KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung

QUALITÄTSBERICHT AUSGABE 2012

MASSNAHMEN ZUM BÜROKRATIEABBAU IN ARZTPRAXEN
SEITE 9

POLYPEKTOMIEN IM DARMKREBS-SCREENING
SEITE 36

ERGEBNISSE DES DMP DIABETES MELLITUS TYP 2 2009 BIS 2011
SEITE 50

EINE WICHTIGE MASSNAHME IST DIE ATTRAKTIVITÄT DES ARZTBERUFES LANGFRISTIG ZU VERBESSERN – NEUE ÄRZTE FALLEN NICHT VOM HIMMEL.

GRUSSWORT

SEHR GEEHRTE DAMEN, SEHR GEEHRTE HERREN,

90 Prozent aller niedergelassenen Ärzte sind mit ihrer beruflichen Tätigkeit zufrieden. Das ist ein zentrales Ergebnis des von der KBV beauftragten „Ärztemonitors 2012“. Eine weitergehende Analyse zeigt allerdings auch, dass der Anteil der Zufriedenheit bei denjenigen Ärzten niedriger ist, die unter einem hohen Verwaltungsaufwand leiden. Gleichzeitzeitig beklagen mehr als die Hälfte der befragten Ärzte, dass ihnen zur Behandlung ihrer Patienten nicht ausreichend Zeit zur Verfügung steht.

In der Tat ist es so, dass Vertragsärzte einer Fülle an Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Vereinbarungen unterliegen, was für erheblichen Aufwand sorgt. Sie müssen nicht nur Behandlungen dokumentieren, sondern auch Anfragen von Krankenkassen beantworten, die Praxisgebühr einziehen, ihre fachliche Qualifikation nachweisen, genehmigungspflichtige Leistungen beantragen, Dokumentationen archivieren, Versicherte in Disease-Management-Programme einschreiben, gegebenenfalls Substitutionsbehandlungen melden, und so fort: Vertragsärzte sind in besonderem Maße von Bürokratie und Informationspflichten betroffen.

Natürlich ist eine gewisse Bürokratie notwendig: Nur so kann es feste Verfahrensabläufe nach vorgegebenen Regeln geben. Gerade bei der Massenverwaltung komplexer Sachverhalte, wie sie in dem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem vorliegen, ist sie erforderlich. Dort schützt sie zum Beispiel bei der Honorarabrechnung oder in Haftungsfragen vor Willkür und sichert Kontinuität und Professionalität in der Erledigung der Aufgaben.

Auch die Qualitätssicherung ist auf schriftliche oder bildliche Dokumentationen angewiesen, um die Qualität medizinischer Leistungen beurteilen zu können. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Qualitätssicherungsmaßnahmen mit unterschiedlichen Instrumenten, die der Arzt zu beachten hat und die für ihn mit unterschiedlichem, teilweise nicht unerheblichem Aufwand verbunden sind.

Die KBV setzt sich in Verhandlungen mit den Krankenkassen dafür ein, die niedergelassenen Ärzte von unnötigen Verwaltungs- und Informationspflichten zu entlasten – bei einer gleichbleibend hohen Qualität der Patientenversorgung. Hierzu gehört auch die regelmäßige Überprüfung der bereits vorhandenen Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Erste Erfolge sind bereits sichtbar: Aufgrund bisheriger guter Ergebnisse besteht für die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, Qualitätsprüfungen im Rahmen bestimmter Qualitätssicherungsmaßnahmen auszusetzen. Teilweise wurden die Intervalle der regelmäßigen Prüfungen erhöht, insbesondere bei Ärzten, die mehrfach gute Ergebnisse gezeigt haben. Diese und weitere neue Entwicklungen in der Qualitätssicherung lesen Sie in dem diesjährigen Qualitätsbericht, der wie immer mit Unterstützung der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen erstellt wurde.

Qualitätssicherung darf nicht zum Selbstzweck werden. Sie darf aber auch nicht mit dem Hinweis auf Bürokratie grundsätzlich verhindert werden. Hier steht das KV-System im Spannungsfeld zwischen dem ihm obliegenden Sicherstellungsauftrag und dem notwendigen Bürokratieabbau für die Ärzte. Dies ist nur durch intelligente Weiterentwicklungen etablierter Qualitätssicherungsinstrumente zu bewerkstelligen.

Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstands der KBV

Dipl.-Med. Regina Feldmann
Vorstand der KBV

INHALT

1 AKTUELLES — SEITE 4 – 37

Hörgeräteverordnung 5
Ambulantes Operieren 6
Molekulargenetik 6
Sonographie der Säuglingshüfte 7
Qualitätsmanagement 8
Disease-Management-Programme 8
Maßnahmen zum Bürokratieabbau in Arztpraxen 9
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung 10
Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus 11
Regionale und themenbezogene Qualitätsinitiativen 12
- KV Baden-Württemberg 13
- KV Bayerns 14
- KV Berlin 15
- KV Brandenburg 16
- KV Bremen 17
- KV Hamburg 18
- KV Hessen 19
- KV Mecklenburg-Vorpommern 20
- KV Niedersachsen 21
- KV Nordrhein 22
- KV Rheinland-Pfalz 23
- KV Saarland 24
- KV Sachsen 25
- KV Sachsen-Anhalt 26
- KV Schleswig-Holstein 27
- KV Thüringen 28
- KV Westfalen-Lippe 29
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 30
- Kompetenzzentrum Hygiene 31
- Kompetenzzentrum Labor 32
- Kompetenzzentrum kurative Mammographie 33
- Kompetenzzentrum Patientensicherheit 34
- Kompetenzzentrum Schlafapnoe 35
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 36
- Kooperationsgemeinschaft Mammographie 37

2 QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z — SEITE 38 – 117

Akupunktur 40
Ambulantes Operieren 42
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren 43
Arthroskopie 45
Balneophototherapie 47
Blutreinigungsverfahren / Dialyse 48
Disease-Management-Programme 50
- Ergebnisse aus dem Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 51
- Vertragsumfang der Disease-Management-Programme 54

Fakultative Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V 56
- Ambulantes Operieren, Herzschrittmacher-Kontrolle, interventionelle Radiologie, Langzeit-EGK-Untersuchungen, Magnetresonanz-Angiographie, Nuklearmedizin, schlafbezogene Atmungsstörungen, substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Ultraschalldiagnostik

Fortbildungsangebote der kassenärztlichen Vereinigungen 58
Fortbildungsverpflichtung 59
Herzschrittmacher-Kontrolle 60
Histopathologie Hautkrebs-Screening 61
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen 62
Interventionelle Radiologie 64
Invasive Kardiologie 66
Koloskopie 68
Laboratoriumsuntersuchungen 72
Langzeit-EKG-Untersuchungen 73
Magnetresonanz-Tomographie 74
Magnetresonanz-Angiographie 77
Mammographie (kurativ) 79
Mammographie-Screening 82
Medizinische Rehabilitation 85
Neuropsychologische Therapie 86
Onkologie 88
Otoakustische Emissionen 89
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund 90
Phototherapeutische Keratektomie 91
Psychotherapie 92
Qualitätsmanagement 94
QEP–Qualität und Entwicklung in Praxen® 94
Qualitätszirkel 94
Schlafbezogene Atmungsstörungen 96
Schmerztherapie 97
Sozialpsychiatrie 98
Soziotherapie 99
Stoßwellentherapie bei Harnsteinen 100
Strahlendiagnostik / -therapie 101
Konventionelle Röntgendiagnostik 102
Computertomographie 103
Osteodensitometrie 105
Strahlentherapie 105
Nuklearmedizin 105
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger 106
Ultraschalldiagnostik 107
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte 113
Vakuumbiopsie 114
Zytologische Untersuchungen der Zervix uteri 115

3 HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE SEITE 118 – 132

Ambulante Qualitätssicherung 119
Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung 121
Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung 126
Arztstruktur 130
Abkürzungen 131
Quellen 131
Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen 132
Impressum 133

1 AKTUELLES

HÖRGERÄTEVERORDNUNG

Zum 1. Januar 2012 sind Gebührenordnungspositionen zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen sowie für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen worden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen für Jugendliche und Erwachsene setzt ab dem 1. April 2012 eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder ist eine Genehmigung zu der ab dem 1. Juli 2012 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder notwendig.

