuung von AOK PLUS-Patienten durch teilnehmende Ärzte und Apotheker möglich sein.

MODELLPROJEKT STUDIEREN IN EUROPA – ZUKUNFT IN SACHSEN

Aufgrund der demographischen Entwicklung zeichnen sich in den ländlichen Regionen Sachsens, insbesondere bei der Nachbesetzung von Hausarztsitzen, zunehmend Probleme ab. Um sich dieser Herausforderung zu stellen und den hausärztlichen Nachwuchs zu fördern, hat die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen das Modellprojekt: Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen ins Leben gerufen.

Im Mittelpunkt des Modellprojektes steht die Ausbildung zusätzlicher Medizinstudenten im Fachgebiet Allgemeinmedizin. Hierfür übernehmen die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Krankenkassen für bis zu 20 Studierende pro Studiengang die Studiengebühren für die Dauer der Regelstudienzeit von zwölf Semestern. Voraussetzungen für die Förderung sind die Immatrikulation im Studiengang Humanmedizin an der Universität Pécs, die Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin sowie die Bereitschaft, im Anschluss daran mindestens fünf Jahre als Hausarzt in Sachsen außerhalb der Großstädte zu arbeiten.

Kooperationspartner zur Durchführung des Projekts ist die ungarische Universität Pécs, welche den deutschsprachigen Studiengang Humanmedizin anbietet. Praktische Erfahrungen in der hausärztlichen Tätigkeit sammeln die Studierenden im Rahmen der Semesterferien in einer sächsischen Hausarztpraxis, welche von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen als Patenpraxis anerkannt ist und die erforderlichen Mindestanforderungen erfüllt.

Finanziert wird das Modellprojekt aus dem Strukturfonds zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Sachsen, der paritätisch von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen getragen wird.

Aktuell werden in den Studienjahrgängen 2013/14, 2014/15 und 2015/16 jeweils 20 Studenten gefördert. Die Fortführung des Modellprojekts im Studienjahr 2016/17 ist vorgesehen.



www.arzneimittelinitiative.de www.kvs-sachsen.de







UMFANGREICHE FORTBILDUNGSANGEBOTE FÜR ÄRZTE, PSYCHOTHERAPEUTEN UND PRAXISPERSONAL

Regelmäßige Schulungen und Fortbildungen sind aus dem Praxisalltag nicht mehr wegzudenken. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt bietet ihren Mitgliedern und deren nichtärztlichem Personal schon seit Jahren ein umfassendes Seminarangebot. Die Veranstaltungen beinhalten sowohl medizinische Themen als auch die Bereiche Kommunikation sowie zahlreiche Gesichtspunkte des Qualitätsmanagements.



Im Jahr 2014 fanden insgesamt 110 Veranstaltungen zu folgenden Themen statt:

- Diabetesschulungen
- Fortbildung nach der Rehabilitations-Richtlinie
- MRSA ambulante Behandlung
- Qualifikation zur VERAH-Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis®
- Herausforderung Wundbehandlung
- Fortbildungen für onkologisches Praxispersonal
- Veranstaltungen zur Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement
- Qualitätsmanagement-Zirkel als regelmäßiger Austausch
- Notfalltraining und -management
- Hygiene in der Arztpraxis
- Gespräche mit speziellen Patienten in der Praxis und am Telefon
- IT-Seminare

- Kommunikation:
 Die Forderungen des Patienten
 - Patientengespräche leicht gemacht
- Vom Umgang mit dem als schwierig erlebten Patienten
- Schweigepflicht, Datenschutz und Archivierung in der Praxis

Im halbjährlichen Fortbildungskalender – Fortbildung kompakt – und auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt werden die einzelnen Veranstaltungen detailliert vorgestellt. So können sich die Praxen rechtzeitig über die Angebote informieren und die Seminare buchen.

Neben den oben genannten Veranstaltungen sind die Reihen: KVSA INFORMIERT und der Fortbildungstag für Praxispersonal zum festen Bestandteil des Angebots der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt geworden. In beiden Veranstaltungsreihen informieren die Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt über Relevantes und Aktuelles rund um die vertragsärztliche Tätigkeit von Abrechnung über Datenschutz bis zu ITrelevanten Themen.

DIE WORKSHOP-REIHE: NIEDERLASSUNG FÜR ZUKÜNFTIGE MITGLIEDER

Seit 2013 bieten die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und weitere Kooperationspartner – Steuerberater, Finanzexperten und Rechtsanwälte – die Workshop-Reihe Niederlassung an. Diese ist für Ärzte und Psychotherapeuten konzipiert, die ihre ambulante Tätigkeit aufnehmen möchten. Die Reihe besteht aus folgenden Modulen:

- Möglichkeiten der Neugründung, Übernahme und Kooperation
- Informationen zur wirtschaftlichen Seite der ambulanten T\u00e4tigkeit
- Verordnungsmanagement
- Steuerrechtliche Aspekte in der Arztpraxis
- Vertragsgestaltung Verträge im Überblick
- Praxiseinrichtung und Organisation
- Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung
- Praxismanagement und delegationsfähige Leistungen

Die Module sind frei wählbar und können auch einzeln belegt werden. Es handelt sich dabei um ein kostenfreies Angebot der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.

www.kvsa.de



KV Schleswig-Holstein





REFRESHERKURSE ZUR SONOGRAPHIE DER SÄUGLINGSHÜFTE

Mit Wirkung zum 1. April 2012 wurde die Anlage V der Ultraschallvereinbarung geändert. Die Änderung sieht unter anderem vor, dass bei Feststellung schwerwiegender Mängel der eingereichten Dokumentation die Genehmigung zur Sonographie der Säuglingshüfte ausgesetzt wird. Zur Wiedererlangung der Genehmigung ist vom Arzt eine erfolgreiche Teilnahme an einem Refresherkurs nachzuweisen. Der Inhalt dieser Refresherkurse ist in der Anlage V festgelegt und beinhaltet auch eine Eingangsund Abschlussprüfung.

Die Arbeitsgruppe Säuglingshüfte der Sonographie-Kommission hat sich entschlossen, in Bad Segeberg ab 2014 diese Kurse anzubieten, um den vertragsärztlichen Kollegen zeitnah die Möglichkeit zu geben, die Aussetzung der Genehmigung zu beenden.

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein angebotenen Kurse sollen aber nicht nur dazu dienen, ausgesetzte Genehmigungen wieder zu erhalten, sondern sie sollen generell den Fachgruppen, die die Hüft-Sonographie bei Säuglingen durchführen, als Fortbildungsveranstaltung dienen.

Dr. Dünnweber, der Vorsitzende der Arbeitsgruppe Säuglingshüfte, führt zu den Kursinhalten und Zielen folgendes aus:

"Neben der Auffrischung der theoretischen und praktischen Untersuchungsinhalte werden insbesondere die Anforderungen an die Dokumentation und die damit verbundenen Qualitätssicherungsgrundlagen eine wichtige Rolle spielen. Die interessierten Ärztinnen und Ärzte haben einen sehr unterschiedlichen Ausbildungs- und Wissensstand. Für den 8-Stunden-Kurs gibt die bundesweit geltende Ultraschallvereinbarung ein Themen-Grundgerüst in enger Anlehnung an die Refresherkurse von Prof. Graf vor. Bis zum Ende unseres Kurses wollen wir gemeinsam mit den Teilnehmern die vertragsärztliche Anwendung und Durchführung dieser Untersuchungsmethode auf den aktuellen Stand bringen. Unsere langjährige Erfahrung zeigt, dass bei neu niedergelassenen Kollegen ein sehr unterschiedlicher Erfahrungs- und Leistungsstand besteht. Diese Kollegen sind in besonderem Maße zur Teilnahme am neuen Kurs angesprochen. Ansonsten steht die Kursteilnahme im Sinne der Qualitätsförderung natürlich auch allen weiteren hüftschallenden Kollegen offen. Sei es, dass sie bei einer Dokumentationsprüfung auffällig wurden oder weil sie nach längerer Zeit einfach einen Vergleich oder eine Auffrischung ihres Kenntnisstandes wünschen."

Im Jahr 2014 haben drei Refresherkurse mit insgesamt 50 Teilnehmern in der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein stattgefunden. Alle Teilnehmer haben den Abschlusskurs bestanden, sodass denjenigen Ärzten, bei denen die Genehmigung ausgesetzt wurde, diese wieder erteilt werden konnte.

Die Bewertung für alle drei Kurse durch die Kursteilnehmer war ausnahmslos positiv. Auch konnte festgestellt werden, dass bei einer nachfolgenden Stichprobenprüfung die Qualität der Dokumentationen deutlich verbessert war. Für das Jahr 2015 sind weitere Kurse geplant.

Ein weiterer Impuls für die Qualitätsverbesserung in der Sonografie der Säuglingshüfte ist die 2014 erschienene Broschüre Sonografie der Säuglingshüfte – aber richtig, die von der KBV herausgegeben wurde und an deren Entwicklung die Arbeitsgruppe Säuglingshüfte der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein mitgewirkt hat.

Q





GEMEINSAME ARZNEIMITTELINITIATIVE DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN SACHSEN UND THÜRINGEN – ARMIN

Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen hat die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen mit den jeweiligen Apothekerverbänden und der AOK PLUS zum 1. April 2014 das Modellprojekt ARMIN gestartet. Die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen ARMIN verbessert die Qualität und Wirtschaftlichkeit der patientenindividuellen Arzneimittelversorgung bei angemessener Honorierung und Senkung des Regressrisikos für den Arzt. Mit diesem Vertrag werden die Verordnungskosten gesenkt und die Arzneimitteltherapiesicherheit sowie die Therapietreue von multimorbiden Patienten in einem gemeinsamen Betreuungskonzept mit den Apothekern gefördert. Gleichzeitig werden die Arzneimittelrisiken minimiert.

Die Wirkstoffauswahl trifft der Arzt. Die Abgabe des geeigneten Präparates erfolgt durch die Apotheke. Ebenso sind natürlich Indikationsstellung und Therapieauswahl Sache des Arztes. Zur Arzneimittelanwendung und möglichen Interaktionen berät der Apotheker.

Die Teilnahme an dem Modellvorhaben ist für alle Ärzte, Apotheker und AOK PLUS-Versicherte freiwillig. Bereits seit Beginn am 1. April 2014 bestand für Arzt und Apotheker die Möglichkeit sich einzuschreiben. Die Umsetzung der Wirkstoffverordnung, des wirkstoffbezogenen Medikationskatalogs und des Medikationsmanagements ist in drei Stufen erfolgt. Mit Realisierung des Medikationsmanagements in der dritten Stufe können nun chronisch kranke Patienten in das Modellvorhaben eingeschrieben werden.

Die dritte Stufe bildet den Schwerpunkt: Für jeden eingeschriebenen Patienten wird auf Grundlage seiner Medikation und Selbstmedikation ein aktueller und vollständiger Medikationsplan erstellt. Durch diese kontinuierliche Betreuung werden bei Patienten, die dauerhaft mindestens fünf systemisch wirkende Arzneimittel einnehmen müssen, die Compliance und die Arzneimitteltherapie optimiert. Die Hinweise aus dem Medikationsplan sind eine Empfehlung und keine verbindliche Vorgabe.

Die intensive Erstbetreuung der Patienten mit Multimedikation wird durch eine angemessene Vergütung für Arzt und Apotheker honoriert. Wenn der Patient aus



dem Krankenhaus kommt oder den behandelnden Arzt wechselt, muss die Arzneimitteltherapie oft neu ausgerichtet werden. Auch dieser zusätzliche Aufwand wird bei wesentlicher Medikationsänderung honoriert. Ärzte, die dem Modellvorhaben bis zum Jahresende 2014 beigetreten sind, erhielten eine Anschubfinanzierung, um damit die Kosten der benötigten IT-Vertragsschnittstelle für bis zu zwei Jahre decken zu können.

Im Haus der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen wurden mehrere Informationsveranstaltungen für interessierte Ärzte und Apotheker angeboten. Der Besuch dieser Veranstaltung ist eine Voraussetzung zur Teilnahme an der dritten Stufe des Vertrags.

Mit dem Modellvertrag ARMIN wird eine bessere Kontrolle der Therapie erreicht, da die betreuenden Ärzte und Apotheker genau wissen, welche verschreibungspflichtigen und rezeptfreien Medikamente der Patient einnimmt. Die Sicherheit in der Therapie wird erhöht, da der Patient einen vollständigen Medikationsplan erhält. Arzneimittelrisiken wie Doppelmedikationen, Wechselwirkungen oder Kontraindikationen lassen sich besser vermeiden und das zeitintensive Medikationsmanagement wird angemessen vergütet.

Mit Stand 31. Dezember 2014 haben sich in Thüringen bereits rund 700 Ärzte und Apotheker im Modellvertrag ARMIN eingeschrieben und profitieren schon von den Vorteilen der Wirkstoffverordnung sowie des Medikamentenkatalogs.

www.kv-thueringen.de







EVALUATION DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN: SICHERE PATIENTENIDENTIFIKATION IN DER AMBULANTEN ÄRZTLICHEN VERSORGUNG UND VERMEIDUNG VON EINGRIFFSVERWECHSELUNGEN BEIM AMBULANTEN OPERIEREN

Seit Juli 2013 gibt es die beiden Handlungsempfehlungen: "Sichere Patientenidentifikation in der ambulanten ärztlichen Versorgung" und "Vermeidung von Eingriffsverwechselungen" beim ambulanten Operieren. Das Institut für Patientensicherheit wurde damit beauftragt, diese Empfehlungen zu evaluieren.

Der Fragebogen, der insbesondere den Umsetzungsgrad der Handlungsempfehlungen in der Praxis erfasst, wurde an 2.454 Ärzte mit einer Genehmigung für das Ambulante Operieren verschickt. 405 Ärzte, insbesondere der Fachrichtungen Chirurgie, Gynäkologie, Ophthalmologie, Dermatologie sowie Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, schickten den anonymisierten Fragebogen ausgefüllt zurück. Dies entspricht einer Teilnahmerate von 17 Prozent.

Die Auswertung ergab, dass über 86 Prozent der Befragten die Handlungsempfehlungen kannten, aber auch vor Kenntnisnahme bereits systematische Vorgehensweisen zur Patientensicherheit in den Praxen umsetzten.

Inhalte der Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechselungen beim ambulanten Operieren:

- 1. Identifikation und Aufklärung des Patienten
- 2. Markierung des Eingriffsortes am Patienten
- Bei der Narkoseeinleitung Identifikation von Patient und Eingriffsort
- 4. Team-Time-Out

Mehr als 50 Prozent der Teilnehmenden setzen diese Maßnahmen systematisch um; bei der Identifikation und der Aufklärung der Patienten sind es sogar 59 Prozent.

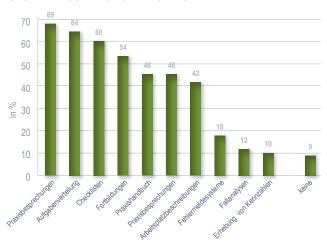
Inhalte der Handlungsempfehlung für die sichere Patientenidentifikation:

- 1. Digitale Erfassung des Stammdatensatzes
- 2. Ermittlung von Identifizierungsmerkmalen, besonders vor jeder diagnostischen und therapeutischen Maßnahme
- 3. Überweisungsscheine werden nur mit Stammdatensatz und vollständigem Absender akzeptiert

- **4.** Zuordnung von Befunden nur nach Abgleich von Identifizierungsmerkmalen in der Patientenakte
- Kennzeichnung und Abgleich der Patientenidentität von Proben mit Stammdatensatz / Strichcode vor der Probeentnahme
- 6. Patientenarmband bei ambulanten operativen Eingriffen

Maßnahmen eins bis vier werden in mehr als 50 Prozent der Praxen, die Maßnahmen fünf und sechs in 46 Prozent beziehungsweise 24 Prozent systematisch umgesetzt.

SYSTEMATISCHE VORGEHENSWEISEN



Als Vorteile durch den Einsatz der Handlungsempfehlungen wurde von den Teilnehmenden unter anderem die Unterstützung zur Standardisierung von Arbeitsabläufen und eine Zeitersparnis durch eine sinnvolle Systematik genannt, die sich auch gut als Grundlage zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter eignet und einen Beitrag zur Erhöhung und Verbesserung der Sicherheit für alle an der Operation beteiligten Personen leisten kann.

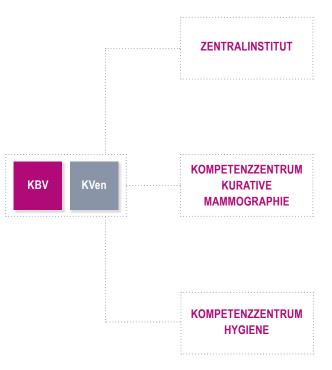
Ein Teil der Befragten sieht in den Handlungsempfehlungen keine Vorteile, da zum Beispiel die Patienten persönlich bekannt seien und nur Operationen unter Lokalanästhesie durchgeführt würden. Mehrere Befragte gaben an, die Empfehlungen seien für die durchgeführten Eingriffe sowie für kleine Praxen zu umfangreich.

Die Handlungsempfehlungen können auf der Homepage heruntergeladen werden.

www.kvwl.de



Einrichtungen mit weiteren Qualitätsinitiativen



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.

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.

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.



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



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



KURZINFORMATIONEN FÜR PATIENTEN: VERLÄSSLICH, VERSTÄNDLICH, KOMPAKT

Wichtigste und vertrauenswürdigste Informationsquelle für Patientinnen und Patienten ist trotz Internet nach wie vor der Arzt, das zeigen viele Umfragen und Studien. Das Patientenrechtegesetz betont zudem die ärztlichen Informationspflichten und macht deutlich, dass die Information der Patienten eine ärztliche Kernaufgabe ist. Verlässliche und zudem verständliche schriftliche Unterstützungsangebote gezielt für die ärztliche Konsultation sind bislang rar. Die meisten der in Deutschland verfügbaren, evidenzbasierten Informationen richten sich direkt an Patienten, nicht an die behandelnden Ärzte und stimmen nicht immer mit ärztlichen Handlungsempfehlungen überein. Andererseits stellen vor allem kommerzielle Anbieter aus der Industrie gezielt Patienteninformationsmaterialen für Arztpraxen bereit, die zwar häufig sehr anschaulich, aber nicht besonders ausgewogen sind.

HILFE FÜR ÄRZTE BEIM PATIENTENGESPRÄCH

Seit 2010 entwickelt deshalb das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer sogenannte Kurzinformationen für Patienten. Diese Kurzinformationen sind ein Angebot für Ärzte. Sie können dem Patienten im Arztgespräch bei Bedarf sofort ausgehändigt werden und vermitteln in knapper Form die wichtigsten Informationen zu einem Krankheitsbild oder zu einem bestimmten Gesundheitsthema. Das Angebot ist bewusst niederschwellig konzipiert. Die Ärzte können das Informationsmaterial bei Bedarf direkt während der Konsultation ausdrucken, denn sie sind auch über das KV-SafeNet* und damit vom Praxisrechner aus verfügbar. Einige Kurzinformationen sind auch in türkischer, russischer, arabischer, spanischer, französischer und englischer Sprache erhältlich.

GRUNDLAGE: DAS BESTE VERFÜGBARE WISSEN

Die Kurzinformationen für Patienten basieren in der Regel auf evidenzbasierten, konsentierten ärztlichen Handlungsempfehlungen – Nationalen VersorgungsLeitlinien oder S3-Leitlinien – oder, wo diese nicht vorliegen, auf systematischer Recherche und kritischer Bewertung der Evidenz. Sie beruhen damit auf dem besten verfügbaren Wissen und orientieren sich an ärztlich konsentierten Handlungsempfehlungen.



VERTRAUEN DURCH TRANSPARENZ

Die Methoden zur Erstellung der Kurzinformationen für Patienten sind in einem allgemeinen Methodenpapier beschrieben. Zu jeder Kurzinformation gibt es außerdem einen eigenen Methodenreport, der die Suchstrategie für die zugrundeliegende Literatur darstellt sowie alle an der Information Beteiligten nennt. Alle Beteiligten müssen eine Erklärung über Interessenkonflikte abgeben. Hält die Redaktion Interessenkonflikte für schwerwiegend behält sie sich vor, weitere Vertreter hinzuzuziehen und gegebenenfalls Änderungswünsche des oder der Betroffenen nicht zu berücksichtigen.

www.patienten-information.de www.kbv.de/html/gesundheitsinfos.php www.aezq.de

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

Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte



Aus der Arbeit des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV sind für den Berichtszeitraum 2014 folgende Aktivitäten hervorzuheben:

Mit der Publikation Hygiene in der Arztpraxis – Ein Leitfaden ist ein umfassendes und kompaktes Informationswerk für den ambulanten Bereich entstanden. Der Hygieneleitfaden versteht sich als Unterstützungs- und Nachschlagewerk für das praxisinterne Hygienemanagement. In einzelnen Kapiteln werden übersichtlich Anforderungen und Umsetzungsmöglichkeiten an und für erfolgreiche Hygienestrukturen aufgezeigt.

Nach der Veröffentlichung des Hygieneleitfadens, der auch außerhalb von Arztpraxen großen Anklang fand, wurde begonnen, ein vergleichbares – jedoch in seinem Umfang deutlich reduziertes – Werk für die psychotherapeutischen Praxen zu erstellen.

Mit der Publikation Hygiene in der psychotherapeutischen Praxis – Ein Leitfaden steht auch für Mitglieder aus diesem Fachgebiet eine kompakte Informationsbroschüre zur Umsetzung notwendiger Hygienemaßnahmen zur Verfügung.

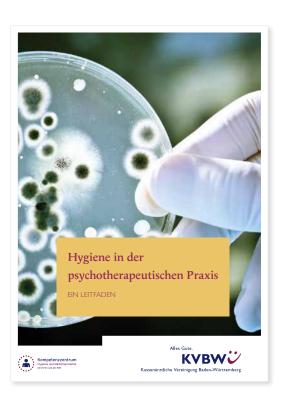
Gemeinsam mit der Bundesärztekammer hat das Kompetenzzentrum ein neues Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte erstellt: Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis. Hintergrund ist der Erwerb der Sachkenntnis gemäß den Anforderungen rechtlicher Rahmenbedingungen über einen Zeitraum von 24 Unterrichtseinheiten.

Die Reduzierung der Fortbildungsinhalte des Sachkundelehrgangs nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung von 40 Unterrichtseinheiten auf 24 Unterrichtseinheiten orientiert sich an den Kenntnissen, die aufgrund der medizinischen Ausbildung bereits erlangt wurden.

Zugelassen zu dem neuen Kurs sind Medizinische Fachangestellte mit einer Ausbildung nach der zum 1. August 2006 in Kraft getretenen Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten. Die im Sachkundelehrgang reduzierten Inhalte sind nachweislich im entsprechenden Rahmenlehrplan enthalten. Teilnehmer mit einer Berufsausbildung zur Arzthelferin beziehungsweise Angehörige anderer Berufsgruppen haben durch einen Eingangstest die erforderlichen Grundkenntnisse nachzuweisen.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wurden durch das Kompetenzzentrum die Inhalte des neuen Lehrplans als einheitliche Fortbildungsunterlagen in Form eines Musterfoliensatzes zur Verfügung gestellt. Diese sollen den Dialog mit den jeweiligen Aufsichtsbehörden um Anerkennung des Fortbildungscurriculums unterstützen. Die Akkreditierung des Lehrplans in den einzelnen Bundesländern zieht sich über das Jahr 2014 hinaus.

Neben den erwähnten sowie weiteren Publikationen steht die Expertise des Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte den einzelnen Arztpraxen bundesweit und flächendeckend in Form von qualifizierten Hygieneberatern zur Verfügung: Über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung finden Ärzte und Praxen ihre zuständigen Ansprechpartner, die Hilfestellungen zur Umsetzung des Hygienemanagements in ihrer Einrichtung geben können.



www.hygiene-medizinprodukte.de

Kompetenzzentrum Kurative 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. Sie beauftragte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mit dessen Betreuung. Ziel ist es, Ärzten im gesamten Bundesgebiet Fallsammlungsprüfungen anzubieten, die anhand von digital erstellten Aufnahmen dem neuesten Stand der Technik entsprechen.

Zentrale Aufgaben des Kompetenzzentrums Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie

- 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.
- Erstellung von Fallsammlungsprüfungen entsprechend den Abschnitten C und D und Bereitstellung der Prüfmaterialien.
- 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 Patientinnen – je vier Aufnahmen. Im Rahmen der Prüfung muss durch die Ärzte die Beurteilung der Aufnahmen nach den jeweiligen Vorgaben der Mammographie-Vereinbarung und getrennt für die rechte und linke Seite angegeben werden. 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. Zum Ende des Berichtsjahres konnten alle Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Ärzten digitale Prüfstationen gemäß § 15 der Mammographie-Vereinbarung anbieten. Analoge Prüfungen wurden in Ausnahmefällen weiterhin durchgeführt.

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 Fall-Pool 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 Fallsammlung nach Abschnitt C wird spätestens nach einer maximalen Einsatzzeit von drei Monaten durch Austausch von mindestens zehn Fällen variiert. Im Jahr 2014 hat das Kompetenzzentrum an die Kassenärztlichen Vereinigungen 13 analoge Fallsammlungsordner – mit jeweils 200 Aufnahmen – nach Abschnitt D versandt. Analoge Fallsammlungen nach Abschnitt C wurden von keiner Kassenärztlichen Vereinigung benötigt.

Mit der bundesweiten Umstellung auf digitale Prüfungen hat sich der organisatorische Aufwand im Zusammenhang mit den analogen Fallsammlungsordnern erheblich verringert, da die nach jedem Rücklauf erforderliche Qualitätsprüfung entfällt.

www.kvb.de

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung



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.



ENTWICKLUNG DER DIAGNOSE- UND MEDIKATIONS-PRÄVALENZEN VON ADHS BEI KINDERN UND JUGEND-LICHEN ZWISCHEN 2008 UND 2011 IM REGIONALEN VERGLEICH

Im Analysezeitraum 2008 bis 2011 wurden aus bundesweiten, kassenübergreifenden ambulanten Abrechnungsdaten Kinder und Jugendliche zwischen fünf und 14 Jahren mit mindestens zweimalig gesicherter Kodierung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in unterschiedlichen Quartalen eines Jahres als ADHS-Patienten identifiziert. Altersstandardisierte Diagnose-Prävalenzen von ADHS pro Jahr wurden auf dieser Basis regionalisiert bis auf Kreisebene berechnet. Die ebenfalls bundesweit und kassenübergreifend vorliegenden Arzneiverordnungsdaten desselben Zeitraums wurden herangezogen, um unter anderem die Verordnungen von Methylphenidat bei fünf bis 14-Jährigen zu analysieren.

Im Untersuchungszeitraum war für Kinder und Jugendliche zwischen fünf und 14 Jahren ein Anstieg der ADHS-Diagnoseprävalenz von 3,7 Prozent auf 4,4 Prozent zu beobachten. Jungen sind etwa dreimal so häufig betroffen wie Mädchen. Das Verordnungsgeschehen bezüglich Methylphenidat war bis 2010 leicht zunehmend, ab 2011 jedoch leicht rückläufig. Die rückläufige Tendenz war, bezogen auf die ADHS-Patienten, deutlicher als in Bezug auf die Gesamtstichprobe. Das Verordnungsgeschehen fiel

bei ADHS-Patienten 2011 zum Teil niedriger aus als 2008. Sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Medikation gab es teilweise deutliche regionale Unterschiede. Das seit 2010 leicht zurückgehende Verordnungsgeschehen könnte unter anderem mit den im Jahr 2010 geänderten Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Beschränkung von Methylphenidatverordnungen zusammenhängen.

