KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung

QUALITÄTSBERICHT

AUSGABE

2009

DIALYSE
BUNDESWEITE ERGEBNISSE IM VERGLEICH
AB SEITE 20

MAMMOGRAPHIE
ERGEBNISSE DER DOKUMENTATIONS-PRÜFUNGEN
AB SEITE 34

ULTRASCHALL
DAS WICHTIGSTE ZUR NEUEN VEREINBARUNG
AB SEITE 53

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME
ERGEBNISSE DES PROGRAMMS ZUM DIABETES MELLITUS TYP 2
AB SEITE 62

ÄRZTLICHE QUALITÄTSSICHERUNG BRAUCHT VERLÄSSLICHE STRUKTUREN. GEMEINSAM SORGEN DIE KBV UND DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN FÜR DIE NÖTIGEN VORAUSSETZUNGEN.

GRUSSWORT

Ganz gleich wo, wann und aus welchem Grund ein Arztbesuch fällig wird – ob als Routineuntersuchung beim Hausarzt, für einen speziellen Eingriff beim Facharzt oder plötzlich im Urlaub: Jeder gesetzlich Versicherte in Deutschland (und das sind gegenwärtig über 90 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung) kann sicher sein, dass sich alle niedergelassenen Ärzte an die gleichen Qualitätsvorgaben halten müssen.

Diese Tatsache haben wir den Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien zu verdanken. Diese sorgen dafür, dass Qualitätsvorgaben und -standards, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbart, bundesweit für alle niedergelassenen Ärzte gelten. Nur so lässt sich die flächendeckende Versorgung aller gesetzlich Versicherten auf einem qualitativ hohen Niveau – unabhängig von Krankenkasse, Wohnort oder sozialem Status – gewährleisten.

Doch Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien sind nur dann effektiv, wenn sie mit Leben gefüllt werden. Dafür sorgt jede einzelne Arztpraxis. Unterstützt werden sie hierbei von den Kassenärztlichen Vereinigungen. Dort werden Zeugnisse und Gerätenachweise kontrolliert, Prüfungen und Beratungsgespräche organisiert und abgehalten. Im Rahmen von Stichprobenprüfungen etwa sind in jeder Kassenärztlichen Vereinigung regelmäßig hunderte von Ultraschall- oder Röntgenaufnahmen anzufordern und aufwendig zu begutachten. Dies alles können die Kassenärztlichen Vereinigungen nur mit Hilfe ihrer zahlreichen, leistungsbereichsbezogenen Qualitätssicherungskommissionen leisten. Diese sind mit fachkundigen Ärzten meist aus dem niedergelassenen Bereich besetzt, die in dem jeweiligen Gebiet über eine besondere Erfahrung und Qualifikation verfügen. Derzeit sind etwa 1.000 Vertragsärzte als Sachverständige in solchen Qualitätssicherungskommissionen tätig, oft in Abendsitzungen nach ihrem Praxistag. An dieser Stelle möchten wir uns einmal ganz herzlich bei diesen Ärzten bedanken. Sie tragen Gewähr für eine praxisnahe und flächendeckende Umsetzung von Qualitätsvorgaben vor Ort. Mehr als 400 hauptamtliche Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen sie dabei.

Aktuell gelten für die niedergelassenen Ärzte 46 unterschiedliche Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien: von A, wie Akupunktur, bis Z, wie Zervix-Zytologie. Neu hinzugekommen sind vor kurzem Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings, zur Vakuumbiopsie der Brust sowie zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV/Aids-Erkrankungen. Ebenfalls in Kraft getreten ist die Neufassung der Ultraschall-Vereinbarung. Auf die sehr umfangreichen Neuregelungen dieser Vereinbarung geht dieser Qualitätsbericht in einem gesonderten Exkurs ein. Ebenfalls ausführlich wird über die erfolgreiche einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahme zur Dialyse, auf die aufwendigen Dokumentationsprüfungen im Bereich der Mammographie sowie die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie berichtet.

Mit diesem sechsten Qualitätsbericht der KBV möchten wir wieder die vielfältigen Aktivitäten der niedergelassenen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung dokumentieren. Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass die hohen Qualitätsanforderungen von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen einheitlich für alle niedergelassenen Ärzte gelten. Nur deshalb können die Patienten sich auf sie verlassen, egal ob in Rostock oder Konstanz. Wir werden uns weiterhin dafür einsetzen, dass wir diesen hohen Qualitätsstandard in ganz Deutschland halten können!

Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstands der KBV

Dr. Carl-Heinz Müller
Vorstand der KBV

INHALT

1 QUALITÄTSSICHERUNG VON A BIS Z SEITE 4 – 59

AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG 6
Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung 7
Kommissionen der Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V 8
BUNDESWEIT GELTENDE REGELUNGEN 16
Akupunktur 16
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren 17
Ambulante Operationen 17
Arthroskopie 18
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen Arthroskopie 18
Blutreinigungsverfahren / Dialyse 19
► **EXKURS DIALYSE – BUNDESWEITE ERGEBNISSE IM VERGLEICH** 20
Herzschrittmacher-Kontrolle 23
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen Herzschrittmacher-Kontrolle 23
Histopathologie Hautkrebs-Screening 24
► Die neue Vereinbarung 24
HIV / AIDS 25
► Die neue Vereinbarung 25
Interventionelle Radiologie 26
Invasive Kardiologie 27
Koloskopie 27
► Ergebnisse der Hygieneprüfungen 2003–2008, Widerrufe von Genehmigungen 2008 28
Laboratoriumsuntersuchungen 30
► Ergebnisse der Kolloquien zur Eingangsprüfung 2003–2008 30
Langzeit-EKG-Untersuchungen 31
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen Langzeit-EKG 31
Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie) 32
Magnetresonanz-Angiographie 33
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen Kernspintomographie 33
Mammographie (kurativ) 34
► **EXKURS MAMMOGRAPHIE – ERGEBNISSE DER DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN** 34
Mammographie-Screening 37
► Gesamtübersicht Screening- und Mammographie-Einheiten 37
Onkologie 40
Otoakustische Emissionen 40
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund 41
Phototherapeutische Keratektomie 41
Psychotherapie 42
► Die Psychotherapie-Richtlinie 42
► Gutachterstatistiken im Zeitverlauf 2005–2008 44
Schlafbezogene Atmungsstörungen 45
► Ergebnisse der Stichprobenprüfungen Schlafbezogene Atmungsstörungen 45
Schmerztherapie 46
Sozialpsychiatrie 46
Soziotherapie 47

Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen 47
Strahlendiagnostik/-therapie 48
▶ Allgemeine Röntgendiagnostik, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin 48
▶ Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 49
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger 50
▶ Aktueller Stand 50
Ultraschalldiagnostik 52
▶ Ergebnisse der Stichprobenprüfungen Ultraschalldiagnostik 52
▶ **EXKURS ULTRASCHALL – DAS WICHTIGSTE ZUR NEUEN VEREINBARUNG 53**
Vakuumbiopsie der Brust 57
▶ Die neue Vereinbarung 57
Zytologische Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri 58
Genehmigungen auf Grundlage des EBM 59

2 QUALITÄTSMANAGEMENT UND VERSORGUNGSKONZEPTE SEITE 60 – 81

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME 62
Aktuelle Ergebnisse aus dem DMP Diabetes mellitus Typ 2 62
Fazit der Ergebnisse 64
Hintergrund der DMP 64
Aktuelle Entwickungen 2008 65
Strukturdaten der DMP 65
Teilnahmeraten 69
AQUIK® – AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN 70
QUALITÄTSMANAGEMENT 74
Ergebnisse der Stichproben 2007 74
Qualitätsmanangement mit QEP® 75
QUALITÄTSZIRKEL 77
FORTBILDUNG 78
QUALITÄTSZIELE KASSENÄRZTLICHER VEREINIGUNGEN 79

3 SERVICE SEITE 82 – 97

FORMALE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG 84
GLOSSAR 88
ARZTSTRUKTUR 94
QUELLEN 95
ABKÜRZUNGEN 95
ANSCHRIFTEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN 96
IMPRESSUM 97

Der Bezugszeitraum der dargestellten Ergebnisse ist, sofern nicht anders angegeben, der 1.1. bis 31.12.2008.

QUALITÄTSSICHERUNG VON A BIS Z

1

AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG SEITE 6

BUNDESWEIT GELTENDE REGELUNGEN SEITE 16

DIALYSE – BUNDESWEITE ERGEBNISSE IM VERGLEICH SEITE 20

MAMMOGRAPHIE – ERGEBNISSE DER DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN SEITE 34

ULTRASCHALL – DAS WICHTIGSTE ZUR NEUEN VEREINBARUNG SEITE 53

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN SEITE 18, 23, 31, 33, 45, 49, 52

SCHEMATISCHER ABLAUF EINES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS UND DEREN FOLGEVERPFLICHTUNGEN

GENEHMIGUNGSERTEILUNG
PRÜFUNG EINES ARZTES MIT NACHWEISEN

PERSÖNLICHE QUALIFIKATION

fachliche Qualifikation:
per Zeugnis / Bescheinigung
und / oder Kolloquium
und / oder präparatebezogene Prüfung
und / oder Fallsammlungsprüfung
und / oder Vorlage von Dokumentationen
und / oder Teilnahme an Fortbildungs-
veranstaltungen, -konferenzen, -kursen

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE QUALIFIKATION

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

fachliche Befähigung der Mitarbeiter:
Aus- und Fortbildungsnachweise
Kooperationsbescheinigungen

BESCHEID ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

GENEHMIGUNGSERHALT
FOLGEVERPFLICHTUNGEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

AUFLAGENPRÜFUNG JE NACH VERTRAGLICHER REGELUNG (§ 135 ABS. 2 SGB V)

gegebenenfalls **Dokumentationsprüfung** und / oder **Hygieneprüfungen** und / oder **Frequenzregelung** und / oder **Selbstüberprüfung** und / oder **Überprüfung der Präparatequalität** und / oder **Jahresstatistik** und / oder **kontinuierliche Fortbildung** und / oder **Qualitätszirkel** und / oder **Nachweise zur Praxisorganisation** und / oder **Konstanzprüfung**

STICHPROBENPRÜFUNG

Dialyse: nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
allgemeine Radiologie, Computertomographie und Kernspintomographie:
Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
Arthroskopie, Ultraschalldiagnostik, Herzschrittmacher-Kontrolle, Langzeit-EKG-Untersuchungen, schlafbezogene Atmungsstörungen, Strahlentherapie, Nuklearmedizin:
Kriterien aufgrund regionaler Richtlinien
Umfang: mindestens nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

Akupunktur, Histopathologie im Hautkrebs-Screening, HIV / Aids, Magnetresonanz-Angiographie, Mammographie (kurativ), Mammographie-Screening, photodynamische Therapie, photothera-peutische Keratektomie, Schmerztherapie, Ultraschalldiagnostik, (Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte), Vakuumbiopsie der Brust, Zytologie der Zervix uteri
Umfang: geregelt in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG NACH § 95d SGB V

AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) 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 alle sind auch mit einem administrativen Aufwand verbunden – für die Kassenärztlichen Vereinigungen, vor allem aber für den Arzt. Für die KBV muss der Wunsch und Anspruch nach der Überprüfbarkeit einer ärztlichen Leistung in einem angemessenen Verhältnis zu dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand und dem zu erwarteten Effekt einer Prüfung stehen. Dieser Grat ist schmal und im Zentrum aller Überlegungen müssen immer die Belange der Patienten stehen.

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. Gleichwohl werden den Ärzten in verschiedenen Leistungsbereichen die Ergebnisse ihrer Arbeit im Vergleich zu ihrer unmittelbaren Kollegengruppe (in der Regel innerhalb des Gebiets der 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.

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

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

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. Diese Ebenen sind nicht scharf trennbar, 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:

1. Überprüfungen im Rahmen einer Genehmigungserteilung zu einem Verfahren

2. Überprüfungen der Auflagen, die der Aufrechterhaltung einer Genehmigung zugrunde liegen

Dazu werden die im Folgenden ausgeführten Qualitätssicherungsinstrumente eingesetzt.

QUALITÄTSSICHERUNGSINSTRUMENTE:
QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN
AKKREDITIERUNG / PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN
EINGANGSPRÜFUNG
KOLLOQUIUM / BERATUNG
FREQUENZREGELUNG
REZERTIFIZIERUNG
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
KONTINUIERLICHE FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
FEEDBACKSYSTEME

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 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 variierend, stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen. Im Vordergrund steht hier der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen des geprüften Arztes durch die Kommissionen. Werden aber Mängel in den Prüfungen festgestellt, können die Kommissionen auch, in Abhängigkeit vom jeweiligen Prüfthema, weiterreichende Empfehlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen geben. Diese können von einer Empfehlung zu kürzeren Prüfintervallen bis hin zu einer Empfehlung des Genehmigungsentzugs reichen. Insgesamt arbeiten bundesweit mehr als 1.000 Ärzte neben ihrer Tätigkeit als niedergelassener Arzt in diesen Kommissionen. Mitglieder aus den Krankenkassen sind selten. Einen Eindruck des organisatorischen Aufwands vermittelt bereits eine Übersicht der Kommissionen der Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V).

KOMMISSIONEN DER STICHPROBENPRÜFUNGEN NACH § 136 ABS. 2 SGB V

	Kommissionen	Mitglieder
ALLGEMEINE RADIOLOGIE		
KV Baden-Württemberg	alle Gebiete Radiologie	34 ÄM KV / 2 ÄM KK / 1 Arzt Ärztliche Stelle
KV Bayerns	allgemeine Radiologie	6 ÄV KV / 32 ÄM KV / 7 MedPhys
KV Berlin	alle Gebiete Radiologie	9 ÄM KV / 32 ÄStV KV
KV Brandenburg	alle Gebiete Radiologie	7 ÄM KV
KV Bremen	Ärztliche Stelle HB, NI und Kommission alle Gebiete Radiologie, MRT	7 ÄM KV
KV Hamburg	alle Gebiete Radiologie	25 ÄM KV / 3 SV KV
KV Hessen	allgemeine Radiologie	1 ÄV KV / 33 ÄM KV
KV Mecklenburg-Vorpommern	alle Gebiete Radiologie	8 ÄM KV / 1 MedPhys
KV Niedersachsen	Ärztliche Stelle HB, NI und Kommission allgemeine Radiologie	67 ÄM KV
KV Nordrhein	allgemeine Radiologie, CT	1 ÄV KV / 10 ÄM KV / 1 ÄM KK 5 MedPhys / 8 SV KV / 20 ÄStV KV
KV Rheinland-Pfalz	Radiologie, CT, Osteodensitometrie	27 ÄM KV
KV Saarland	alle Gebiete Radiologie	12 ÄM KV
KV Sachsen	allgemeine Radiologie	7 ÄM KV / 4 ÄStV KV / 10 Fachbereiche
KV Sachsen-Anhalt	alle Gebiete Radiologie, MRT	10 ÄM KV
KV Schleswig-Holstein	alle Gebiete Radiologie	5 ÄM KV / 7 ÄStV KV / 1 Ä ex SV
KV Thüringen	alle Gebiete Radiologie	12 ÄM KV
KV Westfalen-Lippe	alle Gebiete Radiologie	3 ÄM KV / 20 ÄStV KV
COMPUTERTOMOGRAPHIE		
KV Baden-Württemberg	alle Gebiete Radiologie	34 ÄM KV / 2 ÄM KK / 1 Arzt Ärztliche Stelle
KV Bayerns	Computertomographie	1 ÄV KV / 5 ÄM KV / 7 MedPhys
KV Berlin	alle Gebiete Radiologie	9 ÄM KV / 32 ÄStV KV
KV Brandenburg	alle Gebiete Radiologie	7 ÄM KV
KV Bremen	Ärztliche Stelle HB, NI und Kommission alle Gebiete Radiologie, MRT	7 ÄM KV
KV Hamburg	alle Gebiete Radiologie	25 ÄM KV / 3 SV KV
KV Hessen	Computertomographie	1 ÄV KV / 15 ÄM KV
KV Mecklenburg-Vorpommern	alle Gebiete Radiologie	8 ÄM KV / 1 MedPhys
KV Niedersachsen	Ärztliche Stelle HB, NI und Kommission MRT, CT	5 ÄM KV
KV Nordrhein	allgemeine Radiologie, CT	1 ÄV KV / 10 ÄM KV / 1 ÄM KK 5 MedPhys / 8 SV KV / 20 ÄStV KV
KV Rheinland-Pfalz	Radiologie, CT, Osteodensitometrie	27 ÄM KV
KV Saarland	alle Gebiete Radiologie	12 ÄM KV
KV Sachsen	Computertomographie	3 ÄM KV / 2 ÄStV KV
KV Sachsen-Anhalt	alle Gebiete Radiologie, MRT	10 ÄM KV
KV Schleswig-Holstein	alle Gebiete Radiologie	5 ÄM KV / 7 ÄStV KV / 1 Ä ex SV
KV Thüringen	alle Gebiete Radiologie	12 ÄM KV
KV Westfalen-Lippe	alle Gebiete Radiologie	3 ÄM KV / 20 ÄStV KV
NUKLEARMEDIZIN		
KV Hamburg	alle Gebiete Radiologie	25 ÄM KV / 3 SV KV
KV Hessen	Nuklearmedizin	10 ÄM KV
KV Rheinland-Pfalz	Nuklearmedizin	6 ÄM KV
STRAHLENTHERAPIE		
KV Hamburg	alle Gebiete Radiologie	25 ÄM KV / 3 SV KV
KV Rheinland-Pfalz	Strahlentherapie	6 ÄM KV

	Kommissionen	Mitglieder
KERNSPINTOMOGRAPHIE		
KV Baden-Württemberg	MRT	10 ÄM KV
KV Bayerns	MRT	2 ÄV KV / 7 ÄM KV / 2 MedPhys
KV Berlin	MRT	5 ÄM KV / 4 ÄStV KV
KV Brandenburg	MRT	4 ÄM KV
KV Bremen	alle Gebiete Radiologie, MRT	7 ÄM KV
KV Hamburg	gemeinsame Kommission HH, MV, SH	
KV Hessen	MRT	1 ÄV KV / 15 ÄM KV
KV Mecklenburg-Vorpommern	gemeinsame Kommission HH, MV, SH	
KV Niedersachsen	Kommission MRT, CT	5 ÄM KV
KV Nordrhein	MRT	3 ÄM KV / 3 ÄSV KV
KV Rheinland-Pfalz	MRT	8 ÄM KV
KV Saarland	MRT	5 ÄM KV
KV Sachsen	MRT	3 ÄM KV / 2 ÄStV KV / 2 Fachberater
KV Sachsen-Anhalt	alle Gebiete Radiologie, MRT	10 ÄM KV
KV Schleswig-Holstein	gemeinsame Kommission HH, MV, SH	7 ÄM KV
KV Thüringen	MRT	3 ÄM KV
KV Westfalen-Lippe	MRT	3 ÄM KV / 1 ÄStV KV
HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE		
KV Berlin	Herzschrittmacher	5 ÄM KV / 5 ÄStV KV
KV Thüringen	alle Gebiete Kardiologie	3 ÄM KV
LANGZEIT-EKG		
KV Berlin	Langzeit-EKG	5 ÄM KV / 5 ÄStV KV
KV Bremen	k. A.	k. A.
KV Mecklenburg-Vorpommern	Langzeit-EKG, Herzschrittmacher	3 ÄM KV
KV Sachsen-Anhalt	Langzeit-EKG, Herzschrittmacher	3 ÄM KV
KV Westfalen-Lippe	Langzeit-EKG	3 ÄM KV / 4 ÄStV KV
ARTHROSKOPIE		
KV Baden-Württemberg	Arthroskopie	22 ÄM KV / 4 ÄM KK
KV Bayerns	Arthroskopie	1 ÄV KV / 5 ÄM KV
KV Brandenburg	k. A.	k. A.
KV Bremen	k. A.	k. A.
KV Mecklenburg-Vorpommern	Arthroskopie	3 ÄM KV
KV Niedersachsen	Arthroskopie	3 ÄM KV
KV Sachsen-Anhalt	Arthroskopie	3 ÄM KV
KV Schleswig-Holstein	Arthroskopie	3 ÄM KV
ULTRASCHALLDIAGNOSTIK		
KV Berlin	Ultraschalldiagnostik	12 ÄM KV / 54 ÄStV KV
KV Brandenburg	Ultraschalldiognostik	5 ÄM KV / 13 ÄSV KV
KV Hamburg	Ultraschalldiagnostik	29 ÄM KV / 5 SV KV
KV Hessen	k. A.	k. A.
KV Mecklenburg-Vorpommern	Ultraschalldiagnostik	6 ÄM KV
KV Saarland	Ultraschalldiagnostik	16 ÄM KV
KV Sachsen	Ultraschalldiagnostik	17 ÄM KV / 3 ÄStV KV / 24 Fachbereiche
KV Schleswig Holstein	Ultraschalldiagnostik	5 ÄM KV / 5 ÄStV KV / 6 Ä ex SV
SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN		
KV Brandenburg	schlafbezogene Atmungsstörungen	4 ÄM KV

ÄV KV = ärztlicher Vorsitzender der KV | **ÄM KV** = ärztliches Mitglied der KV | **ÄM KK** = ärztliches Mitglied der Krankenkassen
ÄStV KV = ärztlicher Stellvertreter der KV | **ÄSV KV** = ärztlicher Sachverständiger der KV | **Ä ex SV** = ärztlicher externer Sachverständiger | **MedPhys** = Medizinphysiker | **SV KV** = Sachverständiger der KV | **CT** = Computertomographie
MRT = Magnetresonanz-Tomographie/Kernspintomographie | **HB** = Bremen | **HH** = Hamburg | **MV** = Mecklenburg-Vorpommern
NI = Niedersachsen | **SH** = Schleswig-Holstein

AKKREDITIERUNG / PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

Der zentrale Punkt aller Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die Genehmigungserteilung mit Genehmigungsvorbehalt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Das heißt, die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen je nach Vereinbarung die fachliche Befähigung des Arztes, die Vorgaben zu apparativ-technischen 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 Vereinigung 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, auch zum Beispiel für Teilbereiche, notwendig machen. 2008 wurden für die Genehmigungsverfahren 50.000 Verwaltungsakte von den Kassenärztlichen Vereinigungen bearbeitet.

BEREICHE MIT GENEHMIGUNGSVORBEHALT	
AKUPUNKTUR	ONKOLOGIE
AMBULANTES OPERIEREN	OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN
APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN	PHOTODYNAMISCHE THERAPIE
ARTHROSKOPIE	PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE
BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE	PSYCHOTHERAPIE
HERZSCHRITTMACHER KONTROLLE	STOSSWELLENTHERAPIE BEI HARNSTEINEN
HIV INFEKTIONEN / AIDS ERKRANKUNGEN	STRAHLENDIAGNOSTIK / THERAPIE ▸ ALLGEMEINE RADIOLOGIE ▸ COMPUTERTOMOGRAPHIE ▸ OSTEODENSITOMETRIE ▸ STRAHLENTHERAPIE ▸ NUKLEARMEDIZIN
HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING	
INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE	
INVASIVE KARDIOLOGIE	SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN
KOLOSKOPIE	SCHMERZTHERAPIE
LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN	SOZIALPSYCHIATRIE
LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN	SOZIOTHERAPIE
MAGNETRESONANZ TOMOGRAPHIE (KERNSPINTOMOGRAPHIE)	SUBSTITUTION
MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE	ULTRASCHALLDIAGNOSTIK (46 ANWENDUNGSBEREICHE)
MAMMOGRAPHIE (KURATIV)	VAKUUMBIOPSIE DER BRUST
MAMMOGRAPHIE-SCREENING	ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI
MEDIZINISCHE REHABILITATION	

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. Das waren 2008 für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 200 Prüfungen.

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 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 2008 etwa 2.400-mal statt, wobei der größte Teil, etwa 1.600 Kolloquien, im Leistungsbereich Ultraschalldiagnostik durchgeführt wurde.

FREQUENZREGELUNG

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:

- invasive Kardiologie
- interventionelle Radiologie
- Schmerztherapievereinbarung (Patientenzahlen)
- Koloskopie
- Mammographie (Screening)
- Kernspintomographie der Mamma

Neu ab 2009:
- Vakuumbiopsie der Brust
- Hautkrebs-Screening (histopathologische Untersuchung)
- HIV/Aids-Vereinbarung (Patientenzahlen)

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

REZERTIFIZIERUNG

Ärzten, die Mammographien durchführen, schreibt die gültige Vereinbarung eine zusätzliche Rezertifizierung vor. Alle zwei Jahre müssen sich die Ärzte einer sogenannten Selbstüberprüfung 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. Bis Ende Juni 2009 wurden 5.300 solcher Prüfungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Das heißt, jeder mammographierende Arzt hat diese Prüfung mittlerweile mindestens zweimal durchlaufen. Das stellt einen nicht unerheblichen Aufwand sowohl für den Arzt als auch für die Verwaltung dar, denn jede dieser Prüfungen nimmt bis zu sechs Stunden in Anspruch.

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG

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

EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG

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

Nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung werden bundesweit von mindestens vier Prozent aller abrechnenden Ärzte jeweils zwölf Dokumentationen bei den nachfolgenden Leistungsbereichen geprüft:

- allgemeine Radiologie
- Computertomographie
- Magnetresonanz-Tomographie

Dieser Mindestprüfumfang wird in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich überschritten. Darüber hinaus werden auf Grundlage regionaler Vereinbarungen zusätzliche Stichprobenprüfungen in folgenden Bereichen durchgeführt:

- Arthroskopie
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- Langzeit-EKG
- Onkologie
- schlafbezogene Atmungsstörungen
- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin
- Ultraschalldiagnostik

Auch diese Prüfungen finden nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung statt. Die Ergebnisse dieser obligaten und fakultativen Prüfungen sind von der KBV jährlich an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln und werden hier bei der Beschreibung der einzelnen Bereiche dargestellt. Im Jahr 2008 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt 4.500 Ärzte geprüft.

Weitere Dokumentationsprüfungen, in der Hauptsache nach Vereinbarungen zu § 135 Abs. 2 SGB V, finden regelhaft statt in den Bereichen:

- Akupunktur
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- Magnetresonanz-Angiographie
- phototherapeutische Keratektomie
- Schmerztherapie

Bei folgenden Bereichen ist die Kontrolle noch umfangreicher – bis hin zu einer Vollerhebung, verpflichtenden Zweitmeinung oder zusammenfassenden Jahresstatistik:

- Dialyse
- Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- Koloskopie
- Mammographie
- substitutionsgestützte Behandlung von Opiatabhängigen
- photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- Psychotherapie
- Zytologie

KONTINUIERLICHE FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, zum Beispiel die Schmerztherapie-, 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. Der Nachweis dieser Fortbildung muss alle fünf Jahre, erstmalig im Jahr 2009, durch ein entsprechendes Fortbildungszertifikat der Ärztekammern erbracht werden.

Ein fachlicher Austausch zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten kann interdisziplinär oder intradisziplinär, 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, zum Beispiel durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten, organisatorische und administrative Hilfen sowie durch Moderatorentrainings und Tutoren.