Ziel dieser beiden Vereinbarungen ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden.

Die Gebührenordnungspositionen können von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen) berechnet werden. Zusätzlich ist für Ärzte, die Jugendliche oder Erwachsene behandeln wollen, der Nachweis einer selbständigen Indikationsstellung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung sowie von zehn themenspezifischen Fortbildungspunkten innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung gefordert. Ärzte, die Säuglinge, Kleinkinder und Kinder betreuen wollen, müssen neben Ihrer Facharztqualifikation nachweisen, dass sie 50 elektrische Reaktionsaudiometrien im Kindesalter, 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und 25 Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter sowie eine selbständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter durchgeführt haben. Auch sie müssen zehn themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung nachweisen.

Orientiert an den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie dem „Muster 15“ (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) beschreiben und definieren die Qualitätssicherungsvereinbarungen den Umfang der ärztlichen Hörgeräteversorgung von der Verordnung eines Hörgerätes über die erste Kontrolluntersuchung (Abnahme) bis hin zu möglicherweise notwendigen Nachsorgen. Auch die gegebenenfalls erforderliche Rück- und Absprache mit dem Hörgeräteakustiker wurde in den Umfang der Hörgeräteversorgung aufgenommen. So soll die kooperative Zusammenarbeit zwischen dem verordnenden Arzt und dem Hörgeräteakustiker gefördert werden.

Zusätzlich zum „Muster 15“ ist der Arzt verpflichtet, weitere Angaben zur Hörgeräteverordnung auf einem gesonderten Ergänzungsblatt zu dokumentieren. Integriert in diese Dokumentation ist die Bestimmung der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung des Patienten mittels eines geeigneten validierten Befragungsinstruments, aus dem auch der individuell empfundene Nutzen nach Anpassung der Hörhilfe bestimmt werden kann. Hier ist die Verwendung des sogenannten APHAB-Fragebogens vorgesehen (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit). Der APHAB-Fragebogen – in Ergänzung der audiometrischen Untersuchung – ist auch in die Neufassung der seit dem 1. April 2012 geltenden Hilfsmittel-Richtlinie aufgenommen worden. In den Vorgaben zur Dokumentation bei der Behandlung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern ist kein Patientenfragebogen vorgesehen. Auch die Inhalte sind, dem Alter der Patienten angepasst, reduziert.

Die Anforderungen an die Praxisausstattung richten sich nach den geltenden DIN-Normen (DIN ISO 8253-1 und 8253-2), den Bestimmungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Als Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung muss der Arzt mindestens einmal jährlich die Durchführung einer messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte sowie sieben themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb von zwei Jahren vorlegen.

AMBULANTES OPERIEREN

MEHR INFOS UNTER
www.kbv.de/themen/2508.html

Die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die damaligen Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen hatten als Partner des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V zuletzt am 18. September 2006 eine Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien geschlossen, die am 1. Oktober 2006 in Kraft getreten ist. Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007 ist die Möglichkeit einer dreiseitigen Vereinbarung von Maßnahmen der Qualitätssicherung durch die Vertragspartner auf Bundesebene entfallen. Gemäß § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bestimmt nun der Gemeinsame Bundesausschuss durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V für zugelassene Krankenhäuser unter anderem die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 115b Abs. 1 Satz 3 SGB V.

Bis entsprechende Regelungen vom Gemeinsame Bundesausschuss getroffen werden und um bis dahin Rechtsklarheit bei der Qualitätssicherung ambulanter Operationen im vertragsärztlichen Bereich wieder herzustellen, haben sich die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen auf eine Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) geeinigt. Diese Vereinbarung übernimmt inhaltsgleich die Anforderungen an die Strukturqualität aus der dreiseitigen Qualitätssicherungsvereinbarung vom 18. September 2006.