ENTWICKLUNG DER AMBULANTEN ANTIBIOTIKA-VERORDNUNGEN: 2008 BIS 2012 IM REGIONALEN VERGLEICH

Ein Monitoring des Antibiotikaverbrauchs im Zeitverlauf kann Aufschluss über das Verordnungsgeschehen und einen entsprechenden Handlungsbedarf geben. Ziel dieser Studie war es, die Entwicklung des bevölkerungs- und wirkstoffgruppenbezogenen ambulanten Antibiotikaeinsatzes in einem Fünfjahreszeitraum von 2008 bis 2012 bundesweit und kassenübergreifend zu beurteilen.

Die Datengrundlage bildeten die bundesweiten Arzneiverordnungsdaten. Die Antibiotikaverordnungen inklusive Wirkstoffgruppen wurden über die ATC-Codes der Gruppe J01 (Antiinfektiva) identifiziert. Untersucht wurden die Anzahl der Rezeptierungen der definierten Tagesdosen sowie Patienten mit mindestens einer jährlichen Antibiotikaverordnung. Erstmals in Deutschland wurden entsprechende Antibiotikaverbrauchsdaten nicht nur deskriptiv, sondern auch durch Trendanalysen ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen für den Zeitraum 2008 bis 2012 insbesondere bei jüngeren und älteren Patienten einen abnehmenden Antibiotikaverbrauch. Die deutlich weniger stark sinkende Zahl der mit Antibiotika behandelten Patienten gegenüber den stärker rückläufigen verordneten Packungen und definierten Tagesdosen weist darauf hin, dass pro antibiotisch behandeltem Patient im Jahr kleinere Mengen von Antibiotika verschrieben wurden. Trotz insgesamt rückläufiger Trends des Antibiotikaeinsatzes zeigten sich ein unveränderter Einsatz von Fluorchinolonen und eine im Beobachtungszeitraum zunehmende Bedeutung von Cephalosporinen. Beide Wirkstoffgruppen sind aufgrund ihres breiteren Wirkungsspektrums primär als Reserveantibiotika anzusehen. Um der bakteriellen Resistenzbildung entgegenzuwirken, sollte eine Beschränkung der Verordnungen dieser Stoffgruppen in der ambulanten Versorgung in Deutschland angestrebt werden.

www.versorgungsatlas.de

Kooperationsgemeinschaft Mammographie



HÖCHSTE QUALITÄTSANSPRÜCHE AN JEDEN UNTERSUCHUNGSSCHRITT

Alle Bereiche der Qualitätssicherung im Mammographie-Screening-Programm in Deutschland – Struktur-, Prozessund Ergebnisqualität – werden kontinuierlich dokumentiert, evaluiert und optimiert. So können die in den Europäischen Leitlinien vorgegebenen Mindestanforderungen eingehalten und die Empfehlungen regelmäßig sogar übertroffen werden.

Ein Fundament der medizinischen Qualitätssicherung ist die Strukturqualität. Im Zuge der technischen Qualitätssicherung durch die Referenzzentren werden alle Geräte überprüft, die bei den regelmäßig durchgeführten Screening-Mammographien zum Einsatz kommen. Gleiches gilt für Mammographie-Geräte, die zur Abklärung von Auffälligkeiten eingesetzt werden. Seit 2012 werden zudem Mammographie-Systeme, die ausschließlich im Rahmen delegierter Vakuumbiopsien für die Screening-Abklärung eingesetzt werden, in die engmaschige technische Qualitätssicherung aufgenommen.

Ebenso wichtig ist die Fortbildung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals. Vor Aufnahme der Tätigkeit im Mammographie-Screening-Programm müssen spezielle Kurse und Trainingsprogramme absolviert werden. Anschließend erfolgt eine turnusmäßige Teilnahme an Kursen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Qualifikation. Das gilt für Ärzte, Befunder und Pathologen wie für Medizinisch-Technische Radiologieassistenten und radiologische Fachkräfte.

Zu den Screening-Einheiten gehören sogenannte Abklärungs-Einheiten, hier werden Untersuchungen zur Abklärung von Auffälligkeiten vom Screening-Personal durchgeführt.

Bei der Durchführung von Vakuumbiopsien, die vom programmverantwortlichen Arzt delegiert wurden, kommen Medizinisch-Technische Radiologieassistenten zum Einsatz, die nicht über die zusätzliche Qualifikation des Screening-Personals verfügen. Auch im Bundesmantelvertrag sind hierfür keine ausreichenden Anforderungen im Sinne der Röntgenverordnung enthalten. Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie wurde vom Bundesministerium für Umwelt um Unterstützung bei der Ausgestaltung eines Moduls zum Erwerb der erforderlichen Screening-Kenntnisse gebeten. Auf Grundlage bereits existierender Kursprogramme und Schulungserfahrungen der Referenzzentren entwickelte die Kooperationsgemeinschaft Kursanforderungen und Inhalte für den fehlenden Baustein.

Der Kurs Angeleitete Tätigkeiten in der Abklärungsdiagnostik vermittelt Grundlagen zur Qualitätssicherung, Informationen zum Strahlenschutz, zur Bewertung der diagnostischen Bildqualität und zur Durchführung einer Vakuumbiopsie. Während der Übungen in Kleingruppen werden unter Anleitung Standard- und Spezial-Mammographieaufnahmen erstellt sowie stereotaktische Biopsien und Präparateradiographien durchgeführt.

Seit Mai 2015 gehört der Nachweis dieser Fortbildung zum Standard im Mammographie-Screening-Programm. Zudem ist vor der Teilnahme am Kurs Angeleitete Tätigkeiten in der Abklärungsdiagnostik sowohl für in der Screening-Abklärung assistierende Radiologische Fachkräfte als auch für alle im Screening tätigen Mitarbeiter der Multidisziplinäre Kurs zur Einführung in das Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening erforderlich.

www.mammo-programm.de

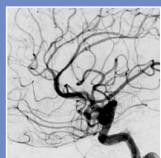
KURSE ZUM ERWERB DER ERFORDERLICHEN FACHKUNDE UND KENNTNISSE IM RAHMEN VON RÖNTGENREIHENUNTER-SUCHUNGEN IM MAMMOGRAPHIE-SCREENING-PROGRAMM.

Kurse	PVA und Vertreter	Befunder		chkraft Erstellung Immographien	Ermächtigter Arzt	Radiologisch Abklärungs	
			MTA/MTRA	MFA		MTA/MTRA	MFA
1. Einführung in das Programm (Dauer: zwei Tage)	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х
2. Programmverantwortliche Ärzte (Dauer: drei Tage)	Х						
3. Erstellung von Screening-Mammographieaufnahmen (Dauer: drei Tage)			Х	х			
4. Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (Dauer: drei Tage)	X	Х					
5. Durchführung von Biopsien (Dauer: ein Tag)	Х				Х		
6. Angeleitete Tätigkeiten (Dauer: abhängig von der Funktion/Tätigkeit)	4 Wochen	1 Woche	2 Wochen	2 Wochen		1 Tag ²	1 Tag ²

¹ Obligatorische Kurse nach Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV sind grau unterlegt. Hellrote Unterlegungen weisen auf Anforderungen des Strahlenschutzes hin.

² Kursanforderungen gemäß Kurskonzept "Angeleitete Tätigkeiten – Abklärungsdiagnostik"

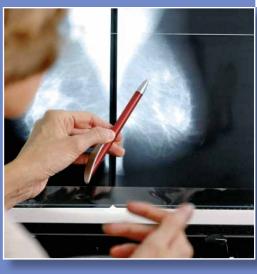






2





QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A-Z

V	9.523	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
iii	530	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	8.604	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
■	8.216	PRÜFUNGEN/FORTBILDUNGSNACHWEISE



Akupunktur

QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR AKUPUNKTUR BEI CHRONISCH SCHMERZKRANKEN PATIENTEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG AKUPUNKTUR), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007, zuletzt geändert 1.1.2016

- 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. Aussetzen der Prüfungsverpflichtung für den Zeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017
- 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	вү	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
/	GENEHMIGUNGEN																		
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	1.638	1.461	568	177	89	169	644	121	712	1.278	409	132	371	183	274	161	1.136	9.523
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	44	85	55	5	4	10	32	3	26	34	6	4	5	2	1	3	60	379
	davon Anzahl Genehmigungen	44	82	55	5	4	10	28	3	26	34	6	4	5	2	1	3	50	362
	davon Anzahl Ablehnungen	0	3	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	17
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	10	2	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	24
	aus sonstigen Gründen	10	2				3							1				6	22
	 wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6 	0	0				0							0				0	0
	Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	12	4	38	6	3	9	0	0	24	4	8	7	10	3	6	2	22	158

-

→ Akupunktur

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	all
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	BEN §	6					3),4)											
PRÜFUMFANG UND -ERGEBI	NISSE	(BEZ	OGEN	AUF A	RZTE)												
abrechnende Ärzte	1.426	1.136	537	177	71	160	600	113	678	1.162	383	136	357	172	259	148	1.093	8.6
abrechnende Ärzte geprüft, in %	4,3	7,0	5,0	4,5	7,0	5,0	0,2	5,3	5,0	3,4	5,7	4,4	5,3	9,3	5,0	10,1	9,7	5
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden - Ärzte	10	28	5	5	0	0	1	0	3	23	13	1	9	9	6	7	17	13
davon bestanden	9	22	5	5			1		2	23	12	1	9	5	4	3	16	1
davon nicht bestanden	1	6	0	0			0		1	0	1	0	0	4	2	4	1	2
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	2	2	2	0	0	0	9	0	0	0	2	0	0	4	0	1	5	2
davon bestanden	2	2	1				6				2			4		1	5	2
davon nicht bestanden	0	0	1				3				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	
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnah- mefälle geprüft wurden - Ärzte	51	51	22	3	5	8	0	6	31	17	9	5	10	7	7	8	89	3
davon bestanden	50	49	22	2	5	8		6	28	17	8	4	10	5	7	2	82	3
davon nicht bestanden	1	2	0	1	0	0		0	3	0	1	1	0	2	0	6	7	
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	3	5	1	0	0	1	6	0	0	0	0	0	1	4	1	2	13	
davon bestanden	3	4	1			1	4						1	4	1	2	11	
davon nicht bestanden	0	1	0			0	2						0	0	0	0	2	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
davon bestanden																	1	
davon nicht bestanden																	0	
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGE	N AU	F DOK	UMEN	ITATIO	NEN)													
Anzahl geprüfter Dokumentationen - normale Fälle	743	269	314	95	60	96	192	72	387	748	246	31	235	191	72	211	1.321	5.
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	23	35	1	0	30	0	64	0	71	5)	23	10	4	60	24	51	22	4
davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0	25	1		28		64		36		17	10	2	0	24	1	22	2
davon nicht nachvollziehbar	0	0	0		2		0		12		4	0	2	0	0	11	0	
davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar	23	10	0		0		0		23		2	0	0	60	0	39	0	,
Anzahl geprüfter Dokumentationen - Ausnahmefälle	417	150	212	17	71	87	60	50	278	361	66	58	87	34	129	66	1.178	3.
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	18	4	0	15	18	0	23	0	59	5)	8	1	0	23	0	22	46	2
davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0	2		0	18		23		23		7	1		0		1	34	
davon nicht nachvollziehbar begründet	0	0		15	0		0		18		0	0		0		13	5	
davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	18	2		0	0		0		18		1	0		23		8	7	
FORTBILDUNGSVERPFLICHT	TUNG	§ 5 AE	3S. 2															
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5		1.257	471	177	79	156	415	121	683	1.101	409	104	378	6)	267	89	1.136	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) Von den geplanten Stichprobenprüfungen konnte nur eine durchgeführt werden, sowie die angesetzten Wiederholungsprüfungen. Stichprobe wird 2015 geprüft. 4) Teilnahmen an Qualitätszirkeln der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilweise erfolgt, aber nicht nachgewiesen. 5) Dokumentationsprüfungen waren erfolgreich, einzelne nicht vollständige Dokumentationen wurden nicht systematisch erfasst. 6) Die Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung liegen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor.

V	31.654	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
:::	40	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	480	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN



Ambulantes Operieren

- SVERTRAG ZU AMBULANTEN OPERATIONEN UND STATIONSERSETZENDEN LEISTUNGEN IM KRANKENHAUS (AOP-VERTRAG)
 Rechtsgrundlage: § 115b SGB V, Gültigkeit: seit 1.6.2012, zuletzt geändert 16.4.2014 (Anlage I)
- § VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUM AMBULANTEN OPERIEREN (QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNG 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

							1												
	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
V	GENEHMIGUNGEN			3), 4)															
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	4.483	5.312	2.510	782	359	963	2.501	526	2.995	2.677	1.406	445	1.924	707	1.065	514	2.485	31.654
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	402	755	263	34	36	274	488	37	356	274	217	30	110	35	53	65	474	3.903
	- davon Anzahl Genehmigungen	394	752	263	34	36	274	488	37	356	264	217	29	108	35	53	65	473	3.878
	- davon Anzahl Ablehnungen	8	3	0	0	0	0	0	0	0	10	0	1	2	0	0	0	1	25
	Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	14	0	0	0	0	5	1	0	0	11	0	0	0	0	0	31
	- davon ohne Beanstandungen			13					5	0			9						27
	- davon mit Beanstandungen			0					0	1			2						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)	k. A.	12	248	30	19	85	4	27	79	185	227	12	75	24	58	54	152	1.291
***	STICHPROBENPRÜFUNGEN § 1	36 AB	S. 2 S	GB V	(FAKI	JLTAT	IV)												
	siehe Tabelle Seite 58			✓															

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 1.531 Ärzte mit Genehmigung gemäß § 115 SGB V. 4) Nach der Begehung wurde ein Standort zurücknezogen.

✓ 1.096 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG



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: 6.3.2015
- AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
- KOLLOQUIUM: 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 durch den Arzt pseudonymisiert zur Prüfung an beratende Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION: ergänzende ärztliche Beurteilung

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	вү	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
/	GENEHMIGUNGEN																		
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	129	153	32	64	22	30	48	34	98	133	76	25	39	53	30	37	93	1.096
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	12	39	5	2	2	0	11	6	15	8	15	3	9	2	4	3	9	145
	davon Anzahl Genehmigungen	12	38	5	2	2		11	6	15	8	15	3	9	2	4	3	8	143
	- davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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)	0	0	1	1	0	2	k. A.	0	0	1	9	0	5	0	0	0	6	25



→ Apheresen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
INDIKATIONEN																		
LDL-APHERESE BEI FAMILIÄ	RER H	YPER	CHOL	ESTE	RINÄM	IIE IN	номо	ZYGO	TER A	AUSPF	RÄGUI	NG						
Anzahl Erstanträge	0	1	1	0	3	1	0	0	1	4	2	1	0	1	2	1	0	18
- davon angenommen		1	0		2	1			1	4	2	1		0	2	1		15
- davon abgelehnt		0	1		1	0			0	0	0	0		1	0	0		3
Anzahl Folgeanträge	8	2	24	0	1	3	2	6	3	13	19	0	2	12	2	6	2	105
- davon angenommen	8	2	24		1	3	2	6	3	13	19		2	12	2	6	2	105
- davon abgelehnt	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
LDL-APHERESE BEI SCHWEF	RER H	/PERC	HOLE	STER	INÄMI	E												
Anzahl Erstanträge	12	35	4	32	0	2	2	14	18	58	3	2	56	31	0	4	35	308
- davon angenommen	7	30	3	21		1	2	13	11	49	2	2	51	29		3	16	240
- davon abgelehnt	5	5	1	11		1	0	1	7	9	1	0	5	2		1	19	68
Anzahl Folgeanträge	58	210	23	101	0	19	42	92	66	266	21	5	78	84	9	31	129	1.234
- davon angenommen	58	209	23	101		19	42	92	66	266	21	5	78	84	9	31	128	1.232
- davon abgelehnt	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
LDL-APHERESE BEI ISOLIER	TER L	P(A)-E	RHÖH	lUNG														
Anzahl Erstanträge	6	38	18	12	2	21	1	11	131	5	12	4	21	7	11	26	27	353
- davon angenommen	3	34	6	8	0	10	1	11	114	5	8	4	17	4	11	13	14	263
- davon abgelehnt	3	4	12	4	2	11	0	0	17	0	4	0	4	3	0	13	13	90
Anzahl Folgeanträge	11	92	48	18	2	33	25	21	237	27	30	7	30	22	9	47	38	697
- davon angenommen	11	91	48	18	2	33	25	21	233	27	30	7	30	22	8	47	38	691
- davon abgelehnt	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	6
IMMUNAPHERESE BEI AKTIV	ER RH	EUMA	TOIDE	ER AR	THRIT	IS												
Anzahl Erstanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
- davon angenommen																1	0	1
- davon abgelehnt																0	1	1
Anzahl Folgeanträge	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
- davon angenommen						1										1		2
- davon abgelehnt						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.

V	4.116	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	301	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	3.612	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN



Arthroskopie

- S VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG ARTHROSKOPISCHER LEISTUNGEN (ARTHROSKOPIE-VEREINBARUNG). Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültigkeit: seit 1.1.2015
- § RICHTLINIE ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG ARTHROSKOPISCHER OPERATIONEN (QUALITÄTSBEURTEI-LUNGS-RICHTLINIE ARTHROSKOPIE), Rechtsgrundlage § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 3.3.2010, zuletzt geändert zum 1.1.2016
 - 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 ab dem 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2017 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	вү	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
√	GENEHMIGUNGEN			5)				8)											
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	596	879	231	67	42	87	341	58	336	399	231	91	153	66	124	91	324	4.116
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	63	211	40	2	2	15	108	5	45	31	25	9	10	4	6	0	46	622
	davon Anzahl Genehmigungen	63	206	40	2	2	14	108	5	44	24	25	9	9	4	6		46	607
	davon Anzahl Ablehnungen	0	5	0	0	0	1	0	0	1	7	0	0	1	0	0		0	15
	Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
	- davon bestanden					2									1				3
	- davon nicht bestanden					0									0				0
	Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	- davon ohne Mängel					0				0									0
	- davon mit Mängeln					1				1									2
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	5
	Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	k. A.	11	35	0	1	5	0	1	8	15	21	5	4	1	3	1	13	124



→ Arthroskopie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
STICHPROBENPRÜFUNGEN (§ 136 /	ABS. 2	SGB	٧														
PRÜFUMFANG			6)															
abrechnende Ärzte	387	601	150	54	34	54	221	42	227	264	120	67	107	43	78	91	196	2.736
Anzahl geprüfter Ärzte	54	62	21	6	9	5	13	6	15	37	9	5	7	4	13	14	21	301
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	44	42	20	6	9	5	10	4	15	25	9	5	6	2	13	13	18	246
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	10	20	1	0	0	0	3	2	0	12	0	0	1	2	0	1	3	55
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	11,4	7,0	13,3	11,1	26,5	9,3	4,5	9,5	6,6	9,5	7,5	7,5	5,6	4,7	16,7	14,3	9,2	9,0
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)					9)		10)	11)			12)					
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGE	N AUF	ÄRZ	ΓΕ)															
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
- keine Beanstandung	15	28	15	4	3	4	1	2	1	14	6	4	5	2	7	7	7	125
- geringe Beanstandungen	10	11	4	1	1	1	1	1	3	6	2	0	1	0	5	5	7	59
- erhebliche Beanstandungen	3	2	1	1	1	0	2	1	5	1	0	1	0	0	0	1	1	20
- schwerwiegende Beanstandungen	16	1	0	0	4	0	6	0	1	4	1	0	0	0	1	0	3	37
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
- keine Beanstandung	1	12	7)				1	0	0	5			1	0		1	0	21
- geringe Beanstandungen	2	8	7)				1	1	0	2			0	1		0	1	16
- erhebliche Beanstandungen	4	0	7)				0	1	0	1			0	0		0	0	6
- schwerwiegende Beanstandungen	3	0	7)				1	0	0	4			0	1		0	2	11
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	37	0	4	2	4	1	11	4	10	21	1	1	0	1	1	7	14	119
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	1	0	0	0	3	0	3	1	1	6	0	0	0	1	1	0	0	17
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolg- te gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	27	8	1	0	5	0	10	0	0	3	0	0	0	3	1	0	1	59
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6
- davon bestanden		2			1		0										2	5
- davon nicht bestanden		0			0		1										0	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	1	0	0	0	0	2	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	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) Das Fehlen einzelner inhaltlicher Anforderungen wird als schwerwiegende Beanstandung gewertet. 4) Maßnahmen beziehen sich auch auf Prüfungen aus 2013. 5) Von den 40 Anträgen sind zwölf Neuanträge. 6) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfugartale (I-IV/2013). 7) Ergebnis der kriterenbezogenen Prüfung liegt bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor. 8) Von den 108 Anträgen sind 28 Neuanträge. 9) Die Prüfergebnisse der Routineprüfungen bilden eine Prüfung ab, die 2013 wegen des Einreichens von Videoaufzeichnungen zunächst nicht bewertet werden konnte. Eine andere Prüfung wurde ohne Bewertung zurückgestellt, da die bildliche Dokumentation nur für 50 Prozent der Fälle eingereicht wurde. 10) Zu fünf Prüfungen liegen bei Ende der Datenerhebung keine abschließenden Ergebnisse vor. 11) Es wurden teilweise unter zwölf Fälle geprüft, da mehr nicht ermittelt werden konnten. 12) Ein Arzt hat nicht alle Fälle selbstständig erbracht; ein Arzt konnte nicht erneut geprüft werden, da keine neuen Fälle abgerechnet wurden.



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	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	all
GENEHMIGUNGEN																		
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	82
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	91	146	23	11	18	27	40	2	135	96	40	15	34	17	38	17	122	8
Anzahl beschiedene Anträge 1)	8	20	3	0	0	1	6	0	16	11	4	1	3	1	2	3	37	1
- davon Anzahl Genehmigungen	8	20	3			1	6		16	11	4	1	3	1	1	3	35	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0			0	0		0	0	0	0	0	0	1	0	2	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	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	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	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	4	0	1	0	k. A.	0	0	4	3	1	2	0	0	0	10	:
WARTUNGSNACHWEISE § 8																		
Anzahl abrechnender Ärzte	81	151	17	11	18	22	33	2	111	84	38	15	30	15	38	13	116	7
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	18	30	24	11	4	16	7	2	22	19	40	15	7	3	12	11	93	3
- davon Nachweise erbracht	16	30	24	11	4	7	7	2	22	19	40	15	7	2	5	11	93	3
 davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht 	2	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0	
Anzahl nochmaliger Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	2	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0	
- davon Nachweise erbracht	2					9								1	5			
davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0					0								0	2			
% abrechnende Ärzte geprüft	22,2	19,9	141,2	100,0	22,2	72,7	21,2	100,0	19,8	22,6	105,3	100,0	23,3	20,0	31,6	84,6	80,2	4

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.

2.428 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

369 STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)



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: 15.10.2015 (Beschlussdatum des G-BA)
 - 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

→ Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Auflagen versehen wurden gemäß § 10

Anzahl der widerrufenen Genehmigungen

Abs. 2 S. 2

gemäß § 10 Abs. 2 S. 2

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
/ GENEHMIGUNGEN		3)	4), 5)	6)			7), 8)		9)		6), 10)	11)	12)		13)			
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	235	617	121	64	20	44	256	57	182	173	134	30	88	99	53	82	173	2.428
Anzahl beschiedene Anträge 1)	29	321	26	2	2	2	25	5	25	35	12	0	6	7	3	4	11	515
- davon Anzahl Genehmigungen	29	318	26	2	2	2	25	3	25	35	12		6	7	3	4	11	510
- davon Anzahl Ablehnungen	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
- davon bestanden									1									1
- davon nicht bestanden									0									0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3
- davon ohne Mängel						1			0								1	2
- davon mit Mängeln						0			1								0	1
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	2	1	2	4	k. A.	2	0	3	8	1	2	3	3	5	9	45
AUS DEN TÄTIGKEITSBERI QUALITÄTSSICHERUNGS-F	CHTEN D	ER QU E DIA	JALIT. LYSE,	ÄTSSI BERI	CHER CHTS	UNGS ZEITR	KOMN AUM 1	///SSIC	NEN 1.12.2	§ 7 AE	3 S . 3							
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung gemäß § 2 Abs. 1 teilnehmen																		
1/2014	78	122	32	24	7	14	58	24	69	76	37	13	27	24	18	23	69	715
II/2014	78	122	32	24	7	14	58	24	69	76	37	13	29	24	18	23	69	717
III/2014	78	121	32	24	7	14	58	24	70	76	37	13	34	23	18	23	69	721
IV/2014	77	121	32	24	7	14	58	24	70	76	37	13	32	24	19	23	69	720
Anzahl der Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4	4	5	4	4	4	2	4	4	4	3	11	4	3	4	3	3	70
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	41	54	12	0	9	4	6	4	11	9	0	0	0	8	4	23	84	269
Maßnahmen, auch aufgrund der Stich probenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	-																	
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	0	20	0	7	7	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	9	47
Anzahl der durchgeführten Beratungsspräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	ge- 0	3	1	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	2	11
Anzahl der Genehmigungen, die mit	0 0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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) Die Stichprobenauswahl erfolgt 2014 ausschließlich aufgrund auffälliger Werte. Die Auffälligkeiten wurden durch Stellungnahmen ausreichend begründet. ⁴) Von 121 Ärzten mit Genehmigung sind 60 KfH-Ärzte. ⁵) Darunter 19 erneute Genehmigungen im Rahmen von Institutsermächtigungen. ⁶) Es wurden in der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sieben und in der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz vier Stellungnahmen angefordert. ⁷) Für die Quartale I und II konnten von zwei der 58 Einrichtungen die Dokumentationen wegen Softwareproblemen nicht an den Datenanalysten weitergeliefert werden. Nachlieferung erfolgte noch im Berichtsjahr. ⁸) Wegen Verschiebung der Datenübertragung erfolgte die Kommissionsarbeit in nur zwei Sitzungen. ⁹) Genehmigungen werden über die Praxis erteilt, in vier Fällen erhielten jeweils zwei Ärzte eine Genehmigung. ¹⁰) Durch die Änderungen der Richtlinie erschienen Quartalsberichte verspätet, vier Berichte wurden in drei Kommissionssitzungen beraten. ¹¹) Hohe Sitzungsfrequenz der Kommission, da Ausführung und Abrechnung patientenbezogen bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragt wird. ¹²) Von den 35 Einrichtungen haben durch Softwareprobleme, verspätete Lieferungen, falsche öffentliche Schlüssel und in den ersten beiden Quartalen auch durch Inanspruchnahme der Übergangsregelung nicht alle an der datengestützten Qualitätssicherung teilgenommen. ¹³) Von 22 Dialyseeinrichtungen, die an der Qualitätssicherungsvereinbarung teilnehmen wurden 2014 insbesondere wegen Softwareproblemen nicht in jedem Quartal von allen Einrichtungen Qualitätssicherungsdaten übermittelt.

0 0



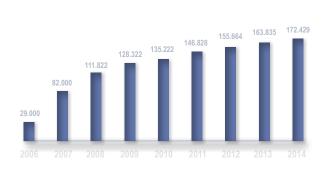
Disease-Management-Programme

Ende des Jahres 2014 waren 6,5 Millionen Patienten in Disease-Management-Programme für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Brustkrebs eingeschrieben. Da Patienten zum Teil an mehreren DMP teil-

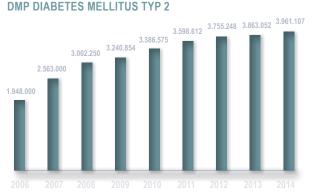
nehmen, waren per 31. Dezember 2014 circa 7,6 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen. Mit fast vier Millionen Patienten sind im DMP Diabetes mellitus Typ 2 ein Hauptteil der DMP - Patienten eingeschrieben. Am zahlenmäßig kleinsten DMP, dem DMP Brustkrebs, nehmen circa 116.000 Patientinnen teil.

ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PATIENTEN FÜR DEN ZEITRAUM 2006 BIS 2014 1)

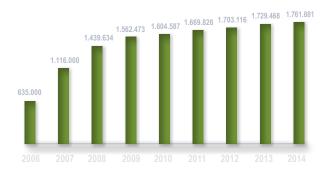
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1



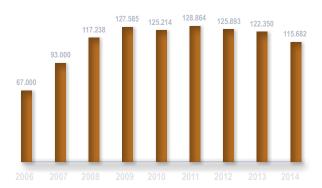
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



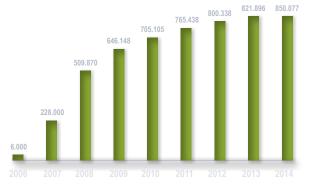
DMP KHK



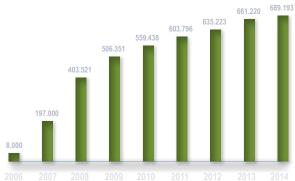
DMP BRUSTKREBS



DMP ASTHMA



DMP COPD



¹⁾ Quelle: BVA Tätigkeitsberichte (2006 und 2007) und amtliche Statistik des BMG KM6 Teil II (2008 bis 2014)

Vertragsumfang

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG 1)	PATIENTEN 2)
Baden-Württemberg	KV - alle Kassen	236	15.850
Bayern	KV - alle Kassen	2.619	25.924
Berlin	KV - alle Kassen	235	7.708
Brandenburg	KV - alle Kassen	88	5.902
Bremen	KV - alle Kassen	24	1.479
Hamburg	KV - alle Kassen	52	5.360
Hessen	KV - alle Kassen	246	11.835
Mecklenburg-Vorpommern	KV - alle Kassen	56	2.929
Niedersachsen	KV - alle Kassen	201	17.271
Nordrhein	KV - alle Kassen	1.032	20.162
Rheinland-Pfalz	KV - alle Kassen außer AOK	156	9.005
Saarland	kein Vertrag mit KV		43
Sachsen	KV - alle Kassen	138	10.727
Sachsen-Anhalt	KV - alle Kassen	192	6.034
Schleswig-Holstein	KV - alle Kassen	66	7.634
Thüringen	KV - alle Kassen	76	5.011
Westfalen-Lippe	KV - alle Kassen	938	19.555

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG 1)	PATIENTEN 2)
Baden-Württemberg	KV - alle Kassen	6.562	457.186
Bayern	KV - alle Kassen	8.278	534.708
Berlin	KV - alle Kassen	1.859	162.921
Brandenburg	KV - alle Kassen	1.410	187.894
Bremen	KV - alle Kassen	434	32.692
Hamburg	KV - alle Kassen	897	58.920
Hessen	KV - alle Kassen	3.789	242.115
Mecklenburg-Vorpommern	KV - alle Kassen	1.056	101.768
Niedersachsen	KV - alle Kassen	4.591	339.107
Nordrhein	KV - alle Kassen	5.169	461.362
Rheinland-Pfalz	KV - alle Kassen außer AOK	2.461	199.097
Saarland	KV - alle Kassen	644	53.202
Sachsen	KV - alle Kassen	2.476	325.529
Sachsen-Anhalt	KV - alle Kassen	1.404	186.049
Schleswig-Holstein	KV - alle Kassen	1.633	104.499
Thüringen	KV - alle Kassen	1.348	145.789
Westfalen-Lippe	KV - alle Kassen	4.676	368.269

DMP BRUSTKREBS

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG 1)	PATIENTEN 2)
Baden-Württemberg	KV - alle Kassen	816	8.202
Bayern	KV - alle Kassen	2.053	18.613
Berlin	kein Vertrag mit KV		3.685
Brandenburg	KV - alle Kassen	176	4.903
Bremen	KV - alle Kassen	65	939
Hamburg	KV - alle Kassen	110	927
Hessen	kein Vertrag mit KV		11.102
Mecklenburg-Vorpommern	KV - alle Kassen	173	2.952
Niedersachsen	KV - alle Kassen	667	13.548
Nordrhein	KV - alle Kassen	1.048	12.834
Rheinland-Pfalz	KV - alle Kassen außer AOK	333	5.099
Saarland	KV - alle Kassen	110	1.283
Sachsen	KV - alle Kassen	245	4.377
Sachsen-Anhalt	KV - alle Kassen	161	3.349
Schleswig-Holstein	KV - alle Kassen	326	4.781
Thüringen	KV - alle Kassen	154	3.488
Westfalen-Lippe	KV - alle Kassen	837	15.600

DMP KHK

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG 1)	PATIENTEN 2)
Baden-Württemberg	KV - alle Kassen	6.253	188.310
Bayern	KV - alle Kassen	8.413	238.091
Berlin	KV - alle Kassen	1.855	73.787
Brandenburg	KV - alle Kassen	1.419	96.302
Bremen	KV - alle Kassen	439	13.090
Hamburg	KV - alle Kassen	865	23.976
Hessen	KV - alle Kassen	3.854	87.064
Mecklenburg-Vorpommern	KV - alle Kassen	990	49.597
Niedersachsen	KV - alle Kassen	4.470	174.197
Nordrhein	KV - alle Kassen	5.264	212.806
Rheinland-Pfalz	KV - alle Kassen außer AOK	2.403	77.814
Saarland	KV - alle Kassen	672	23.354
Sachsen	KV - alle Kassen	2.265	119.365
Sachsen-Anhalt	KV - alle Kassen	1.401	80.471
Schleswig-Holstein	KV - alle Kassen	1.595	50.106
Thüringen	KV - alle Kassen	1.364	73.393
Westfalen-Lippe	KV - alle Kassen	4.712	180.158



ASTHMA/COPD

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ERKRANKUNG	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG 1)	PATIENTEN 2)
Padan Württemberg	KV - alle Kassen	Asthma	6.271	81.508
Baden-Württemberg	NV - alle Nassell	COPD	5.781	69.215
Bayern	KV - alle Kassen	Asthma/COPD	9.032	231.492
Death.	I/O / alla I/assas	Asthma	1.488	51.866
Berlin	KV - alle Kassen	COPD	1.429	42.824
Donardo aborro	I/V alla l/acces	Asthma	830	43.217
Brandenburg	KV - alle Kassen	COPD	835	33.310
Dec. 11.	VV alla Vassan	Asthma	467	8.528
Bremen	KV - alle Kassen	COPD	412	7.387
lausha	I/V alla l/acces	Asthma	792	18.586
Hamburg	KV - alle Kassen	COPD	702	10.278
l	KV - alle Kassen	Asthma	3.663	44.772
Hessen	KV - alle Kassen	COPD	3.392	30.993
Maddanh	I/V alla I/aaaan	Asthma	661	16.690
Mecklenburg-Vorpommern	KV - alle Kassen	COPD	604	13.790
lie de recelhe e r	I/V alla I/aaaa	Asthma	4.480	97.348
viedersachsen	KV - alle Kassen	COPD	4.093	80.702
د: ماداد دا	KV - alle Kassen	Asthma	5.039	87.272
Nordrhein	KV - alle Kassen	COPD	4.543	98.026
Rheinland-Pfalz	I// alla l/accan auß an AOl/	Asthma	2.227	17.495
kneiniand-Plaiz	KV - alle Kassen außer AOK	COPD	2.055	33.243
Name of the second	KV - alle Kassen	Asthma	621	8.356
Saarland	KV - alle Kassen	COPD	552	8.239
David and a second	I// alla I/assa	Asthma	1.183	55.976
Sachsen	KV - alle Kassen	COPD	1.111	33.380
Sachsen-Anhalt	KV - alle Kassen	Asthma/COPD	1.154	39.141
Salala avvia I I alataia	I/V alla I/a-a-a	Asthma	1.524	26.903
Schleswig-Holstein	KV - alle Kassen	COPD	1.385	17.459
Thiiringan	KV alla Kassar	Asthma	913	32.544
Thüringen	KV - alle Kassen	COPD	809	22.697
Martfalan Linna	I// all - I/	Asthma	4.651	98.293
Westfalen-Lippe	KV - alle Kassen	COPD	4.200	77.740

¹⁾ Anzahl der Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung, Stand 31. Dezember 2014 2) DMP-Patenten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG



Brustkrebs - Qualitätszielerreichung 2013

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Qualitätszielen des DMP Brustkrebs dargestellt. Die durchschnittliche Zielerreichung wurde auf der Basis der Berichte der

Gemeinsamen Einrichtungen aus bis zu 13 Kassenärztlichen Vereinigungen berechnet und bezieht sich auf das Jahr 2013.

BRUSTERHALTENDE THERAPIE

Qualitätsziel: Mindestens 70 Prozent der Patientinnen mit brusterhaltender Therapie

Berücksichtigte Patienten: Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen im Stadium pT1 mit Operation



Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Berücksichtigte Patienten: Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit Operationen und Erhebung des Nodalstatus bei invasivem Tumor

NACHBESTRAHLUNG

Qualitätsziel: Mindestens 80 Prozent der Patientinnen mit regulär abgeschlossener Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie

Berücksichtigte Patienten: Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei invasivem Tumor

HER2/NEU-BESTIMMUNG

Qualitätsziel: Mindestens 95 Prozent der Patientinnen mit Bestimmung des Her2/neu-Status

Berücksichtigte Patienten: Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen und mit Erstdokumentation ab Juli 2013

ADJUVANTE ENDOKRINE THERAPIE

Qualitätsziel: Mindestens 80 Prozent der Patientinnenen mit andauernder oder regulär abgeschlossener adjuvanter endokriner Therapie

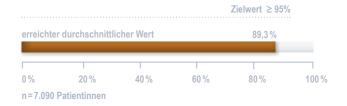
Berücksichtigte Patienten: Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit hormonrezeptor-positivem invasivem Tumor





kein Zielwert festgelegt







→ DMP Brustkrebs – Qualitätszielerreichung 2013

ADJUVANTE CHEMOTHERAPIE

Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit andauernder oder regulär abgeschlossener adjuvanter Chemotherapie

Berücksichtigte Patienten: Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit hormonrezeptor-negativem invasivem Tumor und Lymphknotenbefall

BISPHOSPHONAT-THERAPIE

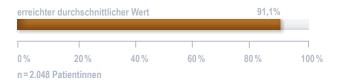
Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit Bisphosphonat-Therapie

Berücksichtigte Patienten: Alle Patientinnen mit Knochenmetastasen ohne Kontraindikation gegen Bisphosphonat

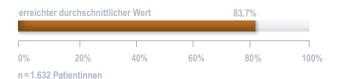
LYMPHÖDEM

Qualitätsziel: Niedriger Anteil von Patientinnen mit Lymphödem Berücksichtigte Patienten: Alle mit Primärtumor / kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem Tumor und Operation

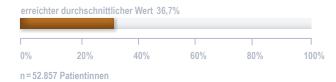
kein Zielwert festgelegt



kein Zielwert festgelegt



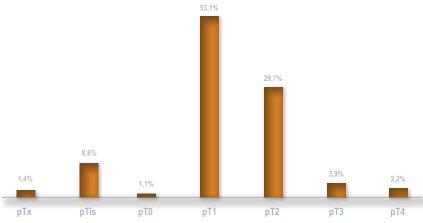
kein Zielwert festgelegt



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte für das Jahr 2013 aus 13 Kassenärztlichen Vereinigungen

DMP

Brustkrebs – Verteilung der pT-Tumorstadien 2013



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte für das Jahr 2013 aus elf Kassenärztlichen Vereinigungen n = 46.971 Patientinnen

###

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 zur Methodik 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. Daneben kann eine Überprüfung aber auch kriterienbezogen 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 Magnetresonanz-/Kernspintomographie seit 2001 und für die Arthroskopie seit 2010 vorliegen. Die Ergebnisse dieser Prüfungen finden Sie in diesem Bericht auf Seite 47 zur Arthroskopie, auf Seite 81 zur Kernspintomographie und auf den Seiten 114 und 115 zur konventionellen Röntgendiagnostik und zur Computertomographie.

Für die Computertomographie war es von 2011 bis 2014 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 erneut ab 2016 zunächst bis Ende 2017 möglich. Für die Jahre 2016 und 2017 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen zudem die Möglichkeit, die obligaten Prüfungen in

der Magnetresonanz-/Kernspintomographie zu reduzieren oder auszusetzen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird in diesem Zeitraum die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Kernspintomographie weiter entwickeln.

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 im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

Zur Ultraschalldiagnostik prüft die Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg auf Grundlage der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V. Andere Kassenärztlichen Vereinigungen führen die Dokumentationsprüfungen auf Grundlage der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V durch. Diese beiden Prüfverfahren können organisatorisch verbunden werden. Die Ultraschall-Vereinbarung sieht ausdrücklich vor, dass Stichprobenprüfungen nach § 136 Absatz 2 anerkannt werden, sofern sie mindestens die Anforderungen nach der Vereinbarung erfüllen.

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 beiden Leistungsbereichen auch auf § 136 Abs. 2 SGB V.

fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2	ambulantes Operieren	Herzschrittmacher-Kontrolle	Herzschrittmacher-Kontrolle	Herzschrittmacher-Kontrolle	interventionelle Radiologie	Langzeit- EKG	Magnetresonanz-Angiographie	Onkologie	schlafbezogene Atmungsstörungen	schlafbezogene Atmungsstörungen	schlafbezogene Atmungsstörungen	schlafbezogene Atmungsstörungen	Nuklearmedizin	Nuklearmedizin	Substitution	7.140.00.00.10.11.040.00.11.1				
Kassenärztliche Vereinigungen	BE	BE	MV	SN	HE	ВЕ	ВВ	MV	ST	WL	BE	WL	ВВ	NO	ST	SH	нн	HE	BE	Н
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 1:	36 AB	S. 2	SGB '	V																
PRÜFUMFANG																				
abrechnende Ärzte	950	75	50	118	26	566	247	224	306	1.266	52	358	65	455	74	22	33	97	130	1.8
Anzahl geprüfter Ärzte	40	4	4	5	4	33	16	18	33	82	3	38	13	16	6	10	12	9	51	
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	38	4	4	5	3	23	5	14	29	82	3	29	13	16	4	10	12	9	48	
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	2	0	0	0	1	10	11	4	4	0	0	9	0	0	2	0	0	0	3	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	4,0	5,3	8,0	4,2	11,5	4,1	2,0	6,3	9,5	6,5	5,8	8,1	20,0	3,5	5,4	45,5	36,4	9,3	36,9	C
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)	5)	5)	6)	7)		8)	9)	10)			11)	1
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN A	UF Ä	RZTE)																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																				
keine Beanstandung	38	3	3	4	1	13	4	1	21	12	3	14	10	8	3	7	4	8	34	
geringe Beanstandungen	0	1	1	0	1	4	1	10	2	65	0	7	3	3	1	3	7	1	7	
erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0	0	4	0	3	0	3	0	1	0	0	0	0	1	0	2	
schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0	1	2	0	0	6	2	0	7	0	3	0	0	0	0	5	
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																				
- keine Beanstandung	0				1	8	6	0	3			5			2				2	
geringe Beanstandungen	2				0	1	2	2	1			2			0				0	
erhebliche Beanstandungen	0				0	0	1	1	0			1			0				0	
schwerwiegende Beanstandungen	0				0	1	2	0	0			1			0				1	
MASSNAHMEN																				
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schrift- liche Empfehlung / Verpflichtung zur Besei- tigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	2	0	1	1	0	7	0	16	9	70	0	19	0	6	1	3	1	0	15	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Bera- tungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	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	0	0	0	0	7	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	8	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
davon bestanden								0		2										
davon nicht bestanden								1		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	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
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	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

¹⁾ Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (II/2013 bis IV/2013). 2) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (II/2013 bis IV/2014). 3) Ein Prüfergebnis fehlt aufgrund eines offenen Widerspruchsverfahrens, entschieden wird zwischen der Bestufung "geringe" beziehungsweise "erhebliche" Beanstandung. 4) Wegen Rückgabe der Zulassung wurde eine Prüfung nicht abgeschlossen. 5) Anzahl abrechnender Ärzte Schätzwert, wegen Komplexleistung nicht ermittelbar. 6) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (II/2013 bis III/2013). 7) Abweichend von der Onkologievereinbarung erfolgt die Dokumentationsprüfung von acht Prozent der Ärzte mit je 20 Fällen gemäß Qualitätsprüfungs-Richtlinie. 8) Zwei Prüfverfahren noch nicht abgeschlossen.9) Keine Kopfzählung. Die Prüfung erfolgte getrennt für Polygraphie und Polysomnographie, die Werte wurden addiert. 10) Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat zusammen mit der Qualitätssicherungskommission eigene Durchführungsbestimmungen erarbeitet. 11) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfungen beginnen 2015.



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, sodass 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
- Hygienegrundlagen
- Hygienemaßnahmen in der Arztpraxis
- Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung
- Wundmanagement (chronische Wunde, diabetischer Fuß)
- Moderne Wundversorgung
- Aufbereitung von Medizinprodukten

NOTFALLSITUATIONEN/ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

- Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Notfalltraining f
 ür Arztpraxen
- Notfälle in der Arztpraxis mit Reanimation
- Medizinische Notfälle in der psychotherapeutischen Praxis
- Notfallseminar

QUALITÄTSMANAGEMENT

- Basis / Intensivkurs Qualitätsmanagement
- Beschwerdemanagement
- Rechtsnormen f
 ür die Arztpraxis
- Grundlagen der Heilmittelverordnung
- Hygienemanagement in der Arztpraxis
- Terminorganisation in der Arztpraxis
- Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Hygieneverordnung und Medizinproduktegesetz
- Schweigepflicht, Datenschutz und digitale Archivierung
- Pharmakotherapie
- Patientensicherheit beim ambulanten Operieren

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

- Durchführung von Behandlungs- und Schulungsprogrammen für Patienten der Disease-Management-Programme
- Teamfortbildung DMP
- Kurse für koordinierende Hausärzte der DMP Brustkrebs. koronare Herzerkrankungen, Asthma / COPD, Diabetes mellitus Typ1 und 2
- Brustkrebs und psychoonkologische Betreuung

WEITERE FORTBILDUNGEN

- Hautkrebs-Screening
- Impfen
- Chronische Wunde
- Kompressionstherapie
- Onkologische Fortbildung für Ärzte
- Verordnungsmanagement
- Palliative Medizin
- Placeboeffekte in der schmerztherapeutischen Behandlung
- Hausärztlich-Geriatrisches Basisassessment

FORTBILDUNGEN – BILDGEBENDE VERFAHREN

- Sonographie Säuglingshüfte
- Ultraschall / Sonographie
- Qualitätssicherung in der Nuklearmedizin
- Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung für Ärzte und MTRA



Fortbildungspflicht

Eine kontinuierliche Fortbildung sichert die berufliche Kompetenz der Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Die Pflicht zur Fortbildung ist in den jeweiligen Berufsordnungen verankert. Zusätzlich verpflichtet auch das SGB V alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten, die geforderte Fortbildung alle fünf Jahre gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, in der Regel durch ein Zertifikat der Landesärztekammer oder -psychotherapeutenkammer.

Die Ergebnisse zeigen, dass Fortbildung zum Selbstverständnis der vertragsärztlichen Berufsausübung gehört. Zum 30. Juni 2014 waren bundesweit 93.206 Ärzte und Psychotherapeuten aufgefordert, mindestens 250 Fortbildungspunkte zu dokumentieren. Die Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen belegen, etwa 98 Prozent der Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind ihrer Fortbildungspflicht fristgerecht nachgekommen.

Die Form der Fortbildung können Ärzte und Psychotherapeuten grundsätzlich frei wählen. 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 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 der Gesetzgeber in § 95d Abs. 3 SGB V streng definiert hat: 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.

FORTBILDUNGSPFLICHT: NACHWEISZEITRAUM 01.07.2009 - 30.06.2014

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	вү	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	тн	WL	alle
Anzahl Nachweispflichtiger	11.473	15.258	5.395	2.418	1.277	841	7.369	1.827	8.809	11.912	4.675	1.266	4.194	2.342	3.009	2.308	8.833	93.206
Anzahl Nicht-Erfüller*	124	330	65	13	25	23	90	23	95	454	85	9	48	11	144	152	105	1.796
Erfüllung (%)	98,92	97,84	98,80	99,46	98,04	97,27	98,78	98,74	98,92	96,19	98,18	99,29	98,86	99,53	95,21	93,41	98,81	98,07

^{*} Für alle Nicht-Erfüller besteht bis zum 30. Juni 2016 die Möglichkeit, die fehlende Fortbildung nachzuholen.

www.kbv.de/html/fortbildung.php

V	2.957	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	13	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	156	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Herzschrittmacher-Kontrolle

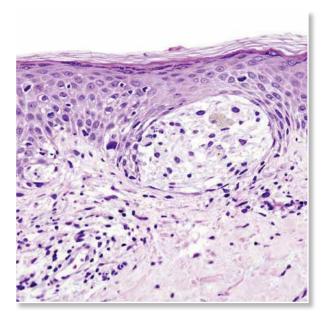
VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR FUNKTIONSANALYSE EINES HERZSCHRITTMACHERS (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2006

- 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 wurden
- 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	ВҮ	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
V	GENEHMIGUNGEN																		
	Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2013	346	588	102	73	34	61	218	50	244	313	167	36	127	85	90	57	264	2.855
	Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	361	579	105	76	35	66	218	54	295	339	157	36	128	89	89	58	272	2.957
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	27	59	16	11	3	10	36	7	35	32	11	3	7	4	9	5	30	305
	- davon Anzahl Genehmigungen	26	57	16	11	3	10	36	7	35	32	11	3	7	4	7	5	26	296
	- davon Anzahl Ablehnungen	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	9
	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 Abrechnungsge- nehmigungen	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	0	13	0	1	3	0	3	11	0	21	0	6	0	8	0	10	76
##	STICHPROBENPRÜFUNGEN §	136 AE	3 S . 2 S	SGB V	(FAK	ULTAT	IV)												
	siehe Tabelle Seite 58			✓					✓					✓					

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.

V	618	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	38	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	368	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
ht	509	FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)



Histopathologie 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, zuletzt geändert zum 1.1.2015
 - 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 Bundesausschuss
 - BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

 \rightarrow

→ Histopathologie Hautkrebs-Screening

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN	3)	4)							5)	6)								
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	59
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	87	91	27	14	5	17	42	16	63	77	24	7	24	21	20	25	58	61
Anzahl beschiedene Anträge 1)	11	10	1	0	0	2	3	1	10	1	1	1	2	2	2	4	3	54
neu	11	10	1			2	3	1	10	1	1	1	2	2	2	4	3	54
davon Anzahl Genehmigungen	11	10	1			2	3	1	10	1	1	1	2	2	2	4	2	5
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C
erneut gemäß § 8 Abs. 6	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	(
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	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		(
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
 wegen Nichterreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate 							1		1									2
- wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5							0		0									(
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	0	3	2	0	2	k. A.	1	3	0	0	2	1	0	5	1	4	2
FREQUENZREGELUNG § 5 ABS. 1	UND	2																
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatoh- istologischer Präparate aus Screening oder Kuration)																		
<1.000	0	3	0	0	0	0	1	0	8	6)	0	2	1	0	0	0	0	1
≥ 1.000	79	84	22	14	5	16	38	15	58	6)	23	5	21	19	18	21	56	49
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN §	8																	
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE	E (BEZ	OGE	N AUF	ÄRZ	ΓE)													
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	3,7	4,4	6,9	6,3	20,0	11,8	4,9	12,5	5,0		4,3	87,5	4,3	5,6	4,0	9,5	6,7	6
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	4	2	1	1	2	2	2	3	6)	1	7	1	1	1	2	4	3
davon bestanden	3	4	2	1	1	1	2	2	2		1	7	1	1	1	2	3	3
- davon nicht bestanden	0	0	0	0	0	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	1	2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
davon bestanden		1																
davon nicht bestanden		0																(
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	(
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AU	IF DOI	KIIME	ΝΤΔΤ	ONEN	J)													
Anzahl geprüfter Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate	30	50	20	10	10	20	20	20	18		10	70	10	10	10	20	40	36
davon vollständig und nachvollziehbar	30	50	20	10	10	17	20	20	17		10	70	10	10	10	20	36	36
davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	4	50
aa.a Tollotarialy abor filorit flaoritolizibilibal	U			0	0	3	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	3
- davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	0	0	0	U	U	.)												

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 Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns geprüft, da diese in KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften tätig sind. 4) Wiederholungsprüfung aus 2013, Prüfprozess in 2014 abgeschlossen. 5) Auf eine der drei Prüfungen wurde verzichtet, da die Ärztin die Tätigkeit im Quartal I/2015 beendet hat. Eine weitere Prüfung erfolgte anhand nur acht abgerechneter Fälle. 6) Differenzen zum Vorjahr bei der Zahl der Ärzte mit Genehmigung ergeben sich aus einer Bereinigung der Statistik. Frequenz- und Dokumentationsprüfungen werden ab 2015 durchgeführt.

V	301	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
111	53	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	480	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
lit	290	FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
₽	293	PRÜFUNGEN/FORTBILDUNGSNACHWEISE

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 Austausches, zum Beispiel Qualitätszirkeln; regelmäßige Schulungen der eigenen Praxismitarheiter
- 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	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN				3)									4)				5)	
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	39	37	57	1	9	34	28	2	16	36	8	6	10	3	0	3	12	301
Anzahl beschiedene Anträge 1)	5	4	5	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5	25
neu	5	4	5			4							1	1			5	25
- davon Anzahl Genehmigungen	5	3	5			4							0	1			4	22
- davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0			0							1	0			1	3
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0			0							0	0			0	0
erneut gemäß § 10 Abs. 5	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsge- nehmigungen	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4
 darunter wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3 							0						0	0			0	0
 darunter wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4 							1						0	1			1	3
 darunter wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4 							1						1	0			0	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	0	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	9

→ HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	вү	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
FREQUENZREGELUNG § 10 ABS	S. 1 N	R. 1																
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:																		
< 25	7	5	1	3)	1	1	1	0	1	0	2	1	0	0	0	1	3	24
 davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonder- heiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind 	1	4	1		1	1	0		1	0	2	0				1	0	1:
≥ 25	33	29	53	3)	8	31	27	2	15	36	6	5	9	3	0	2	7	26
FORTBILDUNG																		
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	36	34	50	3)	9	34	28	2	16	36	8	6	6	3		3	9	28
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten (§ 10 Abs. 4)	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	6	7	0		0	0	13
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN	1 § 8																	
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNIS	SE (B	EZOG	EN AL	JF ÄR	ZTE)													
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	11,8	11,8	10,2		11,1	10,0	24,1	100,0	17,6	17,1	12,5	100,0	10,0	33,3		33,3	16,7	16
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4	6		1	3	7	2	3	6	1	6	1	1		1	2	48
davon bestanden	4	4	6		1	3	5	2	3	5	1	6	1	1		1	2	4
davon nicht bestanden	0	0	0		0	0	2	0	0	1	0	0	0	0		0	0	3
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	1	0		0	2	1	0	0	1	0	0	0	0		0	0	5
- davon Begründung ausreichend		1				2	1			1								5
 davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben 		0				0	0			0								C
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0		0	0	1	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 (BEZOGEN /	AUF D	OKUN	IENTA	TION	EN)													
Anzahl geprüfter Dokumentationen	40	40	60		10	30	70	20	30	60	10	60	10	10		10	20	48
 davon vollständig und keine Beanstan- dungen der Behandlungsqualität 	40	32	60		10	10	50	20	29	50	10	31	10	10		10	20	39
 davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität 	0	8	0		0	0	0	0	0	10	0	0	0	0		0	0	18
 davon nicht vollständig, keine Beanstan- dungen der Behandlungsqualität 	0	0	0		0	20	0	0	1	0	0	29	0	0		0	0	50
 davon nicht vollständig und Beanstan- dungen der Behandlungsqualität 	0	0	0		0	0	20	0	0	0	0	0	0	0		0	0	2
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität:																		
- darunter nicht leitliniengerechte antiretro- virale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)		7					10			10								2
darunter mangelnde Prohylaxemaßnah- men (Anlage 1, Punkt 8)		0					20			0								2
 darunter mangelnde Screening- veranlassung (Anlage 1, Punkt 9) 		1					20			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) Der Arzt kann nicht tätig werden, da in der betreffenden Region anscheinend kein Bedarf besteht. 4) Eine Zulassung ruht. 5) Die vier Genehmigungen enthalten zwei Neuanträge.