FEEDBACKSYSTEME

Durch die Bereitstellung von Feedbackberichten kann ein Arzt seine eigene Behandlungsqualität mit der anderer 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 durch das von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung. Erstmalig im Herbst 2009 werden auch die Zytologie-Labore einen Feedbackbericht zu den 2008er Daten von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung erhalten.

Insgesamt waren dies im Jahr 2007 für die:

- DMP 96.000 Berichte
- Dialyse 2.400 Berichte
- Koloskopie 1.700 Berichte

BUNDESWEIT GELTENDE QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNGEN UND -RICHTLINIEN

geltende Vereinbarungen und Richtlinien
neue und überarbeitete Vereinbarungen und Richtlinien

bis 1991

- Magnetresonanz-Tomographie (MRT)
- Labor-Spezial
- Psychotherapie
- Röntgen
- Ultraschall
- Zytologie

1992–1994

- ambulante Operationen
- Arthroskopie
- Dialyse
- LDL-Apherese
- Onkologie
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Substitution
- Ultraschall

- Herzschrittmacher-Kontrolle
- MRT
- Labor-Spezial
- Langzeit-EKG
- Psychotherapie
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Ultraschall
- Zytologie

1995–1998

- Lithotripsie
- otoakustische Emissionen
- Stressechokardiographie

- ambulante Operationen
- Arthroskopie
- Dialyse
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- MRT
- Labor-Spezial
- Langzeit-EKG
- LDL-Apherese
- Onkologie
- Psychotherapie
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

1999–2001

- invasive Kardiologie
- Psychotherapie
- ambulante Operationen
- Magnetresonanz-Tomographie der Mamma (MRM)

- ambulante Operationen
- Arthroskopie
- Dialyse
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- MRT
- Labor-Spezial
- Langzeit-EKG
- LDL-Apherese
- Lithotripsie
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- Psychotherapie
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

2002–2003

- Apheresen
- DMP Brustkrebs
- DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
- DMP Koronare Herzerkrankung (KHK)
- Dialyse
- Mammographie
- Koloskopie
- photodynamische Therapie (PDT)
- Soziotherapie
- Substitution

- ambulante Operationen
- Arthroskopie
- Dialyse
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- invasive Kardiologie
- MRT / MRM
- Labor-Spezial
- Langzeit-EKG
- LDL-Apherese
- Lithotripsie
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- Psychotherapie
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

2004–2005

- DMP Asthma / COPD
- DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
- DMP Dm2
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- medizinische Rehabilitation
- Psychotherapie
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte

- ambulante Operationen
- Apherese
- Arthroskopie
- Dialyse
- DMP Brustkrebs
- DMP Dm2
- DMP KHK
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- invasive Kardiologie
- MRT / MRM
- Koloskopie
- Labor-Spezial
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- PDT
- Psychotherapie
- Röntgen / Mammographie
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

2006–2007

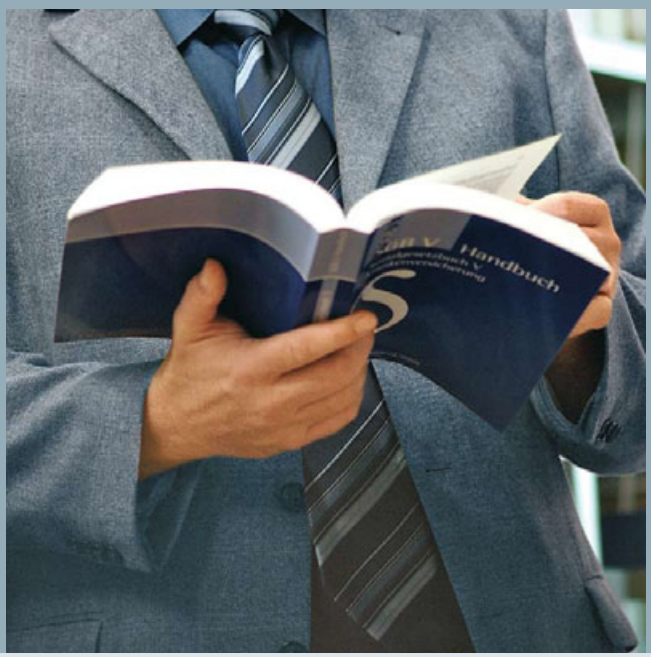
- Akupunktur
- Dialyse
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- interventionelle Radiologie
- Koloskopie
- Magnetresonanz-Angiographie (MRA)
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- PDT
- phototherapeutische Keratektomie (PTK)
- Zytologie

- ambulante Operationen
- Apherese
- Arthroskopie
- DMP Asthma / COPD
- DMP Brustkrebs
- DMP Dm1
- DMP Dm2
- DMP KHK
- Dialyse
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- invasive Kardiologie
- MRT / MRM
- Koloskopie
- Labor-Spezial
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Mammographie-Screening
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- PDT
- medizinische Rehabilitation
- Psychotherapie
- Röntgen / Mammographie
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Substitution
- Ultraschall
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- Zytologie

2008–2009

- Dialyse
- Hautkrebs-Screening (Histopathologie)
- HIV / Aids
- Lp(a)-Apherese
- Mammographie-Screening
- Osteodensitometrie
- Psychotherapie
- Ultraschall
- Vakuumbiopsie der Brust

- Akupunktur
- ambulante Operationen
- Apheresen
- Arthroskopie
- Dialyse
- DMP Asthma / COPD
- DMP Brustkrebs
- DMP Dm1
- DMP Dm2
- DMP KHK
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- interventionelle Radiologie
- invasive Kardiologie
- MRA
- MRT / MRM
- Koloskopie
- Labor-Spezial
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- PDT
- medizinische Rehabilitation
- Psychotherapie
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Substitution
- Ultraschall
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- Zytologie



BUNDESWEIT GELTENDE REGELUNGEN

AKUPUNKTUR

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei wiederholt nicht bestandener Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** jährliche Prüfung von fünf Prozent der Ärzte; zwölf abgerechnete Fälle und 18 abgerechnete Ausnahmefälle hinsichtlich Dokumentation des Therapieplans sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema chronische Schmerzen
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch Vertragspartner festgelegt
✓	**BERATUNG** bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

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: 12.9.2008
Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 9.5.2003

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Indikationsstellung für jeden Einzelfall zu dokumentieren und zur Prüfung an beratende Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** ergänzende ärztliche Beurteilung
	BERATUNG

AMBULANTE OPERATIONEN

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien, Rechtsgrundlage: § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.10.2006

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu organisatorischen, baulichen, apparate-technischen und hygienischen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
✓	**FREQUENZREGELUNG** für Leistungsbereiche (Koloskopie und invasive Kardiologie) analog Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V; weitere Regelungen möglich
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** durch Landeskommission Ambulantes Operieren bei Qualitätsdefiziten nach Datenauswertung
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** Benchmarkbericht über Landeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren; Evaluation über Bundeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren
✓	**BERATUNG** gegebenenfalls am Ort der Leistungserbringung durch Landeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren

ARTHROSKOPIE

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994

✔	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✔✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔✔	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

✔✔ regionale Vereinbarungen

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN ARTHROSKOPIE
auf Grundlage regionaler Vereinbarungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	abrechnende Ärzte III/2008	Routineprüfungen Ärzte (%)	Beanstandungen			
			keine	geringe	erhebliche	schwer wiegende
KV Baden-Württemberg	352	25 (7,1)	0	3	3	19
KV Bayerns	528	226 (42,8)	95*	70*	42*	16*
KV Brandenburg	33	7 (21,2)	0	6	1	0
KV Bremen	26	1 (3,8)	1	0	0	0
KV Mecklenburg-Vorpommern	33	8 (24,2)	2	1	1	4
KV Niedersachsen	216	35 (16,2)	3*	23*	4*	3*
KV Sachsen-Anhalt	31	3 (9,7)	3	0	0	0
KV Schleswig-Holstein	90	18 (20,0)	0	6	5	7

* Teilergebnisse

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009 **Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten,** Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2009 **Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse),** Rechtsgrundlage: § 136 und § 136a SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert 3.10.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
✓	**REZERTIFIZIERUNG** quartalsweise Auswertung der Vollerhebung mit gegebenenfalls Veranlassung einer Stichprobenprüfung (ab 1.1.2009: bei Mängeln Auflagen, gegebenenfalls Genehmigungsentzug)
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und im Rahmen der Überprüfungsverfahren
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** vierteljährliche Stichprobenprüfung bei auffälligen Werten, bei begründetem Verdacht und durch Zufallsauswahl
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** Vollerhebung; elektronische Dokumentation extern durch Datenanalyst: vergleichende Quartalsberichte an Kassenärztliche Vereinigungen und jede Einrichtung; Jahresberichte an den Gemeinsamen Bundesausschuss
✓	**BERATUNG** bei Auffälligkeiten in der Stichprobenprüfung und auf Wunsch der Einrichtung

EXKURS DIALYSE – BUNDESWEITE ERGEBNISSE IM VERGLEICH

VERGLEICHENDE DARSTELLUNG DER JAHRESBERICHTE DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN GEMÄSS ANLAGE 6 DER QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE

	Teilnahme an datengeschützter Qualitätssicherung, Anzahl Ärzte 2)				Informations-schreiben	Stellungnahme-vertrag
	I/2008	II/2008	III/2008	IV/2008		
KV Baden-Württemberg	73	72	70	74	81	61
KV Bayerns	125	125	125	124	0	21
KV Berlin	32	32	32	33	87	4
KV Brandenburg	24	24	24	24	24	6
KV Bremen	7	7	7	7	0	0
KV Hessen	58	58	57	59	48	9
KV Niedersachsen	76	76	76	76	20	20
KV Hamburg 1)	14	14	14	14	101	3
KV Mecklenburg-Vorpommern 1)	25	25	25	25		5
KV Schleswig-Holstein 1)	23	23	23	23		11
KV Nordrhein	80	80	80	80	0	16
KV Rheinland-Pfalz	38	38	38	38	38 3)	0
KV Saarland	12	12	12	12	0	3
KV Sachsen	36	36	35	35	0	13
KV Sachsen-Anhalt	25	26	24	26	26	5
KV Thüringen	23	23	23	23	92	5
KV Westfalen-Lippe	69	69	69	69	39 4)	0
Gesamt	740	740	734	742	556	182

1) Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung der Nord-KVen mit einer QS-Kommission 2) Dialyseeinrichtungen 3) Informationsveranstaltung für alle Dialyseeinrichtungen Dezember 2008 4) Mängelabhängige Informationsschreiben | Stand: 26. Juni 2009

Die Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse ist in das zweite Jahr gegangen. Die Datenübermittlungswege von der Dialyseeinrichtung über die Kassenärztliche Vereinigung zum Zentralen Datenanalysten und wieder zurück sind mittlerweile zur Routine geworden. Ende 2008 haben 727 Einrichtungen knapp 76.000 Dialysefälle gemeldet. Das ist eine Teilnahmequote von 96,5 Prozent.

Die Qualitätssicherungskommissionen Dialyse wurden bereits 2007 in allen Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet, im Norden haben sich die Bereiche Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen, die von einer Qualitätssicherungskommission mit Sitz in Hamburg betreut wird. Anhand der seit Ende 2007 quartalsweise erscheinenden Rückmeldeberichte konnten die in der Regel vierteljährlich tagenden Qualitätssicherungskommissionen 2008 erste Erfahrungen hinsichtlich möglicher Kriterien zur Aufnahme von Stichprobenprüfungen und gegebenenfalls zur Einleitung anschließender qualitätsfördernder Maßnahmen machen. In zwei von der KBV veranstalteten Workshops hatten die Qualitätssicherungskommissionen der Länder die Gelegenheit, sich über die aktuellen Entwicklungen zu informieren und untereinander auszutauschen sowie sich auf ein gemeinsames Vorgehen zu verständigen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss begleitet die Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse in einer Arbeitsgruppe. Die dort gewonnenen Erkenntnisse sollen in eine für 2010 geplante Über-

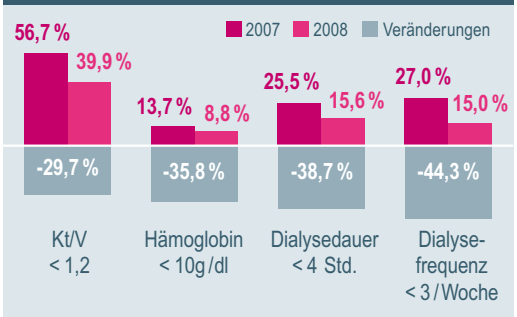
	Kommissions-sitzungen	(Stichproben-) prüfungen	Aufforderungen Mängelbeseitigung	Beratungs-gespräche	Genehmigungen mit Auflagen	Widerrufe Genehmigungen
	4	0	0	1	0	0
	4	21	10	8	0	0
	4	1	0	0	0	0
	5	1	0	0	0	0
	3	0	0	1	0	0
	4	24	24	1	0	0
	5	20	20	20	0	0
	2	0	3	0	0	0
		0	0	0	0	0
		1	3	0	0	0
	4	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0
	11	17	3	2	0	0
	4	0	0	0	0	0
	4	0	0	1	0	0
	4	1	1	1	0	0
	4	39	0	0	0	0
	66	125	64	35	0	

arbeitung der Qualitätssicherungs-Richtlinie einfließen. Darüber hinaus soll die Möglichkeit einer Längsschnittdarstellung geschaffen werden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen wurden jetzt mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch Einführung des § 299 SGB V gesetzt. Danach dürfen Sozialdaten zum Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auch ohne Einwilligung des Patienten erhoben und verarbeitet werden.

Im Frühjahr 2009 ist der erste Jahresbericht[1] (zu 2007) des Zentralen Datenanalysten MNC herausgekommen, der Bericht[2] zu 2008 wurde im September 2009 veröffentlicht. Danach zeigt die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse Wirkung: Verglichen mit den Ergebnissen von 2007 haben sich die Anteile der auffälligen Dialyseeinrichtungen in allen vier Kernparametern zur Hämodialyse verringert. Eine Dialyseeinrichtung wird dann auffällig, wenn je Qualitätsparameter bei mehr als 15 Prozent der behandelten Patienten die vorgegebenen Grenzwerte für den jeweiligen Parameter nicht erreicht wurden. So konnte beispielsweise der Anteil der Einrichtungen, die über 15 Prozent der Patienten mit einem Kt/V-Wert unter 1,2 haben, von 57 um fast ein Drittel auf etwa 40 Prozent gesenkt werden. Ein besonderes Qualitätskriterium für eine gute Dialysebehandlung ist eine Mindesthäufigkeit von drei Dialysen pro Woche. Hier konnte der Anteil der Dialysepraxen, die nicht diese Mindesthäufigkeit erfüllten, von 27 auf 15 Prozent beinahe halbiert werden.

Betrachtet man die bundesweiten Ergebnisse quartalsweise auf Patientenebene, so zeigt sich seit Beginn der verpflichtenden Datenübermittlung im 3. Quartal 2007 bis Ende 2008 ein kontinuierlicher

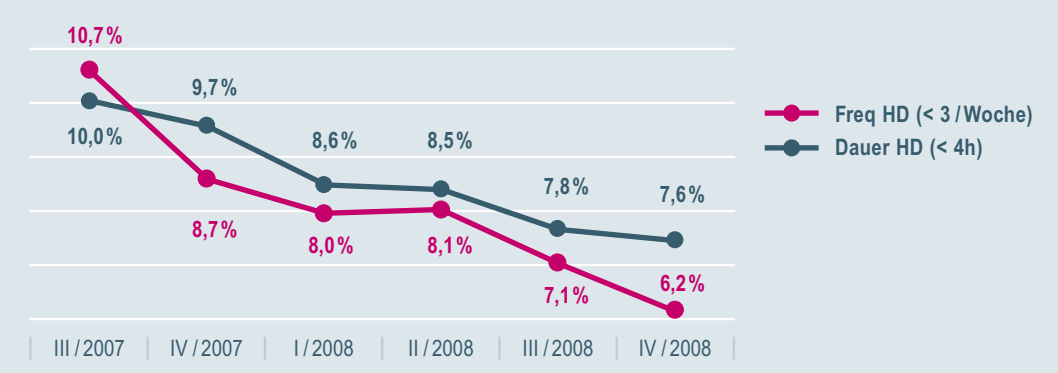
ANTEIL AUFFÄLLIGER EINRICHTUNGEN
ZUSAMMENFASSUNG QUALITÄTSINDIKATOREN ZUR HÄMODIALYSE



Rückgang der Anteile von Dialysepatienten, die kürzer als vier Stunden und seltener als dreimal pro Woche dialysiert wurden. Hierbei handelt es sich um die Parameter, die eine besonders schonende Entgiftung und Entwässerung der niereninsuffizienten Patienten darstellen und gleichzeitig direkte Auswirkungen auf den Ressourceneinsatz der Dialysepraxis haben.

Die vier Kernparameter der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse beziehen sich allerdings ausnahmslos auf die Prozessqualität. Darüber, ob die hier dargestellte verbesserte Prozessqualität auch tatsächlich Auswirkungen auf die Ergebnisqualität, also auf die Lebensqualität und Überlebensdauer der dialysepflichtigen Patienten hat, lässt sich derzeit nur spekulieren. Nach Aktualisierung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (voraussichtlich 2010), unter Einbezug der Ermöglichung von Längsschnittuntersuchungen, lassen sich künftig auch darüber Aussagen machen. Somit könnte eine Qualitätssicherungsmaßnahme auch einen Beitrag zur Versorgungsforschung leisten.

ENTWICKLUNG DER KERNPARAMETER ZUR HÄMODIALYSE
DIALYSEHÄUFIGKEIT (FREQ HD) UND DIALYSEDAUER (DAUER HD) OHNE HEIMDIALYSE – BUNDESWEIT



1) www.g-ba.de/downloads/17-98-2645/2008-11-20_Jahresbericht2007-dialyse.pdf
2) www.g-ba.de/downloads/40-268-970/2009-08-20-Jahresbericht2008-Dialyse_Bericht.pdf

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2006

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis apparativer Ausstattung
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

✓ regionale Vereinbarungen

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE
auf Grundlage regionaler Vereinbarungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	abrechnende Ärzte III/2008	Routineprüfungen Ärzte (%)	Beanstandungen			
			keine	geringe	erhebliche	schwer wiegende
KV Berlin	60	10 (16,7)	9	1	0	0
KV Thüringen	59	17 (28,8)	8	4	0	5

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

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis apparativer Ausstattung und Archivierungsmöglichkeiten
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** im Rahmen der Genehmigungserteilung bei abweichender aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung
✓	**FREQUENZREGELUNG** jährliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** jährlich vier Prozent der Ärzte zu zehn im Rahmen des Hautkrebs-Screenings abgerechneten dermatohistologischen Fällen
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** Fallkonferenz / Zweitmeinung bei nicht eindeutigen Erstdiagnosen
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
✓	**BERATUNG** bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

HAUTKREBS-SCREENING (HISTOPATHOLOGIE) – DIE NEUE VEREINBARUNG

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. November 2007 wurde das Hautkrebs-Screening zum 1. Juli 2008 als Präventionsleistung in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Diese Entscheidung trägt der Tatsache Rechnung, dass Hautkrebs in einem frühen Stadium erkannt und behandelt werden kann. Davon sollen möglichst viele Versicherte profitieren. Hochrechnungen, aus dem Modellprojekt Hautkrebs-Screening Schleswig-Holstein, lassen in Deutschland jährlich etwa 120.000 Neuerkrankungen verschiedener Formen des Hautkrebses vermuten. An dem sogenannten malignen Melanom, einer besonders gefährlichen Krebserkrankung, sterben danach in Deutschland circa 2.000 Menschen pro Jahr.

Die zweijährliche Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs können Dermatologen oder Hausärzte vornehmen. Wenn ein Verdacht auf Hautkrebs besteht, wird dieser immer durch einen Dermatologen abgeklärt, zunächst durch die visuelle Untersuchung und gegebenenfalls durch eine Gewebeentnahme. Die histopathologische Beurteilung der Gewebeproben ist in der diagnostischen Kette von ausschlaggebender Bedeutung für das weitere therapeutische Vorgehen. Aus diesem Grund haben sich die Partner der Bundesmantelverträge, das heißt die KBV und der GKV-Spitzenverband, auf eine Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Histopathologie beim Hautkrebs-Screening verständigt, die zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten ist. Sie entsprechen damit einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind:

- Festlegung einer Eingangsqualifikation: Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen oder 6.000 dermatohistologischen Präparaten
- Befundung von jährlich mindestens 1.000 dermatohistologischen Präparaten
- Einholung einer Zweitmeinung bei unklaren Befunden
- Standardisierung der ärztlichen Dokumentation mit festgelegten Vorgaben unter anderem zu Angaben über den mikroskopischen Befund und die Diagnose
- stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation durch die KVen

Ob diese Ganzkörperuntersuchung der Haut tatsächlich zu einer Verminderung von schwer verlaufenden Erkrankungen und Todesfällen führt, wird spätestens fünf Jahre nach Einführung dieser Präventionsleistung überprüft.

HIV / AIDS

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 / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis apparativer Ausstattung
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** im Rahmen der Genehmigungserteilung bei abweichender aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung sowie bei begründeten Einzelfällen unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung
✓	**FREQUENZREGELUNG** jährlich durchschnittlich 25 Fälle pro Quartal; unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite kann die Mindestanzahl unterschritten werden
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** jährlich zehn Prozent der behandlungsführenden Ärzte zu zehn abgerechneten Fällen
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** regelmäßige Teilnahme an HIV / Aids-spezifischen interdisziplinären Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen und Arbeitsgruppen
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
✓	**BERATUNG** bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

HIV / AIDS – DIE NEUE VEREINBARUNG

Die ärztliche Betreuung und Behandlung von HIV-Infizierten beziehungsweise an Aids erkrankten Patienten (HIV/Aids-Patienten) hat nicht zuletzt durch die in den vergangenen Jahren rasant weiterentwickelte medikamentöse Therapie erhebliche Fortschritte gemacht. Die aufgrund der antiretroviralen Therapieoptionen erzielte Verlängerung der Lebenserwartung der HIV/Aids-Patienten führte in den Praxen zu einer Erweiterung des Therapiespektrums, auch aufgrund von altersbedingten Begleiterkrankungen. Doch sind die spezifischen Nebenwirkungen dieser Kombinationstherapien nicht unerheblich, so dass engmaschige Kontrollen und häufig individuelle Anpassungen der Zusammenstellung der Arzneimittelkombinationen notwendig werden. Die Betreuung und Behandlung von HIV/Aids-Patienten erfordert somit von den verantwortlichen Ärzten ein hohes Maß an Engagement hinsichtlich einer individuellen aktivierenden Patientenführung, aber auch hinsichtlich der Aneignung ständig weiterentwickelter Therapieoptionen in den verschiedenen Stadien des Krankheitsbildes HIV/Aids.

Um diesen besonderen Anforderungen Rechnung zu tragen und um die spezialisierte Versorgung von HIV/Aids-Patienten weiter zu fördern sowie künftig eine flächendeckende Versorgung nach einheitlichen Qualitätsstandards sicherstellen zu können, haben sich die Partner der Bundesmantelverträge auf die Einführung einer Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion beziehungsweise Aids-Erkrankung („Qualitätssicherungs-Vereinbarung HIV/Aids“) nach § 135 Abs. 2 SGB V geeinigt. Diese Vereinbarung definiert Qualitätssicherungsmaßnahmen von Leistungen zur Betreuung dieser Patienten durch sogenannte behandlungsführende Ärzte und ist zum 1. Juli 2009 in Kraft getreten.

Die Vereinbarung umfasst Anforderungen an eine patientengruppenübergreifende spezialisierte Versorgung, ergänzt um einen patientengruppenabhängigen Bereich. Danach gehört zur sogenannten Basisbetreuung die regelmäßige Untersuchung des Patienten, die Steuerung und Koordination der Behandlung, die Beratung des Patienten, die Durchführung eines Recall-Systems, die aktive Beteiligung des Patienten sowie die Dokumentation. Die regelmäßige Untersuchung des Patienten umfasst

insbesondere die Bestimmung der CD4-Zellen und der Viruslast, die Veranlassung sowie Bewertung weiterer erforderlicher Laboruntersuchungen, die Untersuchung und Beratung zu sexuell übertragbaren Krankheiten und Untersuchungen auf Erkrankungen, die bei diesen Patienten häufiger auftreten. Die Steuerung und Koordination der Behandlung beinhaltet auch die psychosoziale Versorgung und die Vermittlung von geeigneten Beratungsangeboten bis hin zur Kooperation mit spezialisierten Pflegediensten und Hospizen.

Grundlage der in dieser Vereinbarung vorgegebenen Dokumentationsstandards waren in einigen Regionen bereits eingesetzte und mit dem Robert Koch-Institut abgestimmte Parameter. Aus der quartalsweise zu erstellenden ärztlichen Dokumentation müssen unter anderem die aktuellen Laborparameter, HIV-assoziierte beziehungsweise Aids-definierende Erkrankungen, Koinfektionen, veranlasste oder vom behandlungsführenden Arzt selbst durchgeführte Prophylaxemaßnahmen und Untersuchungen sowie die gegebenenfalls verordneten antiretroviralen Kombinationstherapien hervorgehen. Aus diesen Informationen lässt sich im Rahmen der von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgenommenen Dokumentationsprüfungen (jährlich zehn Prozent der teilnehmenden Ärzte zu zehn abgerechneten Fällen) beurteilen, ob im Einzelfall eine leitliniengerechte Behandlung stattgefunden hat.

Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist an den Nachweis von im Schnitt 25 betreuten Patienten pro Quartal gebunden. In begründeten Einzelfällen können die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten von dieser Regelung abweichen. Zudem müssen die Ärzte jährlich 30 Fortbildungspunkte zu diesem speziellen Themenkomplex nachweisen, womit eine kontinuierliche Fortbildung gewährleistet werden soll.

Die Vereinbarung zielt auf die Förderung von Arztpraxen, die schwerpunktmäßig HIV/Aids-Patienten versorgen. Daher haben Ärzte, die in der Dokumentationsprüfung auffällig waren, zunächst die Möglichkeit, Stellung zu nehmen. Sofern die Bedenken nicht ausgeräumt werden können, folgt ein kollegiales Fachgespräch, in dem gegebenenfalls individuelle Ziele vereinbart werden. Damit wird einem kontinuierlichen Fortbildungsprinzip Rechnung getragen. Ein Genehmigungswiderruf erfolgt nur dann, wenn der betreffende Arzt eine Teilnahme an den genannten Qualifizierungsmaßnahmen ablehnt.