Es wurde von den Vertragspartnern Wert darauf gelegt, dass sich durch die neue Qualitätssicherungsvereinbarung für alle Vertragsärzte, die bislang ambulante Operationen erbringen, und für die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen nichts gegenüber dem bislang praktizierten Verfahren ändert. Berechtigungen zur Durchführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115b SGB V, entsprechend den Vorgaben der dreiseitigen Qualitätssicherungsvereinbarung vom 18. September 2006, gelten als Genehmigungen im Sinne der neuen zweiseitigen Vereinbarung.

Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V trat am 1. Dezember 2011 in Kraft. Durch eine gemeinsame Erklärung der Partner des Vertrages gemäß § 115b Abs. 1 SGB V (KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen) zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren wurde zudem sichergestellt, dass die Strukturqualitätsanforderungen auch für im stationären Bereich erbrachte ambulante Operationen gelten.

MOLEKULARGENETIK

Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 wurde der Abschnitt 11.4 „Indikationsbezogene molekulargenetische Stufendiagnostik“ neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen. Für die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes „Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen“ hatte die KBV mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen vereinbart, eine korrespondierende Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V abzuschließen.

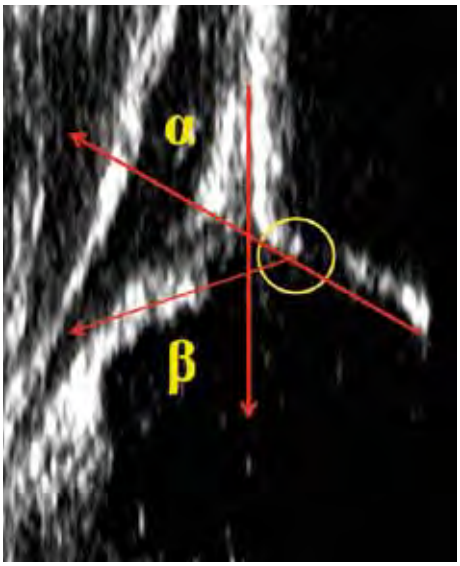
Die neue, zum 1. April 2012 in Kraft getretene „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) enthält zunächst vor allem allgemeine Vorgaben an die Erbringung molekulargenetischer Leistungen und die Auftragskommunikation zwischen Überweiser und Labor. Zu einem späteren Zeitpunkt soll sie um zusätzliche Kriterien bei der Indikationsstellung zu spezifischen molekulargenetischen Untersuchungen ergänzt werden.

Die zur Erbringung dieser Leistungen notwendige fachliche Qualifikation gilt entsprechend den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für Humangenetiker, Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik, Laboratoriumsmediziner und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin als nachgewiesen. Die Gebührenordnungsposition 11430 ist darüber hinaus auch für (Neuro-) Pathologen nach der neuen Weiterbildungsordnung oder mit der fakultativen Weiterbildung Molekularpathologie abrechnungsfähig.

Weitere Eckpunkte der Vereinbarung sind:
- organisatorische Anforderungen
- interne und externe Qualitätssicherung
- Anforderungen an die Indikationsstellung
- ärztliche Dokumentation.

Ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik ist die verpflichtende Einführung einer Jahresstatistik für sämtliche Leistungen des neuen Abschnitts 11.4.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs.

SONOGRAPHIE DER SÄUGLINGSHÜFTE



Die Partner der Bundesmantelverträge konnten sich auf eine grundlegende Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung Säuglingshüfte (Anlage V der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) einigen. Die Änderungen traten am 1. April 2012 in Kraft.

Zunächst wurden die Anforderungen an die Bild- und Schriftdokumentation medizinisch-inhaltlich überarbeitet und aktualisiert. Weiterhin wurden Änderungen bei der Zuordnung zu den Beurteilungsstufen sowie in Anforderungskriterien an eine nicht sachgerechte Dokumentation vorgenommen.

Künftig sollen die ersten zwölf unmittelbar nach der Genehmigungserteilung durchgeführten und abgerechneten Hüftsonographien einer Dokumentationsprüfung unterzogen werden. So sollen Mängel an fachlicher Qualifikation möglichst frühzeitig erkannt und durch Einleitung von Qualitätssicherungs- und Qualitätsförderungsmaßnahmen behoben werden. Bislang konnten theoretisch zwei Jahre vergehen, bis die Dokumentationen eines neu abrechnenden Arztes überprüft wurden.