V	3.928	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
▣	3.382	PRÜFUNGEN/FORTBILDUNGSNACHWEISE
-W-	3.704	GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN

Hörgeräteversorgung

- § VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR HÖRGERÄTEVERSORGUNG (QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNG 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 Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung und Partner des Bundesmantelvertrags; Quartalsberichte an den Arzt

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
/	GENEHMIGUNGEN																		
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	455	532	215	110	51	130	281	82	371	518	194	54	221	111	133	98	372	3.928
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	21	42	20	7	1	11	13	2	9	18	9	7	10	4	10	5	15	204
	- davon Anzahl Genehmigungen	21	42	20	7	1	11	13	2	9	18	9	7	8	4	10	5	15	202
	davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	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	15	3	0	9	1	2	13	19	12	2	12	7	2	0	9	106



→ Hörgeräteversorgung

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	вү	BE	вв	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
4	MESSTECHNISCHE KONTROLL	EN §	8 ABS	. 1, NI	R. 1														
	Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	455	506	215	106	39	107	247	82	361	518	194	50	225	111	123	98	267	3.704
	Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	2	0	0	12	0	161	0	10	0	0	0	0	0	4	0	99	288
	Anzahl Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▤	FORTBILDUNGSVERPFLICHTU	NG § 8	B ABS.	. 1, NF	R. 2														
	Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	455	369	175	104	38	107	63	82	341	479	185	50	225	3)	19	83	280	3.055
	Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	70	0	3)	13	0	146	0	8	2	0	0	0		0	2	86	327
	Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fort- bildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	3)	0	0	3)	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) Nachfrist/Überprüfung dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an.

V	325	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
▣	304	PRÜFUNGEN/FORTBILDUNGSNACHWEISE
Jph.	316	GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN

Hörgeräteversorgung – Kinder

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR HÖRGERÄTEVERSORGUNG BEI SÄUGLINGEN, KLEIN-KINDERN 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 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 Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung und Partner des Bundesmantelvertrags; Quartalsberichte an den Arzt

 \rightarrow

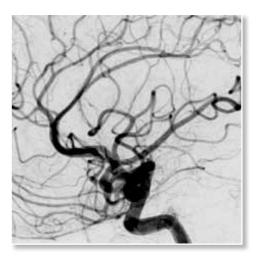


→ Hörgeräteversorgung Kinder

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
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	30
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	16	91	2	2	2	18	61	5	36	18	4	2	16	5	12	3	32	32
Anzahl beschiedene Anträge 1)	2	9	0	1	1	3	5	0	3	1	1	0	2	0	1	1	10	4
- davon Anzahl Genehmigungen	2	9		1	1	3	5		3	1	1		2		1	1	10	4
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0		0	0	0	0		0	0	0		0		0	0	0	
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
- davon bestanden											1							
- davon nicht bestanden											0							(
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsge- nehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
MESSTECHNISCHE KONTROLL	EN §	8 ABS	. 1, NI	R. 1														
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	16	91	2	2	2	17	54	5	37	18	4	2	16	5	12	3	30	3
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	29	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Anzahl Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
FORTBILDUNGSVERPFLICHTU	NG § 8	BABS	. 1, NF	₹. 2														
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	16	77	2	2	2	17	18	5	34	9	2	2	16	3)	0	2	30	2
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	4	0	3)	0	0	32	0	34	0	0	0	0		0	0	0	
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	3)	0	0	3)	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) Nachfrist/Überprüfung dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an.

V	348	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	4	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	48	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
hi	290	FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)



Interventionelle Radiologie

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR INTERVENTIONELLEN RADIOLOGIE (QUALITÄTSSICHE-RUNGSVEREINBARUNG 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	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
DIAGNOSTISCHE KATHETERA	NGIOG	RAPH	HEN															
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 1		3)															6)	
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	6	7	0	2	0	2	2	0	8	6	0	0	2	0	1	0	15	51
Anzahl beschiedene Anträge 1)	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5
neu		1				1	1										2	5
- davon Anzahl Genehmigungen		1				1	1										2	5
- davon Anzahl Ablehnungen		0				0	0										0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 6		0				0	0										0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0		0		0	0	0	0	0			0		0		0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0		0		0	0	0	0	0			0		0		0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	0	0		0		0	0	0	1	0			0		1		0	2
 wegen Nichterreichen Mindestzahl: 100 diagnostische Katheterangiographien 									1						1			2
aus sonstigen Gründen									0						0			0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	1	4		0		0	0	0	0	0			1		0		0	6

 \rightarrow

→ Interventionelle Radiologie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	a
DIAGNOSTISCHE KATHETERA	NGIOG	RAPI	HIEN															
FREQUENZREGELUNG			4)			4)			5)								7)	
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)																		
< 100	0	3	0	0	0	1	0	0	3	6	0	0	0	0	0	0	0	
≥ 100	5	4	0	2	0	1	2	0	5	0	0	0	2	0	1	0	8	
DIAGNOSTISCHE KATHETERA	NGIOG	RAPI	HIEN U	JND K	ATHE	TERGI	ESTÜ1	ZTE 1	HER/	PEUTI	SCHE	EING	RIFFE					
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 2																		
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	3
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	41	36	7	9	8	18	24	15	37	27	24	6	4	2	9	3	27	2
Anzahl beschiedene Anträge 1)	4	2	0	0	1	5	1	1	4	3	0	1	0	0	1	1	4	
neu	4	2	0	0	1	5	1	1	3	3	0	1	0	0	1	1	4	
davon Anzahl Genehmigungen	4	2			1	5	1	1	3	3		1			1	1	4	
davon Anzahl Ablehnungen	0	0			0	0	0	0	0	0		0			0	0	0	
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
davon Anzahl Genehmigungen									1									
davon Anzahl Ablehnungen									0									
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
davon bestanden							1											
davon nicht bestanden							0											
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	2	0	0	
 wegen Nichterreichen Mindestzahl 100 arterielle Gefäßdarstellungen 	0								0	0					0			
wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe	0								0	0					0			
 wegen Nichterreichen Mindestzahl 100 arterielle Gefäßdarstellungen und 50 therapeutische Eingriffe 	1								2	1					2			
aus sonstigen Gründe	0								0	0					0			
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	1	3	1	0	1	3	0	0	1	3	2	1	0	0	0	0	0	
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder katheter- gestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 100	0	0	0	0	0	3	3	k.A.	3	1	5	0	0	0	0	0	2	
≥ 100	34	36	6	9	7	15	19	k.A.	17	26	19	5	4	2	6	2	23	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 kathetergestützte thera- peutische Eingriffe)																		
< 50	2	2	0	0	0	6	3	k.A.	3	1	5	0	0	0	0	0	5	
≥ 50	32	34	6	9	7	12	19	k.A.	17	26	19	5	4	2	6	2	20	
STICHPROBENPRÜFUNGEN §	136 AE	38. 2	SGB V	(FAK	ULTA	ΓΙ V)												
siehe Tabelle Seite 58				•		,	✓											

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) Beendigungen erfolgten aufgrund Unterschreitung der Frequenzvorgaben. 4) Prüfungen der Frequenzen sind bei Ende der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. 5) Frequenzangaben liegen nicht von allen Bezirksstellen vor. 6) Die vier Genehmigungen (diagnostisch und therapeutisch) enthalten einen Neuantrag. 7) Bei fünf Ärzten endet die Auflagenfrist erst zum Jahresende, das heißt Überprüfung der Frequenzen erfolgt in 2015.



Intravitreale Medikamenteneingabe

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR INTRAVITREALEN MEDIKAMENTENEINGABE (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG IVM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2014

- AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zur räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen
- KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; als zusätzliche Anforderung bei einem Antrag auf Wiedererteilung der Genehmigung
- PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährlich mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte; schriftliche und bildliche Dokumentationen zur Indikationsstellung von zehn intravitrealen Medikamenteneingaben jeweils unterschiedlicher Patienten (befristet auf den Zeitraum 1. Januar 2015 bis 30. Juni 2017)
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Partner des Bundesmantelvertrags

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
V	GENEHMIGUNGEN							3)							4)				
	Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2014	147	245	45	43	33	34	15	35	140	158	88	32	70	27	35	23	149	1.319
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	176	214	45	43	33	34	15	36	140	158	88	32	72	31	35	23	149	1.324
	- davon Anzahl Genehmigungen	176	214	45	43	33	34	15	35	140	158	88	32	72	27	35	23	149	1.319
	- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	5
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungsge- nehmigungen	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	1	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) Im Rahmen der Übergangsregelung konnten bereits 63 Ärzte die Leistung im Quartal III abrechnen. 4) Vier Qualifikationsbestätigungen erteilt, mangels zulassungsrechtlichem Status aber keine Abrechnungsbefugnis.

√ 702 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

lii 680 FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)



Invasive Kardiologie

- VORAUSSETZUNGEN ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG INVASIVER KARDIOLOGISCHER LEISTUNGEN (VEREINBA-RUNG ZUR INVASIVEN KARDIOLOGIE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1999, 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
- 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) anfordern

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	ВҮ	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
DIAGNOSTISCHEN KATHETERISIERUNGEN																		
GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 2																		
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	17	8	2	0	0	5	7	2	12	23	3	0	2	5	6	1	24	117
Anzahl beschiedene Anträge 1)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
neu	1		1										1				1	4
- davon Anzahl Genehmigungen	1		1										1				1	4
davon Anzahl Ablehnungen	0		0										0				0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	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 § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	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	2	0	0	0	0	0	0	2	5
 wegen Nichterreichen Mindestzahl 150 diagnostische Katheterisierungen 	1									2							2	5
aus sonstigen Gründen	0									0							0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3	8

-)

→ Invasive Kardiologie

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
Ы	FREQUENZREGELUNG																		
	Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																		
	< 150	1	3	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	1	0	0	0	0	11
	≥ 150	16	5	2	0	0	4	7	2	9	21	2	0	0	5	6	1	23	103
	DIAGNOSTISCHE UND THERAF	PEUTI	SCHE	KATH	ETER	SIERI	JNGEI	N											
√	GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 1																		
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	71	87	24	11	19	34	92	2	74	68	26	1	21	5	5	2	43	585
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	4	34	6	1	3	5	2	0	8	2	1	0	3	0	3	0	7	79
	neu	4	34	6	1	3	5	2		8	2	1		3		3		7	79
	davon Anzahl Genehmigungen	4	33	6	1	3	5	2		8	2	0		3		1		7	75
	davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0		0	0	1		0		2		0	4
	erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	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 § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungsge- nehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	4
	wegen Nichterreichen Mindestzahl 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen										0							2	2
	 wegen Nichterreichen Mindestzahl aus- schließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen 										0							0	0
	 wegen Nichterreichen Mindestzahl aus- schließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen 										1							0	1
	- aus sonstigen Gründen										0							0	0
	Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	1	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	11
hi	FREQUENZREGELUNG																		
	Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																		
	< 150	4	2	2	0	7	4	0	0	0	1	1	0	5	0	0	0	3	29
	≥ 150	67	86	22	11	12	30	91	2	67	67	25	1	13	5	5	2	31	537
	Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Kathete- risierungen)																		
	< 50	6	17	2	0	0	6	0	0	0	1	1	0	6	0	0	0	3	42
	≥ 50	65	70	22	11	19	28	91	2	67	67	25	1	12	5	5	2	31	523

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.

787 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

Kapselendoskopie des Dünndarms

- § VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN FÜR DIE DÜNNDARM-KAPSELENDOSKOPIE ZUR ABKLÄRUNG OBSKURER GASTROINESTINALER BLUTUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG DÜNNDARM-KAPSELENDOS-KOPIE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2014
 - AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen (nachzuweisen zum Beispiel durch Herstellererklärung); organisatorische Vorgaben
 - KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
 - FREQUENZREGELUNG: zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien: Nachweis der Auswertung von zehn Untersuchungen, gegebenenfalls auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung
 - KOOPERATION/FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: wenn applizierender Arzt und auswertender Arzt nicht identisch sind gelten Vorgaben zur Übermittlung von aufgezeichnetem Material sowie Rückmeldung eines definierten Auswerteberichts
 - PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen durch die Qualitätssicherungs-Kommission gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
 - ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: zusammenfassende Jahresstatistik mit detaillierten aggregierten Daten zu sämtlichen Interventionen (Erst- und Wiederholungsuntersuchungen), zu führen vom applizierenden Arzt
 - EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfungen auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder bei Hinweisen auf mögliche Qualitätsdefizite in der Jahresstatistik
 - RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte an teilnehmenden Arzt, Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung und Partner des Bundesmantelvertrags

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN APPLIKATE	UR				3)													
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2014	63	82	16	5	4	5	22	4	45	48	12	6	11	10	13	8	41	395
Anzahl beschiedene Anträge 1)	63	82	16	5	4	5	22	4	45	49	12	6	11	10	13	8	41	396
- davon Anzahl Genehmigungen	63	82	16	5	4	5	22	4	45	48	12	6	11	10	13	8	41	395
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GENEHMIGUNGEN AUSWERTE	R																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2014	61	82	16	5	4	5	21	4	45	48	12	6	11	10	13	8	41	392
Anzahl beschiedene Anträge 1)	61	82	16	5	4	5	21	4	45	49	12	6	11	10	13	8	41	393
- davon Anzahl Genehmigungen	61	82	16	5	4	5	21	4	45	48	12	6	11	10	13	8	41	392
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GERÄTETECHNISCHE ANGABE	EN § 1	0 ABS	. 1, N	R. 2														
Anzahl genehmigte Kapselendoskopie- Systeme gemäß § 4, applizierende Ärzte	63	82	16	5	3	5	22	4	45	48	12	6	13	10	13	8	41	396
Anzahl genehmigte Kapselendoskopie- Systeme gemäß § 4, auswertende Ärzte	61	82	16	5	3	5	21	4	45	48	12	6	13	10	13	8	41	393

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 vier Ärzte arbeiten an drei Standorten.

V	2.536	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	1.313	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	26.260	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
ht	2.436	FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
>	4.064	HYGIENEPRÜFUNGEN



Koloskopie

- § VORAUSSETZUNGEN ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG VON KOLOSKOPISCHEN LEISTUNGEN (QUALITÄTSSICHE-RUNGSVEREINBARUNG ZUR KOLOSKOPIE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.7.2012
- § 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 Änderungen zum 1.7.2008, zuletzt geändert: 1.1.2015
- 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
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Früherkennungskoloskopien sind in elektronischer Form zu dokumentieren und die Datensätze der Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: zweijährliche Dokumentationsprüfung aller Ärzte zu 20 totalen Koloskopien und zu fünf Polypektomien; bei Kinderärzten und Kinderchirurgen 20 totale Koloskopien 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; separate Evaluation der Früherkennungskoloskopien
- BERATUNG: bei Beanstandungen in der Hygieneprüfung, gegebenenfalls am Ort der Leistungserbringung

→ Koloskopie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	a
GENEHMIGUNGEN	3)																	
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	1
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2014	17	16	1	0	1	4	5	1	19	3	2	3	0	6	8	4	15	
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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2014	342	486	80	72	23	62	200	43	252	234	143	34	81	53	75	49	202	2
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) 1)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	2	
neu	1								1	1					1	2	2	
- davon Anzahl Genehmigungen	1								1	1					1	2	2	
- davon Anzahl Ablehnungen	0								0	0					0	0	0	
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0								0	0					0	0	0	
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) 1)	21	70	9	3	1	7	7	5	26	13	31	1	7	1	1	3	35	
neu	21	70	9	3	1	7	7	5	26	13	31	1	7	1	0	3	35	
davon Anzahl Genehmigungen	20	69	8	3	1	7	7	5	25	12	30	1	6	1		3	35	
davon Anzahl Ablehnungen	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0		0	0	
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
davon Anzahl Genehmigungen															1			
davon Anzahl Ablehnungen															0			
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsge- nehmigungen gemäß § 6 und § 7	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	k. A.	1	0	0	0	2	1	
- wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0	0							1	0		0				1	0	
 wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e ausschließlich bei totalen Koloskopien 	0	0							0	0		0				0	0	
 wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich 																		
< 200 totale Koloskopien	0	0							1	0		0				1	1	
wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c ausschließlich bei Polypektomien	0	0							0	0		0				0	0	
wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich																		
< 10 Polypektomien	0	1							0	0		0				0	0	
 sowohl wegen M\u00e4ngeln gem\u00e4\u00df\u00e4s 6 Abs. 3c-e bei totalen Koloskopien als auch wegen M\u00e4ngel gem\u00e4\u00df\u00e4s 6 Abs. 4 b-c bei Polypektomien 	0	0							0	0		1				0	0	
wegen Nichterreichen Mindestzahl																		
< 200 totale Koloskopien und																		
< 10 Polypektomien Anzahl Rückgabe / Beendigung von	1	0							0	2		0				0	0	
Abrechnungsgenehmigungen 2)	5	28	4	3	0	5	k. A.	3	26	11	28	2	3	1	2	0	8	
TOTALE KOLOSKOPIE																		
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																		
< 200	4	7	0	0	0	0	11	4	13	25	0	0	2	1	5	1	5	
≥ 200	302	495	70	72	23	66	202	40	263	216	120	37	74	58	83	50	187	2

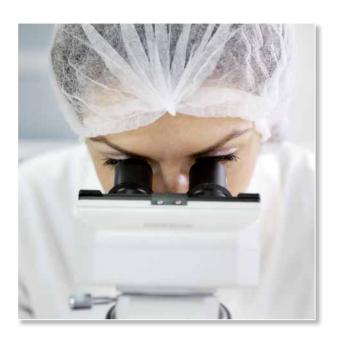
76

→ Koloskopie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	ВҮ	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN	3)	4)				6)							7)				8)	
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNI	SSE (E	BEZOG	EN A	UF ÄR	ZTE)													
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	305	20	70	72	22	39	111	20	123	95	47	20	32	59	37	48	136	1.25
- davon bestanden	302	5)	70	72	22	36	106	19	119	93	38	19	32	58	37	47	134	1.20
- davon nicht bestanden	3	5)	0	0	0	0	5	1	4	2	9	1	0	1	0	1	2	29
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	1	0	0	0	0	0	5	0	4	0	10	1	1	1	3	0	0	26
- davon bestanden	1						4		5)		4	1	1	0	3			14
davon nicht bestanden	0						1		5)		6	0	0	1	0			8
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	1	4	0	0	0	0	1	0	5)	0	2	1	1	1	0	1	2	14
davon bestanden	0	5)					1		5)		1	0	1	5)		0	2	5
 davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e 	0	5)					0		5)		1	1	0	5)		0	0	2
davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	1	5)					0		0		0	1	0	0		1	0	3
POLYPEKTOMIEN																		
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																		
< 10	4	6	1	0	0	0	0	2	27	25	0	0	0	0	0	0	2	67
≥ 10	301	496	69	72	23	66	205	42	249	212	120	37	76	59	88	50	190	2.3
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGE	N																	
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNI	SSE (E	BEZOG	BEN A	UF ÄR	ZTE)													
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	303	13	70	72	22	38	116	20	123	95	47	20	32	59	37	48	136	1.2
- davon bestanden	292	5)	69	72	22	35	108	19	121	91	45	20	31	59	36	48	134	1.2
- davon nicht bestanden	11	5)	1	0	0	1	8	1	2	4	2	0	1	0	1	0	2	34
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	2	0	0	0	0	0	8	1	0	0	2	1	0	0	1	0	2	17
- davon bestanden	1						8	1			1	0			1		2	14
 davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c 	0						0	0			1	1			0		0	2
 davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl 	1						0	0			0	0			0		0	1
PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQU	ALITÄ	T																
Anzahl überprüfter Einrichtungen	271	429	61	72	13	48	131	40	198	187	106	31	72	52	75	53	159	1.9
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	542	858	121	145	23	102	262	78	396	440	211	61	144	104	149	106	322	4.0
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	100,0	100,0	99,2	100,7	88,5	106,3	100,0	97,5	100,0	117,6	99,5	98,4	100,0	100,0	99,3	100,0	101,3	101
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	13	22	4	0	0	5	10	1	12	27	23	2	9	5	4	2	12	15
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	2,4	2,6	3,3	0,0	0,0	4,9	3,8	1,3	3,0	6,1	10,9	3,3	6,3	4,8	2,7	1,9	3,7	3,
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	1	9
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	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) Überprüfung der Dokumentation und der Frequenz sind organisatorisch verbunden. Frequenzangaben erfolgen in dem Jahr, in dem Ärzte in der Dokumentationsprüfung sind. Enthalten ist ein Kinderarzt / Kinderchirurg. 4) Hauptprüfungsjahr war 2013, nächste Prüfsequenz 2015. 5) Prüfergebnisse liegen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor. 6) Drei Dokumentationsprüfungen konnten im Berichtsjahr nicht abgeschlossen werden. Von den sieben erforderlichen Nachprüfungen der Hygienequalität finden zwei Prüfungen 2015 statt. 7) Eine erforderliche Wiederholungsprüfung (Hygiene) findet gemäß Vereinbarung erst 2015 statt. 8) Die Wiederholungsprüfung der Hygienequalität nach sechs Wochen geht auf einen Vorgang aus 2013 zurück. Ein Kinderarzt mit elf totalen Koloskopien.

✓ 12.154 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG



Laboratoriumsuntersuchungen

§ RICHTLINIEN DER KBV 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, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

- 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	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
/	GENEHMIGUNGEN			3)															
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	1.504	2.119	857	256	125	287	608	176	1.013	1.882	657	204	495	206	333	214	1.218	12.154
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	50	602	92	8	7	24	34	11	106	101	41	9	29	5	17	8	121	1.265
	- davon Anzahl Genehmigungen	47	589	75	8	7	23	25	11	98	75	40	8	27	5	17	8	112	1.175
	- davon Anzahl Ablehnungen	3	13	17	0	0	1	9	0	8	26	1	1	2	0	0	0	9	90
	Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	128	11	0	7	8	17	3	11	46	5	2	7	0	11	4	32	292
	- davon bestanden		123	8		7	8	17	3	10	37	4	2	6		11	4	31	271
	- davon nicht bestanden		5	4		0	0	0	0	1	9	1	0	1		0	0	1	22
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	0	0	0	0	0	0	k. A.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	39	63	18	15	23	k. A.	5	0	0	54	16	14	3	9	0	22	281

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 Kolloquium wurde teilweise bestanden, teilweise nicht bestanden.

V	32.030	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	182	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	2.184	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Langzeit-EKG-Untersuchungen

- § VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON LANGZEIT-ELEKTROKARDIOGRA PHISCHEN-UNTERSUCHUNGEN, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1992; zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015
 - 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	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
V	GENEHMIGUNGEN		3)		3)														4)
	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 Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2014	1.837	5.378	922	326	119	319	835	243	1.737	3.279	908	499	641	351	527	366	2.400	20.687
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	193	1.071	96	21	11	58	267	17	228	241	127	28	48	22	39	30	421	2.918
	- davon Anzahl Genehmigungen	187	980	93	21	11	57	257	17	227	241	127	26	46	22	39	30	399	2.780
	- davon Anzahl Ablehnungen	6	91	3	0	0	1	10	0	1	0	0	2	2	0	0	0	22	138
	Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
	- davon bestanden													4					4
	- davon nicht bestanden													0					0
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungsge- nehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	1	0	94	1	9	31	9	4	43	4	118	3	28	15	19	0	48	427
##	STICHPROBENPRÜFUNGEN §	136 AE	3S. 2 S	SGB V	(FAK	ULTAT	TV)												
	siehe Tabelle Seite 58			✓	✓				✓						✓			✓	

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) Vorjahreszahl Genehmigungen aus EDV-technischen Gründen fehlerhaft. 4) Zusätzlich haben bundesweit 11.343 Ärzte eine Genehmigung nur zur Aufzeichnung (11.302 zum 31.12.2013)

V	3.334	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	207	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	2.376	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Magnetresonanz-/Kernspintomographie

- VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON UNTERSUCHUNGEN IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (KERNSPINTOMOGRAPHIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993,
 zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015
- RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (QUALITÄTSBEURTEI-LUNGS-RICHTLINIE FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001, zuletzt geändert zum 1.1.2016
- 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). Aussetzen der Prüfungsverpflichtung für den Zeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
ALLGEMEINE KERNSPINTOM	OGRAP																	
GENEHMIGUNGEN			5)							8)								
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	413	534	179	74	40	108	255	64	294	450	173	54	132	65	100	75	324	3.334
Anzahl beschiedene Anträge 1)	68	461	86	12	6	42	31	4	66	132	18	6	13	6	12	7	226	1.196
- davon Anzahl Genehmigungen	66	459	86	11	6	42	31	4	66	131	18	6	12	4	12	7	224	1.185
davon Anzahl Ablehnungen	2	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	11)	0	0	2	9
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	0	1	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2	1	1	2	14
- davon bestanden	1		1	1					1	2				0	1	1	2	10
- davon nicht bestanden	1		0	1					0	0				2	0	0	0	4
Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	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	1	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	41	15	2	4	28	0	1	38	0	5	3	7	1	0	0	11	156

359 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

315 FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)



→ Magnetresonanz-/ Kernspintomographie der Mamma

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	ВҮ	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
KERNSPINTOMOGRAPHIE DEF	RMAM	MA																
GENEHMIGUNGEN	3)		5), 6)						7)									
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	65	58	10	5	4	7	25	2	35	49	8	8	22	8	11	8	34	359
Anzahl beschiedene Anträge 1)	10	34	5	1	0	4	4	2	7	13	0	0	0	0	1	0	14	95
- davon Anzahl Genehmigungen	10	33	3	1		3	4	2	7	13					1		14	91
- davon Anzahl Ablehnungen	0	1	2	0		1	0	0	0	0					0		0	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	5	4	2	0	0	1	4	0	3	2	0	0	0	0	0	0	2	23
- davon bestanden	5	4	1			1	4		3	2							2	22
- davon nicht bestanden	0	0	1			0	0		0	0							0	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	11	2	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	6	25
FREQUENZREGELUNG																		
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2																		
mindestens 50 Untersuchungen	43	51	8	4	3	6	15	0	27	30	8	8	18	8	9	6	15	259
• weniger als 50 Untersuchungen	20	2	0	0	1	0	6	0	3	17	0	0	4	0	1	2	0	56
ALLGEMEINE UND KERNSPIN	гомос	GRAPI	HIE DE	R MA	MMA													
STICHPROBENPRÜFUNGEN §	136 AE	38. 2	SGB V															
PRÜFUMFANG																		
abrechnende Ärzte	400	512	138	70	39	121	190	61	287	406	157	54	130	65	97	75	293	3.095
Anzahl geprüfter Ärzte	34	28	8	3	6	6	14	4	14	21	16	2	5	4	5	3	34	207
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	32	19	8	3	6	6	14	4	12	21	7	2	5	4	5	3	34	185
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	2	9	0	0	0	0	0	0	2	0	9	0	0	0	0	0	0	22
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	8,0	3,7	5,8	4,3	15,4	5,0	7,4	6,6	4,2	5,2	4,5	3,7	3,8	6,2	5,2	4,0	11,6	6,0
Begründungen zum Prüfumfang; sonstige Kommentare		4)									9)		10)				13)	

-

→ Magnetresonanz-/ Kernspintomographie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
ALLGEMEINE UND KERNSPIN	томос	GRAPI	HIE DE	ER MA	MMA													
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN A	AUF ÄR	ZTE)																
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
• keine Beanstandungen	19	10	7	3	6	6	14	4	7	19	7	2	5	1	5	2	29	146
geringe Beanstandungen	7	9	1	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	1	4	27
erhebliche Beanstandungen	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	6
schwerwiegende Beanstandungen	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
- keine Beanstandungen	0	6							1		8							15
geringe Beanstandungen	0	3							1		1							5
erhebliche Beanstandungen	0	0							0		0							0
schwerwiegende Beanstandungen	2	0							0		0							2
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	30	0	1	0	0	0	0	0	5	2	1	0	0	1	0	1	5	46
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	1	0	0	0	2
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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	3	0	0	0	10
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	0	0	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 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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12)	0	0	0	1
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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) Das Verfahren außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte Leistungen zur Frequenzerreichung anzuerkennen ist für die 20 Ärzte noch nicht abgeschlossen. 4) Prüfumfang im Vorjahr übererfüllt. 5) Es sind von den 86 Genehmigungen 25 Neuanträge, von den drei Genehmigungen (Mamma) ein Neuantrag. 6) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I -IV/2013). 7) Ein Kolloquium (Mamma-Antragsverfahren) wurde als Amtshilfe für die Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein durchgeführt. 8) Es sind von den 131 Genehmigungen 36 Neuanträge, von den 13 Genehmigungen (Mamma) zwei Neuanträge. 9) Kriterienbezogene Prüfungen aufgrund festgestellter Qualitätsmängel in der MRA. 10) Vier Prozent erreicht, da Grundgesamtheit 124 Ärzte sind (Genehmigung > ein Jahr). 11) Zwei Ärzte sind noch im Antragsverfahren. 12) Prüfverfahren noch nicht abgeschlossen. 13) Gemäß Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe werden mindestens zehn Prozent der Ärzte geprüft.