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen für Durchführung und Nachbetreuung; organisatorische Vorgaben für Durchführung und Nachbetreuung
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
✓	**FREQUENZREGELUNG** innerhalb zwölf Monaten 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen; bei Genehmigung zu therapeutischen Eingriffen davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Kassenärztliche Vereinigung kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

INVASIVE KARDIOLOGIE

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1999

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
✓	**FREQUENZREGELUNG** innerhalb zwölf Monaten 150 Linksherzkatheterisierungen, bei Genehmigung zu therapeutischen Katheterisierungen davon mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Kassenärztliche Vereinigung kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

KOLOSKOPIE

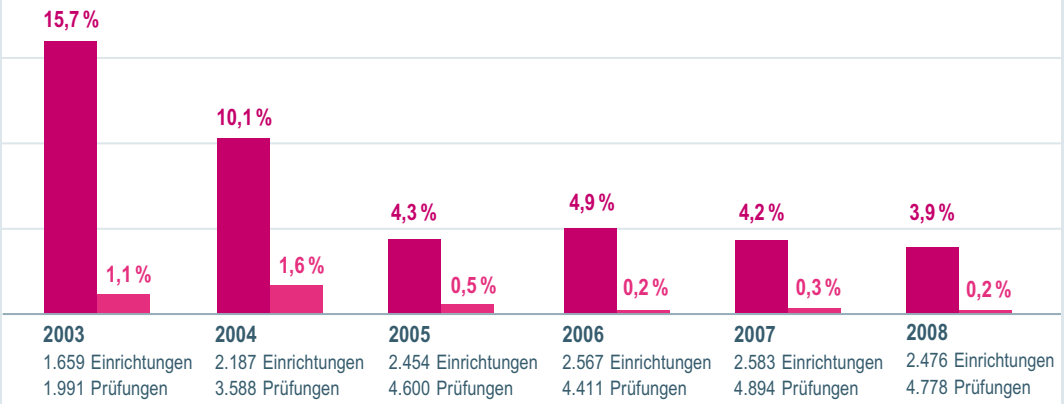
Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.10.2006

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und ggf. bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
✓	**FREQUENZREGELUNG** innerhalb zwölf Monaten 200 totale Koloskopien, zehn Polypektomien, jeweils ohne Mängel; gilt nicht für Kinderärzte und Kinderchirurgen
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** Hygieneprüfung durch anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Begehung durch die Kommission gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** von allen Ärzten Dokumentationen von 20 abgerechneten totalen Koloskopien und zu fünf Polypektomien, außer bei Kinderärzten und Kinderchirurgen
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Ergebnisse der Hygieneprüfung sowie arztbezogene Auswertung der durchgeführten Polypektomien; Bericht an Vertragspartner
✓	**BERATUNG** bei Mängeln in der Hygieneprüfung, gegebenenfalls am Ort der Leistungserbringung

Eine Besonderheit der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie ist die halbjährlich durchzuführende Hygieneprüfung. Die Prüfungen führen Hygieneinstitute durch, die ihre Expertise gegenüber den beauftragenden Kassenärztlichen Vereinigungen nachgewiesen haben. Stellen sie bei den Prüfungen Mängel fest, hat die Einrichtung drei Monate Zeit, diese abzustellen. Danach erfolgt eine erneute Prüfung. Falls hier wiederum Mängel auftreten, muss sich die Praxis innerhalb von sechs Wochen noch einmal prüfen lassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben – je nach Prüfergebnis – die Möglichkeit, einen Widerruf der Genehmigung auszusprechen.

Hygieneprüfungen in dieser Form werden mittlerweile seit dem Jahr 2002 durchgeführt. An den Ergebnissen sieht man deutlich, dass diese Prüfungen mehr und mehr zu verbesserten Routineprozeduren in den Praxen geführt haben. Lag die Beanstandungsquote in der ersten Prüfrunde noch bei 16 Prozent, hat sie sich nun in einem Bereich um vier Prozent eingespielt. Nur in Außnahmefällen ist eine dritte Prüfung notwendig. Untersuchungen darüber, ob diese Beanstandungsquoten im Vergleich zu stationären Einrichtungen oder gar im internationalen Vergleich hoch oder niedrig sind, liegen nicht vor.

PROZENTUALE ANTEILE AN WIEDERHOLUNGEN DER HYGIENEPRÜFUNGEN



Angaben zu 2003 aus 14 | 2004 aus 15 | 2005, 2006, 2008 aus 16 | 2007 aus 17 KVen

Wiederholungen nach drei Monaten Wiederholungen nach sechs Wochen

WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGEN NACH 3 MONATEN
DURCHGEFÜHRTE ROUTINEPRÜFUNGEN IN DEN KVEN IN PROZENT

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
KV Baden-Württemberg	20,0	4,0	4,5	3,5	3,6	2,9
KV Bayerns	k. A.	k. A.	0,7	0,4	3,6	1,2
KV Berlin	19,1	10,1	4,3	5,4	1,3	10,3
KV Brandenburg	11,1	1,2	1,8	k. A.	0,6	0,8
KV Bremen	k. A.	k. A.	k. A.	9,4	7,1	0
KV Hamburg	32,4	11,5	10,6	9,8	2,7	3,7
KV Hessen	k. A.	k. A.	0,4	2,4	2,1	0,8
KV Mecklenburg-Vorpommern	21,6	13,0	7,6	7,9	2,4	10,7
KV Niedersachsen	k. A.	17,4	7,9	5,6	9,3	7,1
KV Nordrhein	5,4	14,5	9,9	9,8	7,3	6,7
KV Rheinland-Pfalz	15,7	19,6	10,8	12,8	12,3	12,4
KV Saarland	k. A.	11,1	3,4	1,8	1,1	2,4
KV Sachsen	11,3	4,7	1,2	k. A.	0,7	0,7
KV Sachsen-Anhalt	23,1	3,3	1,6	4,1	4,9	k. A.
KV Schleswig-Holstein	9,3	5,1	4,8	0	2,1	3,2
KV Thüringen	16,2	5,3	5,7	3,3	0,8	0
KV Westfalen-Lippe	13,9	14,7	6,8	5,7	0,5	5,1

Der Widerruf einer Abrechnungsgenehmigung für die Koloskopie ist aus verschiedenen Gründen möglich. Bestehen trotz erneuter Prüfungen weitere Mängel in der Hygiene oder hat der Arzt auch in einem zweiten Jahr nicht die in der Vereinbarung vorgesehene Frequenz erreicht oder gibt es schwerwiegende Mängel bei der Durchführung, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen berechtigt und verpflichtet, einen Widerruf auszusprechen. Betrachtet man die Summe der Ärzte (2.718) und Praxen (2.583) ist dies immer eine Ausnahme. Im Jahr 2007 wurden 26 Widerrufe, im Jahr 2008 15 Widerrufe ausgesprochen.

KOLOSKOPIE 2008 15 WIDERRUFE DER GENEHMIGUNGEN, ANGABEN ZU 16 KVEN

Hygienequalität	6
Mängel ausschließlich bei totalen Koloskopien	1
Nichterreichen der Mindestzahl ausschließlich bei totalen Koloskopien	4
Mängel ausschließlich bei Polypektomien	1
Nichterreichen der Mindestzahl ausschließlich bei Polypektomien	0
Mängel sowohl bei totalen Koloskopien als auch bei Polypektomien	2
Nichterreichen der Mindestanzahl sowohl bei totalen Koloskopien als auch bei Polypektomien	1

ERNEUTE WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGEN NACH 6 WOCHEN
DURCHGEFÜHRTE ROUTINEPRÜFUNGEN IN DEN KVEN IN PROZENT

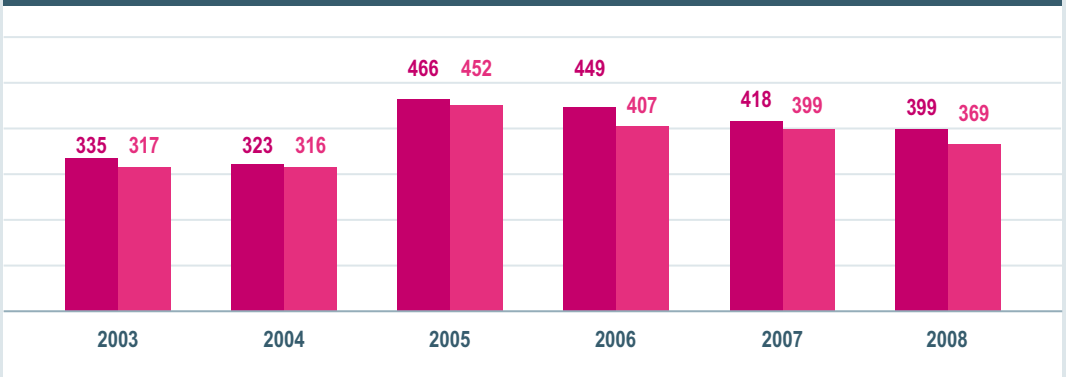
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
KV Baden-Württemberg	1,7	0,4	0	0,3	0,3	0,2
KV Bayerns	k. A.	k. A.	0,3	0	0,4	0
KV Berlin	1,5	0	0	0	0	0
KV Brandenburg	0	0	0	k. A.	0	0
KV Bremen	k. A.	k. A.	k. A.	0	0	0
KV Hamburg	1,5	0,9	0,9	0,9	0	0
KV Hessen	k. A.	k. A.	0	0	0	0
KV Mecklenburg-Vorpommern	0	1,1	0	0	0	0
KV Niedersachsen	k. A.	3,5	2,4	0,8	0,7	0,7
KV Nordrhein	0,5	3,9	1,7	0	0	0,5
KV Rheinland-Pfalz	0	6,8	4,7	1,2	1,5	1,2
KV Saarland	k. A.	1,1	0	0	0	0
KV Sachsen	0	0,6	0	k. A.	1,3	0
KV Sachsen-Anhalt	1,9	0	0	0	0	k. A.
KV Schleswig-Holstein	1,0	0,7	0,7	0	0	0
KV Thüringen	0	0	0	0	0	0
KV Westfalen-Lippe	1,5	0,8	0	0	0,5	0,3

LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN

Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen /vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie, Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 9.5.1994

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Befreiung von obligatem Kolloquium möglich
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

KOLLOQUIEN ZUR EINGANGSPRÜFUNG BEISPIEL: LABOR SPEZIAL, GÜLTIG SEIT 9.5.1994



Anzahl Kolloquien bestandene Kolloquien

Angaben zu 2003 ohne Bayern und Rheinland-Pfalz | zu 2004 ohne Baden-Württemberg | zu 2006 ohne Sachsen | zu 2008 ohne Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt | Stand 31.7.2009

Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Kapitel 32.3 beziehungsweise 1.7 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) rechnen bundesweit etwa 14.000 Ärzte ab. Alle Ärzte, die diese Genehmigung erhalten möchten, müssen vor der zuständigen Kommission ihrer Kassenärztlichen Vereinigung ein Kolloquium bestehen. Ausgenommen hiervon sind lediglich die Laborärzte, weitere Ausnahmen gelten für Mikrobiologen und Transfusionsmediziner bei bestimmten Untersuchungen. Dies betrifft bundesweit etwa 690 Laborärzte, 190 Mikrobiologen und 90 Transfusionsmediziner, die in der vertragsärztlichen Versorgung arbeiten. Alle anderen Ärzte haben in diesem Bereich, auch aufgrund ihrer Weiterbildungsordnungen, unterschiedlichste Vorkenntnisse. Der Effekt dieser Kolloquien ist vor allem in einer individuellen gezielten Fortbildung der Ärzte zu sehen. Die Bestehensquote liegt bei über 90 Prozent.

LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1992

✔	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

✓ regionale Vereinbarungen

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN
auf Grundlage regionaler Vereinbarungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	abrechnende Ärzte III/2008	Routineprüfungen Ärzte (%)	Beanstandungen			
			keine	geringe	erhebliche	schwer wiegende
KV Berlin	509	16 (3,1)	13	2	0	1
KV Bremen	161	9 (5,6)	7	2	0	0
KV Mecklenburg-Vorpommern	176	12 (6,8)	8	3	1	0
KV Sachsen-Anhalt	224	25 (11,2)	14	7	0	4
KV Westfalen-Lippe	1.011	56 (5,5)	14	25	10	7

MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE (KERNSPINTOMOGRAPHIE)

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2001 **Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie),** Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung; bei der Magnetresonanz-Tomographie der Mamma: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; Kolloquium bei Unterschreiten der Mindestfallzahl
✓	**FREQUENZREGELUNG** Magnetresonanz-Tomographie der Mamma: innerhalb zwölf Monaten 50 Fälle
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung, Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss; Magnetresonanz-Tomographie der Mamma, praxisintern: histologische Verifikation von positiven Befunden
	BERATUNG

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007 **Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie),** Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung und bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** 20 Prozent der Ärzte; Dokumentation zu zwölf abgerechneten Patienten und allen (maximal 30) Angiographien der Venen, insbesondere zur Indikationsstellung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche statistische Auswertung der Dokumentationsprüfung mit Rückmeldung an die Vertragspartner
✓	**BERATUNG** gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN
nach der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)

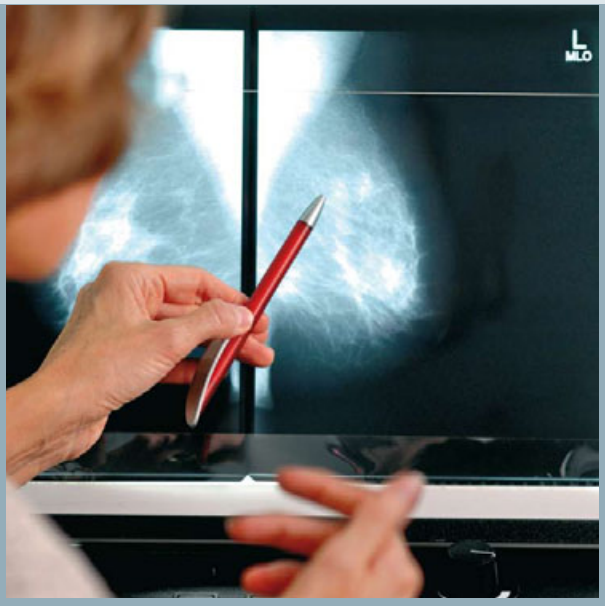
	abrechnen-de Ärzte III/2008	Routine-prüfungen Ärzte (%)	Beanstandungen			
			keine	geringe	erhebliche	schwer wiegende
KV Baden-Württemberg	279	44 (15,8)	36	8	0	0
KV Bayerns	413	89 (21,5)	25	51	13	0
KV Berlin	117	0				
KV Brandenburg	35	0				
KV Bremen	28	26 (92,9)	20	6	0	0
KV Hamburg	62	2 (3,2)	1	1	0	0
KV Hessen	152	7 (4,6)	6	0	1	0
KV Mecklenburg Vorpommern	39	2 (5,1)	2	0	0	0
KV Niedersachsen	155	20 (12,9)	4	14	2	0
KV Nordrhein	315	58 (18,4)	50	8	0	0
KV Rheinland-Pfalz	133	12 (9,0)	12	0	0	0
KV Saarland	34	2 (5,9)	2	0	0	0
KV Sachsen	86	5 (5,8)	3	1	1	0
KV Sachsen-Anhalt	45	4 (8,9)	4	0	0	0
KV Schleswig-Holstein	71	3 (4,2)	3	0	0	0
KV Thüringen	64	4 (6,3)	4	0	0	0
KV Westfalen-Lippe	188	14 (7,4)	5 *	5 *	2 *	1 *

* Teilergebnisse

MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.1.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; Eingangsprüfung
✓	**EINGANGSPRÜFUNG** Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle)
✓	**KOLLOQUIUM** bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
✓	**REZERTIFIZIERUNG** alle zwei Jahre Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung von allen Ärzten Dokumentation zu zehn abgerechneten Fällen, danach alle 24 Monate
✓	**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
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** Benchmarkbericht an den Arzt nach Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; jährliche statistische Auswertung der Eingangs-, Aufrechterhaltungs- und Dokumentationsprüfung mit Rückmeldung an die Vertragspartner
✓	**BERATUNG** gegebenenfalls bei erfolgloser Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung beziehungsweise bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung



EXKURS MAMMOGRAPHIE – ERGEBNISSE DER DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Gynäkologen und Radiologen, die Mammographien in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen möchten, benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Um diese zu bekommen, müssen sie die Eingangsprüfung nach Abschnitt C der Mammographie-Vereinbarung bestehen. Auch zum Erhalt der Genehmigung müssen sie ihre Arbeit regelmäßig überprüfen lassen. Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie enthält mit regelmäßigen Fallsammlungsprüfungen (Abschnitt D) und Dokumentationsprüfungen (Abschnitt E) zwei solche Instrumente zur Sicherung und Förderung der Qualität. Beide Maßnahmen unterliegen einem zweijährigen Rhythmus und werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel jeweils im Wechsel eingeleitet. Die Maßnahmen betreffen jeden Genehmigungsinhaber. Von der regelmäßigen Fallsammlungsprüfung befreit sind diejenigen Ärzte, die aufgrund einer entsprechenden Genehmigung im Mammographie-Screening-Programm gemäß Anlage 9.2 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassenvertrag (BMV-Ä/EKV) dort vergleichbare Prüfungen (in einem kürzeren Zeitintervall) ablegen.

Im Fokus der Fallsammlungsprüfung nach Abschnitt D stehen die korrekte Befundung von Mammographie-Aufnahmen und die Treffsicherheit im Umgang mit dem in § 12 der Mammographie-Vereinbarung ausgeführten fünfstufigen Kategoriensystem unter Prüfungsbedingungen.

Die Dokumentationsprüfung nach Abschnitt E dagegen legt die Qualität der Versorgung in ihren Teilschritten dar: Schlüssigkeit der Indikationsstellung der Mammographieaufnahmen und der Befundung sowie alle relevanten Parameter der Bildqualität.

DURCHFÜHRUNG DER PRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT E

Zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation werden von jedem Arzt, der kurative Mammographien als vertragsärztliche Leistung erbringt, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen die bildlichen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen) und die schriftlichen Dokumentationen von jeweils zehn Patientinnen (Fälle) angefordert. Fachkundige Kommissionen nehmen die Überprüfung vor und stellen fest, ob die Dokumentationen als „regelgerecht“ (Stufe I), „eingeschränkt“ (Stufe II) oder „unzureichend“ (Stufe III) einzustufen sind. Im Normalfall liegen 40 Einstufungen je Arzt vor, zehn Fälle zu je vier Aufnahmen. Dabei wird berücksichtigt, dass zum Beispiel die Schlüssigkeit der Befundung nur einmal je Seite dokumentiert wird und die Symmetrie der Aufnahmen nur einmal je Ebene.

In Anlage IV der Mammographie-Vereinbarung sind die Kriterien für die Stufeneinteilung präzise vorgegeben. Die Kriterien beziehen sich auf die Einstellung der Aufnahmen, Beschriftung, Belichtung und Kontrast, Kompression, Bewegungsunschärfen, Artefakte, Hautfalten, Symmetrie sowie Schlüssigkeit von Indikationsstellung und Befundung.

Das Gesamtergebnis je geprüftem Arzt wird von der Kassenärztlichen Vereinigung formal festgestellt. Die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation sind erfüllt, wenn keine Beurteilung nach Stufe III und weniger als 13 Beurteilungen nach Stufe II erfolgt sind. Liegt eine Beurteilung nach Stufe III vor, sind die Anforderungen auch erfüllt, wenn gleichzeitig weniger als zwölf Beurteilungen nach Stufe II erfolgt sind.

Ärzte, die die Anforderungen nicht erfüllen, müssen die Dokumentationsprüfung innerhalb von sechs Monaten beziehungsweise drei Monaten (bei zwei oder mehr Beurteilungen nach Stufe III) erneut ablegen. Werden die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation auch bei der erneuten Überprüfung nach dem auf sechs beziehungsweise drei Monate verkürzten Intervall nicht erfüllt, ist die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistung der kurativen Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung zu widerrufen.

DATEN ZUR STATISTISCHEN AUSWERTUNG

Bis auf eine Ausnahme (aufgrund des Zweijahresrhythmus) wurden 2008 in allen Kassenärztlichen Vereinigungen Prüfungen nach Abschnitt E durchgeführt. Zwölf dieser Kassenärztlichen Vereinigungen stellten die vollständigen Prüfberichte mit der Darstellung der einzelnen Dokumentationsstufen der KBV eigeninitiativ zur statistischen Erfassung zur Verfügung. Die Unterlagen umfassten die anonymisierten Angaben zu dem jeweiligen Arzt, die Mängelberichte zu den zehn Fällen der Stichprobe je Arzt sowie ein Resümee der Qualitätssicherungskommission. Für das Jahr 2008 sind der KBV Protokolle zu 661 Prüfungen vorgelegt worden.

DARSTELLUNG PRÜFUNGSERGEBNISSE 2008					
	gesamt Anzahl	bestanden Anzahl	%	nicht bestanden Anzahl	%
Alle vorgelegten Prüfungen	661	593	89,7	68	10,3
davon reguläre Prüfungen	622	562	90,4	60	9,6
Wiederholungsprüfungen	37	30	81,1	7	18,9
keine Angabe	2	1	50,0	1	50,0

DARSTELLUNG ALLER BEANSTANDUNGEN		
	Anzahl	Anteil %
Prüfungen	661	
einbezogene Fälle	6.575	
geprüfte Aufnahmen	25.935	
davon Stufe I	22.775	87,8
Stufe II	2.742	10,6
Stufe III	418	1,6

ERGEBNISSE

Von den 661 Prüfungen waren 68 nicht bestanden, das entspricht 10,3 Prozent. Bei 37 der 661 Prüfungen handelte es sich um eine Wiederholungsprüfung. Aufgrund der Vorgaben zum Prüfintervall bei nicht bestandener Prüfung ist zu erwarten, dass in der Gesamtanzahl Ärzte enthalten sind, die im Erhebungszeitraum zwei Prüfungen abgelegt haben.

Die Auswertungen zu den Fallsammlungsprüfungen nach Abschnitt C und D der Vereinbarung haben gezeigt, dass Wiederholer zu einem größeren Anteil die Prüfung bestehen als die Erstteilnehmer. Im Gegensatz dazu ist in der Dokumentationsprüfung der Erfolg der Prüfungswiederholer geringer (hier 18,9 Prozent gegenüber 9,6 Prozent bei den regulären Prüfungen).

Die Darstellung der Beanstandungen durch die Kommissionen im Rahmen der Prüfungen (Ärzte) bezogen auf das gesamte Prüfungsvolumen zeigt, welche Anzahl an Patientinnen (Fälle) beziehungsweise Aufnahmen in den Prüfungen beurteilt wurde und mit welchem Ergebnis.

Trotz der eingehenden Beratung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen haben von 37 Ärzten anlässlich der Wiederholungsprüfung sieben erneut die Anforderungen nicht erfüllt. Dabei handelte es sich in allen sieben Fällen um nicht bestandene Prüfungen gemäß § 12 Abs. 7 Buchstabe b), das heißt zwei und mehr Beanstandungen nach Stufe III.

Die gesonderte Auswertung der Beanstandung nach Nr. 10 der Anlage VI – Schlüssigkeit von Indikationsstellung und Befundung –, die sich in Stufe II als „eingeschränkt schlüssig“ und in Stufe III als „nicht schlüssig“ darstellt, begründet 137 der 2.742 Beanstandungen nach Stufe II und 73 der 418 Beanstandungen nach Stufe III.

Bezogen auf die reguläre Prüfung bestehen 9,6 Prozent der Ärzte die Dokumentationsprüfung nicht. Von den im Rahmen aller vorgelegten Prüfungen von fast 26.000 Aufnahmen waren 87,8 Prozent ohne Beanstandung. An schwerwiegenden Mängeln gemäß Stufe III wurden 418 dokumentiert, bezogen auf die vorgelegten Aufnahmen entspricht das 1,6 Prozent.

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER INTERPRETATION

Die hier dargestellten Zahlen können einen Einblick gewähren und einen Trend zeigen. Dies aus folgenden Gründen:

Durch den zweijährigen Rhythmus ist nicht nachzuvollziehen, ob die Prüfungen eines Jahres repräsentativ für die Genehmigungsinhaber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sind. Die Prüfergebnisse der Kommissionen sind nicht vollständig vergleichbar, da die Kriterien für die Stufeneinteilung unter Umständen unterschiedlich umgesetzt werden.

MAMMOGRAPHIE-SCREENING

GESAMTÜBERSICHT SCREENING-EINHEITEN (SE) UND MAMMOGRAPHIE-EINHEITEN (ME) JE KV

	Screening-Einheiten		Mammographie-Einheiten					Mammobile		inkl. optionale ME
	geplant	gestartet	geplant	gestartet	ausstehend	gestartet in %	Ø ME / SE	geplant	gestartet	
KV Baden-Württemberg	10	10	42	40	2	95	4,2	3	2	1
KV Bayerns	14	14	81	77	4	95	5,8	6	6	2
KV Berlin	4	4	4	4	0	100	1,0	0	0	0
KV Brandenburg	2	2	11	10	1	91	5,5	5	5	3
KV Bremen	1	1	3	3	0	100	3,0	0	0	0
KV Hamburg	2	2	2	2	0	100	1,0	0	0	0
KV Hessen	6	6	22	22	0	100	3,7	6	6	0
KV Mecklenburg-Vorpommern	4	4	19	18	1	95	4,8	0	0	0
KV Niedersachsen	8	8	38	38	0	100	4,8	13	13	0
KV Nordrhein	10	10	34	32	2	94	3,4	7	6	0
KV Rheinland-Pfalz	4	4	16	13	3	81	4,0	2	1	1
KV Saarland	1	1	5	5	0	100	5,0	0	0	0
KV Sachsen	5	5	21	20	1	95	4,2	4	3	0
KV Sachsen-Anhalt	4	4	10	10	0	100	2,5	4	4	0
KV Schleswig-Holstein	4	4	10	10	0	100	2,5	4	4	0
KV Thüringen	2	2	11	9	2	82	5,5	4	3	0
KV Westfalen-Lippe	13	13	47	47	0	100	3,6	2	2	0
Gesamtsumme	94	94	376	360	16	95,7	4,0	60	55	7
Flächendeckung in %	100		95,7							

Stand 10. Juni 2009

Zur flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung der jährlich etwa fünf Millionen Frauen in der anspruchsberechtigten Altersgruppe sind fünf Referenzzentren, 94 Screeningeinheiten, 376 Mammographieeinheiten und 60 Mammobile notwendig. Diese Dichte ist mittlerweile fast erreicht.

Im Rahmen des Früherkennungsprogramms von Brustkrebs mittels Mammographie-Screening erteilen die Kassenärztlichen Vereinigungen Ärzten in vier Bereichen Akkreditierungen. Drei davon können unter Umständen durch den selben Arzt besetzt werden. Darüber hinaus sind fünf Referenzzentren für die medizinische Supervision des Programms zuständig, deren Leiter gleichzeitig als programmverantwortliche Ärzte arbeiten.

Programmverantwortlicher Arzt

Fachärzte der Radiologie oder Gynäkologie. Etwa 190 programmverantwortliche Ärzte tragen in Deutschland Gewähr für die regionale Umsetzung des Mammographie-Screening-Programms.

Befunder von Mammographie-Screening-Aufnahmen

Fachärzte der Radiologie oder Gynäkologie. Etwa 580 Ärzte arbeiten in Deutschland als Befunder für das Mammographie-Screening-Programm.

Arzt, der im Screening Biopsien unter Röntgenkontrolle durchführt

Fachärzte der Chirurgie, Radiologie oder Gynäkologie. Etwa 120 Ärzte sind im Mammographie-Screening-Programm mit der präoperativen Sicherung eines Karzinomverdachtes mittels Biopsien befasst.

Arzt, der histopathologische Präparate im Screening befundet

Fachärzte der Pathologie. Etwa 340 Ärzte mit besonderer Erfahrung bei der Diagnostik von Gewebeproben mit Veränderungen durch Brustkrebs stellen die präoperative Diagnostik eines Karzinomverdachtes sicher.