Ärzte, die erfolgreich an dieser Initialprüfung und an einer darauf in einem Zeitraum von zwei Jahren folgenden Dokumentationsprüfung ohne größere Beanstandungen teilgenommen haben, sollen künftig nur noch alle fünf Jahre überprüft werden. Ärzte, deren Dokumentationen in der Gesamtbewertung Mängel mittleren Grades aufweisen, müssen nun einheitlich erst innerhalb von zwölf Monaten (statt wie zuvor nach drei beziehungsweise sechs Monaten) erneut überprüft werden.

Werden in der Gesamtbewertung der Dokumentationen schwerwiegenden Mängel festgestellt soll die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Hüftsonographien künftig ausgesetzt werden. Weisen die betreffenden Ärzte innerhalb eines Jahres die erfolgreiche Teilnahme an einem Fortbildungskurs zur Sonographie der Säuglingshüfte nach, so kann eine Abrechnung der Leistungen unmittelbar nach diesem Nachweis wieder erfolgen. Ein neues Antragsverfahren ist nicht erforderlich. An dieser Stelle wird also verstärkt auf den Aspekt der Qualitätsförderung gesetzt, bei gleichzeitigem Abbau von bürokratischem Aufwand für den Arzt und die Kassenärztliche Vereinigung: Fortbildung und daran anschließende Abrechnungsmöglichkeit, anstatt Genehmigungswiderruf und Neuantrag.

Im Anhang der Qualitätssicherungsvereinbarung sind Anforderungen an die Inhalte eines Fortbildungskurses aufgeführt. Sie orientieren sich eng an den vom Berufsverband der Orthopäden und von der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin in Zusammenarbeit mit einigen Kassenärztlichen Vereinigungen bereits angebotenen und durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen (sogenannte Refresher-Kurse). Bis zu einer flächendeckenden Etablierung dieser Kurse ist alternativ auch die Teilnahme an einem Abschlusskurs nach den Vorgaben der Ultraschallvereinbarung möglich.

Ähnlich wie bereits in den Bereichen Radiologie, Kernspintomographie und Arthroskopie soll es auch bei der Hüftsonographie mit Hilfe sogenannter Fachgruppen zu einer Vereinheitlichung der Beurteilungs- und Bewertungspraxis der Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen kommen. Erstmals wurde eine Regelung hierzu in die Vereinbarung aufgenommen, wonach die KBV in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geeignete Maßnahmen durchzuführen und darüber zu berichten hat.

QUALITÄTSMANAGEMENT

MEHR INFOS UNTER
www.kbv.de/qm

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurden nach § 135a Abs. 2 SGB V alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten verpflichtet, bis 2010 praxisintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziele des Qualitätsmanagements sind, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen sicher und effizient zu gestalten, Fehler zu vermeiden und die Qualität weiterzuentwickeln.

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

Die QEP-Werke wurden 2010/2011 vollständig überarbeitet. Der QEP-Qualitätsziel-Katalog® wurde an gesetzliche und andere Änderungen angepasst und um besondere Aspekte und Hinweise für Kooperationen und Medizinische Versorgungszentren erweitert. Qualitätsindikatoren aus dem AQUIK-Set (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen – AQUIK®) wurden integriert. Die Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Bezüge zum Beispiel zum Bundesdatenschutzgesetz, Infektionsschutzgesetz, Medizinproduktegesetz und der Arbeitsstättenverordnung wurden besonders hervorgehoben.

Mittlerweile nutzen geschätzt ein Drittel aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten QEP® als ihr rahmengebendes Qualitätsmanagementmodell. Über 1.000 Ärzte und Psychotherapeuten haben sich für eine freiwillige Überprüfung entschieden und das QEP-Zertifizierungsverfahren erfolgreich durchlaufen.