V	2.589	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	534	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	6.408	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Magnetresonanz-Angiographie

- VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR MR-ANGIOGRAPHIE (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREIN-BARUNG ZUR MR-ANGIOGRAPHIE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007, zuletzt geändert: 1.10.2015
- RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (QUALITÄTSBEURTEI-LUNGS-RICHTLINIE FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001, zuletzt geändert zum 1.1.2016
 - 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, Prüfung insbesondere zur Indikationsstellung; gesonderte Darstellung der Ergebnisse aus Dokumentationsprüfungen von Untersuchungen der Hirngefäße ab 1. Oktober 2015
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Partner des Bundesmantelvertrags
- BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kasse	enärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENE	HMIGUNGEN									5)									
	Arzte mit Genehmigung, 1.12.2013	329	367	119	56	41	85	185	44	159	331	150	33	100	46	78	57	221	2.401
	Arzte mit Genehmigung, 1.12.2014	347	390	131	61	41	96	181	44	235	337	156	37	107	49	76	58	243	2.589
Anzahl b	peschiedene Anträge 1)	47	327	58	8	2	36	31	1	56	84	11	7	12	3	3	5	180	871
neu		47	327	58	8	2	36	31	1	56	84	11	7	12	3	3	5	180	871
- davon A	Anzahl Genehmigungen	47	323	58	8	2	36	31	1	56	83	11	7	11	3	3	5	178	863
- davon A	Anzahl Ablehnungen	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	8
erneut ge	emäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl K	Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
- davon b	bestanden						2												2
- davon r	nicht bestanden						0												0
Praxisbe	egehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Niderrufe von Abrechnungsge- Ingen gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Rückgabe/Beendigung von ungsgenehmigungen	0	44	8	3	3	23	0	1	22	0	5	3	4	0	2	0	3	121



→ Magnetresonanz-Angiographie

		BY	BE	BB	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ĺ
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	EN§7		4)															
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNI	SSE (B	EZOG	EN AL	JF ÄR	ZTE)													
abrechnende Ärzte	315	390	52	61	35	89	190	43	231	295	134	6	103	49	75	54	230	
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	69	79	28	13	8	18	40	9	45	60	29	8	21	10	14	11	54	
- davon bestanden	67	72	22	13	8	16	40	8	21	59	29	8	19	9	12	10	54	
- davon nicht bestanden	2	7	6	0	0	2	0	1	20	1	0	0	2	1	2	1	0	
abrechnende Ärzte geprüft, in %	21,9	20,3	53,8	21,3	22,9	20,2	21,1	20,9	19,5	20,3	21,6	133,3	20,4	20,4	18,7	20,4	23,5	
Begründungen zum Prüfumfang; sonstige Kommentare		3)							6)								8)	
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	0	1	1	0	0	1	0	0	1	5	0	0	7)	1	2	0	3	
- davon bestanden		1	1			1			1	5				0	2		3	
- davon nicht bestanden		0	0			0			0	0				1	0		0	
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
- davon bestanden														1		1		
- davon nicht bestanden														0		0		
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN	AUF	DOKU	MENT	ATION	IEN)													
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (ohne Venen)	828	925	238	156	96	216	480	108	492	720	339	96	244	120	192	125	654	
darunter Dokumentationen																		
in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	805	922	237	156	96	210	474	106	492	720	336	96	226	112	192	125	635	
in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	807	923	237	156	96	210	474	106	492	720	336	96	226	112	192	125	635	
• in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	806	925	237	156	96	210	474	106	492	720	336	96	226	112	192	125	635	
 davon Anzahl insgesamt nachvollzieh- barer/eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen 	804	925	237	156	96	210	474	106	482	712	336	96	226	112	182	122	649	
davon Anzahl insgesamt nicht nach- vollziehbarer Dokumentationen	24	0	1	0	0	6	6	2	10	8	3	0	18	8	10	3	5	
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (Venen)	22	5	18	0	0	2	0	0	0	7	16	0	48	0	8	0	72	
darunter Dokumentationen																		
in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	22	5	5			2				7	16		48		8	0	72	
in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	22	5	5			2				7	16		48		8	0	72	
in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	22	5	5			2				7	16		48		8	0	72	
 davon Anzahl insgesamt nachvollzieh- barer/eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen 	22	5	5			2				7	16		48		8	0	72	
davon Anzahl insgesamt nicht nachvoll- ziehbarer Dokumentationen	0	0	13			0				0	0		0		0	0	0	
STICHPROBENPRÜFUNGEN §	126 AI	RS 2	SGR V	(FAK	ULTAI	ΓΙ V)												

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) Stichprobengröße wird auf Basis der Genehmigungszahlen festgelegt. 4) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I-III/2013). 5) Differenzen zum Vorjahr bei der Zahl der Ärzte mit Genehmigung ergeben sich aus einer Bereinigung der Statistik. 6) Vier Dokumentationsprüfungen sind noch nicht abgeschlossen. 7) Widerspruchsverfahren laufen noch, daher noch keine Wiederholungsprüfung veranlasst. 8) Nicht alle Ärzte haben zwölf Fälle im Prüfzeitraum abgerechnet, deshalb Differenz in der Anzahl geprüfter Dokumentationen.

V	2.426	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	1.046	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	10.460	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
₽	550	PRÜFUNGEN/FORTBILDUNGSNACHWEISE

Mammographie (kurativ)

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR KURATIVEN MAMMOGRAPHIE (MAMMOGRAPHIE-VER-EINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

- 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	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	311	386	101	63	23	42	167	37	251	314	125	36	121	73	73	75	228	2.426
Anzahl beschiedene Anträge 1)	19	194	80	3	0	15	13	4	32	62	4	0	10	3	5	2	98	544
neu	19	194	18	3		4	13	4	19	62	4		9	2	4	2	98	455
- davon Anzahl Genehmigungen	18	192	16	3		4	13	4	19	62	1		7	1	4	2	97	443
- davon Anzahl Ablehnungen	1	2	2	0		0	0	0	0	0	3		2	1	0	0	1	12
erneut	0	0	62	0		11	0	0	13	0	0		1	1	1	0	0	89
- davon Anzahl Genehmigungen			62			11			13				1	1	1			89
- davon Anzahl Ablehnungen			0			0			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

→ Mammographie (kurativ)

FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG NAC	CH AR	SCH	NITT C		3)	4)						6)				7)		
Erstprüfungen	6	16	6	3	0	3	7	2	8	25	4	1	12	2	4	5	15	
davon bestanden	3	10	5	2	Ŭ	1	6	1	7	14	1	1	5	1	2	3	11	
davon nicht bestanden	3	6	1	1		2	1	1	1	11	3	0	7	1	2	2	4	
Wiederholungsprüfungen	2	7	3	1	0	3	1	1	1	9	0	0	3	1	5	0	7	
davon bestanden	1	5	3	0		3	1	1	1	6			2	1	2		5	
- davon nicht bestanden	1	2	0	1		0	0	0	0	3			1	0	3		2	
FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG NAC	СН АВ	SCH	NITT D	(FOF	RTBILI	DUNG	SPRÜI	FUNG										
Anzahl Ärzte insgesamt, die an einer Prüfung nach Abschnitt D teilgenommen haben	82	99	28	15	1	5	27	5	95	73	9	0	22	21	25	21	56	
reguläre Prüfungen	79	92	27	15	1	4	24	5	91	63	9		20	20	24	21	51	
davon bestanden	75	85	26	14	1	4	23	5	88	60	8		20	20	23	21	47	
- davon nicht bestanden	4	7	1	1	0	0	1	0	3	3	1		0	0	1	0	4	
Wiederholungsprüfungen	3	7	1	0	0	1	3	0	4	10	0		2	1	1	0	5	
- davon bestanden	3	6	1			1	3		4	9			2	1	1		5	
- davon nicht bestanden	0	1	0			0	0		0	1			0	0	0		0	
Anzahl Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- davon bestanden							1	0										
davon nicht bestanden							0	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	
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	
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG NA	CH A	вѕсн	NITT	E														
Anzahl Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	131	151	36	19	23	16	84	10	85	104	54	26	37	24	68	41	87	
- davon erfüllt	117	146	26	19	23	16	77	10	65	102	51	24	34	24	59	41	87	
 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 	6	1	0	0	0	0	6	0	9	0	3	0	2	0	3	0	0	
 davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b 	8	4	10	0	0	0	1	0	11	2	0	2	1	0	6	0	0	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	4	3	0	0	0	0	5	0	5)	2	1	0	0	1	0	0	1	
- davon erfüllt	3	3					5			2	1			1			1	
- davon nicht erfüllt	1	0					0			0	0			0			0	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	0	9	3	0	0	0	4	0	5)	6	5	0	1	1	4	0	0	
- davon erfüllt		9	1				3			6	5		1	1	4			
- davon nicht erfüllt		0	2				1			0	0		0	0	0			
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	1	0	1	0	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	
RÜCKGABE/BEENDIGUNG VON	GENE	HMIG	UNGE	N OD	ER W	IDERR	RUFE §	14 A	BS. 5									
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung von	1	35	8	5	3	13	1	0	1	0	5	0	4	3	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) Nach Abschnitt D erfolgte zusätzlich eine freiwillige Prüfung. 4) Nach Abschnitt D erfolgten zusätzlich vier freiwillige Prüfungen. 5) Die resultierenden Wiederholungsprüfungen nach Abschnitt E erfolgen 2015. 6) Genehmigungserteilung erfolgt zum 1. Januar 2015. 7) Nach Abschnitt C erfolgte zusätzlich eine freiwillige Prüfung.



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/KFE),
 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: 15.10.2015 (Beschlussdatum des G-BA)

PROGRAMMVERANTWORTLICHER ARZT

- AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: fachliche Vorraussetzungen 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: j\u00e4hrliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 F\u00e4llen; 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens f\u00fcnf Karzinomf\u00e4lle); 30 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle; gegebenenfalls 20 Stanzbiopsien unter R\u00f6ntgenkontrolle, oder sofern die R\u00f6ntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt, j\u00e4hrlich 25 Vakuumbiopsien der Mamma unter R\u00f6ntgenkontrolle
- 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
- 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

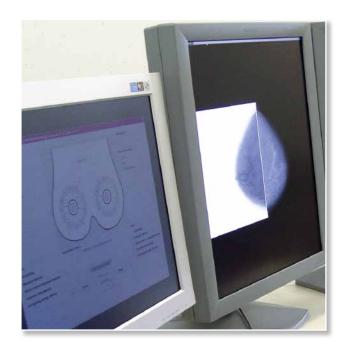
→ Mammographie-Screening

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

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



→ Mammographie-Screening

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 in der Regel 100 Läsionen der Mamma im Rahmen des Mammographie-Screenings
- 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	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
√	GENEHMIGUNGEN, STAND 31.	12.201	4	1)															
	Screeningeinheiten 2)	10	14	4	4	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	13	96
	Programmverantwortliche Ärzte	19	26	8	6	3	4	12	8	15	17	8	2	11	7	8	3	20	177
	- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	6	15	4	6	5	4	2	8	4	11	4	2	8	5	7	3	6	100
	kooperierende Ärzte	214	135	39	26	24	11	71	25	123	154	47	9	53	27	33	31	126	1.148
	Befunder von Mammographieauf- nahmen	73	101	20	15	11	7	40	15	70	69	28	7	38	17	21	22	80	634
	- histopathologische Beurteilung	22	34	7	11	4	4	16	5	32	27	11	2	10	8	9	4	21	227
	- Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	23	28	5	0	5	0	15	5	27	16	10	1	8	2	3	6	24	178
	 davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien 	23	13	5	0	3	0	15	1	24	16	10	1	7	2	3	6	24	153

¹⁾ Ärzte sind teilweise für mehrere Screeningeinheiten tätig. 2) Eine Screeningeinheit ist KV-übergreifend organisiert, dadurch haben Bremen und Niedersachsen zusammen neun Screeningeinheiten.

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 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

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
/	GENEHMIGUNGEN										3)								
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	7.389	9.823	1.093	822	491	713	2.478	876	3.565	3.590	1.917	660	2.180	1.248	1.721	1.318	3.939	43.823
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	309	509	155	52	29	56	220	32	236	280	154	47	134	30	48	60	360	2.711
	davon Anzahl Genehmigungen	309	506	146	52	29	56	199	32	232	280	154	47	132	30	47	60	352	2.663
	davon Anzahl Ablehnungen	0	3	9	0	0	0	21	0	4	0	0	0	2	0	1	0	8	48
	Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	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	5	58	0	24	43	0	5	54	0	114	3	68	44	59	56	14	547

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 gegenüber der Vorjahresangabe wegen Zählfehlers.

Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)

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 zur
 ückliegenden 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 MOLEKULARGENETISCHEN UN-TERSUCHUNGEN BEI MONOGENEN ERKRANKUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG MOLEKULARGENETIK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012, zuletzt geändert: 1.7.2015
- 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
- ELEKTRONISCHE 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, gegebenenfalls anlassbezogene Stichprobenprüfungen 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	ву	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
V	GENEHMIGUNGEN										3)								
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	111	85	31	9	1	47	26	16	52	74	102	10	31	10	16	13	65	699
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	0	15	12	1	0	5	8	2	9	4	7	1	3	3	0	0	13	83
	- davon Anzahl Genehmigungen		14	12	1		4	8	2	9	4	7	1	3	3			13	81
	- davon Anzahl Ablehnungen		1	0	0		1	0	0	0	0	0	0	0	0			0	2
	Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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 Abrechnungsge- nehmigungen	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	7	1	0	3	4	0	0	0	10	1	3	1	0	0	0	32
##	JAHRESSTATISTIK GEMÄSS §	8																	
	Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken in eDoku	18	k. A.	6	3	0	4	10	3	5	17	6	1	11	6	2	3	3	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. 3) Differenz gegenüber der Vorjahresangabe wegen Zählfehlers.

v	170	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	12	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	144	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN



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; Umfang 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	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN		3)	4)															
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	18	31	4	4	1	6	25	4	23	16	6	1	2	1	13	2	13	170
Anzahl beschiedene Anträge 1)	8	11	2	2	1	3	10	2	1	2	2	0	1	0	1	2	3	51
davon Anzahl Genehmigungen	7	9	2	2	1	2	6	2	1	2	2		1		1	2	3	43
davon Anzahl Ablehnungen	1	2	0	0	0	1	4	0	0	0	0		0		0	0	0	8
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	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	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

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) Ausschließlich Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie. ⁴) Beide Genehmigungen wegen temporärer Praxissitzverlegung.

→ Neuropsychologische Therapie

		NO	RP	SL
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 1	136 ABS.	2 SGB V		
PRÜFUMFANG				
abrechnende Ärzte	11	15	9	11
Anzahl geprüfter Ärzte	7	2	2	1
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	7	2	2	1
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	0	0	0
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	63,6	13,3	22,2	9,1
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN	AUF ÄRZ	ZTE)		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2				
• keine Beanstandungen	2	0	2	1
- geringe Beanstandungen	5	2	0	0
- erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0
schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0
MASSNAHMEN				
keine				

Seit 2012 steht die neuropsychologische Therapie als ambulante Leistung für die Versorgung – insbesondere von Patienten mit Schlaganfall oder Schädelhirntrauma – zur Verfügung und wurde in die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Absatz 1 aufgenommen. Die Richtlinie sieht die Aufnahme von Stichprobenprüfungen analog § 136 Absatz 2 SGB V im Umfang von vier Prozent der abrechnenden Ärzte vor.

Nicht zuletzt aufgrund der im zweiten Jahr nach Einführung dieser Leistung noch geringen Anzahl der Ärzte mit Genehmigung setzte das Prüfgeschehen verzögert ein. Bezogen auf die Anzahl der Ärzte mit Genehmigung würde in 15 der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen rechnerisch weniger als ein Arzt geprüft werden müssen. Auch die Besetzung der für die Stichprobenprüfung erforderlichen Qualitätssicherungs-Kommissionen ist eine Herausforderung.

Aktuell teilten die Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen mit, dass analog zu dem Vorgehen bei der Vakuumbiopsie zum Start der Stichprobenprüfungen ab 2015 eine gemeinsame Qualitätssicherungs-Kommission gebildet wurde. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg wird ab August 2015 die Stichprobenprüfungen im Bereich der neuropsychologischen Therapie in einer gemeinsamen Qualitätssicherungs-Kommission mit Schleswig-Holstein umsetzen.

V	3.594	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	657	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	13.140	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
₽	2.658	PRÜFUNGEN/FORTBILDUNGSNACHWEISE



Onkologie

- VEREINBARUNG ÜBER DIE QUALIFIZIERTE AMBULANTE VERSORGUNG KREBSKRANKER PATIENTEN (ONKOLOGIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2015
 - 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 gilt als Soll die 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 industrieneutralen durch die Ärztekammer zertifizierten 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

 \rightarrow

→ Onkologie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
✓ GENEHMIGUNGEN											5)			7)	9)	6)		
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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	511	410	250	119	37	121	197	58	415	422	124	28	229	98	127	77	371	3.594
darunter Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen	k. A.	71	28	8	5	14	32	10	135	46	0	1	6)	4	3	6)	18	375
 darunter Anzahl Ärzte in Praxen die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden 	0	12	239	26	0	64	0	11	280	216	0	1	6)	0	1	6)	371	1.221
Anzahl beschiedene Anträge 1)	57	86	18	6	4	10	15	7	31	226	13	0	8	4	6	3	45	539
- davon Anzahl Genehmigungen	57	85	15	6	4	9	15	7	31	222	13		8	2	3	2	43	522
- davon Anzahl Ablehnungen	0	1	3	0	0	1	0	0	0	4	0		0	0	3	1	2	15
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	2	0	0	12	20
- davon bestanden	1									5				0			12	18
- davon nicht bestanden	0									0				2			0	2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	4	1	1	0	0	2	0	1	0	1	0	0	6	0	7	0	6	29
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	6	11	10	4	2	4	k. A.	2	27	9	0	0	4	3	0	0	37	119
UBERPRÜFUNG DER DOKUME	NTATI	ON §	10															
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	38	32	20	3)	4	11	14	3)	415	35	14	7	9	9	11	6)	0	619
- davon bestanden	16	29	17		4	9	14		4)	34	6	6	9	7	11			162
- davon nicht bestanden	22	3	3		0	2	0		4)	1	8	1	0	2	0			42
FORTBILDUNGSVERPFLICHTU	NG §	7 1	3.															
Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 13. erbracht haben	80	410	230	119	37	114	181	3)	412	428	124	28	10)	8)	124	10)	371	2.658
STICHPROBENPRÜFUNGEN §	136 AE	3 S . 2	SGB V	(FAK	ULTA	Γ Ι V)												
siehe Tabelle Seite 58																	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) Angaben zu Dokumentationsprüfungen beziehungsweise Fortbildungsverpflichtung liegen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor. 4) In Niedersachsen kontinuierliche Erfassung aller Dokumentationen mittels ONkeyLINE. Überprüfung durch (automatische) Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen. Beanstandungsrate kann nicht ermittelt werden. 5) Zusätzlich nehmen 64 Ärzte an der Onkologie-Ergänzungsvereinbarung auf Landesebene teil. 6) Für Sachsen und Thüringen gelten ausschließlich regionale Vereinbarungen, daher liegt ein Teil der hier abgefragten Angaben nicht vor, eine Darstellung der aus Sicherstellungsgründen zugelassenen Praxen war ebenfalls nicht möglich, in Thüringen erfolgt keine Dokumentationsprüfung im Sinne der Onkologie-Vereinbarung. 7) Zwei Anträge werden erneut geprüft. 8) Fortbildungsnachweise waren zum Zeitpunkt der Datenerfassung noch nicht für alle im Berichtsjahr neu erfeilten Genehmigungen überprüft. 9) Drei Ärzten wurde für den Nachweis der Fortbildungspunkte eine Nachfrist eingeräumt. 10) Erfüllung der Fortbildungsanforderungen auf der Grundlage der regionalen Vereinbarung an den Arzt (Teilnahme Tumorkonferenzen oder Qualitätszirkel, onkologische Fortbildungsveranstaltungen) und an das Personal wurde von allen onkologischen Praxen nachgewiesen.

✓ 3.736 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG



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	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
V	GENEHMIGUNGEN																		
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	433	596	214	84	54	128	265	70	365	496	174	51	158	86	127	76	359	3.736
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	42	50	26	6	4	10	11	3	19	33	10	1	17	4	11	2	34	283
	- davon Anzahl Genehmigungen	42	50	26	6	4	10	11	3	19	33	10	1	17	4	11	2	31	280
	- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	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	14	4	1	9	1	0	5	25	13	1	9	3	1	0	12	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.



Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

- VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNGEN ZUR PHOTODYNAMISCHEN THERAPIE AM AUGEN-HINTERGRUND (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001, zuletzt geändert: 1.7.2014
- 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. Aussetzen der Prüfungsverpflichtung bis 31. Dezember 2016
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
- BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	ву	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
/	GENEHMIGUNGEN		3)																
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	36	48	15	9	3	9	13	7	36	37	9	8	23	6	19	5	48	331
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	0	8	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
	neu		8	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
	- davon Anzahl Genehmigungen		8	3					1										12
	- davon Anzahl Ablehnungen		0	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 Abrechnungs- genehmigungen	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	2	0	0	0	0	2	0	10	2	1	0	0	1	0	0	18

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) Von den acht Genehmigungen waren sieben durch Statuswechsel et cetera begründet.

Phototherapeutische Keratektomie

- VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR PHOTOTHERAPEUTISCHEN KERATEKTOMIE (QUALITÄTS-SICHERUNGSVEREINBARUNG PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007; zuletzt geändert zum 1.7.2014
- 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. Aussetzen der Prüfungsverpflichtung bis 31. Dezember 2016
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
- BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
/	GENEHMIGUNGEN																		
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	16	36	6	1	0	1	6	1	15	26	4	2	5	2	3	5	30	159
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	3	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
	- davon Anzahl Genehmigungen	3	9	1														1	14
	davon Anzahl Ablehnungen	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
	davon bestanden																		0
	- davon nicht bestanden																		0
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	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.

Psychotherapie

- VEREINBARUNG ÜBER DIE ANWENDUNG VON PSYCHOTHERAPIE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG (PSYCHOTHERAPIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt als Anlage 1 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2015
- § RICHTLINIE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG DER PSYCHOTHERAPIE (PSYCHO-THERAPIE-RICHTLINIE), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: seit 18.4.2009 (zuvor Richtlinie des Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen seit 1.1.1999), zuletzt geändert: 16.10.2015
 - 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 Bundesausschuss 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.

Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung umfassen den gesamten Bereich der psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der psychosomatischen Grundversorgung, deren Ausgestaltung hinsichtlich Leistungsinhalt hier 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 der Vereinbarung 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.

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN, -PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ÄRZTE, PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN. Bundesarztregister, Stand 31.12.2014

KV	PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN	KINDER- UND JUGENDLICHEN- PSYCHOTHERAPEUTEN	ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPEUTEN	KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER	PSYCHIATER (NERVENÄRZTE/ NEUROLOGEN/PSYCHIATER)
BW	1.993	691	1.081	120	612
BY	2.454	745	1.006	150	872
BE	1.553	274	412	73	436
ВВ	273	77	84	21	145
НВ	268	59	83	23	76
HH	761	141	201	63	220
HE	1.733	416	597	39	346
MV	191	48	65	14	107
NI	1.342	486	423	112	538
NO	2.196	522	717	162	757
RP	563	199	208	34	261
SL	190	54	70	12	74
SN	694	202	155	30	299
SA	271	86	47	21	151
SH	473	109	190	51	201
TH	277	109	69	18	150
WL	1.432	430	405	108	502
Gesamt	16.664	4.648	5.813	1.051	5.747

GUTACHTERSTATISTIKEN IM ZEITVERLAUF 2010 BIS 2014

VERFAHREN		ANZAHL (OBER-)GUTACHTER	ANZAHL (OBER-)GUTACHTEN	NICHTBEFÜRWORTUNG DER ANTRÄGE IN %	ÄNDERUNG DER ANTRÄGE IN %
	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
tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	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
	2014	94 Gutachten ⁵) 13 Obergutachten	163.478 Gutachten ⁵) 1.624 Obergutachten	4,0 24,9	11,2 22,4
	2010	77 Gutachter 6) 9 Obergutachter	140.270 Gutachten 551 Obergutachten	2,7 21,5	6,4 29,4
	2011	73 Gutachter 7) 9 Obergutachter	151.546 Gutachten 729 Obergutachten	3,0 18,5	6,2 37,4
Verhaltenstherapie	2012	72 Gutachter 8) 6 Obergutachter	153.073 Gutachten 507 Obergutachten	3,2 20,3	7,5 38,7
	2013	75 Gutachter ⁹) 8 Obergutachter	172.067 Gutachten 1.029 Obergutachten	3,2 19,0	7,1 25,4
	2014	88 Gutachten 10) 7 Obergutachten	187.501 Gutachten 10) 1.080 Obergutachten	3,3 19,1	8,1 44,2

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 17 Gutachter mit 24.666 Gutachten für Kinder und Jugendliche 6) davon elf Gutachter mit 16.084 Gutachten für Kinder und Jugendliche 7) davon zwölf Gutachter mit 19.318 Gutachten für Kinder und Jugendliche 8) davon 14 Gutachter mit 25.663 Gutachten für Kinder und Jugendliche 10) davon 18 Gutachter mit 28.450 Gutachten für Kinder und Jugendliche

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 von über 25 Behandlungsstunden ist immer gutachterpflichtig. Das Gutachterverfahren dient dazu festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und der -Vereinbarung 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 Prog-

nose 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-Vereinbarung 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.

Gemäß § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung benennt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen in der Regel alle fünf Jahre Gutachter von den jeweiligen Bewerberlisten. Aktuell ist mit einer Neuberufung von Gutachtern nicht zu rechnen, da die Benennung von Gutachtern gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung für fünf Jahre im Juni 2014 erfolgt ist. Mit einer Neuberufung von Gutachtern ist im Frühjahr 2019 zu rechnen.