Aufgrund der Besonderheit des Früherkennungsprogramms werden hier die Anforderungen und Prüfungen ausführlicher als in den anderen in diesem Bericht ausgeführten Qualitätssicherungsbereichen vorgestellt. Auch für das nichtärztliche Personal gelten zusätzliche detaillierte Anforderungen.

MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: seit 1.1.2004, **Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien),** Abschnitt B Nr. 4 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, **Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.1.2007

AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN

Programmverantwortlicher Arzt
Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: fachliche Voraussetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung); fachliche Voraussetzungen zur Ultraschalldiagnostik der Mamma; erfolgreiche Bewerbung um den Versorgungsauftrag; erfüllte Fallzahlanforderungen unter Anleitung: 3.000 Beurteilungen von Screening-Mammographien, 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle), 15 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle; vier Wochen angeleitete Tätigkeit; Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Zertifizierung der apparativen (Röntgen und Ultraschall), der räumlichen und organisatorischen Anforderungen (insbesondere der Qualifikation der radiologischen Fachkräfte) durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie

Befunder von Mammographie-Screening-Aufnahmen
Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes für eine befristete Genehmigung zur Befundung unter Supervision: fachliche Voraussetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung), eine Woche angeleitete Tätigkeit; für unbefristete Genehmigung: Fallzahlanforderungen 3.000 Beurteilungen von Screening-Mammographien unter Supervision

Arzt, der im Screening Biopsien unter Röntgenkontrolle durchführt
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

Arzt, der histopathologische Präparate im Screening befundet
Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlanforderungen: Beurteilung von mindestens 100 Mammakarzinomen und mindestens 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb der letzten zwei Jahre; Prüfungen von apparativen und räumlichen Voraussetzungen

EINGANGSPRÜFUNG

Programmverantwortlicher Arzt und Befunder von Mammographie-Screening-Aufnahmen
Beurteilung einer speziellen Screening-Fallsammlung (50 Fälle) in Analogie der Eingangsprüfung zur Mammographie-Vereinbarung

KOLLOQUIUM

Programmverantwortlicher Arzt und Befunder von Mammographie-Screening-Aufnahmen
bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung (in Analogie zur Mammographie-Vereinbarung); bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

FREQUENZREGELUNG

Programmverantwortlicher Arzt
jährliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 Fällen; 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle); 30 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle

Befunder von Mammographie-Screening-Aufnahmen
jährliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 Fällen; gegebenenfalls 3.000 unter Supervision

Arzt, der im Screening Biopsien unter Röntgenkontrolle durchführt
jährlich 20 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings

Arzt, der histopathologische Präparate im Screening befundet
jährliche Beurteilung von mindestens 100 Läsionen der Mamma im Rahmen des Mammographie-Screenings

✓

REZERTIFIZIERUNG

Programmverantwortlicher Arzt
jährliche Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; alle 30 Monate nach Beginn der Tätigkeit Überprüfung der Leistungsparameter (zusätzlich sechs Monate nach Beginn)

Befunder von Mammographie-Screening-Aufnahmen
jährlich nach Erteilen der unbefristeten Genehmigung Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

✓

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
obligate Praxisbegehung im Rahmen der Akkreditierung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie und im Rahmen der Rezertifizierung

✓

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG

Programmverantwortlicher Arzt
jährliche Dokumentationsprüfung zu 20 abgerechneten Fällen und zweijährliche Dokumentationsprüfung zu zehn abgerechneten Abklärungsfällen (zusätzlich innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung zu zehn abgerechneten Abklärungsfällen) durch das zuständige Referenzzentrum auf Anforderung der Kassenärztlichen Vereinigungen

✓

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

Programmverantwortlicher Arzt
wöchentliche interdisziplinäre Fallkonferenzen; Vorgaben zu kollegialen Fachgesprächen mit dem Referenzzentrum; Fortbildungen der radiologischen Fachkräfte

Befunder von Mammographie-Screening-Aufnahmen
regelmäßige Teilnahme an Konsensuskonferenzen; jährlich kollegiales Fachgespräch mit dem programmverantwortlichen Arzt zur Sensitivität und Spezifität der Befundung; zweijährlicher Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Arzt, der im Screening Biopsien unter Röntgenkontrolle durchführt
jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem programmverantwortlichen Arzt zur Biopsiestatistik (Konkordanz)

Arzt, der histopathologische Präparate im Screening befundet
zweijährlicher Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen (zu allen vorgenommenen Beurteilungen)

✓

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE

Programmverantwortlicher Arzt
Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; jährliche detaillierte Berichte

Befunder von Mammographie-Screening-Aufnahmen
Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; halbjährliche Statistik und vergleichende Auswertung der erbrachten Leistungen (Anteil Karzinome, falsch-positive, falsch-negative Befunde)

Arzt, der im Screening Biopsien unter Röntgenkontrolle durchführt
jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem programmverantwortlichen Arzt zur Biopsiestatistik (Konkordanz)

Arzt, der histopathologische Präparate im Screening befundet
Zweitmeinung für die ersten 50 Beurteilungen

✓

BERATUNG

Programmverantwortlicher Arzt
im Rahmen der kollegialen Fachgespräche mit dem Referenzzentrum und interdisziplinären Konferenzen

Befunder von Mammographie-Screening-Aufnahmen
Arzt, der im Screening Biopsien unter Röntgenkontrolle durchführt
Arzt, der histopathologische Präparate im Screening befundet
im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

ONKOLOGIE

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit Neufassung: 1.10.2009

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; Nachweis organisatorischer Anforderungen insbesondere zu den zu bildenden onkologischen Kooperationsgemeinschaften
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
✓	**FREQUENZREGELUNG** jährliche Behandlung von mindestens 120 Patienten (darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung) für Fachärzte der Inneren Medizin mit Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie beziehungsweise jährliche Behandlung von mindestens 80 Patienten (darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung) für Ärzte anderer Fachgruppen unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** jährliche Prüfung von acht Prozent der teilnehmenden Ärzte zu jeweils 20 Fällen
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** Nachweis von 50 Fortbildungspunkten aus der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen mit onkologischen Inhalten; zweimal jährliche Teilnahme an industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen; jährlich mindestens eine onkologische Fortbildung des Praxispersonals
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001, zuletzt geändert: 15.11.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**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 aufeinanderfolgenden Jahren; zweijähriges Prüfintervall
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an die Vertragspartner
✓	**BERATUNG** gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Prüfung richtet sich auch auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: alle zwei Jahre, zehn Prozent der Ärzte, zehn Prozent der Fälle, je Arzt höchstens zehn Fälle
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an die Vertragspartner
✓	**BERATUNG** gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

PSYCHOTHERAPIE

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2008

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** obligates Gutachterverfahren für Langzeittherapien, für Kurzzeittherapien Befreiung möglich
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Gutachterverfahren; Bericht an Gutachter und Vertragspartner
	BERATUNG

DIE PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIE

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten bieten. In ihnen wird das Wirtschaftlichkeitsgebot, im Falle der Psychotherapie sowohl für die entsprechenden Ärzte als auch für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, konkretisiert. Die Richtlinien konkretisieren damit die Leistungsverpflichtung der entsprechenden Leistungserbringer, den Leistungsumfang der Krankenkassen und das Leistungsrecht der Versicherten. Der Gesetzgeber beschränkt sich darauf, die zu beschließenden Richtlinien beispielhaft aufzuzählen. Genauere Angaben über den Inhalt der Richtlinien beziehungsweise eigene konkrete Regelungen des Gesetzgebers enthält das SGB V nur bezüglich einiger Richtlinien, so auch im Hinblick auf den im Zuge des Psychotherapeuten-Gesetzes ergänzend aufgenommenen § 92 Abs. 6a SGB V für die Psychotherapie-Richtlinien.

Darin heißt es: „In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln. Die Richtlinien haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3 SGB V) abgebenden Vertragsarztes.“

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind auch Bestandteil der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) und sind dort in Anlage 1, der Psychotherapie-Vereinbarung, ausgestaltet.

Die erste Fassung der Psychotherapie-Richtlinie datiert schon aus dem Jahr 1967. Durch die Übernahme der Verfahrensrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hat der damalige Bundesausschuss in der besonderen Zusammensetzung für Psychotherapie die Prinzipien der HTA-(Health Technology Assessment) Prüfung auch für neue Verfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie übernommen. Besondere Berücksichtigung und Gewichtung finden dabei naturalistische Studien unter den Bedingungen der psychotherapeutischen Praxis.

Auch im Hinblick auf die Prüfung von Studien durch den wissenschaftlichen Beirat nach § 11 Psychotherapeuten-Gesetz wurde im Jahr 2007 vom Gemeinsamen Bundesausschuss eine mit dem Beirat gemeinsam abgestimmte Definition der Begriffe Verfahren, Methode und Technik sowie eines sogenannten Schwellenkriteriums vorgenommen. Letzteres knüpft die Frage der Anerkennung eines Verfahrens an dessen Versorgungsrelevanz im Hinblick auf eine durch Studien belegte Anwendungsbreite. Diese Änderungen traten 2008 in Kraft.

Mit Beschluss vom 16. Oktober 2008 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss eine redaktionelle Neufassung der Richtlinie beschlossen, die im Zuge der einheitlichen Gestaltung aller Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgte und am 17. Januar 2009 in Kraft trat. Damit erfolgt eine Untergliederung der Richtlinie nach einem einheitlichen Musterblatt mit Unterteilung nach Paragrafen, Absätzen und Sätzen. Der Text enthält lediglich eine inhaltliche Modifizierung im Sinne einer Klarstellung in § 17 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie. Danach kann der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Prüfung neuer Verfahren oder Methoden in Ausnahmefällen von der ansonsten geregelten Voraussetzung, dass diese nur nach einer vorherigen Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie erfolgen kann, abweichen.

Die am 19. Februar 2009 beschlossene Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie beinhaltet eine redaktionelle Anpassung des Gesamttextes zur sprachlichen Gleichbehandlung von Männern und Frauen, die auf Anregung des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgt ist. Diese Fassung ist am 18. April 2009 in Kraft getreten.

Das Gutachterverfahren in der Psychotherapie

Das Gutachterverfahren ist ein Instrument der Prozessqualität psychotherapeutischer Behandlungen. Gemäß Abschnitt F § 26 der Psychotherapie-Richtlinie muss jede Psychotherapie bei der Krankenkasse des Patienten von diesem beantragt werden. Gemäß Abschnitt F § 25 Abs. 1 der Richtlinie ist dieser Antrag vom Therapeuten grundsätzlich in einem Bericht an einen Gutachter zu begründen. Befreiungsmöglichkeiten von dieser Berichtspflicht sind in Abschnitt F § 26a der Richtlinie für eine Kurzzeittherapie bis 25 Behandlungsstunden definiert. Hierfür ist eine festgelegte Anzahl von positiv beurteilten Berichten aus dem Gutachterverfahren der Kassenärztlichen Vereinigung vom Therapeuten vorzulegen. Eine Langzeittherapie über 25 Behandlungsstunden ist immer gutachterpflichtig.

Das Gutachterverfahren dient dazu, festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und den -Vereinbarungen festgelegten Vorraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Verfahren nach den Richtlinien anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt.

Bestätigt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht für Psychotherapie aufgrund eines Antrags- beziehungsweise Gutachterverfahrens, wird eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die bewilligte Psychotherapie nicht durchgeführt.

Benennung von Gutachtern

Gemäß des § 12 Abs. 4 beziehungsweise Abs. 12 der Psychotherapie-Vereinbarungen benennt die KBV im Einvernehmen mit dem GVK-Spitzenverband die jeweiligen Gutachter beziehungsweise Obergutachter für das Gutachterverfahren in der Psychotherapie gemäß diesen Vereinbarungen. Die Anforderungen für die Qualifikation als Gutachter sind in Abschnitt F § 26b der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt.

Eine Gutachtertätigkeit kann demnach in den Bereichen tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie jeweils gesondert für den Bereich der Erwachsenenbehandlung oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfolgen. Alle fünf Jahre erfolgt eine Ausschreibung im Deutschen Ärzteblatt und dessen Ausgabe PP für Interessenten zur Aufnahme auf eine Bewerberliste bei Nachweis der Erfüllung der oben genannten Kriterien der Psychotherapie-Richtlinie. Die Erfüllung der Kriterien der Richtlinie ist durch entsprechende Unterlagen zu belegen. Bei Erfüllung dieser Voraussetzungen erfolgt eine Aufnahme auf die Bewerberliste. Die entsprechende Ausschreibung findet jeweils etwa ein Jahr vor der geplanten Benennung neuer Gutachter statt. Diese Ausschreibung ist zuletzt von Juni bis Anfang August 2008 erfolgt, so dass die nächste Ausschreibung für Interessenten nicht vor Juni 2013 stattfinden wird. Die konkrete Bestellung neuer Gutachter erfolgt durch die KBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. Die Regularien für die Gutachterbestellung und die übergeordneten Kriterien für die konkrete Auswahl sind in § 12 Abs. 5 und 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen festgelegt. Diese Bestellung erfolgt für fünf Jahre und ist im Mai 2009 erfolgt.

Gutachterstatistik

Gemäß § 12 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarungen sind die Gutachter verpflichtet, eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutachtungen zu erstellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband werden regelmäßig über die Ergebnisse dieser Statistik informiert.

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

GUTACHTERSTATISTIKEN IM ZEITVERLAUF 2005–2008

Verfahren		Anzahl (Ober-)Gutachter	Anzahl (Ober-)Gutachten	Nichtbefürwortung %	Änderung %
tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	2005	89 Gutachter	142.128 Gutachten	3,9	10,0
		15 Obergutachter	1.756 Obergutachten	22,0	26,6
	2006	88 Gutachter	150.350 Gutachten	3,7	11,2
		15 Obergutachter	1.982 Obergutachten	22,0	23,2
	2007	86 Gutachter	153.251 Gutachten	3,8	10,4
		15 Obergutachter	2.064 Obergutachten	25,4	23,8
	2008	89 Gutachter	169.319 Gutachten	3,7	10,3
		15 Obergutachter	2.332 Obergutachten	23,2	23,3
Verhaltenstherapie	2005	77 Gutachter	117.530 Gutachten	3,3	7,7
		9 Obergutachter	656 Obergutachten	14,8	37,5
	2006	76 Gutachter	118.793 Gutachten	3,0	7,3
		9 Obergutachter	710 Obergutachten	16,8	32,7
	2007	72 Gutachter	128.125 Gutachten	3,3	6,8
		9 Obergutachter	767 Obergutachten	19,4	41,1
	2008	74 Gutachter	136.077 Gutachten	3,1	7,2
		9 Obergutachter	607 Obergutachten	16,6	27,0

Überprüfung der Prozessqualität des Gutachterverfahrens im Einzelfall bei Beschwerden durch niedergelassene Psychotherapeuten

Die KBV ist aufgrund ihrer Kompetenz für die Benennung der Gutachter auch die Beschwerdestelle für niedergelassene Psychotherapeuten, sofern diese sich im Zuge einer Begutachtung über die Verhaltensweisen von Gutachtern beschweren möchten. Dabei äußert sich die KBV allerdings nicht zu inhaltlichen Auseinandersetzungen zwischen Therapeuten und Gutachtern, da dafür in der Regel das Obergutachterverfahren vorgesehen ist. Allerdings kann sich die KBV ein Bild über eine kritikwürdige beziehungsweise fehlerhafte Diktion eines Gutachtentextes oder die Verletzung formaler Kriterien machen. So ist zum Beispiel in § 12 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarungen festgelegt, dass die Gutachter ihre Gutachten in angemessener Frist gegenüber der beauftragenden Krankenkasse zu erstatten haben. Dabei sollen zwischen Eintreffen der Unterlagen beim Gutachter und der Absendung des Gutachtens in der Regel nicht mehr als zwei Wochen vergehen.

Sofern Beschwerden über Gutachter bei der KBV eingehen, geht sie diesen selbstverständlich nach. Verglichen mit der Vielzahl der jährlich erstellten Gutachten, wie sie oben aufgrund der Zahlen der Gutachterstatistik aufgeführt sind, bewegt sich die Beschwerderate allerdings im Promillebereich.

Allerdings ist in § 12 Abs. 8 der Psychotherapie-Vereinbarungen festgelegt, dass bei Verletzung der sich aus den Vereinbarungen ergebenden Gutacherpflichten durch den Gutachter die KBV gegebenenfalls im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband dessen Bestellung widerrufen kann.

Gutachter- und Obergutachtertagungen

Eine weitere Maßnahme zur Qualitätssicherung sind die jährlich stattfindenden Gutachter- und Obergutachtertagungen, die die KBV einberuft und organisiert. Auf den Gutachter- und Obergutachtertagungen werden sowohl inhaltliche als auch formale Fragen der Begutachtungen diskutiert.

SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005

✔	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; bei Genehmigungen zur Polysomnographie zusätzliche Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen und der Nachweis organisatorischer Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

✓ regionale Vereinbarung

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN
auf Grundlage der regionalen Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	abrechnende Ärzte III/2008	Routineprüfungen Ärzte (%)	Beanstandungen			
			keine	geringe	erhebliche	schwer wiegende
KV Brandenburg	53	4 (7,5)	3	1	0	0

SCHMERZTHERAPIE

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; Nachweis organisatorischer Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**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
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Dokumentationsprüfung auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** pro Jahr acht (schmerztherapeutische Einrichtung zwölf) interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung in schmerztherapeutischen Einrichtungen; tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu sammeln und jährlich auszuwerten; Zusammenstellung an Vertragspartner auf Anforderung
	BERATUNG

SOZIALPSYCHIATRIE

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 EKV, Gültigkeit: seit 1.7.1994

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis organisatorischer Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

SOZIOTHERAPIE

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 137a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

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 / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2009 **Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (Röntgendiagnostik und Computertomographie),** Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert: 13.3.1997

Die Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) umfasst dezidierte Regelungen für folgende Bereiche, die hier zusammenfassend dargestellt werden:

- allgemeine Röntgendiagnostik
- Computertomographie
- Osteodensitometrie
- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung (Röntgendiagnostik und Computertomographie obligat; regionale Regelungen zur Strahlentherapie und Nuklearmedizin); bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Stichprobenprüfung zur Röntgendiagnostik und Computertomographie (Strahlendiagnostik und Nuklearmedizin aufgrund regionaler Vereinbarungen); Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss (zur Strahlendiagnostik und Nuklearmedizin aufgrund regionaler Vereinbarungen)
	BERATUNG

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN

zur allgemeinen Röntgendiagnostik und Computertomographie nach den Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik; für die Strahlentherapie und die Nuklearmedizin auf Grundlage regionaler Vereinbarungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	abrechnende Ärzte III/2008	Routineprüfungen Ärzte (%)	Beanstandungen			
			keine	geringe	erhebliche	schwer wiegende
allgemeine Röntgendiagnostik und /oder Computertomographie						
KV Baden-Württemberg	2.296	196 (8,5)	158	32	3	3
KV Bayerns	3.426	979 (28,6)	312	510	148	9
KV Berlin	657	22 (3,3)	16	3	2	1
KV Brandenburg	385	15 (3,9)	13	0	2	0
KV Bremen	213	49 (23,0)	20	18	8	3
KV Hamburg	443	65 (14,7)	54	7	3	1
KV Hessen	1.156	84 (7,3)	39 *	10 *	10 *	0 *
KV Mecklenburg-Vorpommern	365	21 (5,8)	0 *	15 *	5 *	0 *
KV Niedersachsen	1.783	33 (1,9)	17 *	11 *	0 *	0 *
KV Nordrhein	2.199	140 (6,4)	64	52	21	3
KV Rheinland-Pfalz	987	145 (14,7)	103	32	6	4
KV Saarland	299	19 (6,4)	17	2	0	0
KV Sachsen	784	63 (8,0)	49	11	2	1
KV Sachsen-Anhalt	408	15 (3,7)	13	2	0	0
KV Schleswig-Holstein	632	190 (30,1)	139	34	7	10
KV Thüringen	456	95 (20,8)	36	57	2	0
KV Westfalen-Lippe	1.779	155 (8,7)	53	87	8	7
Strahlentherapie						
KV Hamburg	22	2 (9,1)	0	2	0	0
KV Rheinland-Pfalz	32	16 (50,0)	2	9	5	0
Nuklearmedizin						
KV Hamburg	48	22 (45,8)	19	3	0	0
KV Hessen	85	7 (8,2)	7	0	0	0
KV Rheinland-Pfalz	74	25 (33,8)	0	13	12	0

* Teilergebnisse

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: 1.1.2003

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Anzeige inklusive Dokumentation aller Fälle zu Beginn der Behandlung an Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen; pro Quartal Prüfung von mindestens zwei Prozent der abgerechneten Fälle; alle Fälle nach fünf Jahren Behandlung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** 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 Mängeln nach Dokumentationsprüfung

AKTUELLER STAND

Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für opiatabhängige Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unverzüglich die vorgeschriebenen Angaben (das heißt den Patientencode, das Datum der ersten Verschreibung, das verschriebene Substitutionsmittel, das Datum der jüngsten Verschreibung, Name und Adresse der verschreibenden Ärzte sowie gegebenenfalls Name und Anschrift des Konsiliarius) zu melden. Ferner haben die Ärztekammern der Bundesopiumstelle halbjährlich die Ärzte, die die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen, mitzuteilen. Allerdings ist eine suchttherapeutische Qualifikation nicht gleichbedeutend damit, dass diese Ärzte auch substituieren. Dies trifft nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen und des BfArM etwa auf die Hälfte der Ärzte zu.

Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten steigt seit Beginn der Meldepflicht kontinuierlich: Zum 1. Juli 2002 waren 46.000 Substitutionspatienten gemeldet, zum 1. Juli 2008 waren im Substitutionsregister bereits 72.200 Patienten verzeichnet. Diese Zahl deckt sich im Wesentlichen mit Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, so dass zu vermuten ist, dass der weit überwiegende Anteil der Substitutionspatienten im vertragsärztlichen Bereich versorgt wird.

Die durchschnittliche Relation zwischen gemeldeten Substitutionspatienten und Einwohnerzahl variiert stark zwischen den einzelnen Bundesländern. Eine hohe Dichte an Substitutionspatienten, bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner, weisen Stadtstaaten wie Hamburg und Bremen auf, wobei hier auch Umlandeffekte eine Rolle spielen dürften. In den neuen Ländern ist im Gegensatz zu den meisten alten Bundesländern von einer relativ geringen Zahl an Substitutionspatienten auszugehen.

ANZAHL GEMELDETER SUBSTITUTIONSPATIENTEN UND DER IM SUBSTITUTIONSREGISTER ERFASSTEN ÄRZTE NACH BUNDESLÄNDERN

	gemeldete Patienten am Stichtag 1.10.2008	substituierende Ärzte in 2008	gemeldete Patienten pro 100.000 Einwohner Stichtag 1.10.2008
Baden-Württemberg	9.981	431	93
Bayern	8.220	298	66
Berlin	4.599	158	135
Brandenburg	64	8	3
Bremen	1.779	72	268
Hamburg	4.825	108	273
Hessen	6.614	230	109
Mecklenburg-Vorpommern	230	20	14
Niedersachsen	6.977	270	88
Nordrhein-Westfalen	21.982	756	122
Rheinland-Pfalz	2.239	85	55
Saarland	744	20	72
Sachsen	756	24	18
Sachsen-Anhalt	698	34	29
Schleswig-Holstein	3.343	134	118
Thüringen	404	25	18

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Mai 2009)

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1.4.2009, zuletzt geändert: 1.7.2009; zuvor 1. Neufassung seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005 (Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte)

✓ **AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN**
Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis apparativer Anforderungen, im B-Modus ergänzt um Vorlage von Bilddokumentationen

EINGANGSPRÜFUNG

✓ **KOLLOQUIUM**
obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG

✓ **REZERTIFIZIERUNG**
alle vier Jahre Konstanzprüfung der im B-Modus arbeitenden Ultraschallgeräte

✓ **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG**
gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

✓ **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG**
ab 1.4.2009: jährliche Prüfung von drei Prozent der Ärzte mit einer Genehmigung zu fünf abgerechneten Fällen; bei Mängeln engere Prüfintervalle
zuvor: Stichprobenprüfungen zum Teil aufgrund regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte: zweijährliche Prüfung aller Ärzte zu mindestens zwölf Fällen (48 Bilddokumentationen, zwölf schriftliche Dokumentationen); bei Mängeln engere Prüfintervalle

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

✓ **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE**
statistische Auswertung und Ergebnisanalyse zu Abnahmeprüfung, Prüfung der ärztlichen Dokumentation und Konstanzprüfung, insbesondere zur Dokumentationsprüfung der Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Kriterien werden durch Vertragspartner festgelegt; bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss

✓ **BERATUNG**
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte: eingehende Beratung bei Dokumentationsmängeln, kann in Form eines Kolloquiums erfolgen

ERGEBNISSE DER STICHPROBENPRÜFUNGEN ULTRASCHALLDIAGNOSTIK
auf Grundlage regionaler Vereinbarungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

	abrechnende Ärzte III/2008	Routineprüfungen Ärzte (%)	Beanstandungen			
			keine	geringe	erhebliche	schwer wiegende
KV Berlin	2.577	81 (3,1)	31	20	7	23
KV Brandenburg	1.103	31 (2,8)	12	19	0	0
KV Hamburg	1.443	104 (7,2)	58 *	26 *	29 *	3 *
KV Hessen	4.808	106 (2,2)	30	25	50	1
KV Mecklenburg-Vorpommern	992	48 (4,8)	8	23	6	11
KV Saarland	1.118	46 (4,1)	34	6	6	0
KV Sachsen	2.730	56 (2,1)	36	9	0	11
KV Schleswig-Holstein	2.538	211 (8,3)	107	76	28	0

* mit Überträgen aus 2007

EXKURS ULTRASCHALL – DAS WICHTIGSTE ZUR NEUEN VEREINBARUNG

Zum 1. April 2009 trat die Neufassung der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V in Kraft. Die Neufassung wurde nötig, um medizinisch-technische Weiterentwicklungen zu berücksichtigen und zwischenzeitlichen Änderungen der Weiterbildungsordnungen und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) Rechnung zu tragen. Ziel der Vereinbarung ist es, eine konstante Versorgungsqualität sicherzustellen und eine hochwertige Betreuung von gesetzlich krankenversicherten Patienten im Bereich der Ultraschalldiagnostik zu gewährleisten.

GLIEDERUNG DER VEREINBARUNG

Die neue Ultraschall-Vereinbarung gliedert sich in den eigentlichen Vereinbarungstext und fünf Anlagen. In den Anlagen I und II werden die Anforderungen an die fachliche Befähigung hinsichtlich zu erbringender Untersuchungszahlen, Tätigkeitszeiten sowie Ultraschallkursen tabellarisch aufgeführt. In Anlage III werden die Anforderungen an die apparative Ausstattung definiert. Anlage IV beinhaltet ein Glossar (medizintechnische Begriffe für die Gewährleistung des Herstellers oder der Lieferanten). Anlage V regelt die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte.