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

MEHR INFOS UNTER
www.kbv.de/6041.html

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 17. März 2011 Empfehlungen zur umfassenden Aktualisierung des strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm, DMP) für Patientinnen mit Brustkrebs beschlossen. Die aktuellen Standards bei der Antikörpertherapie, der operativen Therapie der Achselhöhle (Sentinellymphknotenbiopsie) und bei der Chemotherapie vor Operationen (neoadjuvante Therapie) wurden aufgenommen, ebenso Empfehlungen zu Sport und Ernährung.

Ebenfalls aktualisiert wurden die Empfehlungen zur Ausgestaltung des DMP für Patienten mit Asthma bronchiale. Parallel dazu entwickelte der Gemeinsame Bundesausschuss ein komplettes Versorgungskonzept für Kleinkinder mit Asthmasymptomen, das die besonderen Schwierigkeiten bei der Behandlung dieser Altersgruppe berücksichtigt. Alle Empfehlungen wurden auf der Basis evidenzbasierter internationaler Leitlinien formuliert. Die Umsetzung scheiterte am Abstimmungsergebnis vom 21. Juli 2011 im Plenum.

Beide Aktualisierungsempfehlungen wurden vom Bundesministerium für Gesundheit 2011 nicht mehr in einer Rechtsverordnung umgesetzt. Durch die Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes werden die Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ab dem 1. Januar 2012 vom Gemeinsamen Bundesausschuss direkt als Richtlinien erlassen.

MASSNAHMEN ZUM BÜROKRATIEABBAU IN ARZTPRAXEN

Vertragsärzte sind in besonderem Maße von Bürokratie betroffen. Sie unterliegen einer Fülle von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Vereinbarungen, was für erheblichen Aufwand sorgt. Sie müssen Behandlungen dokumentieren, ihre fachliche Qualifikation nachweisen, genehmigungspflichtige Leistungen beantragen, die Praxisgebühr einziehen, Versicherte in Disease-Management-Programme einschreiben, Dokumentationen archivieren, gegebenenfalls Substitutionsbehandlungen melden und Anfragen von Krankenkassen beantworten.

Allein im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe unterlagen die niedergelassenen Ärzte im Jahr 2006 etwa 280 Informationspflichten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen und Behörden. Das zeigt eine Studie von 2011. Dieser bürokratische Aufwand resultierte aus 65 verschiedenen Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Vereinbarungen. Er verursachte im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe Kosten von rund 160 Millionen Euro.

Das soll sich ändern: Die KBV setzt sich in Verhandlungen mit den Krankenkassen für einen Abbau der Bürokratie in Arztpraxen ein. Ihr Ziel lautet: Entlastung der Niedergelassenen von unnötigen Verwaltungs- und Informationspflichten bei einer gleichbleibend hohen Qualität der Patientenversorgung.

Dieses Vorhaben wurde auch schon konkret in die Praxis umgesetzt. Augenärzte beispielsweise, die photodynamische Therapien (PDT) zur Behandlung krankhafter Gefäßneubildungen am Augenhintergrund durchführen, sind seit dem 1. Juli 2011 zunächst für drei Jahre von der Pflicht zur Teilnahme an Dokumentationsprüfungen befreit. Bisher mussten sie einmal im Jahr Behandlungsdokumentationen von zehn abgerechneten Fällen zur Überprüfung an ihre jeweilige Kassenärztliche Vereinigung übermitteln. Grund für das Aussetzen der Prüfungen ist die Tatsache, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen immer weniger PDT-Dokumentationen beanstanden mussten, was den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen überzeugte. Bereits im Oktober 2009 haben die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie überarbeitet. Seitdem müssen Vertragsärzte, die eine Genehmigung zur Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) beantragen, nur noch dann an einem Kolloquium teilnehmen, wenn die Osteodensitometrie nach dem Wortlaut der für sie geltenden Weiterbildungsordnung nicht Bestandteil ihrer Facharztausbildung war.