Qualitätsinitiativen

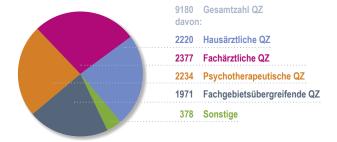
QUALITÄTSZIRKEL

Qualitätszirkel bieten Ärzten und Psychotherapeuten einen geschützten Raum für eine freiwillige und selbstbestimmte Fortbildung ohne Einflussnahme Dritter. Die kritische Reflektion des ärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Handelns und der Dialog mit Kollegen auf Augenhöhe fördern den Transfer von Wissen in die Praxis und die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Das Lernen voneinander steht im Fokus der Zirkelarbeit. Die Teilnehmenden profitieren vom Erfahrungsschatz ihrer Kollegen.

Bereits seit mehr als 20 Jahren engagieren sich Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Qualitätszirkeln, um ihre fachliche Kompetenz weiterzuentwickeln. Basis der Qualitätszirkel-Arbeit sind die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V. Sie geben einheitliche Kriterien für Qualitätszirkel vor, die auch den regionalen Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Förderung der Qualitätszirkelarbeit zugrunde liegen.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen gab es 2014 deutschlandweit 9.180 registrierte Qualitätszirkel; dabei stellen hausärztliche, fachärztliche, psychotherapeutische und fachgebietsübergreifende Zirkel nahezu gleiche Anteile. Gegenüber den Vorjahren hat insbesondere die Zahl fachgebietsübergreifender Qualitätszirkel, aber auch berufsgruppen-übergreifender Zirkel zugenommen. 311 Zirkel arbeiteten sektorenübergreifend. Etwa 63.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten waren im Berichtszeitraum bundesweit in einem Qualitätszirkel aktiv.

ANZAHL QUALITÄTSZIRKEL 2014



Mit dem Ziel, den freiwilligen Ansatz der Qualitätszirkel zu fördern, hat die KBV vor mehr als zehn Jahren gemeinsam mit Wissenschaftlern und Ärzten ein eigenes Qualitätszirkel-Konzept entwickelt und es kontinuierlich ausgebaut. Es basiert auf dem Train-the-Trainer-Prinzip und ist auf die Qualifizierung von Zirkel-Tutoren und -Moderatoren gerichtet. Knapp 30 thematische Module stellen einen Service für Qualitätszirkel-Moderatoren dar und geben Impulse für eine strukturierte, datenbasierte und am aktuellen Stand der Wissenschaft orientierten Zirkelarbeit. Ergänzend zu der 2013 veröffentlichten 3. Auflage des Handbuchs Qualitätszirkel der KBV wurden 2014 weitere Themen für die Umsetzung in Qualitätszirkeln entwickelt und didaktisch aufbereitet, die auch in der gesellschaftsund gesundheitspolitischen Debatte eine Rolle spielen:

- Aspekte einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung
- Barrieren identifizieren auf dem Weg zur barrierearmen Praxis
- Kultursensibilität in der Patientenversorgung

Darüber hinaus steht ein neues Modul zur Anwendung von Coaching-Techniken im Qualitätszirkel zur Verfügung.

NUTZUNG DER MODULE DES HANDBUCHS QZ	ANZAHL KVEN
Patientenfallkonferenz	11
Pharmakotherapie/Arzneimittelmonographie	9
Gruppenleitung	8
Experteninterview	7
Evidenzbasierte Medizin/Leitlinien	6
Qualitätszirkel-Gründung	6
Moderatorenausbildung	6
Häusliche Gewalt	5
Patientensicherheit	5
QEP im QZ	5
Rückmeldesysteme	5
Multimedikation	4
evidenzbasierte Patienteninfo	3
evidenzbasierte Verfahrensanweisung	3
Journal Club	3
Qualitätsindikatoren in QZ und Praxen	3
Differenzialdiagnostik	2
Frühe Hilfen	2
Hygienemanagement	2
Selbstbewertung / Zertifizierung nach QEP®	1

PEER REVIEW

Um Peer Review als Instrument der Qualitätsförderung noch stärker in der ambulanten Versorgung zu etablieren, hat die KBV gemeinsam mit Ärzten und anderen Experten Eckpunkte für die Entwicklung und Umsetzung ambulanter Peer-Review-Verfahren entwickelt: Peer Review-Verfahren in der ambulanten Versorgung – Empfehlungen für Praxen, Arztnetze und Qualitätszirkel. Diese Empfehlungen tragen den spezifischen Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung Rechnung und verfolgen das Ziel, freiwillige, von der Ärzteschaft selbst initiierte Qualitätsinitiativen stärker zu fördern.

Das Konzept der KBV beschreibt sowohl die wesentlichen Inhalte für die Entwicklung eines spezifischen, auf den jeweiligen Versorgungskontext bezogenen Verfahrens als auch das Vorgehen bei der Durchführung von Reviews.

Im Mittelpunkt von Peer-Review-Verfahren mit Vor-Ort-Besuch steht das Lernen voneinander. Sowohl der Besucher – ausgebildeter Peer – als auch der Besuchte profitieren vom Erfahrungsschatz des anderen. Im kollegialen Dialog werden das Beobachtete reflektiert und Verbesserungspotenziale erschlossen.

Die Umsetzung der KBV-Empfehlungen wird aktuell in einem Arztnetz pilothaft getestet.



www.kbv.de/html/10848.php

Qualitätsmanagement

QUALITÄTSMANAGEMENT-RICHTLINIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Seit über zehn Jahren setzen alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in ihren Praxen einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gemäß § 135a Abs. 2 SGB V um. Vorrangige Ziele von Qualitätsmanagement sind eine größtmögliche Patientensicherheit und Patientenorientierung sowie für alle Beteiligten sichere und effiziente Praxisabläufe. Unter Berücksichtigung fachlicher Standards und wissenschaftlicher Erkenntnisse sollen alle relevanten Prozesse in der Praxis und im Medizinischen Versorgungszentrum so gestaltet werden, dass potentielle Risiken erkannt und dadurch Fehler vermieden werden. Die Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen kann, wo möglich, mit Instrumenten des Qualitätsmanagements dargestellt und weiterentwickelt werden.

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 zum 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. Voraussichtlich in 2016 wird eine gemeinsame Qualitätsmanagement-Richtlinie für die Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren mit den Vertragszahnärzten und den zugelassenen Krankenhäusern des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft treten.

Im Jahr 2014 wurde zum achten Mal 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 – überprüft.

QUALITÄTSMANAGEMENT-STICHPROBE

- Acht Stichprobenziehungen (2007 2014)
- 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte,
 -psychotherapeuten, Ermächtigte und Medizinischer Versorgungszentren
- 3.237 Ärzte und Psychotherapeuten befragt (2014), insgesamt 25.856 Ärzte und Psychotherapeuten (2007 – 2014)

- Rücklaufquote 95 Prozent (2014)
- Methodisch einheitliches Vorgehen in allen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, einheitlicher Fragebogen
- Stabile Ergebnisse
 - 2014 befinden sich etwa 70 Prozent aller Befragten in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung,
 20 Prozent in der Umsetzungs- und Überprüfungsphase und 10 Prozent in der Planungsphase



Nach Abgleich mit dem Beginn der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen damit 79 Prozent der Befragten die Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vollständig, 21 Prozent der Befragten haben noch nicht alle Instrumente und Grundelemente vollständig oder zeitgerecht umgesetzt



- Transfer der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in den Praxisalltag – gezielte Beratung und Unterstützung durch QM-Kommissionen und Kassenärztliche Vereinigungen
- Qualitätsmanagement flächendeckend initialisiert und fast vollständig umgesetzt, die meisten Praxen und Medizinischen Versorgungszentren befinden sich in der kontinuierlichen Weiterentwicklung

www.kbv.de/qep



QEP-QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®



Zur Unterstützung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bei der Einführung und Weiterentwicklung 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. Bausteine sind der QEP-Qualitätsziel-Katalog®, das QEP-Einführungsseminar®, das QEP-Manual® und das QEP-Zertifizierungsverfahren®.

- QEP® wird zehn Jahre alt: Neunte Fachtagung QEP-Aktuell für QEP-Trainer, -Visitoren, -Multiplikatoren und zertifizierte Praxen im September 2015
- Über 31.000 Teilnehmer an QEP-Einführungsseminaren®
- Aktuell sind circa 580 Praxen und Medizinische Versorgungszentren mit etwa 1.500 Ärzten und Psychotherapeuten zertifiziert (Stand Juni 2015)
- Über 2.500 Ärzte und Psychotherapeuten haben insgesamt das QEP-Zertifizierungsverfahren[®] einmal erfolgreich durchlaufen; etwa 65 Prozent lassen sich nach drei Jahren erneut zertifizieren (Re-Zertifizierung)
- Ein Drittel aller Praxen und Medizinischen Versorgungszentren nutzen QEP® als Grundlage für ihr internes Qualitätsmanagement (freiwillige Angabe aus der Stichprobe Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung 2014, n = 1.867)
- QEP®-Newsletter mit circa 6.000 Abonnenten

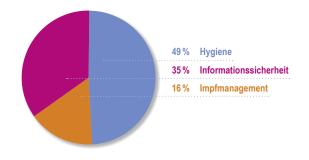


ONLINE-TEST: MEIN PRAXISCHECK

Mein PraxisCheck ist ein Serviceangebot für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, das auf QEP® basiert und als Webapplikation einfach anzuwenden ist. Es gibt unbürokratische Hilfestellung, wie Praxen und Medizinische Versorgungzentren im Hinblick auf ihre Informationssicherheit, Hygiene und das Impfmanagement 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

- Fragen beantworten, Tipps bekommen, Ergebnisbericht downloaden
- Vergleich mit anderen Nutzern (Benchmarking)
- Weitere Themen in Planung: Qualitätsmanagement und Arzneimitteltherapiesicherheit
- Kostenfreier Zugriff
- Über 51.000 Zugriffe (Stand 2. Juli 2015)
 - Davon 49 Prozent Hygiene, 35 Prozent Informationssicherheit, 16 Prozent Impfmanagement



www.kbv.de/praxischeck

V	3.556	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	45	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	540	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

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	ву	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomno- graphie, Stand 31.12.2013	418	515	130	81	36	89	229	52	301	440	218	41	118	73	109	73	412	3.335
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomno- graphie, Stand 31.12.2014	439	545	144	85	37	91	221	56	333	511	221	39	127	78	107	72	450	3.556
 davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie 	392	488	129	66	35	84	198	52	284	455	200	32	123	56	84	69	378	3.125
 davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie 	38	55	15	16	2	7	23	1	34	56	19	7	4	20	21	3	72	393
 davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie 	9	2	0	3	0	0	k. A.	3	15	0	2	0	0	2	2	0	0	38
Anzahl beschiedene Anträge 1)	45	96	21	3	1	7	16	5	34	59	21	5	14	4	4	4	47	386
- davon Anzahl Genehmigungen	45	86	20	3	1	6	16	5	34	59	21	5	14	4	4	4	47	374
- davon Anzahl Ablehnungen	0	10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren- Polysomnographie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	k. A.	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	1	6	0	0	2	k. A.	1	3	12	18	5	5	0	6	0	2	61
STICHPROBENPRÜFUNGEN §	136 AE	3 S . 2 S	SGB V	(FAK	ULTAT	IV)												
siehe Tabelle Seite 58				· /						✓				✓	✓			

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.

v	1.142	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	255	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	2.014	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Schmerztherapie

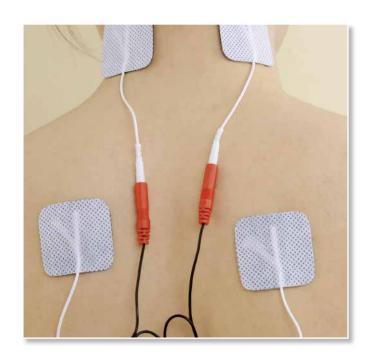
§ QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR SCHMERZTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG CHRONISCH SCHMERZKRANKER PATIENTEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG SCHMERZTHERAPIE),

Pochtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SCR V. Gültigkeit: seit 1.4.2005, zulletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

- 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	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN																		
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	163	166	68	68	16	27	76	26	45	141	70	17	77	32	38	29	83	1.142
Anzahl beschiedene Anträge 1)	14	58	24	4	0	4	21	1	11	10	7	1	6	1	6	4	15	187
- davon Anzahl Genehmigungen	13	52	19	4		4	15	1	11	8	6	1	4	1	5	3	14	161
- davon Anzahl Ablehnungen	1	6	5	0		0	6	0	0	2	1	0	2	0	1	1	1	26
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	16	6	4	0	4	11	0	4	8	2	0	0	1	3	3	5	67
- davon bestanden		14	6	4		4	11		4	7	2			1	3	2	4	62
- davon nicht bestanden		2	0	0		0	0		0	1	0			0	0	1	1	5
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
- davon ohne Beanstandungen			0															0
- davon mit Beanstandungen			2															2

-



→ Schmerztherapie

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
V	GENEHMIGUNGEN	3)						5)						6)					
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungsge- nehmigungen gemäß § 9 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
	Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	2	3	1	0	0	0	1	1	0	5	1	3	1	3	0	0	21
	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 Prüfungen gemäß § 7 Abs. 2	150	0	0	0	0	27	6	6	22	9	k. A.	16	5	0	14	0	0	255
	- davon ohne Beanstandungen	100					26	6	6	21	9		16	5		14			203
	- davon mit Beanstandungen	50					1	0	0	1	0		0	0		0			52
	Anzahl geprüfte Dokumentationen	1.500	0	0	0	0	135	49	30	k. A.	90	k. A.	80	60	0	70	0	0	2.014
	- davon ohne Beanstandungen	4)					130	15	2		90		75	60		66			438
	- davon mit Beanstandungen	4)					5	34	28		0		5	0		4			76

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 Prüfungen mit Beanstandung handelt es sich tatsächlich nicht um Beanstandungen, sondern um konkretisierende Hinweise. 4) Ergebnisse werden ausschließlich arztbezogen ermittelt. 5) Die Prüfungen erfolgten nach der Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Schmerztherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Zwei der sechs Prüfungen waren Wiederholungsprüfungen. Prüfungen gelten bei geringfügigen Beanstandungen dennoch als bestanden. 6) Zwei der fünf Prüfungen waren Wiederholungsprüfungen.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Vielfach werden dieselben medizinischen Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht. Patienten werden im Verlauf einer Behandlung häufig in beiden Sektoren versorgt. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss deshalb verpflichtet, neben den bereits bestehenden sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahren sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren zu entwickeln.

2010 ist die Rahmen-Richtlinie 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 hat sich aufgrund der Vielzahl und Komplexität der zu lösenden Aufgaben verzögert. Ausgehend von den Ergebnissen der von der KBV beauftragten Machbarkeitsanalyse des IGES Institutes, das relevante Implementationshürden aufgezeigt und entsprechende Handlungsempfehlungen formuliert hat, konnte im Gemeinsamen Bundesausschuss eine Neuausrichtung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung stattfinden.

Im Februar 2015 wurde das erste Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in einer Richtlinie beschlossen. Die Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie ist die erste Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bei der Vertrags- und Krankenhausärzte nach denselben Qualitätssicherungsvorgaben bewertet werden. Das Verfahren stützt sich auf zwei Datenquellen: Dokumentation durch den Arzt und Sozialdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen.

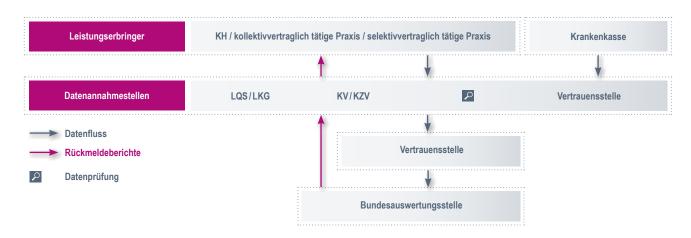
Der Regelbetrieb und damit die verpflichtende Datenerhebung für die beteiligten Ärzte (invasiv tätige Kardiologen) beginnt am 1. Januar 2016.

Bundesweit erbringen im vertragsärztlichen Bereich rund 660 Ärzte in etwa 370 Praxen circa 90.000 Leistungen (Herzkatheteruntersuchungen und / oder Perkutane Koronarintervention). Die Dokumentation erfolgt elektronisch. Vertragsärzte übermitteln die Daten quartalsweise an die Datenannahmestelle der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung pseudonymisiert die Angaben zur Praxis (Betriebsstättennummer) und leitet die Daten mit dem jeweiligen Praxispseudonym an eine Vertrauensstelle weiter. Diese pseudonymisiert wiederum die patientenidentifizierenden Daten.

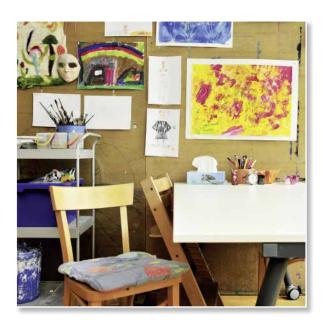
Die Daten beider Datenquellen – die der Ärzte und die der Krankenkassen – werden zusammengeführt und ausgewertet. Auf Basis dieser Auswertung erhalten die am Verfahren beteiligten Praxen und Krankenhäuser einen jährlichen Rückmeldebericht.

In der Regel auf Landesebene gründen die Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen die Landesarbeitsgemeinschaften. Diese regionalen Landesarbeitsgemeinschaften haben die Aufgabe, die Ergebnisse zu bewerten und über die Einleitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu entscheiden.

www.kbv.de/html/themen_2854.php



√ 781 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG



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 erfolgte 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	вү	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
V	GENEHMIGUNGEN																		
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	75	112	52	16	10	43	35	9	106	130	26	7	22	10	37	17	74	781
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	2	13	63	1	0	7	4	1	12	6	3	1	1	3	4	3	2	126
	davon Anzahl Genehmigungen	1	13	62	1		7	2	1	12	6	3	1	1	3	4	3	2	122
	davon Anzahl Ablehnungen	1	0	1	0		0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	4	4	0	0	2	0	1	5	2	0	0	1	0	2	1	1	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.

✓ 1.715 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG



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, zuletzt geändert: 15.4.2015
 - 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	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
V	GENEHMIGUNGEN																		
	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 Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2014	460	226	166	28	51	42	46	39	87	120	139	41	105	19	66	21	59	1.715
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	25	5	6	1	1	1	2	5	10	4	21	7	6	15	4	1	1	115
	- davon Anzahl Genehmigungen	25	4	6	1	1	1	2	5	10	4	21	7	5	14	4	1	1	112
	- davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	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	11	4	0	0	1	0	0	7	6	16	0	3	0	1	0	5	54

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.

▼ 1.118 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG



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	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
V	GENEHMIGUNGEN																	3)	
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	163	268	19	8	16	29	68	16	118	124	65	24	24	22	30	14	110	1.118
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	28	25	2	0	1	0	4	0	10	3	6	0	2	0	0	0	89	170
	davon Anzahl Genehmigungen	28	20	2		1		3		9	3	6		2				89	163
	davon Anzahl Ablehnungen	0	5	0		0		1		0	0	0		0				0	6
	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	0	7	0	1	1	0	0	1	0	7	0	0	0	0	0	0	17

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 89 Genehmigungen enthalten vier Neuanträge.



Strahlendiagnostik/-therapie

- § VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON UNTERSUCHUNGEN IN DER DIAGNOSTISCHEN RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN UND VON STRAHLENTHERAPIE (VEREINBARUNG ZUR STRAHLEN-DIAGNOSTIK 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 (QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE RADIOLOGIE), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert: 1.1.2016
 - 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 k\u00f6nnen durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss die Stichprobenpr\u00fcfungen seit 2011 ausgesetzt werden. Diese Regelung gilt bis 2014 und erneut f\u00fcr 2016 und 2017

■ 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

 \rightarrow

- **☑** 20.796 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
- 1.434 STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
- 17.172 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

→ Strahlendiagnostik /-therapie·konventionelle Röntgendiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	
KONVENTIONELLE RÖNTGENDI	AGNO	STIK	2)						71								0)	
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 5			3)						7)								9)	
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	2
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	2.709	3.473	610	488	273	511	1.474	401	2.085	2.535	987	338	966	537	655	529	2.225	2
Anzahl beschiedene Anträge 1)	344	4.278	410	39	13	82	175	22	222	224	84	36	59	22	49	29	515	
- davon Anzahl Genehmigungen	342	3.845	402	39	13	74	172	22	213	224	83	32	53	17	32	29	510	1
- davon Anzahl Ablehnungen	2	433	8	0	0	8	3	0	9	0	1	4	6	5	17	0	5	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	33	0	7	1	0	7	1	0	3	0	12	0	0	10	7	0	26	
- davon bestanden	33		3	1		6	1		3		11			5	7		24	
- davon nicht bestanden	0		4	0		1	0		0		1			5	0		2	
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- davon ohne Beanstandungen			1															
davon mit Beanstandungen			0															
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	5	0	0	9	0	0	1	6	0	4	0	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	3	880	44	50	7	56	0	18	56	84	70	22	32	13	23	0	16	
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 1	36 AB	S. 2 S	GB V															
PRÜFUMFANG																		
abrechnende Ärzte	2.529	3.045	576	347	229	493	1.481	362	1.830	2.375	979	306	829	388	611	465	1.888	1
Anzahl geprüfter Ärzte	153	263	43	15	15	112	72	15	84	118	41	13	38	18	155	22	257	
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	144	138	25	15	15	112	60	15	80	118	36	13	38	16	143	21	234	ĺ
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	9	125	15	0	0	0	12	0	4	0	5	0	0	2	12	1	23	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	5,7	4,5	4,3	4,3	6,6	22,7	4,1	4,1	4,4	5,0	3,7	4,2	4,6	4,1	23,4	4,5	12,4	
Begründungen zum Prüfumfang; sonstige Kommentare			4)			5), 6)					8)				6)		10)	
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN	AUF /	ÄRZTE	:)															
Ergebnisse Routineprüfungen abrechnender Ärzte gemäß § 4 Abs. 2																		
- keine Beanstandungen	105	47	3	14	9	46	32	6	11	102	24	11	37	14	82	9	162	
- geringe Beanstandungen	30	54	6	1	2	47	10	8	62	12	9	2	1	0	42	10	54	
erhebliche Beanstandungen	6	21	5	0	1	10	11	1	6	3	2	0	0	1	3	2	11	
- schwerwiegende Beanstandungen	3	16	11	0	3	9	7	0	1	1	1	0	0	1	16	0	7	
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
- keine Beanstandungen	3	25	1				8		0		3			1	6	0	14	
- geringe Beanstandungen	6	58	2				3		4		1			0	4	0	6	
- erhebliche Beanstandungen	0	39	4				1		0		1			0	0	1	2	
- schwerwiegende Beanstandungen	0	3	8				0		0		0			1	2	0	1	
MASSNAHMEN																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schrift- liche Empfehlung/Verpflichtung zur Be- seitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	47	16	39	0	6	56	1	8	73	4	14	2	1	3	67	8	79	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß	0	2	22	0	0	0	0	0	1	5	2	0	0	1	21	0	1	

→ Strahlendiagnostik/-therapie·konventionelle Röntgendiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
KONVENTIONELLE RÖNTGEND	IAGNO	STIK																
MASSNAHMEN																		
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	2	29	31	0	3	0	3	0	1	0	3	0	0	3	0	3	1	79
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	47	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	2	0	4	59
- davon bestanden		43	1								2			1	0		4	51
- davon nicht bestanden		4	2								0			0	2		0	8
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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14

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 Ärzte mit Genehmigung: Korrektur gegenüber Vorjahr vorgenommen. 4) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I-IV/2013). Drei von 43 Prüfungen erfolgten als Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 3 c). 5) Differenzierung zwischen Routineprüfung und kriterienbezogener Prüfung derzeit nicht möglich. 6) Prüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der Kassenärztlichen Vereinigung organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote als andere Kassenärztlichen Vereinigungen. 7) Differenzen zum Vorjahr bei der Zahl der Ärzte mit Genehmigung ergeben sich aus einer Bereinigung der Statistik. 8) In Rheinland-Pfalz ist die Kommission für diagnostische Radiologie/Computertomographie in Personalunion auch Ärztliche Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese prüft zeitgleich nach Röntgenverordnung (§17a RöV) und nach Vertragsarztrecht (§136 Abs. 2 SGB V). Die Ergebnisse werden nunmehr getrennt berichtet. In Folge der Umstrukturierung wurde die Prüfquote leicht verfehlt. 9) Die 510 Genehmigungen enthalten 38 Neuanträge. 10) Gemäß Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe werden mindestens zehn Prozent der Ärzte geprüft.

v	4.211	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
:::	64	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	768	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
	COMPUTERTOMOGRAPHIE																		
/	GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 7			4)						9)								11)	
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	537	641	258	105	53	152	284	80	322	576	223	68	205	81	128	113	385	4.211
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	96	381	145	9	3	24	31	4	75	113	35	6	19	7	10	10	274	1.242
	- davon Anzahl Genehmigungen	95	375	145	9	3	24	31	4	75	113	35	6	19	6	10	10	271	1.231
	- davon Anzahl Ablehnungen	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	11
	Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	11)	5
	- davon bestanden	1		1			1			1					0				4
	- davon nicht bestanden	0		0			0			0					1				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	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	41	18	9	7	28	0	3	0	0	21	3	14	6	4	0	0	154

 \rightarrow

→ Strahlendiagnostik/-therapie · Computertomographie

COMPUTERTOMOGRAPHIE																		ĺ
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 1	136 AB	S. 2 S	GB V															
PRÜFUMFANG			5)															
abrechnende Ärzte			152			158		80			240		191		90			Ī
Anzahl geprüfter Ärzte			14			8		3			11		8		20			
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2			8			8		3			10		8		19			
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3			6			0		0			1		0		1			
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %			5,3			5,1		3,8			4,2		4,2		21,1			
Begründungen zum Prüfumfang; sonstige Kommentare	3)	3)	6)	3)	3)	7), 8)	3)		3)	3)	8)	3)		3)	10)	3)	3)	
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN	AUF	ÄRZTE	Ξ)															
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
keine Beanstandungen			0			6		1			9		7		16			
- geringe Beanstandungen			3			1		2			1		1		2			
- erhebliche Beanstandungen			1			1		0			0		0		0			
- schwerwiegende Beanstandungen			4			0		0			0		0		1			
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
- keine Beanstandungen			1								0				1			
- geringen Beanstandungen			1								1				0			
- erheblichen Beanstandungen			1								0				0			
schwerwiegenden Beanstandungen			3								0				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			13			0		0			2		1		3			
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a			7			0		0			0		0		0			
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			10			0		0			0		0		0			
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c			0			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			0			0		0			0		0		0			
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		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) Stichprobenprüfungen waren für 2014 ausgesetzt. 4) 145 Genehmigungen enthalten 121 Genehmigungen im Rahmen von Standort- und Gerätewechsel. 5) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale II bis IVn/2013. Zusätzlich zu den abgebildeten Maßnahmen hat eine Praxisbegehung stattgefunden, mit Erfolg. 6) Stichprobenprüfungen wurden gemäß Vorstandsbeschluss vom 21.2.2013 mit Prüfquartal III/2013 wieder eingesetzt. 7) Differenzierung zwischen Routineprüfung und kriterienbezogener Prüfung derzeit nicht möglich. 8) Die Kommission für diagnostische Radiologie/Computertomographie ist in Personalunion auch Ärztliche Stelle. Diese prüft nach Röntgenverordnung (§17a RöV) sowie nach Vertragsarztrecht (§136 Abs. 2 SGB V). Die Ergebnisse werden getrennt berichtet. 9) Die 75 Genehmigungen enthalten 15 Erstanträge. Differenzen zum Vorjahr bei der Zahl der Ärzte mit Genehmigung ergeben sich aus einer Bereinigung der Statistik. 10) Prüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der Kassenärztlichen Vereinigung organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote. 11) Die 271 Genehmigungen enthalten 19 Neuanträge. Kolloquien im Rahmen von Antragsverfahren werden beim konventionellen Röntgen mit berichtet.