ÜBERGANGSREGELUNG

Ärzte, die bereits über eine Genehmigung zur Ultraschalldiagnostik nach der bis dahin gültigen Vereinbarung verfügen, behalten diese. Ultraschallgeräte, die derzeit in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden, können bis zum 31. März 2013 weiterverwendet werden. Innerhalb dieser Zeit muss der Arzt gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass das von ihm eingesetzte Gerät die apparativen Mindestanforderungen nach der neuen Vereinbarung erfüllt.

APPARATIVE ANFORDERUNGEN

Die Mindestanforderungen sind für alle Anwendungsklassen einzeln in Anlage III aufgeführt. Relevant für den Arzt sind diejenigen, für die er eine Genehmigung beantragt oder bereits besitzt. Die Einhaltung der Anforderungen wird im Rahmen der Abnahmeprüfung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen, beispielsweise durch eine Gewährleistungserklärung des Herstellers oder Lieferanten des Ultraschallgerätes. Darüber hinaus muss, je nach Anwendungsklasse, eine Bilddokumentation eingereicht werden. Wird das Ultraschallgerät für mehrere Anwendungsklassen verwendet, ist die Bilddokumentation einer Anwendungsklasse ausreichend. Die Dokumentation darf nicht älter als drei Monate sein und muss die Kriterien der technischen Bildqualität gemäß Anlage III erfüllen, was von der Ultraschallkommission beurteilt wird.

ÄRZTLICHE DOKUMENTATION

Erstmals werden in der neuen Ultraschall-Vereinbarung Dokumentationsstandards definiert, die bei der ärztlichen Dokumentation und auch bei der Bilddokumentation zu berücksichtigen sind. Ein gesonderter Befundbericht muss für die Ultraschalluntersuchung nicht erstellt werden. Die in § 10 definierten Anforderungen müssen aber aus der Patientenakte nachvollziehbar hervorgehen. Die Einhaltung der Dokumentationsstandards wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen stichprobenartig überprüft.

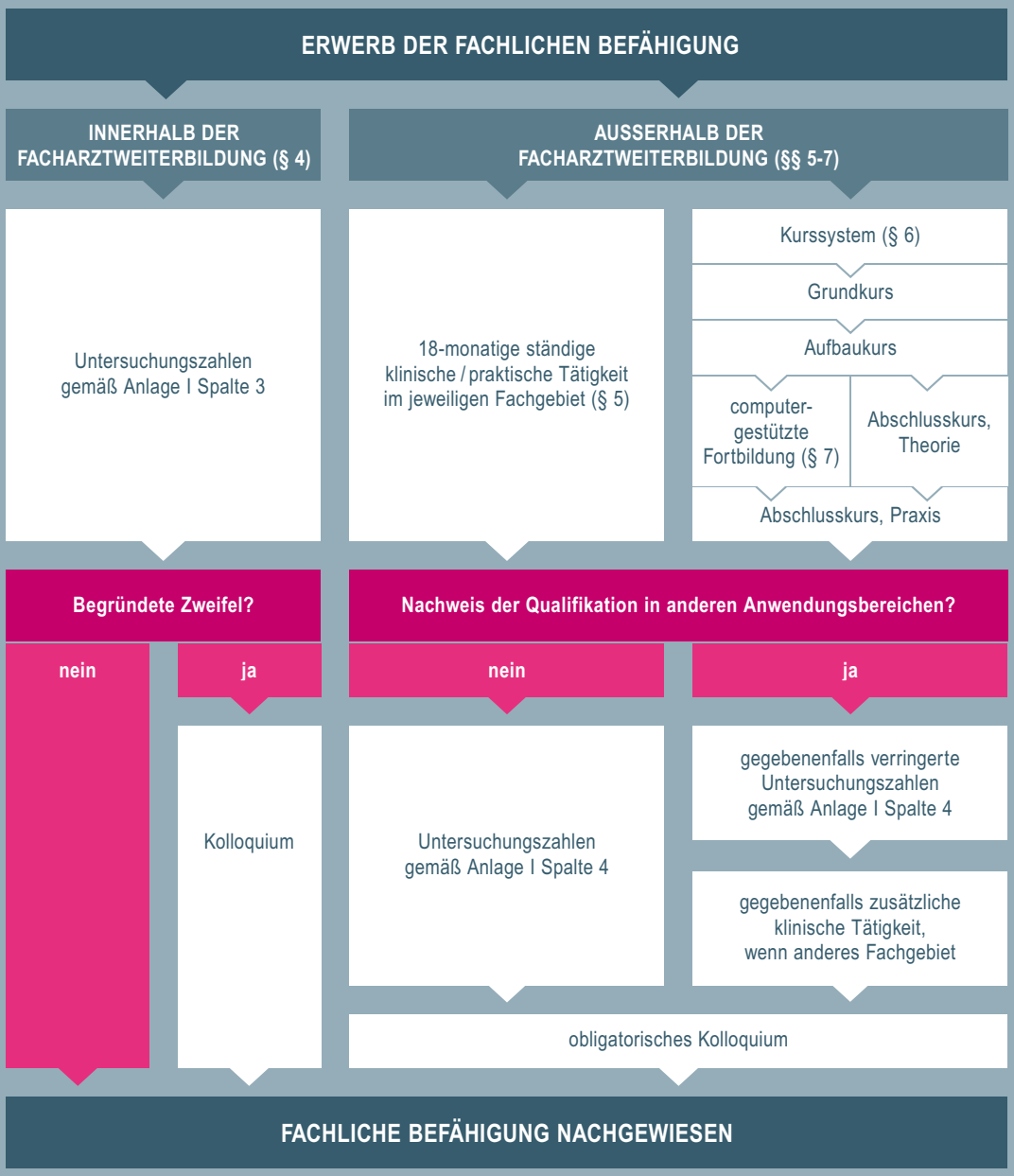
KONSTANZPRÜFUNG

Um eine gleichbleibende technische Bildqualität zu gewährleisten, ist alle vier Jahre eine Konstanzprüfung des Ultraschallgerätes vorgesehen. Insbesondere Schallköpfe können Alterungsprozessen unterliegen, mit der Folge, dass Details zunehmend schlechter dargestellt werden. Durch die Konstanzprüfung erhalten Vertragsärzte eine

qualifizierte Rückmeldung über die technische Bildqualität ihres Ultraschallgerätes.

FACHLICHE BEFÄHIGUNG

Ärzte, die noch keine Genehmigung besitzen oder die Genehmigung für einen anderen Anwendungsbereich beantragen möchten, können die erforderliche fachliche Befähigung wie bisher im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung, einer ständigen Tätigkeit außerhalb der Facharztweiterbildung oder durch die Teilnahme an Ultraschallkursen erlangen. In jedem Fall ist für jeden Anwendungsbereich eine gewisse Mindestanzahl an Untersuchungen nachzuweisen. Neu ist, dass der theoretische Teil des Abschlusskurses durch eine computergestützte Fortbildung ersetzt werden kann, wenn diese von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt ist.



ANWENDUNGSBEREICHE NACH ANLAGE I DER ULTRASCHALL-VEREINBARUNG

1. Gehirn
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle

2. Auge
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke

3. Kopf und Hals
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen), B-Modus
3.3 Schilddrüse, B-Modus

4. Herz und herznahe Gefäße
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

5. Thorax
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär

6. Brustdrüse
6.1 Brustdrüse, B-Modus

7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkutan
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan

8. Uro-Genitalorgane
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär
8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus

9. Schwangerschaftsdiagnostik
9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus
9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus

10. Bewegungsapparat
10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte), B-Modus
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus

11. Venen
11.1 Venen der Extremitäten (B-Modus)

12. Haut und Subcutis
12.1 Haut, B-Modus
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus

20. Doppler – Gefäße
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße
20.2 CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße
20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße
20.6 Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems

21. Doppler – Herz und herznahe Gefäße
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal

22. Doppler – Schwangerschaftsdiagnostik
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem

Für den Arzt sind nur diejenigen Anwendungsklassen der Anlage III relevant, für die eine Genehmigung beantragt wird beziehungsweise vorliegt. Das Ultraschallgerät muss diese Mindestanforderungen erfüllen. Bei der praktischen Tätigkeit des Arztes sind insbesondere die dort aufgeführten Anforderungen an die Bilddokumentation (Anlage III Nr. 6) und die technische Bildqualität (Anlage III Nr. 9.1 und 9.2) zu beachten.

BEISPIEL ANWENDUNGSKLASSE AUS DER ANLAGE III MIT ERLÄUTERUNGEN
AK 4.6 HERZ UNTER PHYSIKALISCHER ODER PHARMAKODYNAMISCHER BELASTUNG

	Gebührenordnungsposition	**33030, 33031, 13550**
	Organ beziehungsweise Körperregion	**Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und bei Belastung**
	Arbeitsmodus	**B-Modus mit M Modus**
	Zugang	
	Altersgruppe	**Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder**
Nr.	**Kriterium**	**Anforderung**
1.	**Schallkopf**	Sektor-Phased-Array und / oder Curved-Array mit Radius ≤ 20 mm und / oder Annular-Array
2.1	**Sendefrequenz**	≥ 3,0 MHz
2.2	**Sendeseitige Fokussierung**	Lateralauflösung: elektronisch veränderbarer Fokusabstand
2.3	**Sendeapertur**	Variabel mit dem gewählten Abstand des Sendefokus
3.1	**Empfangsverstärkung**	Einstellbare tiefenabhängige Empfangsverstärkung (Tiefenausgleich)
3.2	**Empfangsdynamik**	Bereich mindestens von 45 - 60 dB
4.1	**Bildfeld**	Bildfeldtiefe ≥ 15 cm. Bildfeldwinkel variabel, mindestens von 45° - 90°
4.2	**Doppler-Messfeld**	–
5.	**Bildwiederholfrequenz**	Mindestens 30 Bilder / s
6.	**Bilddokumentation**	Bilddokumentation auf einem digitalen oder analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten: B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab, M-Modus-Darstellung mit Entfernungs- und Zeitmaßstab, Messwerte, Messmarker, Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich, Sendefokusposition, Position der M-Modus-Linie im B-Modus-Bild, Patientenidentität, Untersuchungsdatum, Praxisidentifikation, Möglichkeit der synchronen und getriggerten Schreibung des EKG
7.	**Bittiefe der Signaldarstellung**	Mindestens 8 Bit
8.	**Bereiche der Doppler-Frequenzverschiebung**	–
9.1	**Technische Bildqualität: Organe / Körperregion**	Vierkammerblick eines Herzens
9.2	**Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale**	Differenzierung von Herzhöhlen, Herzwand, Herzklappen

Je Anwendungsklasse (AK): Nachweis der Erfüllung der Anforderungen Nr. 1 bis 8. Bei bereits genehmigten Ultraschallgeräten: spätestens vier Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung, die KV bestimmt das Vorgehen.

Als Mindestanforderung ist einer der genannten Schallköpfe der KV nachzuweisen.

Dieses Intervall muss mindestens einstellbar sein. Zum Beispiel entspricht ein Intervall von 40 bis 60 dB den Anforderungen, ein Intervall von 50 bis 70 dB nicht.

Grundsätzlich immer zu erfüllen. Übergangsfrist von vier Jahren, wenn das Gerät keine automatische Anzeige besitzt.

Entspricht einer Darstellung in 256 Graustufen

Prüfkriterien – wichtig für die Abnahme- und Konstanzprüfung, Nachweis in Form von Bilddokumentationen

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis apparativer Ausstattung
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung, bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung
✓	**FREQUENZREGELUNG** innerhalb zwölf Monaten 25 Vakuumbiopsien
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** zweijährliche Dokumentationsprüfung zu zehn abgerechneten Fällen, erstmalig innerhalb von zwölf Monaten nach Genehmigungserteilung oder bei Auffälligkeiten in der jährlichen Auflistung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Auflistung zu Indikation und Korrelation zum abschließenden histologischen Befund für alle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien
✓	**BERATUNG** bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST – DIE NEUE VEREINBARUNG

Die Heilungschance einer Brustkrebserkrankung hängt entscheidend von ihrer Früherkennung ab. Deshalb kann die Entnahme einer Gewebeprobe bei einer unklaren oder verdächtigen Veränderung der Brust notwendig sein. Insbesondere sind bei Mammographieaufnahmen häufig kleinste Verkalkungen (Mikrokalk) oder Veränderungen des Brustgewebes erkennbar. Die Ursachen von Mikrokalk sind oft harmlose, das heißt gutartige Veränderungen. Mikrokalk kann aber auch ein erster Hinweis auf das Vorliegen eines Brustkrebses oder seiner Vorstufen und somit entscheidendes Kriterium bei der Früherkennung von Brustkrebs sein. Da Mikrokalk ausschließlich auf Röntgenaufnahmen zu sehen ist, ist die eindeutige Bewertung von Mikrokalk eine der wesentlichen Aufgaben eines mammographierenden Arztes. Mammographisch nicht eindeutig zu bewertender Mikrokalk kann nur durch die Entnahme einer Gewebeprobe sicher beurteilt werden.

Hierzu stehen im Wesentlichen drei Verfahren zur Verfügung, die je nach individuellem Befund angewandt werden:

Offene chirurgische Biopsie

Eine Operation in Vollnarkose, bei der ein größeres Gewebestück aus der Brust entfernt wird. Sie erfordert in der Regel einen mehrtägigen Krankenhausaufenthalt.

Stanzbiopsie

Bei der Stanzbiopsie werden spezielle Nadeln in örtlicher Betäubung in die Brust eingebracht. Die Stanzbiopsie eignet sich sowohl zur Abklärung von tastbaren Knoten als auch von nicht tastbaren verdächtigen Befunden. Zur Lokalisation der betroffenen Areale können computergestützte Steuerungsverfahren (mit Röntgen- oder Ultraschallkontrolle) eingesetzt werden.

Vakuumbiopsie

Bei der Vakuumbiopsie wird eine Hohlnadel in die Brust eingeführt. Durch Unterdruck wird das verdächtige Gewebe durch eine seitliche Öffnung in die Nadel eingesaugt, abgetrennt und entnommen. Durch Drehen der Nadel können mehrere Gewebszylinder ohne neuen Einstich aus einem verdächtigen Bezirk gewonnen werden. Die Vakuumbiopsie wird insbesondere zur präzisen Abklärung von Mikrokalkablagerungen eingesetzt.

Mit Wirkung zum 1. Juli 2007 wurde die Vakuumbiopsie der Brust unter Röntgenkontrolle sowohl für die kurative Versorgung als auch für die Anwendung im Rahmen des Mammographie-Screenings in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen. Neben den Gewebeentnahmen (Stanzbiopsien) unter Ultraschall- oder Röntgenkontrolle ist die Vakuumbiopsie ein weiteres Verfahren, um die Dignität eines suspekten Befunds zu klären. Ihren Stellenwert hat sie auch in der Operationsplanung und der Entscheidung zu einer eventuellen Vorbehandlung, weil sie einen genauen Aufschluss über die Art des Tumors zulässt.

Begleitend mit der Einführung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab wurde auf Grundlage von § 135 Abs. 2 SGB V eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung erstellt, in der unter anderem die 2008 aktualisierte Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland Berücksichtigung fand. Präzisiert werden in der Vereinbarung Fallzahlanforderungen als Genehmigungsvoraussetzung, eine Mindestzahl jährlich durchzuführender Vakuumbiopsien, apparative Anforderungen (zum Beispiel automatische Nadelführung) sowie Vorgaben zur Durchführung (zum Beispiel Erstellung von Kontrollaufnahmen, Überprüfung der Korrelation von histopathologischem Befund und Bildgebung) und zur Dokumentation. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich eine Auflistung durchgeführter Vakuumbiopsien mit Angaben zur Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund vorzulegen. Die Vereinbarung ist zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten.

ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zu zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.7.1992, zuletzt geändert: 1.10.2007

✓	**AKKREDITIERUNG / VORAUSSETZUNGEN** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Anforderungen; organisatorische Vorgaben
✓	**EINGANGSPRÜFUNG** Präparateprüfung (20 zytologische Präparate)
✓	**KOLLOQUIUM** bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei Auffälligkeiten in der Jahresstatistik; wenn Stellungnahme des Arztes nicht ausreichte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung, gegebenenfalls Praxisbegehung zusätzlich zum Kolloquium
✓	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** ab 1.1.2008 prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen alle 24 Monate zwölf Präparate mit Dokumentationen; jährliche Statistik der Zytologen an Kassenärztliche Vereinigung
✓	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** zytologieverantwortlicher Arzt: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls als Qualitätszirkel; Präparatebefunder: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls zur Hälfte als interne Fortbildung
✓	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE** jährliche Statistik der Zytologen mit Korrelation zu histologischen Befunden an Kassenärztliche Vereinigung; Benchmarkberichte der Kassenärztlichen Vereinigung an die Zytologen; jährliche statistische Auswertung an die Vertragspartner
✓	**BERATUNG** eingehende Beratung bei Dokumentationsmängeln

GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sind weitere Leistungen unter Qualifikationsvorbehalt gestellt. Die fachlich-inhaltlichen Anforderungen werden entweder im EBM selbst oder durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung festgelegt. Im Einzelnen sind dies:

- Chirotherapie
- diabetischer Fuß
- Funktionsstörung der Hand
- orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung
- Krebsfrüherkennung bei der Frau
- Empfängnisregelung
- neurophysiologische Übungsbehandlung
- physikalische Therapie
- schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin: Endokrinologie und Diabetologie, Hämatologie, Pneumologie, Rheumatologie, Neuropädiatrie, Nephrologie, Kardiologie

QUALITÄTSMANAGEMENT UND VERSORGUNGSKONZEPTE

2

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME SEITE 62

AQUIK® – AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN SEITE 70

QUALITÄTSMANAGEMENT SEITE 74

QUALITÄTSZIRKEL SEITE 77

FORTBILDUNG SEITE 78

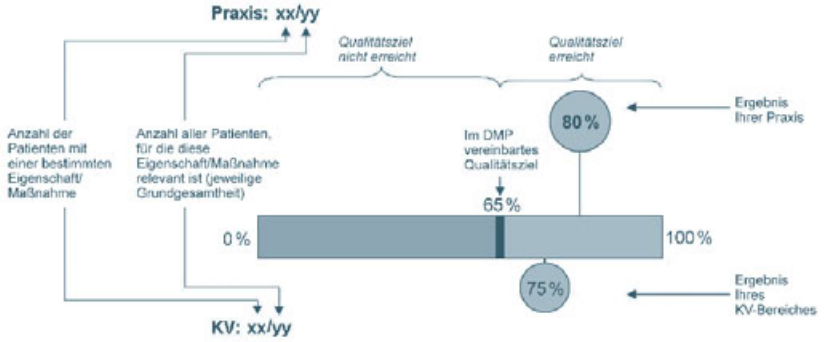
QUALITÄTSZIELE KASSENÄRZTLICHER VEREINIGUNGEN SEITE 79

INDIKATIONSSPEZIFISCHER BERICHT FÜR VERTRAGSÄRZTE ZUM DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Erklärung

Für diesen Indikator finden Sie eine • verlaufsbezogene Darstellung

Nr. der Liste mit den DMP-Fallnummern • kritischer Patienten für diesen Indikator



Hypoglykämie

Qualitätsziel

Weniger als 1% der Patienten mit zwei oder mehr dokumentierten notfallmäßigen Behandlungen von Hypoglykämien bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP

Aufgrund der zu erwartenden geringen Inzidenz gibt es für diesen Indikator keine praxisbezogene Angabe zur Häufigkeit.

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP

Ihre Praxis : 0 / 22

KV : 740 / 202293

Notfallmäßige stationäre Behandlung

Qualitätsziel

Weniger als 2% der Patienten mit einer oder mehr notfallmäßigen stationären Behandlungen wegen Diabetes bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP

Aufgrund der zu erwartenden geringen Inzidenz gibt es für diesen Indikator keine praxisbezogene Angabe zur Häufigkeit.

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP

Ihre Praxis : 0 / 22

KV : 683 / 202293

Metformin

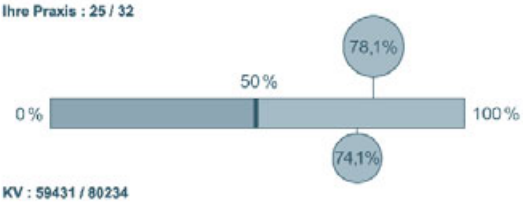
Qualitätsziel

Mindestens 50% der übergewichtigen Patienten mit Metformin bei Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen übergewichtigen Patienten, mit einem oralen Antidiabetikum als Monotherapie

Ihre Praxis : 25 / 32



KV : 59431 / 80234

Erstellungssoftware: Rückmeldesystem Version 2.0 / Copyright © KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung 2003-2007,
Bericht für Dr. Mustermann, Musterstadt

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

AKTUELLE ERGEBNISSE AUS DEM DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Datenbasis

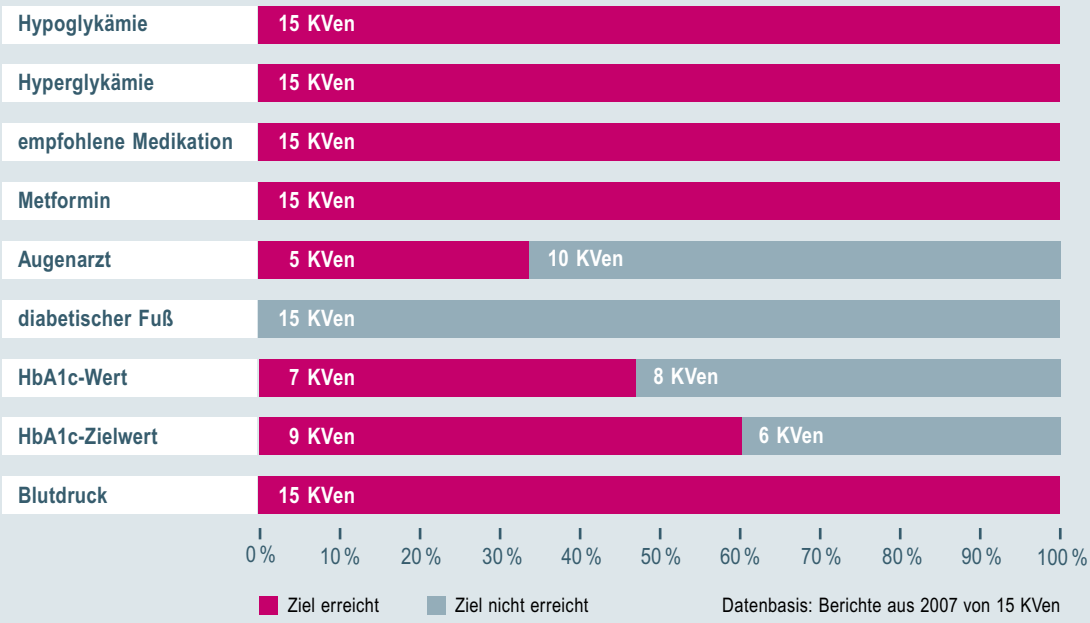
Anhand von Berichten der Gemeinsamen Einrichtungen von 15 Kassenärztlichen Vereinigungen (ohne die Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Hessen) werden im Folgenden die Ergebnisse zu geforderten Qualitätszielen exemplarisch dargestellt. Die Auswertung bezieht sich auf das Jahr 2007 und das DMP Diabetes mellitus Typ 2, da zu diesem strukturierten Behandlungsprogramm vergleichbare Daten aus Berichten der Gemeinsamen Einrichtungen vorliegen, die eine zusammenfassende Darstellung erlauben.

Fast alle einbezogenen Berichte beziehen sich auf die Daten des zweiten Halbjahres 2007. In einem Bericht wird eine Zeitspanne des zweiten Halbjahres 2006 und des ersten Halbjahres 2007 erfasst, in drei Berichten das ganze Jahr 2007, so dass keine vollständige Deckungsgleichheit bei den betrachteten Zeiträumen besteht. Daraus resultieren Unschärfen hinsichtlich der Vergleichbarkeit. Es ist zu beachten, dass hier ausschließlich Ergebnisse aus DMP-Verträgen zur Darstellung kommen, bei denen Kassenärztliche Vereinigungen Vertragspartner sind.

Die in DMP-Verträgen festgelegten Qualitätsziele können insbesondere beim geforderten Grad der Zielerreichung voneinander abweichen. Um die Vergleichbarkeit der Zielforderungen zu prüfen, wurden die Anforderungen der Verträge im Einzelnen verglichen.

Es zeigt sich, dass beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 inzwischen eine weitgehende Homogenisierung der geforderten Zielwerte stattgefunden hat. Abweichungen finden sich lediglich in zwei Kassenärztlichen Vereinigungen. Von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen wurden für fünf von neun Kriterien (Hypoglykämie, Hyperglykämie, empfohlene Medikation, Metformin und HbA1c-Zielwert) beziehungsweise für ein Kriterium (diabetischer Fuß) abweichende Zielwerte gewählt. Bei der Auswertung wurden daher die erreichten Ergebnisse aus allen Berichten einheitlich auf die homogen verwendeten Zielwerte bezogen.

ZIELERREICHUNG IN DEN KVEN DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



ERGEBNISSE IM VERGLEICH

Das durchschnittliche Alter aller in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Patienten betrug 67 Jahre.

STOFFWECHSELENTGLEISUNGEN

Die geforderten Ziele hinsichtlich schwerer Stoffwechselentgleisungen wie Vermeidung schwerer Hypoglykämie (Zielwert < 1 %) und Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer Hyperglykämie (Zielwert < 0,5 %) wurden in allen Kassenärztlichen Vereinigungen erreicht. Der Anteil an schweren Hypoglykämien reichte von 0,2 bis 0,7 % (Mittelwert 0,43 %), der Anteil stationärer Aufenthalte wegen Hyperglykämien von 0 bis 0,2 % (Mittelwert 0,05 %).

MEDIKAMENTE

Die Ziele zur blutzuckersenkenden Medikation (jeweils mindestens ein Anteil von 50 %) wurden in allen Kassenärztlichen Vereinigungen erreicht, beziehungsweise häufig weit übertroffen. Es zeigt sich eine breite Streuung der erreichten Anteile an Patienten, denen die empfohlene Medikation verordnet wurde (für Metformin bei Übergewicht zwischen 54,5 und 76,3 % (Mittelwert 68,8 %), für die vorrangig empfohlene Medikation bei Monotherapie zwischen 74,5 und 87,8 % (Mittelwert 81,4 %).

STOFFWECHSELEINSTELLUNG

Zur Stoffwechseleinstellung wird in den DMP-Verträgen ein niedriger Anteil (maximal 10 %) von Patienten mit HbA1c-Werten von 8,5 % oder höher verlangt. In sieben von 15 Kassenärztlichen Vereinigungen konnte dieser Grenzwert eingehalten werden (Zielerreichungsgrad 6,9 bis 9,9 %, Mittelwert 9 %). Der Anteil der Patienten mit hohen HbA1c-Werten lag in den acht Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen das Ziel nicht erreicht wurde, zwischen 10,3 und 12,4 % (Mittelwert 10,8 %). Damit wurde in fünf von acht Kassenärztlichen Vereinigungen das Ziel nur sehr knapp (< 1 % Abweichung) verfehlt.