Auch im Gemeinsamen Bundesausschuss setzt sich die KBV für eine Entbürokratisierung der vertragsärztlichen Versorgung ein. Seit März 2011 sieht die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie vor, die Stichprobenprüfungen im Bereich Computertomographie bis 2013 auszusetzen. Das ist möglich, weil nahezu alle der überprüften Dokumentationen keine oder nur geringe Beanstandungen aufwiesen. Mit dem gleichen Argument, wiederum in Abstimmung mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, konnte auch das Prüfintervall für die Dokumentationsprüfungen in der Koloskopie auf zwei Jahre verlängert werden. Bis dahin wurden jährlich 20 Dokumentationen von allen Ärzten geprüft, die diese Leistung erbringen. Ausgedrückt in harten Zahlen: Bundesweit müssen jetzt jährlich „nur“ noch 25.000 statt 50.000 Dokumentationen bewertet werden.

Innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung ist die KBV beim Thema Bürokratieabbau auf Bundesebene Vorreiter. Sie hat den Aufgabenbereich „Bessere Regulierung“ geschaffen, um sich systematisch mit dem Thema auseinanderzusetzen. Ziel ist es, das sogenannte Standardkostenmodell in die vertragsärztliche Versorgung zu übertragen. Mit diesem Instrument lässt sich der zeitliche und finanzielle Aufwand abschätzen, der einem Vertragsarzt entsteht, um seinen gesetzlichen und vertraglichen Informationspflichten nachzukommen. Hierzu hat die KBV ein Methodenhandbuch erstellt und in Pilotprojekten erprobt. Die fachlich zuständigen Dezernate sind verpflichtet, eine Bürokratiekostenabschätzung durchzuführen, bevor neue Regelungen entstehen. Da Bürokratiekosten maßgeblich durch Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses verursacht werden, müssen seit September 2012 auch hier bei Beschlüssen die Bürokratiekosten ermittelt und ausgewiesen werden.

DAS HANDBUCH MIT DEM TITEL „BÜROKRATIE ABBAUEN – MEHR ZEIT FÜR PATIENTEN“ KANN BEI DER KBV BEZOGEN WERDEN: www.kbv.de/presse/40117.html

SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG

Im Jahr 2010 ist die Rahmenrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) in Kraft getreten. Damit wurden die rechtlichen Voraussetzungen für die Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards in der ambulanten und stationären Versorgung geschaffen. Behandlungsergebnisse können sektorenübergreifend erfasst und bewertet werden. Mit der Richtlinie wird zugleich erstmals eine Längsschnittbetrachtung etabliert, die eine bessere Aussagekraft von Behandlungsverläufen ermöglicht.

Die Richtlinie beschreibt die Strukturen, die für die Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) erforderlich sind, und legt die Aufgaben der beteiligten Organisationen fest. Sie gibt vor, wie die von Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern erhobenen Behandlungsdaten zu verarbeiten und auszuwerten sind. Für ihre Umsetzung sind sowohl auf Bundes- und Landesebene als auch perspektivisch durch Praxen verschiedenste Aufgaben mit hoher Komplexität zu lösen.

In den Jahren 2009 bis 2011 hat der gemeinsame Bundesausschuss das AQUA-Institut mit der Entwicklung der folgenden sektorenübergreifenden qualitätssicherungsverfahren beauftragt:

Katarakt-OP
Konisation
Koronarangiographie / PCI
Kolorektales Karzinom
Arthroskopie Knie
Endoprothesenversorgung Hüfte
Endoprothesenversorgung Knie
Nosokomiale Infektion (postoperative Wundinfektion und Gefäßkatheter assoziierte Infektionen)

Die Umsetzung der Verfahren und ihre Überführung in den Regelbetrieb setzt eine Reihe von Arbeitsschritten voraus. Dazu zählen die EDV-technische Aufbereitung und die Durchführung von Machbarkeitsprüfungen mit einer kleinen Anzahl freiwilliger Praxen, an die sich ein Probebetrieb mit einer größeren Anzahl freiwilliger Praxen anschließt. Der Probebetrieb soll den Regelbetrieb simulieren und auf noch zu lösende Probleme hinweisen. Parallel dazu werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss die Rechtsnormen zu den Verfahren in Form der themenspezifischen Richtlinien erarbeitet. Ausgehend vom jetzigen Zeitplan sollen die ersten Verfahren frühestens 2014 in den Regelbetrieb überführt werden. Für die Verfahren Katarakt-OP, Konisation und Koronarangiographie/PCI sind die Machbarkeitsprüfungen abgeschlossen, der Beginn der Probebetriebe ist ab 2012 geplant. Schon jetzt wird als Ergebnis der Machbarkeitsprüfungen das Ausmaß der Umsetzungsherausforderungen für die geplanten Verfahren deutlich.