 \rightarrow

✓ 1.270 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

→ Strahlendiagnostik/-therapie · Osteodensitometrie

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
	OSTEODENSITOMETRIE																		
V	GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 8	3)	3)	3)	4)		4)		3)	4), 5)	3)	3)	6)	3)	4)	4)	4)	3), 7)	
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	189	183	45	31	5	15	67	12	95	129	93	20	114	28	22	33	189	1.270
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	26	75	15	3	1	8	38	2	99	5	8	22	45	3	3	2	167	522
	- davon Anzahl Genehmigungen	25	70	10	3	1	6	38	2	97	2	8	22	10	3	3	2	167	469
	- davon Anzahl Ablehnungen	1	5	5	0	0	2	0	0	2	3	0	0	35	0	0	0	0	53
	Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	11	0	3	0	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7)	20
	- davon bestanden		11		3		4			2									20
	- davon nicht bestanden		0		0		0			0									0
	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 Abrechnungs- genehmigungen	0	1	0	26	0	25	0	0	103	0	0	0	10	30	21	62	0	278
	Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	177	88	25	5	2	7	k. A.	31	7	133	59	8	50	8	1	2	91	694

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 Rückgaben/Beendigungen stehen insbesondere im Zusammenhang mit der Änderung der Leistungslegende (DXA). ⁴) Ärzten, die die geänderten gerätetechnischen Anforderungen nicht erfüllten (DXA), wurden die Genehmigungen entzogen. ⁵) Die 99 Anträge enthalten zwei Erstanträge. ⁶) Die 22 Anträge enthalten zwei Erstanträge, 19 Anschlussgenehmigungen, eine Umschreibung. ⁷) Kolloquien im Rahmen von Antragsverfahren werden beim konventionellen Röntgen mit berichtet. Die 167 Genehmigungen enthalten 15 Neuanträge.

✓ 1.150 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

→ Strahlendiagnostik/-therapie · Strahlentherapie

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
	STRAHLENTHERAPIE																		
V	GENEHMIGUNGEN § 9			3)						4)			5)					6)	
	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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	174	153	63	25	13	32	68	17	115	126	65	20	40	25	36	29	149	1.150
	Anzahl beschiedene Anträge 1)	41	65	42	0	0	9	8	2	21	68	4	2	3	1	3	1	38	308
	- davon Anzahl Genehmigungen	41	63	42			9	8	2	21	65	4	2	2	1	3	1	36	300
	- davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0			0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	2	8
	Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6)	2
	- davon bestanden	1								1									2
	- davon nicht bestanden	0								0									0
	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 Abrechnungs- genehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	16	4	0	1	1	0	1	3	0	2	1	4	0	1	0	12	46

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) Davon 34 erneute Genehmigungen. 4) Differenzen zum Vorjahr bei der Zahl der Ärzte mit Genehmigung ergeben sich aus einer Bereinigung der Statistik. 5) Von den zwei Genehmigungen erfolgten in einem Fall nur eine Teilgenehmigung. 6) Kolloquien im Rahmen von Antragsverfahren werden beim konventionellen Röntgen mit berichtet. Die 36 Genehmigungen enthalten zehn Neuanträge.

✓	1.493	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	21	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	252	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN



→ Strahlendiagnostik/-therapie · Nuklearmedizin

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	ВҮ	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
NUKLEARMEDIZIN																		
GENEHMIGUNGEN § 10		3)															4)	
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	224	250	71	24	18	45	97	23	123	218	83	21	43	25	38	32	158	1.493
Anzahl beschiedene Anträge 1)	29	298	28	1	2	19	7	2	24	54	6	4	2	0	5	3	44	528
- davon Anzahl Genehmigungen	29	270	26	1	2	19	7	2	24	54	6	4	2		5	3	43	497
- davon Anzahl Ablehnungen	0	28	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	1	31
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4)	2
- davon bestanden	1								1									2
- davon nicht bestanden	0								0									0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
davon ohne Beanstandungen																		
davon mit Beanstandungen																		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	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	101	11	0	2	0	0	0	0	0	7	2	1	2	0	0	8	134
STICHPROBENPRÜFUNGEN §	136 AE	3S. 2 S	SGB V	(FAK	ULTAT	IV)												
siehe Tabelle Seite 58						✓	✓											

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) Häufige Wechsel bei angestellten Ärzten. 4) Kolloquien im Rahmen von Antragsverfahren werden beim konventionellen Röntgen mit berichtet. Die 43 Genehmigungen enthalten sechs Neuanträge.

V	2.916	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	1.513	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
\wp	8.624	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN



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 substituieren 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: 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

 \rightarrow

→ substitutionsgestütze Behandlung Opiatabhängiger

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN		4)	5)			6)	8)									9)	10)	
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	2.92
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	325	441	162	28	72	119	133	29	395	474	83	14	55	41	121	30	394	2.91
- Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte	251	197	130	10	59	98	133	26	309	345	71	14	30	46	110	25	383	2.23
Anzahl beschiedene Anträge 1)	13	55	93	1	3	4	11	2	29	98	4	0	4	8	6	3	55	38
- davon Anzahl Genehmigungen	13	54	93	1	3	4	11	2	29	89	4		4	8	6	3	54	37
- davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	9	0		0	0	0	0	1	11
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
- davon ohne Beanstandungen					2													2
- davon mit Beanstandungen					0													0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	0	1	11	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	14
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	17	2	0	0	0	13	1	9	34	9	6	1	1	0	7	0	22	12
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	133	164	19	4	10	12	22	16	147	90	32	0	19	52	59	17	127	92
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2	1	1	0	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	9
- davon Einrichtungen nach § 12	1	1	0			0	1		1	2								6
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEI	N § 9 A	BS. 3																
Anzahl geprüfter Ärzte	3)	189	51	6	47	58	133	13	171	185	49	14	32	22	56	19	417	1.4
Anzahl geprüfter Fälle	675	663	471	17	244	392	467	30	922	509	176	85	56	55	187	32	853	5.8
keine Beanstandungen	522	386	406	15	110	341	254	30	875	263	145	50	52	43	104	26	797	4.4
geringe, erhebliche oder schwer- wiegende Beanstandungen	153	258	65	2	134	51	97	0	47	246	31	35	4	12	83	6	56	1.2
5-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN	§ 9 AB	S. 5																
Anzahl geprüfter Fälle	369	0	92	7	68	310	570	30	422	4	108	47	0	73	245	35	410	2.7
davon ohne Beanstandungen	267		73	7	37	279	315	30	406	4	95	33		56	225	26	389	2.2
davon mit Beanstandungen	102		19	0	31	30	86	0	16	0	13	14		17	20	9	21	37
2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN	§ 3 AB	S. 6																
Anzahl geprüfter Fälle	23	10	0	0	0	7)	21	0	37	24	0	0	0	0	0	0	0	11
- davon ohne Änderung der Behandlung	23	10				,	6		37	24								10
davon mit Änderung der Behandlung	0	0					5		0	0								
STICHPROBENPRÜFUNGEN §	136 AI	BS. 2	SGB V	(FAK	ULTA	ΓΙV)												
siehe Tabelle Seite 58			√ ·	,,		,												

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) Zur Anzahl geprüfter Ärzte ist keine Angabe möglich. 4) Anzahl Ärzte mit Genehmigung enthält 164 Konsiliargenehmigungen. In der Dokumentationsprüfung waren 19 Fälle zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht bestuft. 5) Enthalten sind 82 Erweiterungsgenehmigungen. 6) Als Ärzte werden ebenfalls vier ermächtigte Einrichtungen gezählt (bei Genehmigung, Abrechnung, Prüfung) 7) Die Zwei-Jahres-Überprüfung erfolgt durch die ermächtigte Ambulanz, Einhaltung wird durch die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen der zwei-Prozent-Stichprobe überprüft. 8) Bei allen Prüfungsarten wurden Fälle zurückgestellt und noch nicht Bestuft (116, beziehungsweise 169, beziehungsweise zehn). 9) Anzahl Ärzte mit Genehmigung enthielt im Vorjahr auch Konsiliarärzte. ¹⁰) Beschiedene Anträge umfassen 20 Anträge für Institutsermächtigungen mit 73 Ärzten.

✓	84.556	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
***	2.761	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	13.805	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
-hw-	26.232	GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN



VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR ULTRASCHALLDIAGNOSTIK (ULTRASCHALL-VEREIN-BARUNG), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; zuletzt geändert: 1.10.2012

- 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

	Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	нн	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
/	GENEHMIGUNGEN			5)				7)		8)			11)						
	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 Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2014	10.949	15.019	3.062	1.517	904	1.827	5.785	1.212	8.247	12.282	4.570	1.263	3.295	1.658	2.753	1.817	8.396	84.556
	Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) 1)	1.516	4.030	2.169	157	75	266	490	110	1.154	1.520	872	130	222	81	288	415	2.932	16.427
	neu	1.516	4.030	2.169	157	75	266	490	110	1.136	1.520	872	130	222	81	288	415	2.932	16.409
	davon Anzahl Genehmigungen	1.135	3.475	2.122	148	73	218	487	107	1.041	1.532	871	130	182	81	169	415	2.786	14.972
	davon Anzahl Ablehnungen	381	555	47	9	2	48	154	3	95	152	1	0	40	0	119	0	146	1.752
	erneut	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	18
	davon Anzahl Genehmigungen									17									17
	davon Anzahl Ablehnungen									1									1

-

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN			5)											12)		13)		
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	4.499	9.642	6.109	k. A.	357	843	2.860	271	3.506	4.727	1.710	459	871	188	862	827	10.977	48.7
neu	4.499	9.642	6.109		357	843	2.860	271	3.487	4.727	1.710	459	871	188	862	827	10.977	48.6
- davon Anzahl Genehmigungen	3.434	7.973	6.000		347	781	2.197	187	3.144	4.159	1.710	359	732	188	544	771	10.780	43.3
davon Anzahl Ablehnungen	1.065	1.669	109		10	62	663	84	343	568	0	100	139	0	318	56	197	5.3
erneut	0	0	0		0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	1
- davon Anzahl Genehmigungen									18									1
- davon Anzahl Ablehnungen									1									
Anzahl Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	183	482	56	15	10	54	40	2	95	236	40	0	10	54	46	10	273	1.6
- davon bestanden	153	417	47	12	10	48	35	2	92	206	35		10	54	41	10	237	1.4
- davon nicht bestanden	30	65	9	3	0	6	5	0	3	30	5		0	0	5	0	36	19
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	:
- davon bestanden	1												1					
- davon nicht bestanden	0												0					(
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen (Ärzte)	3	0	1	0	0	9	0	3	35	20	0	0	5	3	11	3	53	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) 2)	15	358	132	16	31	149	2	100	106	165	813	83	130	68	96	62	192	2.5
ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMIC	GUNG	ZU DI	EN EIN	IZELN	IEN AI	NWEN	DUNG	SBER	REICHE	EN, S1	AND 3	31.12.	2014					
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	394	469	70	31	22	48	201	26	284	274	253	38	98	41	79	44	200	2.5
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	209	510	38	22	28	61	98	21	145	337	99	27	74	27	37	23	144	1.9
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	251	842	30	26	33	35	112	23	98	337	122	23	73	28	58	15	174	2.:
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	451	774	174	50	30	107	263	64	335	504	181	42	202	83	110	82	315	3.7
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.375	2.424	418	159	131	306	661	60	951	1.556	431	94	617	86	257	366	598	10.
3.3 Schilddrüse, B-Modus	4.191	6.035	1.034	589	297	692	2.420	416	2.986	4.481	1.910	483	1.454	778	1.040	713	3.887	33.
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	651	1.210	183	112	30	105	452	63	538	676	313	60	201	125	93	94	388	5.2
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	155	259	64	39	31	57	226	5	448	676	AB 21.2	13	63	n.a.	56	23	137	2.2
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugend- liche, transthorakal	56	83	22	8	3	10	24	8	55	AB 4.1	131	4	14	9	12	15	39	4
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugend- liche, transoesophageal	3	4	10	0	4	0	1	0	421	AB 4.2	AB 21.4	1	1	n.a.	0	1	2	4
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	293	386	76	42	29	38	190	34	220	168	105	22	94	26	66	1	189	1.9
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	4	0	1	0	0	0	0	0	220	AB 4.5	k. A.	0	5	n.a.	0	0	2	23
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.776	2.369	409	117	90	282	1.328	102	1.133	1.223	574	103	726	24	225	351	2.229	13.
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	15	11	65	0	18	1	14	0	1.133	30	k. A.	2	4	n.a.	75	2	33	1.4
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.207	1.257	451	190	122	197	790	84	986	1.340	447	150	334	223	242	196	1.040	9.2
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.424	9.324	1.555	747	450	838	3.352	513	5.054	7.100	2.842	760	1.858	777	1.481	1.014	5.045	49.
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	181	31	270	5	34	3	29	7	5.694	99	k. A.	36	40	6	31	20	52	6.5
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	128	31	263	2	58	2	9	10	5.054	AB 7.2	k. A.	22	20	n.a.	5	14	45	5.6
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.215	1.314	367	77	33	86	481	77	640	AB 7.1	632	253	190	88	158	117	517	6.2

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	a
ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMI	GUNG	ZU DE	EN EIN	NZELN	EN AI	NWEN	DUNG	SBER	EICHE	EN, ST	AND 3	31.12.	2014					
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	3.410	11.781	729	535	156	472	1.290	111	2.155	4.118	1.115	433	1.325	107	208	382	1.663	29
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	401	429	279	66	91	88	36	23	2.155	AB 8.1	k. A.	154	173	n.a.	56	88	323	4
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.559	3.799	630	292	135	351	870	215	1.144	1.582	582	169	611	310	384	296	1.139	1
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.445	3.640	611	291	134	341	863	205	1.075	1.462	562	139	547	306	388	293	1.114	1
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.199	1.432	417	212	112	255	725	159	865	1.223	465	133	0	273	324	241	903	8
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	767	1.044	197	35	53	155	579	26	639	608	294	130	84	124	162	151	613	Ę
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säug- lingshüften), B-Modus	1.052	1.791	446	131	94	172	524	99	820	890	497	114	341	128	215	186	820	8
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.063	1.470	210	124	83	151	567	87	703	1.168	412	115	304	109	235	142	635	7
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.225	4.748	273	114	98	121	729	53	900	1.492	378	109	270	69	233	76	475	1
12.1 Haut, B-Modus	11	5	0	0	1	1	6	5	19	22	AB 12.2	2	2	7	2	2	4	
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	75	24	1	0	1	1	6	5	19	AB 12.1	7	9	29	7	2	11	1	
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.255	2.139	311	159	96	169	805	73	1.055	1.453	527	154	207	114	237	125	1.000	ç
20.2 CW-Doppler – extremitätenver-/ entsorgende Gefäße	1.241	1.890	194	114	77	123	636	47	1.133	1.192	588	135	187	93	226	128	736	8
20.3 CW-Doppler – extremitätenent- sorgende Gefäße	90	AB 20.2	200	114	0	123	46	1	1.133	243	AB 20.2	3	107	n.a.	1	17	1	2
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	267	306	93	14	28	8	136	11	241	323	81	20	35	9	50	10	103	
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirn- versorgende Gefäße	398	568	78	37	31	56	214	35	289	872	161	68	73	23	63	44	203	;
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	862	1.268	214	133	67	119	480	69	650	557	279	66	206	90	148	80	472	;
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	203	181	47	38	43	31	123	35	145	773	120	29	72	13	74	52	69	2
20.8 Duplex-Verfahren – extremitäten- ver-/entsorgende Gefäße	756	1.050	207	116	53	70	471	54	532	687	235	46	174	69	108	63	380	5
20.9 Duplex-Verfahren – extremitäten- entsorgende Gefäße	81	AB 20.8	207	116	1	70	63	0	532	411	AB 20.08	3	124	n.a.	5	11	5	
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	839	914	202	120	63	67	503	47	618	604	275	68	164	33	125	99	427	Ę
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	259	385	109	19	29	54	224	9	268	AB 21.1	94	59	126	13	29	47	253	1
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	608	3.042	178	109	25	97	389	65	488	AB 21.1	266	62	199	84	78	89	338	6
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	157	657	63	13	34	57	222	3	538	AB 21.1	146	1	64	n.a.	51	25	133	2
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugend- liche, transthorakal	55	154	25	8	4	10	22	9	60	AB 21.1	121	1	13	8	12	17	40	
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugend- liche, transoesophageal	1	AB 21.2	10	0	3	0	0	0	488	AB 21.1	52	1	2	n.a.	0	1	2	
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	120	151	60	16	12	39	53	12	93	175	38	31	20	12	24	20	96	
22.2 Duplex-Verfahren – Fetomaternales Gefäßsystem	491	608	119	50	38	105	287	26	485	511	187	93	238	64	96	113	442	3

Kassenärztliche Vereinigungen GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARA	ATIVE	AUSS	TATTL	ING												TH		alle
		3), 4)					6)			9)	10)						6), 15)	
US-SYSTEME DIE BIS ZUM INKR	AFTTF	RETEN	DER \	/EREII	NBARI	JNG V	ERWE	NDET	WURE	DEN GE	MÄSS	§ 16	ABS. 6	ÜBE	RGAN	GSRE	GELUN	IG)
Anzahl gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2	17.482	32.888	14.162	1.393	841	1.780	23.608	1.306	13.121	11.457	8.405	1.684	6.877	5.085	2.548	3.721	16.050	162.4
Stichtag	31.3. 2015	1.1. 2015	25.3. 2015	31.3. 2015	24.3. 2015	31.3. 2015	13.3. 2015	31.3. 2015	31.3. 2014	25.3. 2015	31.3. 2015	31.3. 2015	31.3. 2015	24.3. 2015	23.2. 2015	31.3. 2015		
APPARATIVE AUSSTATTUNG §	9 (AB	NAHM	EPRÜ	FUNG	EN)													
Anzahl abgenommener Ultraschall- systeme gemäß § 2c, Stand 1.1.2014	11.801	17.218	2.780	1.078	619	1.173	4.839	735	9.964	9.278	249	1.262	4.879	4.608	1.052	2.699	17.372	91.6
Anzahl abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c, Stand 31.12.2014	13.800	24.391	7.449	1.279	839	1.686	6.603	1.283	10.845	10.798	1.824	1.523	6.341	5.899	1.305	2.874	19.333	118.
KONSTANZPRÜFUNGEN NACH	§ 13	ABS. 3	: 4 JA	HRE	NACH	ABNA	AHMEF	RÜFL	JNG (§ 9)								
Anzahl geprüfter Ultraschall- systeme gemäß § 2c	1.152	246	0	175	22	0	116	24	927	357	192	4	694	88	267	0	228	4.4
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN	I § 11																	
PRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 AB	S. 2																	
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNI		BEZOG	EN A	UF ÄR	ZTE)													
Anzahl geprüfter Ärzte	331	416	94	48	28	0	178	40	130	366	128	49	95	50	85	63	210	2.3
davon Anforderung erfüllt	259	256	78	40	22		110	29	115	318	101	47	83	42	64	50	132	1.7
davon Anforderung nicht erfüllt	72	160	16	8	6		68	11	15	48	27	2	12	8	21	13	78	56
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	3,1	2,9	3,2	3,2	3,2	0,0	3,1	3,3	2,4	3,2	2,8	3,9	2,9	3,0	3,2	3,5	2,6	2
Begründungen zum Prüfumfang; sonstige Bemerkungen						5a)												
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN	AUF I	OKUI	/IENT/	ATION	EN)													
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen		2.080	470	240	140	0	890	200	653	1.821	595	245	467	250	425	315	1.050	11.4
davon ohne Beanstandungen	1.207	1.132	310	200	107		550	148	549	1.262	298	237	339	166	185	219	545	7.4
davon mit Beanstandungen	448	948	160	40	33		340	52	104	559	297	8	128	84	240	96	505	4.0
bei Beanstandungen der ärztlichen Doku	mentati	on																
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	76	113	7	24	9		147	5	9	101	50	0	33	23	29	13	105	74
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	4	0	8	1	0		2	2	2	27	0	0	0	0	18	0	131	19
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	132	168	142	36	16		233	3	17	185	149	0	49	51	51	20	263	1.5
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	55	47	75	0	12		123	0	9	228	66	0	37	27	108	33	283	1.1
 darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen 	69	81	7	15	15		218	0	10	259	56	0	7	32	120	30	283	1.2
bei Beanstandungen der Bilddokumentat	tion																	
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	98	572	37	18	20		78	2	61	275	49	8	22	34	93	0	26	1.3
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	138	191	137	3	16		223	0	52	519	156	0	45	10	4	44	493	2.0
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	104	1.006	26	1	12		103	49	10	430	62	0	35	39	12	31	14)	1.9

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	al
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN	§ 11	4)															15)	
WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGE	N GEM	ÄSS §	11 AI	BS. 5														
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNI	SSE (E	BEZOG	EN A	UF ÄF	RZTE)													
Anzahl geprüfter Ärzte	52	173	12	6	8	0	70	2	3	50	18	3	4	6	16	0	22	4
- davon bestanden	43	123	9	6	8		40	2	3	42	12	3	4	5	13		12	3
- davon nicht bestanden	9	50	3	0	0		30	0	0	8	6	0	0	1	3		10	1:
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN	AUF I	DOKUI	MENT	ATION	EN)													
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	260	1.005	60	30	40	0	350	10	15	245	85	15	25	30	80	0	110	2.3
davon ohne Beanstandungen	188	512	31	30	40		200	8	15	140	21	15	12	18	57		35	1.3
- davon mit Beanstandungen	72	493	29	1	0		150	2	0	105	64	0	13	12	23		75	1.
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																		
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	3	116	2	0			52	1		23	0		0	0	4		11	2
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	0	0	2	0			0	1		5	0		0	0	0		16	:
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befund- beschreibung, außer bei Normalbefunden	40	196	28	1			92	0		30	20		7	5	0		41	4
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	4	49	14	0			31	0		38	27		3	3	1		43	2
 darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen 	11	140	3	0			63	0		43	16		0	4	3		41	3
bei Beanstandungen der Bilddoku- mentation																		
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	13	158	0	0			39	0		32	5		0	5	7		0	2
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnitt- ebenen bei Normalbefund	33	66	25	0			142	0		94	49		10	0	0		75	4
darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnitt- ebenen bei pathologischem Befund	17	617	4	0			36	1		87	11		5	10	3		14)	7
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	3	16	1	0	0	0	2	0	0	7	2	0	0	1	2	3	2	;
- davon bestanden	3	12	0				2			7	1			0	2	2	2	;
davon nicht bestanden	0	4	1				0			0	1			1	0	1	0	
Widerrufe der Abrechnungs- genehmigung – Anzahl Ärzte	1	12	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	2	1	0	
STICHPROBENPRÜFUNGEN §	136 AI	BS. 2 S	SGB V	(FAK	ULTA	ΓΙV)												
siehe Tabelle Seite 58						√												

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) Konstanzprüfungen wurden im Rahmen der Dokumentationsprüfungen sowie Stichprobenprüfungen Säuglingshüfte durchgeführt. 4) Es werden auch Beanstandungen angegeben, die nach dem Bewertungsschema als "keine Beanstandung" gelten. 5) Von den erteilten Genehmigungen 1.547 Ärzte beziehungsweise 5.126 Anwendungsbereiche erneute Genehmigungen im Rahmen von Standort-/ Gerätewechsel. 5e) Prüfungen erfolgen als fakultative Stichprobenprüfungen gemäß § 136 Abs. 2. 6) Im Fokus stand weiterhin die Abnahmeprüfung der Ultraschallsysteme, bei der Dokumentationsprüfung wurde daher in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe die Quote für 2014 noch nicht ganz erreicht. 7) Von den 154 Ablehnungen handelt es sich in 151 Fällen um Teilablehnungen. 8) Differenzen zum Vorjahr bei der Zahl der Ärzte mit Genehmigung ergeben sich aus einer Bereinigung der Statistik. 9) Differenz abgenommene Ultraschall-Systeme zum Vorjahr, da Statistik-Fehler vorlag. 10) Stichtag abgenommene Ultraschallsysteme der 31. März 2015. 11) Von den 130 Genehmigungen erfolgten in 32 Fällen nur Teilgenehmigung. 12) Zusätzlich zu den Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6 wurden vier e-Prüfungen durchgeführt. 13) Bei den beendeten Genehmigungen werden abweichend die betroffenen Genehmigungsbereiche gezählt. 14) Eine Differenzierung von normalem und pathologischem Befund erfolgt nicht. 15) Es wurden zusätzlich 20 Beratungsgespräche im Zusammenhang mit der Dokumentationsprüfung durchgeführt.