Der individuell mit dem Patienten vereinbarte HbA1c-Zielwert soll von einem hohen Anteil (über 55 %) der Patienten erreicht werden. In neun von 15 Kassenärztlichen Vereinigungen wurde das gesetzte Ziel erreicht (Zielerreichungsgrad 55 bis 59,1 %, Mittelwert 57,3 %). In den übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen liegt der Anteil der Patienten mit erreichtem Ziel bei 50,6 bis 54,9 % (Mittelwert 52,6 %), so dass das gesetzte Ziel hier jeweils knapp verfehlt wurde und sich ein weitgehend homogenes Bild ergibt.

BLUTDRUCK

Das Qualitätsziel normotoner Blutdruckwerte bei mindestens 40 % der Patienten mit Hypertonie konnte in allen Kassenärztlichen Vereinigungen erreicht werden (Zielerreichungsgrad 45,9 bis 56,1 %, Mittelwert 49,3 %).

KOOPERATION DER VERSORGUNGSSEKTOREN

Zwei Ziele wurden in den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich verfehlt. Sie betreffen die geforderte jährliche augenärztliche Untersuchung beziehungsweise die Überweisung zur Fußambulanz, wenn der klinische Befund dies erfordert. Eine wesentliche Ursache für die Verfehlung des Fuß-Ziels (mindestens 65 % Mitbehandlung durch Fußambulanz bei auffälligem Fußbefund, Zielerreichungsgrad 14,3 bis 63,2 %, Mittelwert 27,6 %) ist in der bisher nicht ausreichend präzisen Formulierung dieses Indikators in den Musteranlagen zur Qualitätssicherung der DMP-Verträge zu vermuten. Das Problem wurde im Zusammenhang mit der Überarbeitung dieser Anlagen im Jahr 2008 berücksichtigt. Künftig wird die Überweisungsanforderung konkret auf die relevanten Wagner / Armstrong-Stadien bezogen, statt wie bisher allgemein auf den auffälligen Fußstatus, so dass hier in Zukunft höhere Zielerreichungsgrade zu erwarten sind.

Bei der augenärztlichen Untersuchung wird in fünf Kassenärztlichen Vereinigungen das gesetzte Ziel (mindestens 80 %) erreicht (Zielerreichungsgrad 80,3 bis 85,2 %, Mittelwert 82,7 %), in zehn von 15 Kassenärztlichen Vereinigungen um 1,3 bis 14,8 % verfehlt (Zielerreichungsgrad 65,2 bis 78,7 %, Mittelwert 73,1 %). Ursache ist hier möglicherweise auch eine unvollständige Dokumentation. Die Überweisung zum Augenarzt wurde dokumentiert, der erfolgte Arztbesuch jedoch nicht ermittelt und festgehalten, beziehungsweise die tatsächliche Durchführung einer veranlassten Untersuchung überschritt in einem Teil der Fälle den Erhebungszeitraum.

FAZIT DER ERGEBNISSE

Fünf von neun dargestellten Qualitätszielen konnten in allen Kassenärztlichen Vereinigungen erreicht werden, die Ziele zur medikamentösen Therapie wurden teilweise weit übertroffen beziehungsweise bei den Stoffwechselentgleisungen weit unterschritten.

Bei der Hälfte der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 mit Hypertonie konnte der Blutdruck normalisiert werden. Bei diesem zentralen Indikator wurden in den ersten Jahren nach der DMP-Einführung deutlich niedrigere Zielerreichungsgrade berichtet (vergleiche Qualitätssicherungsbericht DMP Nordrhein 2004, 3. Qualitätsbericht DMP Diabetes mellitus Typ 2 der Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg 2007), so dass hier eine deutlich positive Tendenz zu verzeichnen ist. Die Entwicklung bei dem bisher in allen Kassenärztlichen Vereinigungen weit verfehlten Fußindikator bleibt nach Umsetzung der entsprechenden Präzisierung dieses Indikators in den Verträgen abzuwarten.

Bei den hier zugrundegelegten Daten handelt es sich um aggregierte Daten der Gemeinsamen Einrichtungen. Sie lassen keine weitergehenden Analysen zur Frage der Vergleichbarkeit der ausgewerteten Patientenpopulationen zu. Unterschiede bei Alters- und Geschlechtsstruktur, Erkrankungsdauer und Schweregrad der Erkrankung zum Zeitpunkt der Einschreibung beziehungsweise Begleiterkrankungen der betrachteten Populationen können die Vergleichbarkeit gegebenenfalls erheblich einschränken.

Bei der weiteren Beobachtung und Bewertung der Indikatoren wird insbesondere bei den Zielen zur Stoffwechseleinstellung die zunehmende Erkrankungsdauer der betrachteten Patientengruppen zu berücksichtigen sein, die einen erheblichen Einfluss auf die Erreichbarkeit bestimmter Ziele hat.

Die neue Dokumentationsstruktur der 17. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, die zum zweiten Halbjahr 2008 umgesetzt wurde und Aktualisierungen der Programminhalte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss haben auch Änderungen bei den Indikatoren ausgelöst, so dass hier in Zukunft neue Aspekte in die Bewertung einfließen werden.

HINTERGRUND DER DMP

Ziel der Disease-Management-Programme (DMP), auch als Chroniker- oder strukturierte Behandlungsprogramme bezeichnet, ist die Koordination und Optimierung von Behandlungs- und Betreuungsprozessen chronisch Kranker auf der Grundlage medizinischer Evidenz und über die Grenzen einzelner Versorgungssektoren hinaus. Die Programme sollen vor allem einer kontinuierlichen Förderung des Selbstmanagements der Erkrankung durch den Patienten dienen. Ihr Ziel ist, Folgeerkrankungen zu vermeiden und eine wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. Diese Versorgungskonzepte, die auf dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) und der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung basieren, wurden 2002 eingeführt. Verträge dazu müssen vom Bundesversicherungsamt (BVA) zugelassen werden. Bisher gibt es DMP für folgende Krankheitsbilder seit:

- Juli 2002 Diabetes mellitus Typ 2
- Juli 2002 Brustkrebs
- Mai 2003 Koronare Herzerkrankung (KHK)
- März 2004 Diabetes mellitus Typ 1
- Januar 2005 Asthma bronchiale
- Januar 2005 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

An die Inhalte der Programme sind besondere, vom Gesetzgeber definierte Anforderungen gestellt:

- Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten
- Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse sowie Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN 2008

Die Aktualisierungen der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 und Koronare Herzerkrankung wurden im Sommer 2008 mit Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abgeschlossen. Zusätzlich wurde das DMP Koronare Herzerkrankung durch ein neues Modul Chronische Herzinsuffizienz ergänzt. Die Umsetzung dieser Beschlüsse durch den Gesetzgeber in der 20. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSA) erfolgte Mitte 2009. Die im Laufe des Jahres 2008 begonnenen Aktualisierungen des DMP Brustkrebs und des DMP Asthma bronchiale / Chronisch obstruktive Lungenerkrankung dauern an. Über ein neues Zusatzmodul Adipositas für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 berät der Gemeinsame Bundesausschuss seit Anfang 2009.

Mit der 17. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom Frühjahr 2008 wurden die Dokumentationen im DMP für die Datensätze indikationsübergreifend zusammengefasst und die Einschreibedokumentation erheblich vereinfacht. Seit dem 1. Juli 2008 erfolgt für alle DMP – außer Brustkrebs – die Dokumentation nur noch EDV-gestützt. Für das DMP Brustkrebs erfolgte diese Umstellung zum 1. Juli 2009.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stellt den Gemeinsamen Einrichtungen von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und regionalen Krankenkassenverbänden ein modulares Rückmeldesystem zur Verfügung, mit dem sowohl arztbezogene Feedbackberichte erstellt werden können, als auch regionale Gesamtberichte beziehungsweise Ergebnisberichte ausgewählter Arztgruppen, zum Beispiel für die Arbeit in Qualitätszirkeln (QZ). Im Zuge der Anpassung dieses Rückmeldesystems an die neue Systematik des elektronischen DMP (eDMP) wurden alle Feedbackberichte in eine besser lesbare, übersichtlich gestaltete Kurzform gebracht, die sich bereits beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 bewährt hat. Dabei fanden die Neuerungen, die sich aus den DMP-Aktualisierungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahr 2008 ergaben, bereits Berücksichtigung. Auch das neue Modul Herzinsuffizienz ist hier bereits eingearbeitet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhielten die neuen Programme termingerecht zum Jahresbeginn 2009.

Inzwischen liegen bundesweite Ergebnisse der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation der Programme durch die Krankenkassen vor. Sie zeigen eine positive Entwicklung bei der Erreichung der Qualitätsziele für die Teilnehmer der Programme zu Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzerkrankung. Für die anderen strukturierten Behandlungsprogramme liegen derartige zusammenfassende Ergebnisse noch nicht vor. Eine kontrollierte, von Seiten der Wissenschaft initiierte und nach internationalem Standard umgesetzte Evaluationsstudie der deutschen DMP (Evaluation of Large Scale Implementation of Disease Management Programs for patients with Type 2 diabetes – ELSID) erscheint voraussichtlich im Jahr 2009. Vorab bereits veröffentlichte Ergebnisse zeigen deutliche Vorteile für die innerhalb des DMP Diabetes mellitus Typ 2 behandelten Patienten.

STRUKTURDATEN DER DMP

Strukturdaten der DMP aus 17 Kassenärztlichen Vereinigungen – teilnehmende Ärzte im Jahr 2008

In der folgenden Darstellung handelt es sich um durch die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelte Daten. Die Angaben zu den eingeschriebenen DMP-Patienten für das Jahr 2008 sind der amtlichen Statistik KM 6 Teil II des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entnommen.

Vertragsumfang der Disease-Management-Programme

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
KV Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.400	5.100 3)	287.000
KV Bayerns	KV – alle Kassen	8.300	7.500	390.000
KV Berlin	KV – alle Kassen	3)	1.300 3)	108.000
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	3)	1.200 3)	138.000
KV Bremen	KV – alle Kassen	400	370	22.000
KV Hamburg	KV – alle Kassen	880	880	42.000
KV Hessen	kein Vertrag mit KV			165.000
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	3)	900	87.000
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.200	3.000	218.000
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	5.000	3.900	321.000
KV Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.400	1.700	150.000
KV Saarland	KV – alle Kassen	600	580	39.000
KV Sachsen	KV – alle Kassen	2.400	2.300	249.000
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.500	1.300	157.000
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.600	660	74.000
KV Thüringen	KV – alle Kassen	1.400	1.300	111.000
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.600	3.400	270.000

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
KV Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	180	140 3)	8.600
KV Bayerns	KV – alle Kassen	2.300	2.100	15.000
KV Berlin	KV – alle Kassen	3)	50 3)	4.900
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	3)	60 3)	4.600
KV Bremen	KV – alle Kassen	20	20	1.000
KV Hamburg	KV – alle Kassen	40	40	400
KV Hessen	KV – alle Kassen	200	170	4.800
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	3)	50	2.500
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	170	130	10.500
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	840	220	15.000
KV Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	120	100	6.400
KV Saarland	kein Vertrag mit KV			50
KV Sachsen	KV – alle Kassen	120	120	8.400
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	220	130	4.700
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	50	50	5.000
KV Thüringen	KV – alle Kassen	50	50	3.200
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	740	420	14.300

1) abrechnende Ärzte IV. Quartal 2008 nach Angaben der KV
2) RSA-wirksam eingeschriebene DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG
3) Daten aus dem Jahr 2008 liegen nicht vor/sind nicht zu ermitteln. (Aktiv teilnehmende Ärzte wurden in diesen Fällen anteilig hochgerechnet beziehungsweise gemäß der Vorjahresangabe bewertet.)

Stand: 31. Dezember 2008

DMP KORONARE HERZERKRANKUNG

	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
KV Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	5.700	3.500	80.000
KV Bayerns	KV – alle Kassen	8.400	7.500	152.000
KV Berlin	KV – alle Kassen	3)	1.200 3)	49.000
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	3)	1.150 3)	66.000
KV Bremen	KV – alle Kassen	400	330	8.200
KV Hamburg	KV – alle Kassen	790	670	14.900
KV Hessen	KV – alle Kassen	3.490	2.940	77.000
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	990	860	39.200
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.100	2.900	107.000
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	5.100	3.700	135.000
KV Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.200	1.600	57.000
KV Saarland	KV – alle Kassen	630	630 3)	18.500
KV Sachsen	KV – alle Kassen	2.000	1.800	70.000
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.300	1.300	68.000
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.500	530	35.700
KV Thüringen	KV – alle Kassen	1.200	1.200	45.700
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.600	3.300	140.000

DMP BRUSTKREBS

	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
KV Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	1.330	350	8.000
KV Bayerns	KV – alle Kassen	2.870 4)	2.030 4)	15.700
KV Berlin	kein Vertrag mit KV			5.700
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	3)	140 3)	4.500
KV Bremen	KV – alle Kassen	80	60	1.200
KV Hamburg	KV – alle Kassen	140	140	1.900
KV Hessen	kein Vertrag mit KV			9.600
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	3)	160	3.500
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	620	450	12.500
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	920	820	14.000
KV Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	330	190	6.000
KV Saarland	KV – alle Kassen	110	110 3)	1.600
KV Sachsen	KV – alle Kassen	250	200	3.700
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	150	100	2.700
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	470	210	5.500
KV Thüringen	KV – alle Kassen	150	150	3.200
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	810	440	16.800

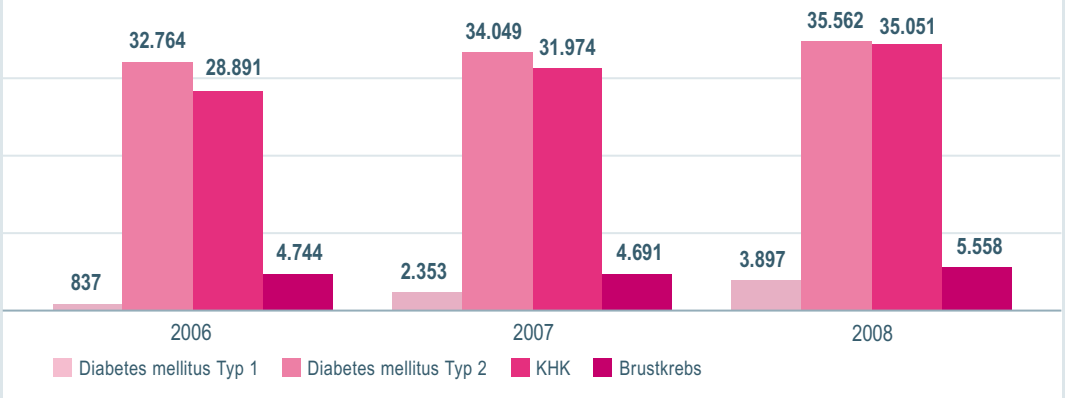
1) abrechnende Ärzte IV. Quartal 2008 nach Angaben der KV
2) RSA-wirksam eingeschriebene DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG
3) Daten aus dem Jahr 2008 liegen nicht vor/sind nicht zu ermitteln. (Aktiv teilnehmende Ärzte wurden in diesen Fällen anteilig hochgerechnet beziehungsweise gemäß der Vorjahresangabe bewertet.)
4) inklusive Psychotherapeuten
Stand: 31. Dezember 2008

DMP ASTHMA BRONCHIALE
DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)

	Vertragspartner	Erkrankung	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
KV Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	Asthma	4.800	3)	29.000
		COPD	4.480	3)	21.600
KV Bayerns	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	8.090	7.310	116.700
KV Berlin	KV – alle Kassen	Asthma	3)	3)	29.000
		COPD	3)	3)	22.400
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	Asthma	3)	3)	23.100
		COPD	3)	3)	18.200
KV Bremen	KV – alle Kassen	Asthma	380	260	6.200
		COPD	320	230	4.600
KV Hamburg	KV – alle Kassen	Asthma	660	470	9.500
		COPD	590	420	4.700
KV Hessen	KV – alle Kassen	Asthma	3.060	2.320	30.200
		COPD	2.800	2.120	19.100
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	Asthma	570	400	12.900
		COPD	530	360	9.500
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	Asthma	3.780	2.600	61.700
		COPD	3.430	2.380	40.600
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	8.380	4.850	95.100
KV Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	Asthma	1.970	1.230	10.200
		COPD	1.850	1.130	18.000
KV Saarland	KV – alle Kassen	Asthma	580	3)	6.200
		COPD	520	3)	4.900
KV Sachsen	KV – alle Kassen	Asthma	740	510	1.200
		COPD	690	510	620
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	1.090	940	26.600
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	Asthma	1.460	430	19.000
		COPD	1.300	420	10.900
KV Thüringen	KV – alle Kassen	Asthma	730	730	16.000
		COPD	660	650	9.900
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	4.030	Asthma 2.560 COPD 2.370	Asthma 65.500 COPD 45.400

1) abrechnende Ärzte IV. Quartal 2008
2) RSA-wirksam eingeschriebene DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG
3) Daten aus dem Jahr 2008 liegen nicht vor/sind nicht zu ermitteln.
Stand: 31. Dezember 2008

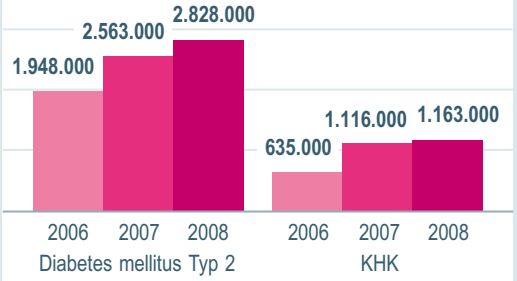
AKTIV TÄTIGE ÄRZTE IM DMP FÜR DEN ZEITRAUM 2006 BIS 2008



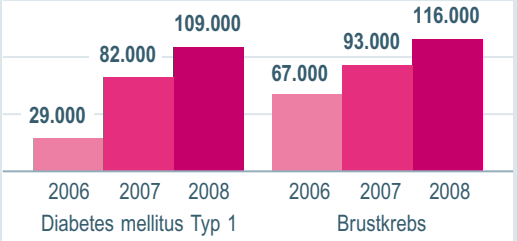
Quelle: Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen

ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PATIENTEN FÜR DEN ZEITRAUM 2006 BIS 2008 IM:

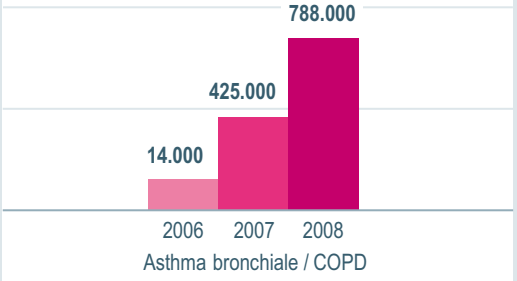
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2 UND KHK



DMP DIABETES MELLITUS TYP 1 UND BRUSTKREBS



DMP ASTHMA BRONCHIALE / COPD



Quelle Grafiken oben: BVA Tätigkeitsberichte (2006 und 2007) und amtliche Statistik KM 6 Teil II des BMG (2008)

TEILNAHMERATEN

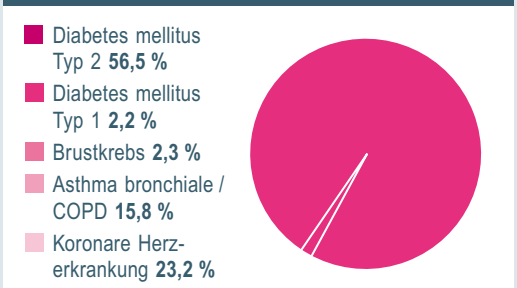
Entwicklung der Teilnahmeraten 2006 bis 2008

Stellt man die Daten über die Teilnehmerzahlen an den einzelnen strukturierten Behandlungsprogrammen über die vergangenen drei Jahre dar, so ist für alle strukturierten Behandlungsprogramme ein positiver Trend in Bezug zur Zahl der eingeschriebenen Patienten zu erkennen. Dies gilt auch für die Entwicklung bei den aktiv teilnehmenden Ärzten. Auf eine Darstellung der aktiv teilnehmenden Ärzte im DMP Asthma/COPD wurde verzichtet, da hier die Daten teils getrennt für beide Krankheitsbilder, teils aber auch zusammen angegeben werden.

Verteilung der Patienten auf die angebotenen strukturierten Behandlungsprogramme

80 Prozent aller an den strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmenden Patienten sind in die DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzerkrankung eingeschrieben wie folgende Graphik veranschaulicht.

PROZENTUALE VERTEILUNG DER TEILNEHMER AUF DIE EINZELNEN DMP 2008



Quelle: amtliche Statistik KM 6 Teil II des BMG

AQUIK® – AMBULANTE QUALITÄTS-INDIKATOREN UND KENNZAHLEN

Qualität wird zunehmend zum Wettbewerbsfaktor im Gesundheitswesen. Um sie messen, analysieren, bewerten und in der Konsequenz Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung ableiten zu können, sind valide Instrumente erforderlich. Solche Instrumente zu entwickeln, war Ziel des Projektes „AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ der KBV.

Qualitätsindikatoren ergänzen die Instrumente der Qualitätsförderung: Zunehmend werden sie in der Weiterentwicklung von Versorgungsqualität, auch sektorenübergreifend, eingesetzt. Als Modul individueller Qualitätsberichte oder von Qualitätsmanagementmaßnahmen schaffen sie Transparenz. Die Erfüllung definierter Qualitätsparameter wird immer häufiger zur Zugangsvoraussetzung für die Teilnahme an Versorgungsverträgen, etwa nach den §§ 73b und c SGB V. Qualitätsindikatoren eröffnen auch die Möglichkeit einer qualitätsorientierten Vergütung. So werden neben der Menge der erbrachten Leistungen und der Morbidität der behandelten Patienten Qualitätsparameter zunehmend als Grundlage der Vergütungsbemessung herangezogen.

Im Rahmen des AQUIK®-Projektes wurden unter Nutzung internationaler und nationaler Expertise international bereits in Anwendung befindliche Qualitätsindikatoren mit Relevanz für den ambulanten deutschen Versorgungskontext recherchiert und in eine Datenbank eingepflegt. Aus dieser Datenbank wurden in einem Auswahlprozess Indikatoren für ein erstes Rohset zusammengestellt. Die wesentlichsten Auswahlkriterien hierfür waren:

- Relevanz für den ambulanten Sektor
- Prävalenz der entsprechenden Krankheitsbilder
- mögliches Verbesserungspotenzial
- Eignung für den Nachweis guter Qualität

Indikatoren zu Praxisorganisation und Dokumentation sowie zur Patientenorientierung ergänzen die Auswahl.

Die Indikatoren des Rohsets wurden anschließend in einem zweistufigen, strukturierten und moderierten Fachgruppenprozess auf Relevanz und Machbarkeit bewertet. An diesem Konsentierungsverfahren haben 28 von den Kassenärztlichen Vereinigungen benannte Experten verschiedener Fachgruppen, sowohl Haus- als auch Fachärzte, teilgenommen. Der Bewertungsprozess fand auf der Grundlage einer allgemein für die Erarbeitung von Indikatorensystemen anerkannten Methodik (von Rand Health entwickelte RAND/UCLA Appropriateness Method – RAND-Methode) statt.

Die von den Fachgruppenexperten als relevant und machbar eingestuften Indikatoren wurden in einem weiteren Schritt in mehr als 100 Praxen auf Datenverfügbarkeit und -abrufbarkeit getestet. Diese Machbarkeitsanalyse wurde wissenschaftlich begleitet.

Im Ergebnis des Projektes AQUIK® steht ein Set von 48 strukturiert entwickelten und validen, fachgruppenspezifischen und -übergreifenden sowie patientenorientierten und qualitätsmanagementbezogenen Qualitätsindikatoren für die Anwendung in verschiedenen Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung.

Die Indikatoren des AQUIK®-Sets eröffnen neue Möglichkeiten sowohl einer verbesserten Abbildung und Vergleichbarkeit von Versorgungsqualität als auch einer qualitätsorientierten Vergütung. Gleichzeitig gibt das Projekt wichtige methodische Impulse für die künftige Entwicklung von Qualitätsindikatoren und die Schaffung einer unterstützenden IT-Infrastruktur für die Implementierung der Qualitätsindikatoren in der Praxis.

Nachfolgend sind die Indikatoren des AQUIK®-Sets im Überblick dargestellt. Die Indikatoren beziehen sich in der Regel auf die Gesamtheit aller Patienten einer Praxis im Verlauf eines Jahres. Die bereits im Rahmen von DMP in Anwendung befindlichen Indikatoren ergänzen das AQUIK®-Set.

INDIKATOREN DES AQUIK® SETS

ADHS

- Anteil der Patienten mit neu diagnostiziertem ADHS, in deren Patientenakte die Abklärung nach DSM-IV- oder ICD-10-Kriterien dokumentiert ist
- Anteil der Patienten, bei denen 30 Tage nach der Erstverschreibung einer ADHS-Medikation eine Wiedervorstellung stattfand
- Anteil der Patienten mit ADHS und einer ADHS-Medikation, deren Patientenakte zwei Folgekontakte im Jahr dokumentiert
- Anteil der Patienten mit ADHS, in deren Patientenakte dokumentiert ist, dass der behandelnde Arzt den Bedarf an schulischer Unterstützung und Möglichkeiten der Erziehungshilfe für Kinder mit ADHS besprochen hat

AIDS / HIV

- Anteil der Hepatitis-C-negativen Patienten mit HIV-Infektion ab einem Alter von 18 Jahren, bei denen der Hepatitis-C-Status innerhalb der letzten zwölf Monate in der Patientenakte dokumentiert wurde
- Anteil der Patienten unter antiretroviraler Therapie (ART), bei denen mindestens einmal alle vier Monate eine Viruslastbestimmung und eine CD4 Bestimmung durchgeführt wurde
- Anteil der Patienten mit HIV-Infektion unter antiretroviraler Therapie (ART), deren Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze lag oder bei denen eine signifikante Reduktion der Viruslast bestand

ARTERIELLE HYPERTONIE

- Anteil der Patienten mit einem systolischen Blutdruckwert ≥ 140 mm Hg oder einem diastolischen Blutdruckwert ≥ 90 mm Hg mit einem dokumentierten Behandlungsplan für Bluthochdruck
- Anteil der Patienten mit Bluthochdruck, bei denen eine Beratung zu veränderbaren Risikofaktoren in der Patientenakte dokumentiert ist
- Anteil der Patienten mit Bluthochdruck, deren Blutdruck mindestens einmal innerhalb der letzten sechs Monate kontrolliert wurde

ARTHROSE

- Anteil der Patienten mit der Diagnose Arthrose, bei denen die Einnahme frei verkäuflicher Analgetika erhoben wurde

ARZNEIMITTELTHERAPIESICHERHEIT

- Anteil der Patienten mit vier oder mehr Dauermedikamenten, deren Medikation in den letzten zwölf Monaten überprüft wurde und in deren Akte dies dokumentiert wurde
- Anteil der Patienten unter dauerhafter oraler Antikoagulation, bei denen mindestens eine INR-Wert-Bestimmung alle sechs Wochen erfolgte

DEMENZ

- Anteil der Patienten mit neu diagnostizierter Demenz, die ein Screening auf das Vorliegen einer Depression erhielten
- Anteil der Patienten mit neu diagnostizierter Demenz, deren Medikamentenliste hinsichtlich Substanzen überprüft wurde, die kognitive Beeinträchtigungen hervorrufen können
- Anteil der Patienten mit Demenz, die unter Einbezug von Angehörigen / Betreuern über Diagnose, Prognose und Unterstützungsangebote informiert wurden

DEPRESSION

- Anteil der Patienten mit neu diagnostizierter Depression, bei denen die Einschätzung der Fallschwere zu Beginn der Behandlung anhand eines validierten Hilfsmittels erfolgte
- Anteil der Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus und / oder koronarer Herzerkrankung, die zu einem Zeitpunkt in den letzten zwölf Monaten mit zwei Screeningfragen auf Depression getestet wurden

EPILEPSIE

- Anteil der Patienten mit medikamentöser Behandlung einer Epilepsie, die in den letzten zwölf Monaten anfallsfrei waren und in deren Akte dies dokumentiert wurde
- Anteil der Patienten mit medikamentöser Behandlung einer Epilepsie, deren Anfallshäufigkeit dokumentiert worden ist
- Anteil der Patienten, die sowohl hinsichtlich häufiger als auch in Bezug auf ernste Nebenwirkungen der konkret verschriebenen antiepileptischen Medikamente informiert wurden

GYNÄKOLOGISCHE THEMEN

- Anteil der Schwangeren, die rauchen, bei denen mindestens einmal während der Schwangerschaftsvorsorge Strategien zur Tabakentwöhnung besprochen wurden
- Anteil der Patientinnen mit dokumentierter Beratung über sexuell übertragbare Erkrankungen im Rahmen der Beratung zur Empfängnisregelung
- Anteil der Patientinnen mit einem auffälligen Pap-Abstrich, bei denen dokumentiert wurde, dass sie eine Nachuntersuchung erhielten

HARNINKONTINENZ

- Anteil der Patienten mit neu diagnostizierter Harninkontinenz, die bezüglich der Behandlungsoptionen beraten wurden
- Anteil der Patienten mit neu diagnostizierter Harninkontinenz, deren Genese differentialdiagnostisch abgeklärt wurde

HERZINSUFFIZIENZ

- Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, deren linksventrikuläre Pumpfunktion untersucht wurde und deren quantitative oder qualitative Ergebnisse dokumentiert wurden
- Anteil der Arztbesuche mit dokumentierter Gewichtsbestimmung für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

IMPFEN

- Anteil der Patienten ab einem Alter über 60 Jahren, denen innerhalb der letzten zwölf Monate eine Grippeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie diese bereits woanders erhielten
- Anteil der Adoleszenten, die mit allen empfohlenen Impfungen im Zeitplan sind
- Anteil der Kinder mit vollständigem Impfschutz bei Vollendung des zweiten Lebensjahres
- Anteil der Patienten mit einem Vermerk über das Datum einer in den letzten zehn Jahren erhaltenen Tetanus- / Diphtherie- / (-auffrischungs-)impfung

KREUZSCHMERZ

- Anteil der Patienten mit akutem Kreuzschmerz, bei denen eine fokussierte Anamnese bezüglich Alarmzeichen (red flags) durchgeführt wurde

PRAXISMANAGEMENT

- Die Praxis bietet Hausbesuche für schwer körperlich beeinträchtigte Patienten an.
- Die Dokumentation von Medikamentenallergien und unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgt nach einem Standardverfahren und ist klar erkennbar.
- In der Praxis fanden im letzten Jahr mindestens drei Nachbesprechungen kritischer Ereignisse im Team statt.
- Es gibt ein Standardverfahren für eine mindestens einmal pro Jahr vorzunehmende Prüfung der Haltbarkeit von Notfallmedikamenten.
- Alle Mitglieder des Praxispersonals nahmen innerhalb der letzten 36 Monate nachweislich an Aus- beziehungsweise Weiterbildungsmaßnahmen für Erste Hilfe teil.

PRESBYAKUSIS

- Anteil der Patienten mit einer Hörminderung ohne reversible Ursache, denen eine formale Abklärung für ein Hörgerät angeboten wurde

QUERSCHNITTSTHEMEN

- Anteil der Patienten, die sich aus beliebigen Gründen vorstellten, deren systolischer und diastolischer Blutdruck, mindestens einmal im Jahr gemessen wurde
- Anteil der Patienten, deren Raucherstatus während der letzten zwei Jahre mindestens einmal erhoben wurde
- Anteil der Raucher, denen Maßnahmen zum Beenden des Rauchens empfohlen wurden und in deren Akte dies dokumentiert wurde

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

- Anteil der Patienten mit einer neu diagnostizierten rheumatoiden Arthritis, die mindestens eine Therapie mit einem krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Medikament erhielten
- Anteil der Patienten mit der Diagnose einer rheumatoiden Arthritis, bei denen in angemessenen Intervallen die folgenden Untersuchungen dokumentiert sind: Gelenkuntersuchung von drei oder mehr Gelenkbereichen, Funktionsstatus, Krankheitsaktivität, akute Phasereaktion und Schmerz
- Anteil der Patienten mit Behandlung mit einem krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Medikament, bei denen eine Überwachung von Nebenwirkungen erfolgt
- Anteil der Patienten mit Neuverordnung einer krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Therapie, mit denen über Risiken versus Nutzen der gewählten Therapie gesprochen wurde und in deren Akte dieses dokumentiert ist

VORHOFFLIMMERN

- Anteil der Patienten mit Vorhofflimmern oder Vorhofflattern und mit Risikofaktoren für ein thromboembolisches Ereignis, die eine orale Antikoagulation erhalten
- Anteil der Patienten mit einem neu diagnostizierten Vorhofflimmern, die binnen zwei Wochen nach der Vorstellung eine Schilddrüsenfunktionsuntersuchung erhielten

Weitere Informationen unter: **ww.kbv.de/aquik.html**

QUALITÄTSMANAGEMENT

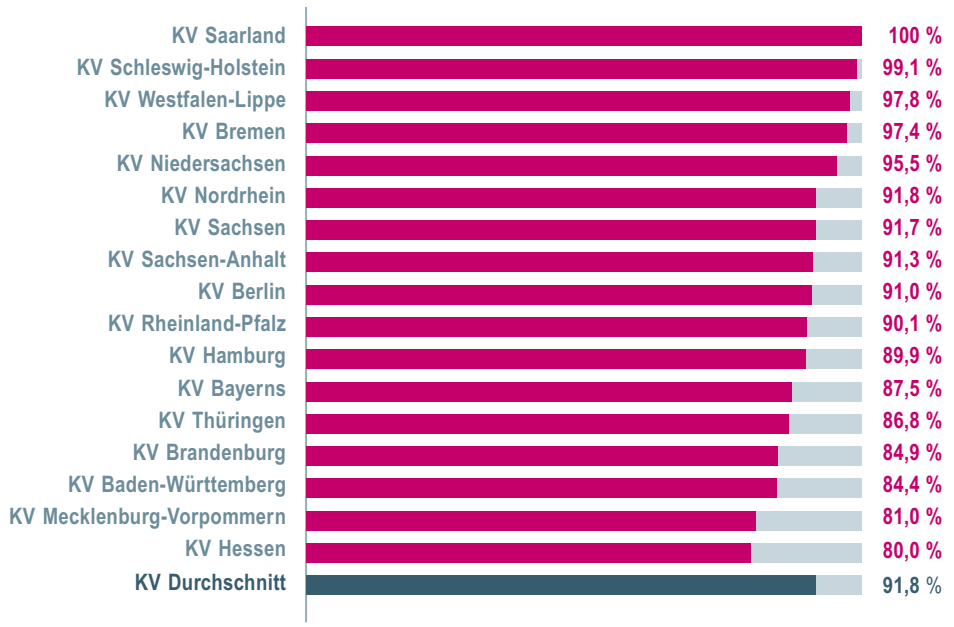
Die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)“, die zum 1. Januar 2006 in Kraft getreten ist, beschreibt in den §§ 3 bis 5 Grundelemente und Instrumente für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und gibt die zeitlichen Fristen für dessen Einführung in Praxen vor. Bis Ende des Jahres 2010 muss jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut ein richtlinienkonformes Qualitätsmanagement-System eingeführt und überprüft haben, um es dann fortlaufend weiterzuentwickeln. Waren die Jahre 2006 und 2007 für die Planungsphase vorgesehen, sollte 2008 mit der konkreten Umsetzung begonnen werden. Dafür haben die Vertragsärzte und -psychotherapeuten bis Ende 2009 Zeit. Ob die Praxis sich an einem Qualitätsmanagementverfahren oder -modell orientiert (zum Beispiel QEP®, DIN EN ISO 9001, EPA, KPQM 2006, KTQ®, EFQM) oder sich ein eigenes System aufbaut, ist nicht festgelegt. Auch eine Zertifizierung ist nicht vorgeschrieben.

ERGEBNISSE DER STICHPROBEN 2007

Mitte 2008 hat die KBV die erste Stichprobenziehung nach § 7 Abs. 2 Satz 4 der Qualitätsmangement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung zum Einführungs- und Entwicklungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den Praxen ausgewertet. Die von den Qualitätsmanagementkommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen dokumentierten Ergebnisse wurden zusammengefasst und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung gestellt. 2,5 Prozent (3.226) zufällig ausgewählte Vertragsärzte und -psychotherapeuten wurden befragt. Davon antworteten 89,8 Prozent (2.896) und legten schriftlich dar, in welcher Phase sie sich befinden: 25,8 Prozent in der Planung, 50,5 Prozent in der Umsetzung, 6,7 Prozent in der Überprüfung und 9,9 Prozent in der Weiterentwicklung. Nur 7,1 Prozent gaben an, noch nicht mit der Einführung eines Qualitätsmanagements begonnen zu haben.

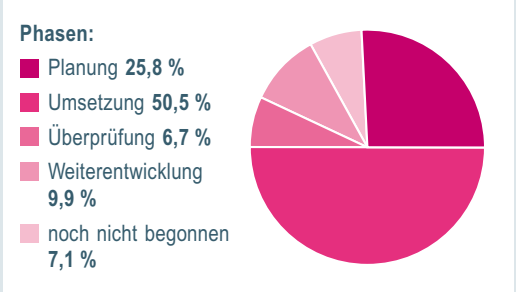
Die freiwillige Angabe zur Wahl eines Qualitätsmanagement-Systems machten 1.757 Praxen. 36 Prozent der Praxen nannten QEP®, gefolgt von DIN EN ISO 9001 mit 27,9 Prozent.

AUSWERTUNG RÜCKLAUFQUOTE DER STICHPROBENZIEHUNG 2007



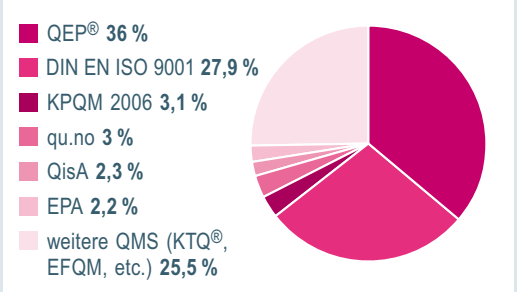
Auswertung gemäß § 7 Absatz 2 Satz 4 der Qualitätsmanagement-Richtlinie

STICHPROBENZIEHUNG 2007: PHASENANTEILE DER RÜCKMELDUNGEN 2.896 PRAXEN

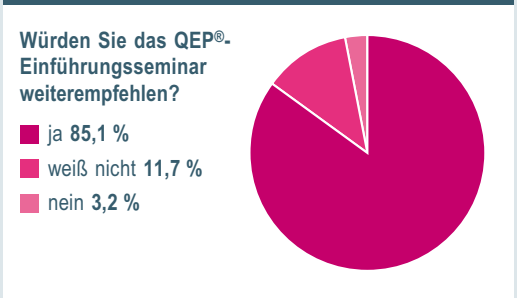


Auswertung gemäß § 7 Abs. 2 Satz 4 der Qualitätsmanagement-Richtlinie

STICHPROBENZIEHUNG 2007: FREIWILLIGE ANGABEN ZUM EINGESETZEN QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM 1.757 PRAXEN

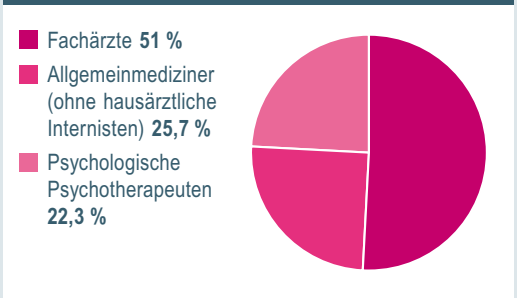


QEP®-EINFÜHRUNGSSEMINARE: EMPFEHLUNGEN ZUR TEILNAHME



Gesamtstatistik KVen / Berufsverbände | Stand 30.6.2009

QEP®-EINFÜHRUNGSSEMINARE: TEILNAHME DER FACHGRUPPEN



Erhebung erfolgt seit Juli 2007 | Auswertung von 12.151 Evaluationsbögen mit Fachgruppenangabe | Stand 24.8.2009

QUALITÄTSMANAGEMENT MIT QEP®

Im Jahr 2008 haben verschiedene Umfragen ergeben, dass „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®“ das am häufigsten genutzte Qualitätsmanagement-System ist und dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die wichtigste Informationsquelle für Fragen zum Qualitätsmanagement sind (Obermann, Müller 2009). Das von der KBV gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten, niedergelassenen Psychotherapeuten und den Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelte System ist indikatorenbasiert und handbuchgestützt. Der modulare Aufbau ermöglicht einen einfachen Einstieg und eine stufenweise Umsetzung. QEP® besteht aus vier Bausteinen: Qualitätsziel-Katalog, Einführungsseminar, Manual und Zertifizierung. QEP® eignet sich für jede Praxisform, von der Einzelpraxis ohne Mitarbeiter bis hin zum Medizinischen Versorgungszentrum ebenso wie für standortübergreifende Praxen im Rahmen der integrierten Versorgung und für Belegärzte.

QEP-Einführungsseminare®

In 1.262 Seminaren von Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden wurden bis Juni 2009 über 26.000 Teilnehmer geschult. Nahezu alle Kassenärztlichen Vereinigungen bieten Einführungsseminare an, in denen bis Ende 2008 insgesamt mehr als 17.000 Teilnehmer in das Arbeiten mit QEP® eingeführt wurden. Von diesen Teilnehmern empfehlen 88,2 Prozent das Seminar weiter, was einer erneuten Verbesserung der Ergebnisse gegenüber 2007 entspricht (2007: 83,8 Prozent, 2006: 83,1 Prozent). Die größten Teilnehmergruppen in diesen Seminaren sind die Hausärzte mit über 25,7 Prozent, gefolgt von den Psychologischen Psychotherapeuten mit 22,3 Prozent. Der verbleibende Anteil umfasst die Fachärzte verschiedener Fachgruppen. Insgesamt sieht die aktuelle Verteilung ähnlich aus.

QEP®-Community

Nachdem die KBV über 400 QEP Trainer® ausgebildet und lizenziert hat und damit der Bedarf für die Durchführung von Einführungsseminaren gedeckt ist, werden seit 2007 Multiplikatorenseminare angeboten. Die Zielgruppe sind niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Praxismitarbeiter, Mitarbeiter von Kassenärztlichen Vereinigungen und andere Interessierte, die Praxen bei der Einführung von QEP® begleiten wollen. So haben 2007 etwa 100, 2008 weitere 40 Teilnehmer an den QEP®-Multiplikatorenseminaren teilgenommen. QEP Trainer® und QEP®-Multiplikatoren erhalten per Service-E-Mail von der KBV regelmäßig aktuelle Informationen zum Praxis- und Qualitätsmanagement. 2008 und im Januar 2009 fanden zwei Tagesveranstaltungen QEP®-Aktuell statt. Vorträge und Workshops zur Praxishygiene, Arbeitsmedizin, Datenschutz sowie „Tipps und Tricks für das Einführungsseminar“ boten den mehr als 300 Teilnehmern eine Auffrischung ihres Wissens zu QEP® und zum Qualitätsmanagement an. Zur Aufrechterhaltung der QEP Trainer®-Lizenz ist die Teilnahme an einem Auffrischungsseminar einmal jährlich verpflichtend. Auch die 29 akkreditierten QEP Visitoren® (Stand Juni 2009) gehören zur QEP®-Community und konnten sich im Workshop „Neues zur Zertifzierung“ austauschen und fortbilden. Über 2.000 Abonnenten erhalten einmal im Quartal den QEP®-Newsletter. Diesen und viele weitere Informationen finden Sie unter **www.kbv.de/qm**.

Integration des Arbeitsschutzes in Qualitätsmangement-Systemen nach QEP®

In einem Projekt mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege wurde das Präventionsangebot qu.int.as® (Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz) für QEP® entwickelt und in Zusammenarbeit mit zehn Pilotpraxen erfolgreich erprobt. Die Verknüpfung von Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz zu einem integrierten Managementsystem ermöglicht es den Praxen bei der Umsetzung der Managementanforderungen zum Arbeitsschutz, Synergien zu nutzen und ihr Qualitätsmanagementsystem zeit- und kosteneffizient zu implementieren. Die Managementanforderungen zum Arbeitsschutz ergänzen den QEP-Qualitätsziel-Katalog® zu diesem Thema inhaltlich. Dabei wurde die QEP®-Systematik, also im Wesentlichen die Untergliederung in Kapitel, Ziele und Nachweise/Indikatoren beibehalten und den Anwendern die Umsetzung so erleichtert. Nach erfolgter Einführung und Zertifizierung sind für die ambulanten Einrichtungen Prämienerstattungen durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege möglich.

QEP-Zertifizierungen®

Immer mehr Praxen und Medizinische Versorgungszentren lassen sich, obwohl vom Gesetzgeber nicht ausdrücklich gefordert, nach der Einführung ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagement-Systems zertifizieren. Bisher haben 211 Praxen und Medizinische Versorgungszentren (Stand 30. Juni 2009) das QEP-Zertifizierungsverfahren® erfolgreich durchlaufen. Auch viele Praxen, die nach Ablauf des Dreijahreszyklus zur Rezertifizierung anstanden, haben sich dieser Aufgabe erfolgreich gestellt.

Das Zertifizierungsverfahren ist ein abgestuftes Verfahren aus formaler/inhaltlicher Dokumentenprüfung, Praxisvisitation und gegebenenfalls der Möglichkeit zur nachträglichen Erfüllung von Nachweisen und Indikatoren. Durchgeführt wird es von 15 akkreditierten Zertifizierungsstellen, die wiederum auf 29 Visitoren zurückgreifen können.

Die Motivation für die Zertifizierung hat unterschiedliche Gründe. Die von den befragten Praxen am häufigsten genannten waren:

- Abschluss der Implementierungsphase und Umsetzungsbestätigung der Anforderungen durch einen externen Visitor
- Stärkung des Teamzusammenhaltes durch die gemeinsame Aufgabe
- externe Begutachtung mit Verbesserungsvorschlägen
- Zertifizierungsurkunde als Zeichen für Patienten, Vertragspartner und andere

Auf Grundlage der

- Evaluationsbögen,
- Akkreditierungsverfahren für Zertifizierungsstellen und Visitoren,
- Zusammenarbeit mit Zertifizierungsstellen und Visitoren,
- Rückmeldungen der QEP®-Aktuell-Veranstaltungen,
- Gespräche auf Fachtagungen, Messen und so weiter

wird das Zertifizierungsverfahren fortlaufend evaluiert und bei Bedarf verbessert.

Die Akzeptanz des QEP-Zertifizierungsverfahrens® ist hoch. Nahezu 93,9 Prozent der 172 befragten Praxen würden anderen Praxen eine Zertifizierung empfehlen. Ein weiteres wesentliches Kriterium zur Messung der Zufriedenheit von Praxen im QEP-Zertifizierungsverfahren® ist die Beurteilung der Leistung der Zertifizierungsstellen und der Visitoren. Die Fachkompetenz der Visitoren wird zu 99 Prozent mit sehr gut oder gut auf einer fünfstufigen Skala bewertet. Dieses Ergebnis spricht für das mehrstufige Ausbildungsverfahren. Des Weiteren ist jeder Visitor verpflichtet, sich bei den QEP®-Aktuell-Veranstaltungen fortzubilden. Hier werden in themenspezifischen Visitorenworkshops Fragen zur Vorgehensweise und zur Bewertungssystematik im Fachkreis besprochen. Die 15 akkreditierten Zertifizierungsstellen unterliegen einem jährlichen Überwachungsverfahren und werden zudem durch die Praxen evaluiert. Sie tragen die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung der Zertifizierungsverfahren.

Informationen zum QEP-Zertifizierungsverfahren® erhalten Sie unter:
www.kbv.de/qm

Qualität und Entwicklung in Praxen®

QUALITÄTSZIRKEL

Qualitätszirkel sind seit mehr als zehn Jahren fester Bestandteil ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung. Auf freiwilliger Basis und zu selbst gewählten Themen tauschen sich Ärzte und Psychotherapeuten über ihre Tätigkeit aus und erarbeiten Strategien zur Weiterentwicklung der Qualität des eigenen Handelns. Geschulte Moderatoren leiten den interkollegialen Erfahrungsaustausch, sie sind Garanten einer kontinuierlichen und erfolgreichen Zirkelarbeit.

Grundlage für die Qualitätszirkelarbeit sind die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinien) aus dem Jahr 1994. Mit dem Fokus, die Qualität der Qualitätszirkelarbeit weiter zu verbessern, wurde der Abschnitt der Richtlinien zur Qualitätszirkelarbeit in Abstimmung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen überarbeitet und zum 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die Qualitätszirkelarbeit auf der Basis regionaler Grundsätze und Richtlinien. Qualitätszirkel werden in der Regel dann von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt und gefördert, wenn ein fester Kreis von fünf bis 20 Teilnehmern regelmäßig, das heißt mindestens viermal jährlich, unter der Leitung eines ausgebildeten Moderators zusammenkommt. Die Qualitätszirkel müssen ihre Arbeit dokumentieren und sie müssen von den Berufskammern als Fortbildungsmaßnahme anerkannt sein.

Unter Anwendung dieser Kriterien lässt sich für das Jahr 2008 die folgende Bilanz der Qualitätszirkelarbeit ziehen:

- Bundesweit gab es über 8.400 anerkannte und geförderte Qualitätszirkel.
- Etwa 74.000 Teilnehmer waren dabei. Das sind etwa 50 Prozent aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten.
- Es gab etwa 8.000 aktive Qualitätszirkelmoderatoren. (Allein 2008 haben 500 neue Moderatoren eine Ausbildung in ihrer Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einem anerkannten externen Anbieter abgeschlossen.)
- In nahezu allen Kassenärztlichen Vereinigungen fanden Fortbildungsveranstaltungen für Qualitätszirkelmoderatoren statt, um deren Arbeit weiter zu professionalisieren. Themen waren unter anderem „QEP® im Qualitätszirkel“, Fehlermanagement/Patientensicherheit, Methodenkompetenz sowie ausgewählte Krankheitsbilder.
- Acht Kassenärztliche Vereinigungen setzen das Qualitätszirkelkonzept der KBV um, zwei weitere arbeiten nach einem vergleichbaren Konzept. Bundesweit haben 2008 auf dieser Grundlage 120 Qualitätszirkeltutoren beziehungsweise lehrende Vertragsärzte die Qualitätszirkelarbeit ihrer Kassenärztlichen Vereinigung aktiv unterstützt.

Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannten Qualitätszirkel beschäftigen sich mit fachbezogenen Themen aus vielen Gebieten sowie nahezu der Hälfte aller Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, außerdem mit psychotherapeutischen Fragestellungen und – in der Regel fachübergreifend – mit zahlreichen weiteren krankheitsbezogenen Themen sowie mit Qualitätsmanagement- und IT-Themen.

Im Folgenden sind beispielhaft einige fachgruppenübergreifende Themen aufgeführt, die die inhaltliche Breite der Qualitätszirkelarbeit verdeutlichen:

- ADHS
- Akupunktur
- ambulantes Operieren
- Arzneimitteltherapiesicherheit
- Asthma bronchiale
- chronisch obstruktive Atemswegserkrankung
- Depression und Angst
- evidenzbasierte Medizin
- Hautkrebs-Screening
- koronare Herzerkrankung
- Osteoporose
- Patientensicherheit
- Reisemedizin / Impfungen
- Schmerztherapie
- Überleitungsmanangement ambulant / stationär
- Zytologie

Die KBV bildet erfahrene Qualitätszirkelmoderatoren nach einem eigenen Konzept zu Qualitätszirkeltutoren aus. An drei Wochenenden werden diese in den Grundlagen der Organisation und Durchführung von regionalen Moderatorenfortbildungen sowie der Leitung regionaler Moderatorengruppen geschult. Außerdem werden ihnen Konzepte für die Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkelmoderatoren vermittelt. Qualitätszirkeltutoren arbeiten beratend und unterstützen die Moderatoren sowohl didaktisch als auch fachlich. Einmal im Jahr kommen die ausgebildeten Tutoren im Rahmen eines nationalen Tutorentreffens der KBV zusammen, um Erfahrungen auszutauschen und sich neue Dramaturgien (themenspezifische Umsetzungsanleitungen für die Qualitätszirkelarbeit) anzueignen, einerseits für die Weitergabe an die Moderatoren und andererseits für die unmittelbare Anwendung im eigenen Zirkel.

FORTBILDUNG

Eine kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz und Aktualisierung des Wissens gehört zum Selbstverständnis jedes Vertragsarztes und Vertragspsychotherapeuten. Die Verpflichtung zur Fortbildung ist in den Berufsordnungen festgeschrieben. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde diese bis dahin ausschließlich berufsrechtliche Anforderung auch in das Sozialrecht eingeführt. Seit 1. Juli 2004 besteht für jeden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeuten die Verpflichtung, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis über die absolvierte Fortbildung zu erbringen. Das geschieht durch ein Fortbildungszertifikat der Landesärzte- oder -psychotherapeutenkammer oder ein vergleichbares Zertifikat, das den Anforderungen der (Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Bundesärztekammer beziehungsweise Bundespsychotherapeutenkammer entspricht. Das Nachweisverfahren hat die KBV unter Zustimmung

der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer in einer Regelung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten festgeschrieben.

Die Fortbildungsverpflichtung gilt als erfüllt, wenn innerhalb des im Gesetz vorgeschriebenen Fünfjahreszeitraums (erstmals 1. Juli 2004 bis 30. Juni 2009) mindestens 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden. Bis zum 31. Dezember 2008 taten dies bereits etwa die Hälfte aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Grundsätzlich konnten die Einzelnachweise über absolvierte Fortbildungen für den ersten Nachweiszeitraum bis zum 30. Juni 2009 bei den Landeskammern eingereicht werden.

Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, Literaturstudium oder durch die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Fortbildung durch eine Kammer oder auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung als Fortbildungsmaßnahme anerkannt ist. Näheres hierzu regelt die (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, die der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen verabschiedet hat, beziehungsweise die Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer vom 18. November 2006.

Einen kontinuierlichen Überblick über ihren Punktestand erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch Punktekonten, die bei den Landeskammern geführt werden. In einigen Kammerbereichen sind bereits Online-Abfragen der Punktestände möglich.