(n.a. = nicht abfragbar, AB x.y = entspricht Anwendungsbereich x.y)

7.566 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
 1.631 STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
 19.572 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

										NO						IH		
GENEHMIGUNGEN										6)								
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	7.22
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	1.063	1.470	210	124	83	151	567	87	703	1.147	412	118	304	109	235	148	635	7.56
Anzahl beschiedene Anträge 1)	106	90	26	8	3	18	32	1	55	78	28	8	17	4	22	8	69	573
neu	106	90	24	8	3	15	32	1	55	78	28	8	17	4	22	8	69	568
- davon Anzahl Genehmigungen	95	83	24	8	3	15	23	1	53	77	28	8	15	4	20	8	69	53
- davon Anzahl Ablehnungen	11	7	0	0	0	0	9	0	2	1	0	0	2	0	2	0	0	34
erneut gemäß § 11 Abs. 4	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
- davon Anzahl Genehmigungen			1			3												4
- davon Anzahl Ablehnungen			1			0												1
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	2	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 Widerrufe von Abrechnungsge- nehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	6	6	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	2	0	2	1	5	32
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	1	3	8	0	1	6	0	4	8	0	27	7	19	1	17	5	10	11
	004	1.060	181	95	59	196	373	87	443	740	194	88	288	99	181	112	584	5.58
Anzahl abrechnende Ärzte DOKUMENTATIONSPRÜFUNG						100		-										
	EN					100												
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN	EN					4	2	1	31	57	17	5	16	1	13	13	48	30
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN INITIALPRÜFUNGEN	EN ISSE (E	BEZOG	BEN A	UF ÄF	RZTE)		2	1 0	31 15	57 37	17 15	5	16	1 1	13	13	48	30 19
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN INITIALPRÜFUNGEN Anzahl geprüfter Ärzte	EN ISSE (E	33	SEN A 22	UF ÄF	RZTE)	4		•										19
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN INITIALPRÜFUNGEN Anzahl geprüfter Ärzte - davon ohne Beanstandungen - davon mit Beanstandungen	EN ISSE (E	33 20	22 13	3 3	1 1	4 2	1	0	15	37	15	3	8	1	2	6	37	19 78
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN INITIALPRÜFUNGEN Anzahl geprüfter Ärzte - davon ohne Beanstandungen - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a - davon mit Beanstandungen	40 31 7	33 20 13	22 13 7	3 3 0	1 1 0	4 2 2	1	0	15	37 16	15	3	8	1	9	6	37	
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN INITIALPRÜFUNGEN Anzahl geprüfter Ärzte - davon ohne Beanstandungen - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b Wiederholungsprüfungen	40 31 7	33 20 13	22 13 7 2	3 3 0	1 1 0 0	4 2 2 0	1 1 0	0 1 0	15 8 8	37 16 4	15 0 2	3 2 0	8 3 5	1 0 0	2 9 2	6 6 1	37 3 8	19 78 34
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN INITIALPRÜFUNGEN Anzahl geprüfter Ärzte - davon ohne Beanstandungen - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	EN	33 20 13 0	22 13 7 2	3 3 0	1 1 0 0	4 2 2 0	1 1 0	0 1 0	15 8 8 5	37 16 4 15	15 0 2 1	3 2 0	8 3 5 3	1 0 0	2 9 2 2	6 6 1	37 3 8 2	19 78 34 32
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN INITIALPRÜFUNGEN Anzahl geprüfter Ärzte davon ohne Beanstandungen davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a davon ohne Beanstandungen	EN	33 20 13 0 1	22 13 7 2	3 3 0	1 1 0 0	4 2 2 0	1 1 0	0 1 0	15 8 8 5 4	37 16 4 15	15 0 2 1 0	3 2 0	8 3 5 3 2	1 0 0	2 9 2 2	6 6 1 1 0	37 3 8 2 1	19 78 34 32 24
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN INITIALPRÜFUNGEN Anzahl geprüfter Ärzte - davon ohne Beanstandungen - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a - davon ohne Beanstandungen - davon mit Beanstandungen	EN	33 20 13 0 1	22 13 7 2	3 3 0	1 1 0 0	4 2 2 0	1 1 0	0 1 0	15 8 8 5 4	37 16 4 15	15 0 2 1 0	3 2 0	8 3 5 3 2	1 0 0	2 9 2 2	6 6 1 1 0	37 3 8 2 1	19 78 34 32 24
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN INITIALPRÜFUNGEN Anzahl geprüfter Ärzte - davon ohne Beanstandungen - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a - davon ohne Beanstandungen emäß § 10 Abs. 2a - davon ohne Beanstandungen - davon mit Beanstandungen	EN	33 20 13 0 1 1	22 13 7 2	3 3 0	1 1 0 0	4 2 2 0 0 0	1 1 0 0	0 1 0 0	15 8 8 5 4 1	37 16 4 15 12 3	15 0 2 1 0 0	3 2 0 0	8 3 5 3 2 0	1 0 0	2 9 2 2 2 0	6 6 1 1 0	37 3 8 2 1 1	19 78 34 32 24 6
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG PRÜFUMFANG UND -ERGEBN INITIALPRÜFUNGEN Anzahl geprüfter Ärzte - davon ohne Beanstandungen - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a - davon ohne Beanstandungen - davon mit Beanstandungen gemäß § 7 Abs. 2 - davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 —	EN	33 20 13 0 1 1 0	22 13 7 2 0	3 3 3 0 0 0 0 0 0	1 1 1 0 0	4 2 2 0 0	1 1 0 0 0	0 1 0 0	15 8 8 5 4 1	37 16 4 15 12 3	15 0 2 1 0 0	3 2 0 0	8 3 5 3 2 0	1 0 0 0	2 9 2 2 2 0	6 6 1 1 0 1	37 3 8 2 1 1	19 78 34 32 24 6



→ Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
PRÜFUNGEN INNERHALB 2/3	5 JAI	HREN					5)						7)				8)	
Anzahl geprüfter Ärzte	254	195	52	28	3)	41	72	16	113	146	79	23	104	28	64	26	161	1.402
davon ohne Beanstandungen	205	151	35	27		14	53	11	96	104	74	23	85	25	30	19	146	1.098
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	43	40	9	1		19	19	4	11	38	5	0	10	3	27	6	8	243
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	6	4	8	0		8	0	1	6	4	0	0	9	0	7	1	7	61
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	32	24	13	0	3)	0	5	8	35	47	10	4	15	1	17	6	12	229
- davon ohne Beanstandungen	24	15	8				2	5	18	34	8	4	8	1	10	5	10	152
- davon mit Beanstandungen	7	7	3				3	3	6	8	2	0	3	0	7	0	2	51
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen																		
- darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	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 	1	2	2	0		1	0	0	6	3	0	0	3	0	0	1	2	21
 Anzahl Ärzte, die an einem Fort- bildungskurs teilgenommen haben 	20	0	1	0		7	0	0	5	2	0	0	0	0	31	1	9	76
 Anzahl Ärzte, die an einen Abschluss- kurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben 	0	1	6	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	0	0	65	0		10	1	2	4	16	2	0	3	0	5	0	0	108
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN	AUF [OKUI	MENTA	ATION	EN)													
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	3.875	3.023	1.036	372	12	540	864	300	1.948	2.851	1.205	336	1.513	360	1.152	4.692	2.676	26.75
davon regelrecht (Stufe I)	3.315	2.617	853	364	12	357	636	240	1.620	2.316	809	298	1.272	354	330	4.606	2.422	22.42
- davon eingeschränkt (Stufe II)	531	392	146	8	0	174	228	56	297	510	356	39	174	6	764	79	204	3.964
- davon unzureichend (Stufe III)	29	13	37	0	0	9	0	4	31	25	40	0	67	0	58	7	50	370
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	5	0	0	0	0	0	228	1	2	0	0	0	5	0	0	0	0	241
Bei Dokumenationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2																		
 davon Mängel ausschließlich in der Bildqualität 	23	5	28			4)		4	27	14	27		16		17	4	48	213
davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	0	1	3			4)		0	0	5	0		24		0	2	1	36
 davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation 	6	7	6			4)		0	4	6	13		27		41	1	1	112

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) Regelmäßige Prüfungen werden ab 2015 wieder durchgeführt. 4) Differenzierung für Mängel der Stufe III wurde zunächst nicht erfasst. 5) In Stufe II 160 Mängel ausschließlich der Bilddokumentation, 68 bildl. und schriftl. Dokumentation. 6) Differenz Genehmigungszahlen zum Vorjahr, da Statistik-Fehler vorlag. 7) Wiederholungsprüfungen ausstehend: eine nach Initialprüfung (keine Fälle), eine nach fünf Jahren (nur neun Fälle). 8) Von den neun Ärzten mit Fortbildungskurs sind sieben aus Prüfungen von 2013 enthalten.

V	306	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
	138	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	1.380	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
lit	279	FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)



Vakuumbiopsie der Brust

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR VAKUUMBIOPSIE DER BRUST (QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNG ZUR VAKUUMBIOPSIE DER BRUST), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

- 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
- 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: 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: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

→ Vakuumbiopsie der Brust

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
	DVV	ы	DE	БВ	ПБ	пп	nc	IVIV		NU	KP	SL		31	эп	In		alle
GENEHMIGUNGEN									4)				5)				6)	
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	44	40	14	8	5	5	21	12	33	32	8	6	15	10	10	8	35	306
Anzahl beschiedene Anträge 1)	3	3	3	2	0	0	1	0	3	14	1	0	1	0	1	1	12	45
neu	3	3	3	2			1		3	14	1		1		1	1	12	45
davon Anzahl Genehmigungen	3	3	3	2			1		3	14	1		1		1	1	12	45
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0			0		0	0	0		0		0	0	0	0
erneut gemäß § 8 Abs. 5	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
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3
 davon wegen nicht erreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4 									2	1								3
 davon wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5 									0	0								0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²)	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	9
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	§ 9																	
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNI	SSE (E	BEZOG	BEN A	UF ÄF	RZTE)													
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	3)	14	9	8	2	3)	20	5	29	9	3	4	1	5	9	2	1	12
davon bestanden		13	9	8	2		17	5	16	8	3	4	0	1	9	2	0	97
davon nicht bestanden		1	0	0	0		3	0	1	1	0	0	1	4	0	0	1	12
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	0,0	34,1	64,3	133,3	40,0	0,0	100,0	41,7	85,3	32,1	37,5	66,7	6,3	50,0	100,0	28,6	3,3	40,
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	0	0	3	17
- davon bestanden	2	1	1										3	5			2	14
davon nicht bestanden	1	0	0										0	0			1	2
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5 b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
davon bestanden																	1	1
davon nicht bestanden																	0	0
Anzahl vorgezogener Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
davon bestanden		1																1
 davon nicht bestanden 		0																0
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN	LAHEI		MENT	ATION	EN)													
Anzahl geprüfter Dokumentationen	3)	140	100	80	20	3)	197	50	170	90	30	40	43	78	90	20	40	1.18
	3)					3)												
davon vollständig und nachvollziehbar		132	99	80	10		171	50	170	85	30	38	28	62	89	19	33	1.09
davon vollständig aber nicht nachvollziehbar		3	1	0	0		1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	8
 davon nicht vollständig aber nachvollziehbar 		5	0	0	10		0		0	0	0	2	2	1	0	0	0	20
 davon weder vollständig noch nachvollziehbar 		0	0	0	0		25		0	5	0	0	13	15	0	1	5	64
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)																		
< 25	3	2	1	0	0	0	3	0	6	1	0	0	1	3	0	0	0	20
≥ 25	36	38	13	8	5	5	18	0	27	27	8	6	12	7	9	8	32	25

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 Dokumentationsprüfungen fanden 2013 statt, erneute Prüfungen 2015. 4) Von den 29 durchgeführten Prüfungen waren sechs bereits 2014 fällig, 23 Prüfungen waren bereits 2013 anberaumt worden. Zwölf Prüfergebnisse liegen noch nicht vor. 5) Eine Wiederholungsprüfung noch offen. 6) In den zwölf Genehmigungen sind sechs Neuanträge enthalten.

V	976	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
	551	STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
P	6.612	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
₽	651	PRÜFUNGEN/FORTBILDUNGSNACHWEISE

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

§ VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSMASSNAHMEN ZUR ZYTOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZERVIX-ZYTOLOGIE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2015 (vormalige Versionen seit dem 1.7.1992)

- 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: zweijährliche Dokumentationsprüfung von zwölf Präparaten mit Dokumentationen; jährliche Statistik der Zytologen an Kassenärztliche Vereinigung
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION: jährliche Statistik bezogen auf die Einrichtung des zytologieverantwortlichen Arztes 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	ВВ	НВ	НН	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	alle
GENEHMIGUNGEN			3)						5)								7)	
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 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	130	142	54	18	17	36	57	13	100	121	45	41	30	17	39	20	96	976
Anzahl beschiedene Anträge 1)	8	33	18	0	1	2	3	0	17	7	3	3	2	1	2	3	10	113
neu	8	33	18		1	2	3		17	7	3	3	2	1	2	3	10	113
- davon Anzahl Genehmigungen	8	26	18		1	2	3		17	5	2	2	2	1	2	3	10	102
- davon Anzahl Ablehnungen	0	7	0		0	0	0		0	2	1	1	0	0	0	0	0	11
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0		0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	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	11	0	0	2	3	6	0	12	7	1	2	2	1	2	2	3	58
- davon bestanden	3	5			2	2	2		4	5	0	2	1	1	2	2	3	34
- davon nicht bestanden	1	6			0	1	4		8	2	1	0	1	0	0	0	0	24
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 Abrechnungs- genehmigungen	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	2	2	2	3	0	1	1	2	1	2	0	3	3	0	3	27

→ Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARA	ATEQL	JALIT	ÄT UN	D DEF	R ÄRZ	TLICH	IEN DO	OKUM	ENTA	TION 8	7							
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNI																		
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 – Ärzte	67	135	20	4)	14	34	44	3	42	42	6	23	14	5	22	8	47	
davon bestanden	67	130	17		13	34	44	3	42	40	4	23	12	5	19	8	44	
davon nicht bestanden	0	5	3		1	0	0	0	0	2	2	0	2	0	3	0	3	
Prüfungen (§ 7 Abs. 3) bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in %	51,5	93,8	36,4	0,0	77,8	87,2	75,9	21,4	42,4	36,8	13,6	56,1	50,0	26,3	55,0	47,1	49,0	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 – Ärzte	2	0	3	0	0	0	0	0	5	3	8	0	1	0	1	0	2	
- davon bestanden	2		3						3	3	7		1		1		2	
- davon nicht bestanden	0		0						2	0	1		0		0		0	
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
- davon bestanden									2									
- davon nicht bestanden									0									
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN	AUF	DOKU	MENT	ATION	EN)													
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																		
Anzahl geprüfter Präparate und zuge- höriger ärztlicher Dokumentation	804	1.620	236	4)	168	408	528	36	504	504	72	276	156	60	264	96	564	•
- davon ohne Beanstandungen	791	1.600	215		162	368	528	36	472	456	62	269	146	60	222	96	555	
- davon mit Beanstandungen	13	20	21		6	40	0	0	32	48	10	7	10	0	42	0	9	
bei Beanstandungen																		
darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	0	13	17		0	40			16	48	1	2	4		22		1	
darunter mit nicht zutreffender/unvoll- ständiger Präparatebeurteilung	0	11	5		0	0			16	0	0	0	2		25		8	
 darunter mit unvollständiger Dokumentation 	13	5	6		6	0			0	0	9	5	4		15		0	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6	i																	
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	24	0	36		0	0	0	0	60	36	96	0	12	0	12	0	24	
- davon ohne Beanstandungen	24		35						36	36	92		12		11		24	
- davon mit Beanstandungen			1						24	0	4		0		1		0	
bei Beanstandungen																		
darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität			0						12		4				0			
darunter mit nicht zutreffender/unvoll- ständiger Präparatebeurteilung			1						0		0				0			
darunter mit unvollständiger Dokumentation			0						12		0				1			
PRÜFUNG DER JAHRESSTATIS	STIK §	8 ABS	S. 4															
Anzahl abrechnender Labore (2013)	104	122	41	11	11	21	33	10	61	85	30	41	19	14	31	12	78	
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2013)	102	105	41	11	11	21	33	8	61	85	30	35	19	14	31	14	78	
- davon ohne Auffälligkeiten	67	96	40	11	10	21	33	8	26	45	11	30	18	12	24	14	67	
- davon mit Auffälligkeiten	35	9	1	0	1	0	0	0	35	40	19	5	1	2	7	0	11	
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	20	9	1	0	1	0	0	0	0	23	6	3	0	2	7	0	11	
davon ausreichend begründete Stellungnahmen	20	9	1		1					17	5	3			7		11	
 davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen 	0	0	0		0					6)	1	0			0		0	
Anzahl Kolloguien	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) Von den 18 Genehmigungen erfolgten 17 im Rahmen der Anerkennung von Präparatebefundern. 4) Dokumentationsprüfungen fanden 2013 statt, wieder 2015. 5) Von den 17 Genehmigungen erfolgten sieben aufgrund Neuantrags. 6) Bearbeitung von sechs Stellungnahmen liegt zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht vor. 7) Von den zehn Genehmigungen erfolgten drei aufgrund Neuantrags.







3





HINTERGRUNDINFOS 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 besitzt, 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

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 Cervix 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 3.340 Ärzte neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit in diesen Kommissionen. Mitglieder aus den Krankenkassen sind selten.

AKKREDITIERUNG/PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGS-VORAUSSETZUNGEN

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. 2014 wurden allein für diese Aufgabe über 47.000 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. 2014 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 221 Prüfungen. Seit 2012 gilt für die Sonographie der Säuglingshüfte, dass die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen nach Genehmigungserteilung von den Kommissionen überprüft werden. 2014 erfolgte dies bei 307 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 2014 etwa 2.180 Mal statt, wobei der größte Teil, etwa 1.600, im Leistungsbereich Ultraschalldiagnostik durchgeführt wurde. Etwa 290 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 84.000 Vertragsärzten gegebenenfalls mehrere Ultraschallsysteme benutzt.

PRAXISBEGEHUNGEN/HYGIENEPRÜFUNGEN

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind seit 2003 für Praxen vorgeschrieben, die Koloskopien durchführen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt hier unangemeldet zweimal

V

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 2014 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.

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/Aids-Erkrankungen
- Hörgeräteversorgung
- Hörgeräteversorgung (Kinder)
- interventionelle Radiologie
- intravitreale Medikamentengabe
- invasive Kardiologie
- Kapselendoskopie des Dünndarms
- 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 (47 Anwendungsbereiche)
- Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte
- Vakuumbiopsie der Brust
- zytologische Untersuchungen von Abstrichen der Cervix uteri

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 57 und 58 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,
- Histopathologie im Hautkrebs-Screening,
- HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen,
- Hörgeräteverordnung (Jugendliche/Erwachsene – Kinder),
- intravitreale Medikamenteneingabe,
- Kapselendoskopie des Dünndarms,
- Koloskopie,
- Magnetresonanz-Angiographie,
- Onkologie,
- Mammographie (kurativ Screening),
- Molekulargenetik,
- Schmerztherapie,
- 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-, Prozessund 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



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.

§ 91

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 Untersuchungsund 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.



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.



STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAM-ME 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.



INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFT-LICHKEIT 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 Wissensstands 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

AKKREDITIERUNG:

Α

DIN:

D

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.

BEHANDLUNGSPFAD:

В

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.

CASE MANAGEMENT:

С

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

EFFEKTIVITÄT:

Ε

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:



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):

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:

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 evidenzbasierten 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:



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:



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:

PRAXISBEGEHUNGEN:

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.

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.

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.

PLAUSIBILITÄTSKONTROLLE:



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.

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

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 hewertet 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:

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:

Q

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 Selbstüberprüfung 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:

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

STRUKTURQUALITÄT: siehe Qualitätsdimensionen

der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist.

VALIDITÄT:

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:

S

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 2014

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten. Bundesarztregister, Stand 31. Dezember 2014

ARZTGRUPPE / SCHWERPUNKT	SUMME	VERTRAGSÄRZTE /-PSYCHO- THERAPEUTEN	PARTNERÄRZTE /-PSYCHO- THERAPEUTEN	ANGESTELLTE ÄRZTE / PSYCHO- THERAPEUTEN IN EINRICHTUNGEN**	ANGESTELLTE ÄRZTE/ PSYCHO- THERAPEUTEN IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE
Allgemeinärzte	34.929	30.782	51	840	3.218	38
Praktische Ärzte / Ärzte	5.703	5.262	4	63	295	79
Anästhesisten	3.888	2.448	24	446	360	610
Augenärzte	5.976	4.547	27	442	784	176
Chirurgen	6.126	3.201	34	915	292	1.684
Gefäßchirurgie	721	258	2	110	32	319
Kinderchirurgie	46	23	0	0	3	20
Plastische Chirurgie	143	96	1	7	6	33
 Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie 	126	19	1	10	1	95
 Unfallchirurgie 	2.702	1.557	19	335	105	686
 Visceralchirurgie 	647	139	0	99	18	391
Frauenärzte	12.075	9.028	95	842	1.012	1.098
 Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin 	197	115	4	42	28	1.098
 Gynäkologische Onkologie 	331	109	3	26	7	186
 Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin 	200	59	1	26	12	102
HNO-Ärzte	4.405	3.665	22	224	278	216
 Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie 	70	48	0	6	5	11
Hautärzte	3.817	3.040	50	166	437	124
Humangenetiker	244	85	0	133	19	7
Internisten*	25.654	18.654	196	2.219	2.361	2.224
- Hausärztlich tätige Internisten	13.667	11.437	20	839	1.381	0
Fachärztlich tätige Internisten	9.753	7.217	176	1.380	980	0
- Angiologie	619	383	5	69	43	119
 Diabetologie / Endokrinologie (und Diabetologie) 	506	251	6	97	49	103
- Gastroenterologie	2.199	1.147	45	249	170	588
Geriatrie	11	7	0	1	2	1
 Hämatologie / Hämatologie und internistische Onkologie 	1.429	740	13	294	118	264
 Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin 	6	2	0	0	1	3
 Kardiologie 	3.313	2.042	57	299	280	635
 Nephrologie 	1.829	1.169	33	294	211	122
 Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde 	1.370	917	12	141	85	215
 Rheumatologie 	750	476	6	110	47	111

ARZTGRUPPE / SCHWERPUNKT	SUMME	VERTRAGSÄRZTE /-PSYCHO- THERAPEUTEN	PARTNERÄRZTE /-PSYCHO- THERAPEUTEN	ANGESTELLTE ÄRZTE/ PSYCHO- THERAPEUTEN IN EINRICHTUNGEN**	ANGESTELLTE ÄRZTE/ PSYCHO- THERAPEUTEN IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE
Kinderärzte	7.358	5.329	83	441	673	832
 Infektiologie 	2	0	0	1	0	1
Kinderendokrinologie und -diabetologie	22	8	0	3	0	11
Kindergastroenterologie	13	2	0	2	1	8
Kinderhämatologie / Kinderonkologie	90	23	0	7	6	54
Kinderkardiologie	353	219	2	21	18	93
Kindernephrologie	21	11	0	1	1	8
Kinderneuropsychiatrie	5	4	0	1	0	0
 Kinderpneumologie / Kinderlungen- und -bronchialheilkunde 	85	47	0	11	3	24
Kinderrheumatologie	4	0	0	1	0	3
 Neonatologie 	730	397	4	46	25	258
Neuropädiatrie	376	177	1	19	13	166
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	4.648	4.433	19	42	81	73
Kinder- und Jugendpsychiater	1.051	853	0	73	97	28
Laborärzte	1.173	237	0	849	57	30
Mikrobiologie	1	0	0	1	0	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	1.206	1.063	0	46	56	41
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	5.747	4.161	44	669	316	557
Forensische Psychiatrie	22	18	0	1	0	3
Kinderneuropsychiatrie	9	5	0	3	0	1
Neurochirurgen	1.027	495	0	377	64	91
Nuklearmediziner	934	528	1	247	135	23
Orthopäden	6.687	4.951	89	657	460	530
Rheumatologie	556	407	5	35	19	90
Pathologen	1.027	572	1	257	145	52
 Neuropathologie 	3	3	0	0	0	0
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	596	422	0	109	57	8
Ärztliche Psychotherapeuten	5.813	5.486	12	153	68	94
Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	2.573	2451	2	63	20	37
Psychologische Psychotherapeuten	16.664	15.504	289	340	404	127
Radiologen	3.895	1.979	50	648	584	634
Kinderradiologie	84	21	1	8	7	47
 Neuroradiologie 	282	128	6	38	27	83
Strahlentherapie	43	12	0	19	5	7
Strahlentherapeuten	914	241	0	523	128	22
Transfusionsmediziner	168	41	0	96	4	27
Urologen	3.207	2.567	38	175	178	249
Übrige Arztgruppen	15	1	0	5	0	9
Summe	164.947	129.575	1.129	11.997	12.563	9.683

^{*} Seit dem 31.12.2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
** Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Einrichtungen und kommunale Einrichtungen

Abkürzungen

AD(H)S	Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom	LQS	Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
Aids	acquired immunodeficiency syndrome	Lp(a)	spezielles Lipoprotein
	(erworbenes Immunschwäche-Syndrom)	MRA	Magnetresonanz-Angiographie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	MRM	Magnetresonanz-Mammographie
AOP	Vertrag zu Ambulanten Operationen und	MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
	stationsersetzenden Leistungen im Krankenhaus	MRT	Magnetresonanz-Tomographie
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung	n. e.	nicht ermittelbar
	und Forschung im Gesundheitswesen GmbH	NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	PCI	percutaneous coronary intervention
BÄK	Bundesärztekammer		(perkutane Koronarintervention)
BKK	Betriebskrankenkasse	PDCA-Zvklus	Plan-Do-Check-Act-Methode,
BMG	Bundesministerium für Gesundheit		abgekürzt PDCA-Zyklus oder -Methode
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte	PDT	photodynamische Therapie
COPD	chronic obstructive pulmonary disease	PTK	phototherapeutische Keratektomie
00.2	(chronisch obstruktive Atemwegserkrankung)	PVS	Praxisverwaltungssoftware
DMP	Disease-Management-Programm	QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	Qesü-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
EKG	Elektrokardiographie	QCOU ILL	über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss		Maßnahmen der Qualitätssicherung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung	Qu.no	Qualitätsmanagementsystem der
GOP	Gebührenordnungsposition	Qu.IIO	Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
HIV	human immunodeficiency virus	RKI	Robert Koch-Institut
****	(Humanes Immundefizienz-Virus)	SGB V	fünftes Sozialgesetzbuch
IKK	Innungskrankenkasse	sQS	sektorenübergreifende Qualitätssicherung
ISO 9001	Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement-	ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
100 0001	system der Internationalen Organisation für Normung		in Deutschland
	(International Organization for Standardization)		III Doddociliand
IVM	intravitreale Medikamenteneingabe		
k. A.	keine Angabe	Ahkürzung	en der Kassenärztlichen Vereinigungen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	, 101101 = 0119	
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	ВВ	Brandenburg
KH	Krankenhaus	BE	Berlin
KHK	koronare Herzerkrankung	BW	Baden-Württemberg
KM6	Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der	BY	Bayerns
TUNO	gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres	НВ	Bremen
	(Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland,	HE	Hessen
	Alter, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe	НН	Hamburg
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und	MV	Mecklenburg-Vorpommern
KKIIKIKO	Infektionsprävention	NI	Niedersachsen
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität	NO	Nordrhein
RIG	im Gesundheitswesen	RP	Rheinland-Pfalz
KV	Kassenärztliche Vereinigung	SH	Schleswig-Holstein
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung	SL	Saarland
		SN	Sachsen
LDL	low density lipoprotein (Lipoprotein geringer Dichte, ein Protein zum Transport von Blutfetten)	ST	Sachsen-Anhalt
LKG	, ,	TH	Thüringen
LKK	Landeskrankenhausgesellschaft landwirtschaftliche Krankenkassen	WL	Westfalen-Lippe
LKK	ianuwinschattiiche Mahkenkassen	***	Production Lippo

Quellen

- Bundesministerium für Gesundheit. Amtliche Statistik KM6 Teil II 2008 – 2014
- Bundesversicherungsanstalt. T\u00e4tigkeitsberichte 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/

URL: http://www.commonwealthfund.org/Publications/ Fund-Reports/2010/Jun/Mirror-Mirror-Update.aspx?page=all; Zugriff: 20.11.2015

- Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care.
 Oxford University Press 2006, New York NY
- Donabedian (1966), zitiert in Böcker P.
 Qualitätsmanagement im Krankenhaus Ein praxisorientierter Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen und Bewertungsverfahren.
 GRIN Verlag, Norderstedt 2005, S. 8
- Griesser H, Marquardt K, Jordan B, et al.
 Münchner Nomenklatur III. Frauenarzt 2013, 11:1042-8
- 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: 20.11.2015
- WHO. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. WHO press 2006





ADRESSEN

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 - 21 05 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 - 3 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



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, Meike Ackermann, Sten Beneke, Dr. Andreas Dahm, Dr. Franziska Diel, Katja Heinze, Dr. Ludwig Hofmann, Dr. Susanne Kleudgen, Dr. Izabela Kossowski, Dr. Katrin Marquardt, Dr. Monika Mund, 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, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

GESTALTUNG:

31grad branddesign, Kerstin Berger & Ina Kerkhoff

FOTOS:

axentis.de: Georg Lopata // Berufsverband der Augenärzte: Augenärzte Bilddatenbank // Klinikum Ernst v. Bergemann, Robert Kühlmann, Potsdam // Kerstin Berger // Bernd Bertram // doc+stock: BSIP / Pro Health Media, Christoph Strom, Phototake RM // Kaya Erdem, Düren // Reinhard Graf // Otto Hillebrand, Bad Zwischenahn // hi studios // fotolia: Engine Images / mankale / Monkey Business / picsfive / Visionär // iStockphoto: Casanowe / Claudiad / Balavan / bluecinema / Brainsil / BraunS / choja / Eraxion / fluxfoto / fotostorm / gerenme / mc brugg / nicolas / skynesher / spark067 / Alexander Raths / shironosov / Simmi-Simons / Tempura / TommL / vesnaandjic / vgajic // KBV // KV Bayerns // KV Hessen // Katrin Marquardt // Christof Rieken // Michael Timm // Mirko Tzotschew // wikimedia // wikipedia: Eric Erbe / Creative Commons: bionerd

DRUCK:

Druckerei Conrad GmbH

COPYRIGHT:

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dezember 2015

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

www.kbv.de