Weitere Informationen hierzu unter:
www.kbv.de/themen/9928.html

Neben dieser allgemeinen Verpflichtung zu einer kontinuierlichen Fortbildung ist der Nachweis einer fachspezifischen Fortbildung zunehmend Bestandteil von bundesweit geltenden Vereinbarungen, etwa der Schmerztherapie-Vereinbarung, der HIV-/Aids-Vereinbarung oder der Onkologie-Vereinbarung. Auch in ergänzenden Verträgen, die Kassenärztliche Vereinigungen oder Berufsverbände mit Krankenkassen vereinbaren (allen voran die DMP, aber auch Verträge nach §§ 73b, 73c SGB V und andere), gehören Fortbildungsverpflichtungen zum Vertragsumfang.

QUALITÄTSZIELE KASSENÄRZTLICHER VEREINIGUNGEN

Die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, wirtschaftliche und fachlich qualifizierte, medizinische Versorgung auf hohem Niveau. Die Formulierung von Zielen der Qualitätsentwicklung ist mit diesem Anliegen eng verbunden. Aus diesem Grund hat der Vorstand der KBV bereits 2007 beschlossen, die Identifikation von Qualitätszielen für Kassenärztliche Vereinigungen zu fördern. Eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung verschiedener Kassenärztlicher Vereinigungen befasste sich mit der Entwicklung eines Theorie- und Methodenkonzeptes für diesen Prozess und entwickelte im Jahr 2008 konkrete Vorschläge der praktischen Umsetzung. Beginnend ab 2009 sollen Ziele zu drei Themen exemplarisch erprobt werden. Außerdem besteht für die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit, mit Krankenkassen vergütungsbezogene Qualitätsförderungskonzepte auf regionaler Ebene zu vereinbaren.

Das Konzept dieses Identifikations- und Priorisierungsverfahrens für Qualitätsziele ist nachfolgend im Überblick dargestellt:

KONZEPT DER ZIELAUSWAHL FÜR QUALITÄTSFÖRDERMASSNAHMEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Ausgangspunkte:

- Hinweise auf Qualitätsdefizite
- Hinweise auf Versorgungsdefizite
- Möglichkeiten / Absichten der Qualitätsentwicklung
- Qualitätsdarstellung

SCHRITT 1 FESTLEGUNG VON BEREICHEN, AUS DENEN THEMEN UND ZIELE DER QUALITÄTSFÖRDERUNG AUSGEWÄHLT BEZIEHUNGSWEISE ABGELEITET WERDEN

In Anlehnung an die Versorgungskette kommen folgende Themenbereiche für den Zielfindungsprozess der Kassenärztlichen Vereinigungen infrage:

- populationsbezogene Themen
- Themen zu Prävention und Gesundheitsförderung
- Themen mit Krankheitsbezug (Diagnostik, Therapie, Rehabilitation)
- Themen zu Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement
- Querschnittsthemen

SCHRITT 2 AUSWAHL UND ABSTIMMUNG DER ZIELTHEMEN DURCH KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN UND KBV

Unter Anwendung vorab definierter Kriterien (siehe unten) wählen die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam Themen aus, die die Grundlage für die Definition von Zielen sind (Oberziele, Unterziele, Projektziele).

SCHRITT 3 DEFINITION VON ZIELEN

Nach Auswahl bundesweit geltender Oberziele bestimmen die Kassenärztlichen Vereinigungen, gegebenenfalls koordiniert durch die KBV, Unter- und Projektziele und legen Maßnahmen fest, mit denen sie diese erreichen wollen. Optional können die Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzlich ausschließlich regionale Ziele definieren.

SCHRITT 4 EVALUATION

Die Erreichung der festgelegten Ziele auf den einzelnen Ebenen (Ober-, Unter- und Projektziele) wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV auf der Grundlage objektiv nachprüfbarer Indikatoren und Kennzahlen evaluiert. Abhängig vom festgestellten Grad der Zielerreichung werden auf dieser Grundlage entweder die Maßnahmen modifiziert oder neue Ziele nach dem oben beschriebenen Verfahren ausgewählt. Nach dem PDCA-Zyklus wird so ein kontinuierlicher Qualitätsförderungsprozess initiiert.

SCHRITT 5 DOKUMENTATION UND VERÖFFENTLICHUNG

Die ausgewählten Ziele, eingeleiteten Maßnahmen und die Ergebnisse werden in den jährlichen Qualitätsberichten dokumentiert und veröffentlicht.

Die Auswahl eines Themas und Ziels erfolgt unter Anwendung vorab konsentierter Priorisierungs- und Auswahlkriterien in einem zweistufigen Verfahren:

Kriterien der 1. Bewertungsrunde

pragmatisch / politisch:
- Es besteht großes Interesse der Öffentlichkeit / Politik an dem Zielthema.

wissenschaftlich:
- Das Zielthema ist weit verbreitet beziehungsweise wird als Leistung häufig erbracht.
- Das Zielthema birgt Verbesserungspotenzial in sich.

Machbarkeit:
- Es bestehen Verfahren und Instrumente zur Verbesserung des Zielthemas.
- Es bestehen Strukturen und Akteure zur Umsetzung des Zielthemas.
- Das Zielthema verursacht hohe Mortalität und Leiden.

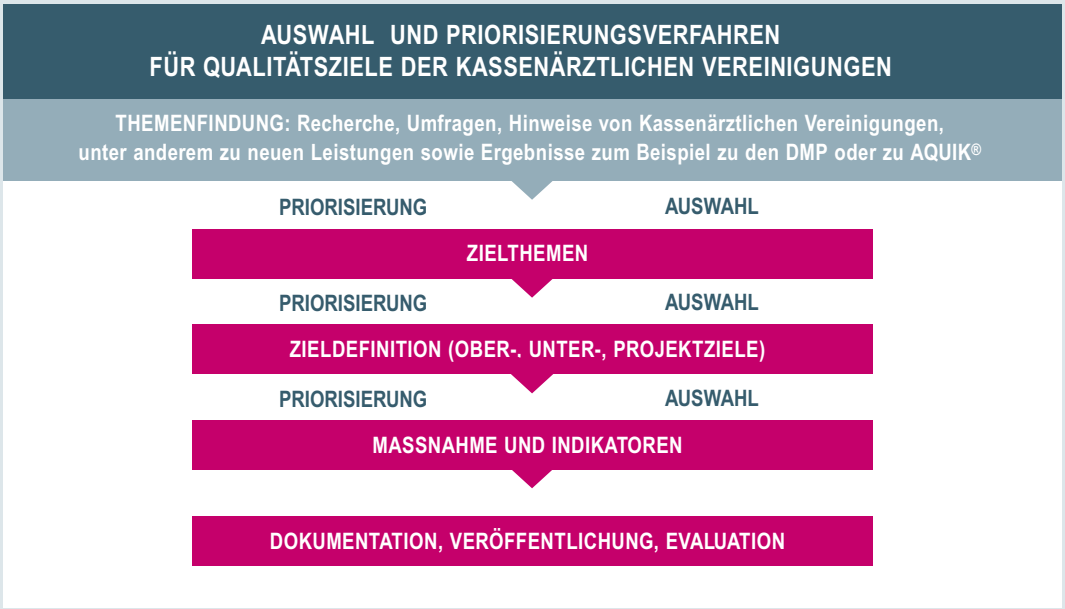
Kriterien der 2. Bewertungsrunde

pragmatisch / politisch:
- Es besteht großes Interesse der Mitglieder an dem Zielthema.
- Mit dem Zielthema positioniert sich das System der Kassenärztlichen Vereinigungen als Akteur im Gesundheitssystem.

wissenschaftlich:
- Es bestehen Möglichkeiten zur Messung von Ergebnissen.

ökonomisch:
- Das Zielthema verursacht hohe Kosten (volkswirtschaftliche Relevanz) und / oder ist mit einem hohen Ressourcenaufwand verbunden.
- Kosten und Nutzen der Intervention und Maßnahmen müssen in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen.
- Durch das Zielthema lassen sich Einsparefekte erzielen.

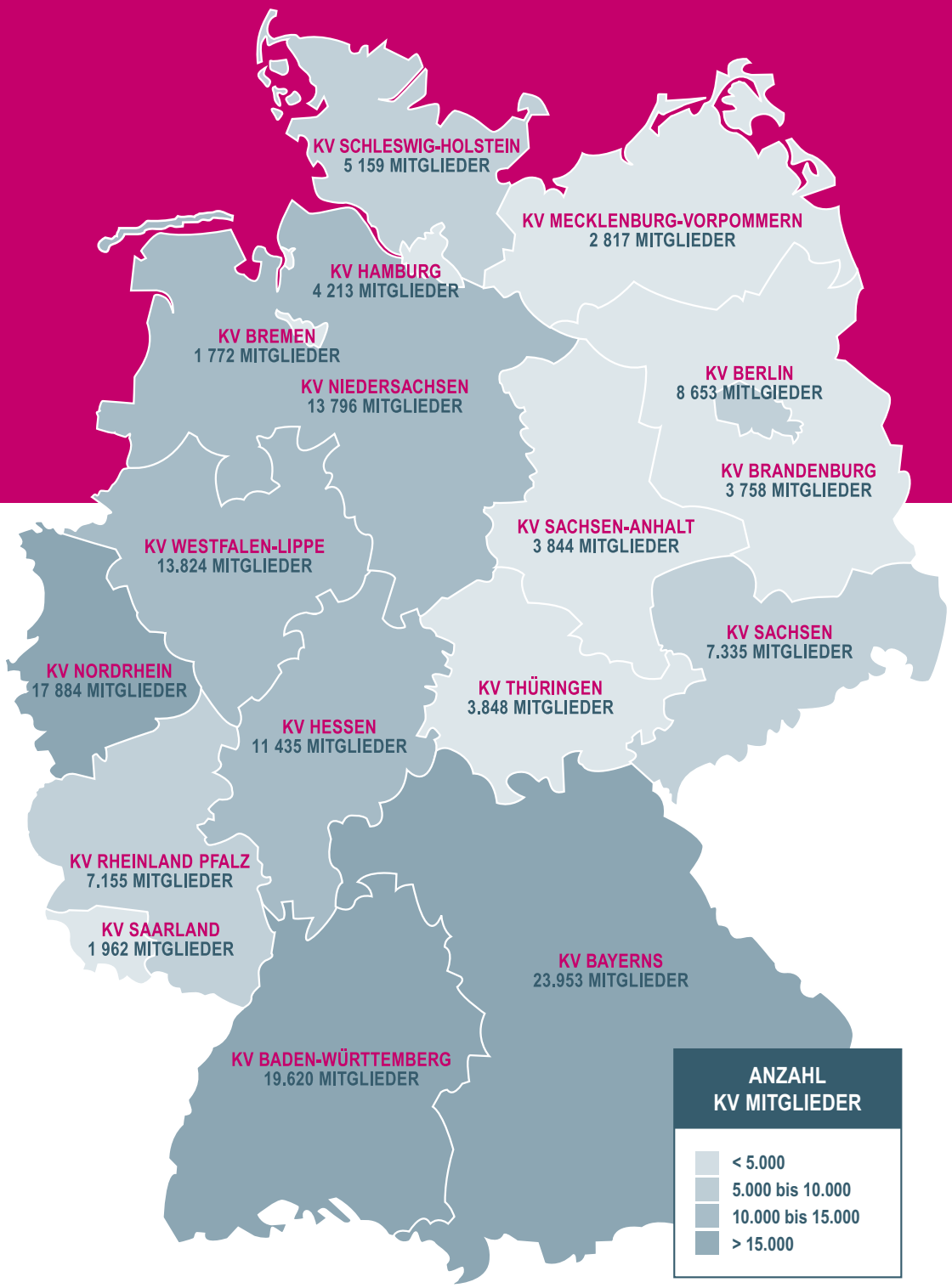
Die potenziellen Themen und Ziele werden durch ein Expertengremium nach Punkten bewertet. Die dadurch ermittelte Prioritätenliste ist dann Entscheidungsgrundlage für die weitere Zieldefinition und Qualitätsförderung.



SERVICE

3

FORMALE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SEITE 84
GLOSSAR SEITE 88
ARZTSTRUKTUR SEITE 94
QUELLEN SEITE 95
ABKÜRZUNGEN SEITE 95
ANSCHRIFTEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN SEITE 96



Stand: 31.12.2008

FORMALE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

BERUFSRECHT	STAATLICHE NORMEN	NORMEN DER SELBSTVERWALTUNG
▸ Weiterbildungsordnung ▸ Leitlinien der Bundesärztekammer ▸ und andere	▸ Röntgenverordnung ▸ Infektionsschutz-Gesetz ▸ Medizinprodukte-Gesetz ▸ Medizinprodukte-Betreiberverordnung ▸ und andere	▸ Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ▸ vertragliche Normen der Partner der Bundesmantelverträge ▸ Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ▸ Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen ▸ und andere

ÄRZTE / VERTRAGSÄRZTE

ZUSTÄNDIGKEITEN 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)

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss ersetzt nach den Regelungen des § 91ff. des SGB V seit dem 1. Januar 2004 die bisherigen Normsetzungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er ist das entscheidende, wichtigste Gremium für die Ausgestaltung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er besteht seit dem 1. Juli 2008 aus fünf Vertretern der Leistungserbringer (einem der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und jeweils zwei von der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft), fünf Vertretern des GKV-Spitzenverbandes sowie zwei unparteiischen Mitgliedern und einem Vorsitzenden. 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. Zur Wahrnehmung dieser Rechte benennen die Organisationen sachkundige Personen, die die notwendige Kompetenz mitbringen. Diese sollen in den Gremien mit höchstens der Zahl vertreten sein, mit der auch die Krankenkassen in diesen Gremien vertreten sind. Der Gesetzgeber möchte die Patientensouveränität stärken. Die Versicherten sollen künftig intensiver in diejenigen Entscheidungsprozesse der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Versorgung betreffen, eingebunden werden.

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. Hier die wichtigsten Paragraphen:

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Dieser Paragraph gibt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung neben Wirtschaftlichkeit und Humanität auch die Verpflichtung zu einer qualitativ gesicherten Versorgung vor.

§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Gemeinsamer Bundesausschuss, Partner der Bundesmantelverträge

Dieser Paragraph ist für die Qualitätssicherung die zentrale Bestimmung im SGB V. Nach Abs. 1 dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu Richtlinien erlassen hat. Diese Richtlinien müssen Empfehlungen enthalten:

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

Sollte die Überprüfung der oben genannten Kriterien ergeben, dass diese nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Nach Abs. 2 sind die Vertragspartner der Bundesmantelverträge verpflichtet, für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

- besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes,
- besondere Praxisausstattung und
- weitere Anforderungen an die Strukturqualität

voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

§ 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

Kassenärztliche Vereinigungen, Gemeinsamer Bundesausschuss

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. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung entwickelt.

Die KVen können mit einzelnen Krankenkassen oder deren Verbänden besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale in gesamtvertraglichen Vereinbarungen festlegen.

§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

Gemeinsamer Bundesausschuss

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

- verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2,
- grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen.

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

§ 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 115b Abs. 1, § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, § 137 Abs. 1 und § 137f Abs. 2 Nr. 2 zu entwickeln. Diese sind möglichst sektorenübergreifend anzulegen. Die Institution soll sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen. Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 2 einzubeziehen sowie
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen.

§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

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

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

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

§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

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

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

GLOSSAR

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

AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen: Ein Projekt der KBV zur Entwicklung eines Sets von Qualitätsindikatoren für den ambulanten deutschen Versorgungskontext. Nach einer Bestandsaufnahme zu international in Anwendung befindlichen Indikatoren mit Relevanz für die ambulante Versorgung in Deutschland wurden diese im Rahmen eines strukturierten und moderierten Fachgruppenprozesses von Experten auf Relevanz und Machbarkeit bewertet. In einem weiteren Schritt wurden die Indikatoren unter Praxisbedingungen auf Datenverfügbarkeit und -abrufbarkeit getestet. Als Ergebnis steht ein Set von 48 strukturiert entwickelten und validen Qualitätsindikatoren für die Anwendung sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung. Damit wurde die Basis für die zukünftige Nutzung und Entwicklung von Qualitätsindikatoren geschaffen. Gleichzeitig gibt das Projekt wichtige methodische Impulse für eine künftige Weiterentwicklung und die Schaffung einer unterstützenden IT-Infrastruktur zur breiten Implementierung.

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.

Behandlungspfade: Ein Integrierter Behandlungspfad (IBP) ist ein 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: Leitliniengestützte, sektorenübergreifende und durch Fachkräfte unterstützte Versorgungsform, die sich auf individuelle Patienten oder kleine Patientengruppen bezieht und eine Verbesserung der Versorgung zum Ziel hat.

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

DIN EN ISO 9000:2000 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 9000:2000 definiert Grundlagen und Begriffe. DIN EN ISO 9001:8000 legt Anforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung. DIN EN ISO 9004:2000 stellt einen Leitfaden zur Implementierung von Qualitätsmanagement-Systemen 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 9001:8000 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: 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. In einigen Leistungsbereichen, zum Beispiel der Koloskopie, der Mammographie, der substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen oder der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund findet sogar eine Vollerhebung statt. 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. Dieser Umstand ist hinsichtlich der vorzugebenden Konsequenzen für den Leistungserbringer zu berücksichtigen. Bei der Wahl des Stichprobenverfahrens ist im Einzelfall abzuwägen zwischen der noch notwendigen Präzision der Ergebnisse und dem in diesem Zusammenhang zu leistenden Aufwand zur Durchführung der Stichprobenprüfung. Der 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 und so weiter) 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 wird dies nach Ablauf einer Fünfjahresfrist im Sommer 2009 der Fall sein.

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), für Koloskopien und für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust 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. Siehe auch Mindestmengen.

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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung 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 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 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. Die Bundesmantelverträge sind ein Beispiel für Kollektivverträge 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.

Leitlinien: 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.

Medizinproduktegesetz (MPG): Deutsche Rechtsnorm, die drei EU-Richtlinien, die den Bereich der Medizinprodukte betreffen, in nationales Recht verbindlich 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: 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.

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

Prozessqualität: siehe Qualitätsdimensionen

Qualität: Nach der DIN EN ISO 8402 wird Qualität als „die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ definiert. Diese abstrakte Definition wurde von Prof. Wilhelm van Eimeren konkretisiert als „das Verhältnis vom Machbaren bezogen auf das Erwünschte“. Letztendlich geht es also bei der Qualitätssicherung darum, den Ist-Zustand mit einem zuvor definierten Soll-Zustand anhand geeigneter Messgrößen zu vergleichen. Anders ausgedrückt: Die Konformität mit den zuvor festgelegten Merkmalen ist nach Prof. Avedis Donabedian zu überprüfen. Wie dieser Soll-Zustand als Ausdruck der „guten Qualität“ in der Gesundheitsversorgung näher zu definieren ist, mag dabei allerdings je nach Blickwinkel von verschiedenen Akteuren unterschiedlich bewertet werden.

Qualitätsdimensionen: Grad, in dem (je) ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur, der Prozesse beziehungsweise des (Behandlungs-)Ergebnisses Anforderungen erfüllt. Die international gebräuchliche Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als „Ebenen der Qualitätsbeobachtung und -beurteilung im Gesundheitswesen“ geht auf Avedis Donabedian zurück. Er unterscheidet Struktur, Prozess und Ergebnis wie folgt: „Structure describes the physical, organizational, and other characteristics of the system that provides care and of its environment. Process is what is done in caring for patients. Outcome is what is achieved, an improvement usually in health but also in attitudes, knowledge, and behaviour conducive to future health.“ Damit umfasst:

- Strukturqualität die Rahmenbedingungen, das Umfeld für die medizinische Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, organisatorische und finanzielle Gegebenheiten einschließlich der Zugangsmöglichkeiten für die Patienten
- Prozessqualität alle medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Tätigkeiten, die zwischen Anbietern und Verbrauchern von Gesundheitsleistungen ablaufen
- Ergebnisqualität 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 Qualitätsverbesse-

rung umfassen. Qualitätsmanagement umfasst demgemäß alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit und der Gesetzgebung.

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

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

Qualitätssicherungskommissionen: Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstandes mit einer professionellen Verwaltung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten dabei für die einzelnen Leistungsbereiche (zum Beispiel Radiologie, 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 der Kassenärztlichen Vereinigung, 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.

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.

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.

Reliabilität: 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 ziehen.

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 Begriffe wie Maßstab, Norm, Richtschnur, Leistungs- und Qualitätsniveau hierunter verstanden. Die Wertigkeit und damit die Verbindlichkeit eines Standards entsprechen dem einer Richtlinie. Aus juristischer Sicht ist ein medizinischer Standard das, was auf dem betreffenden Fachgebiet dem

gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und in der medizinischen Praxis zur Behandlung der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist.

Strukturqualität: siehe Qualitätsdimensionen

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

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

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

ARZTSTRUKTUR

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten	Summe	Vertrags-ärzte	Partner-Ärzte Dauer-assistenz	Angestellte Ärzte	Ermächti gungen
Allgemeinmediziner	34.905	33.523	160	1.183	39
Praktische Ärzte / Ärzte	7.492	7.175	4	203	110
Anästhesisten	3.775	2.752	36	151	836
Augenärzte	5.515	5.120	52	204	139
Chirurgen	5.893	3.837	70	98	1.888
darunter Gefäßchirurgen	729	302	5	13	409
darunter Kinderchirurgen	81	42	0	1	38
darunter Plastische Chirurgen	192	132	1	1	58
darunter Thoraxchirurgen	110	8	1	1	100
darunter Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	45	14	0	0	31
darunter Unfallchirurgen	2.466	1.551	35	38	842
darunter Visceralchirurgen	640	125	4	3	508
Dermatologen	3.654	3.257	88	184	125
Gynäkologen	11.301	9.687	179	437	998
HNO-Ärzte	4.258	3.910	43	104	201
darunter Phoniatriker und Pädaudiologen	86	67	0	1	18
Internisten	22.545	18.927	271	668	2.679
darunter Angiologen	492	329	5	15	143
darunter Diabetologen	56	49	0	1	6
darunter Endokrinologen	349	235	10	9	95
darunter Gastroenterologen	1.719	975	55	41	648
darunter Hämatologen	181	103	0	4	74
darunter Hämatologen u. internistische Onkologen	962	657	14	23	268
darunter Kardiologen	2.592	1.812	60	74	646
darunter Nephrologen	1.491	1.241	37	68	145
darunter Pneumologen	1.133	862	13	28	230
darunter Rheumatologen	635	470	6	14	145
Kinderärzte	6.999	5.686	145	296	872
darunter Kinderkardiologen	290	200	2	6	82
darunter Neonatologen	547	274	11	5	257
darunter Neuropädiater	286	147	3	1	135
Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten	2.987	2.850	12		125
Kinder und Jugendpsychiater	790	710	0	32	48
Laborärzte	887	800	0	22	65
Lungenärzte	220	204	1	3	12
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	1.087	1.016	0	21	50
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	5.624	4.831	66	107	620
Neurochirurgen	633	491	0	18	124
Nuklearmediziner	704	635	0	14	55
Orthopäden	5.844	5.087	179	192	386
darunter Rheumatologen	584	463	11	12	98
Pathologen	796	659	0	43	94
Psychotherapeuten ärztlich	4.908	4.734	13	15	146
Psychotherapeuten psychologisch	13.023	12.741	144		138
Radiologen / Diagnostische Radiologen	3.857	2.788	71	207	791
darunter Kinderradiologen	69	25	0	1	43
darunter Neuroradiologen	218	120	7	4	87
darunter Strahlentherapeuten	65	47	0	3	15
Urologen	2.986	2.616	56	69	245
übrige Arztgruppen	715	593	0	21	101
Summe	151.398	134.629	1.590	4.292	10.887

Stand: 31. Dezember 2008

QUELLEN

- Datenerhebung, Qualitätsberichte und Internetauftritte der Kassenärztlichen Vereinigungen
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Bundesärztekammer Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement 4. Auflage 2007
- Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (www.bfarm.de)
- Bundesministeriums für Gesundheit: Amtliche Statistik KM 6 Teil II 2008
- Bundesversicherungsamt: Tätigkeitsberichte 2006 und 2007
- Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, Mai 2009
- Kriedel T., Kintrup A.: Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV, 10/2004
- Kintrup A. Aktualisierung: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV, 01/2009
- MNC GmbH: Jahresbericht G-BA für 2007 Jahresbericht Datenanalyse Dialyse für den Gemeinsamen Bundesausschuss Berichtsjahr: Q1-2007 bis Q4-2007, 03/2008
- MNC GmbH: Jahresbericht G-BA für 2008 Jahresbericht Datenanalyse Dialyse für den Gemeinsamen Bundesausschuss Berichtsjahr: Q1-2008 bis Q4-2008, 03/2009
- Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR: Qualitätssicherungsbericht 2004 Disease-Management-Programme in Nordrhein, Dezember 2004
- Obermann K., Müller P.: Stiftung Gesundheit: Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2009 – Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte
- 3. Qualitätsbericht DMP Diabetes mellitus Typ 2 der Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg Berichtszeitraum 1.7.2006 bis 31.12.2007

ABKÜRZUNGEN

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
Aids	acquired immuno deficiency syndrome (erworbenes Immunschwäche-Syndrom)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
AQUIK®	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen)
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFQM	European Foundation for Quality Management
EKG	Elektrokardiographie
EKV	Bundesmantelvertrag Ärzte / Ersatzkassen
EPA	Europäisches Praxisassessment
EN	Europäische Norm
eDMP	elektronische Dokumentation der DMP
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMDS	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V.
HbA1c	auch Glykohämoglobin – Wert zur Verlaufskontrolle von Patienten mit Diabetes mellitus
HIV	human immunodeficiency virus (Humanes Immundefizienz-Virus)
HTA	Health Technology Assessment
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ISO	International Organization for Standardization
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	Koronare Herzerkrankung
KPQM 2006	Qualitätsmanagement-System der KV Westfalen-Lippe
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
Kt/V-Wert	Parameter zur Bestimmung der Dialyseeffektivität
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MRA	Magnetresonanz-Angiographie
MRT	Magnetresonanz-Tomographie
PDT	photodynamische Therapie
PTK	phototherapeutische Keratektomie
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen
QiSA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
qu.int.as®	Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz
qu.no	Qualitätsmanagement-System der KV Nordrhein
RAND	Research and development
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch

ANSCHRIFTEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

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
Humboldtstraße 56
22083 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 - 0
Fax (0 61 31) 3 26 - 3 27
www.kv-rlp.de

KV Saarland
Faktoreistraße 4
66111 Saarbrücken
Tel. (06 81) 40 03 - 0
Fax (06 81) 40 03 - 3 50
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
Fax (0 45 51) 8 83 - 2 09
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.kv-thueringen.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

IMPRESSUM

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

Anfragen an:
Telefon: (030) 40 05 - 12 21
Telefax: (030) 40 05 - 27 12 21
E-Mail: gsander@kbv.de

Redaktion:
Gabriele Sander

Dezernat Kommunikation
Dezernat 1
Dezernat 2
Dezernat 7

Gestaltung:
www.malzwei.de

Fotos:
Christof Rieken (S. 16, 20, 34)
getty images (Titel)
shotshop (S. 4, 53, 82)
Andres Rodriguez – Fotolia.com (S. 60)

Druck:
Lochmann Grafische Produktion GmbH

Copyright:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Oktober 2009

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