Eine zentrale Vertrauensstelle für die Pseudonymisierung patientenidentifizierender Daten wurde im Rahmen eines europaweiten Ausschreibungsverfahrens durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgewählt. Seit Juni 2012 ist sie betriebsbereit und kann auch die Datenannahme für selektivvertraglich tätige Ärzte und Psychotherapeuten gewährleisten.

Patientenbefragungen sollen regelhafter Bestandteil der Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung werden. Die Befragungsinstrumente werden aktuell vom AQUA-Institut entwickelt und sollen auch in einem Probebetrieb getestet werden.

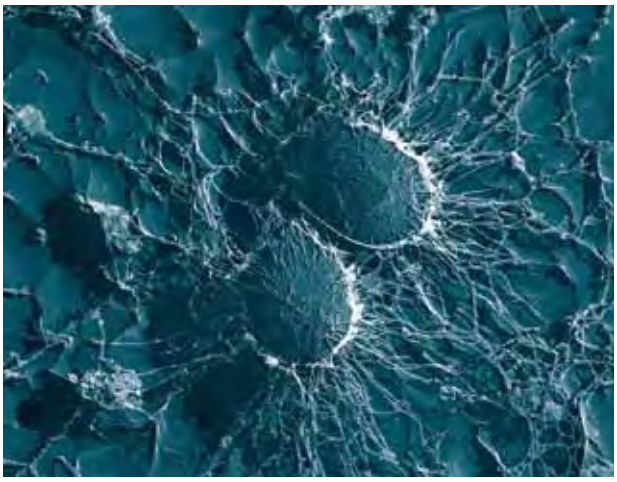
Auf Landesebene erfordert die Umsetzung der Rahmenrichtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einschließlich ihrer themenspezifischen Verfahren die Bildung regionaler Landesarbeitsgemeinschaften durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen. Die Landesarbeitsgemeinschaften haben die Aufgabe, im Rahmen länderbezogener sQS-Verfahren die Ergebnisse zu bewerten und über die Einleitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu entscheiden. Zu diesem Zweck fanden bereits regional Abstimmungen beziehungsweise Verhandlungen statt.

Daneben schreibt die Richtlinie den Kassenärztlichen Vereinigungen die Funktion der Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Ärzte zu. Die Voraussetzungen dafür sind bis zur Überführung erster Verfahren in den Regelbetrieb zu schaffen, um die verschlüsselten Qualitätsdaten der Ärzte anzunehmen, die leistungserbringeridentifizierenden Daten zu pseudonymisieren, bestimmte Prüffunktionen durchzuführen und das Datenpaket an die zentrale Vertrauensstelle weiterzuleiten.

Vor einer Implementierung der geplanten komplexen Verfahren sind noch einige Umsetzungshürden zu beseitigen. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen engagieren sich für eine aufwandsarme und an ambulante Rahmenbedingungen angepasste Umsetzung der Verfahren.

MEHR INFOS UNTER
www.kbv.de/themen/36872.html

METHICILLIN-RESISTENTER STAPHYLOCOCCUS AUREUS



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

„Bei einzelnen Patienten entstehen MRSA also nicht de novo, sondern gehen nach dem Erwerb von Resistenzgenen durch Selektion (Antibiotika) aus einer anfänglichen Mischflora als Leitkeime (dominante Flora) hervor. Das erklärt, warum sich MRSA bei hospitalisierten Patienten unter Selektionsdruck viel leichter und somit häufiger als permanente Haut- und Schleimhautbesiedler nachweisen lassen.“ RKI Bulletin 26/2011

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

In den vergangenen zehn Jahren haben sich die MRSA-Keime auch außerhalb von Krankenhäusern ausgebreitet. Besonders betroffen von dieser Entwicklung sind die Industrienationen, allen voran die USA. Deutschland bewegt sich etwa im Mittelfeld, während Länder wie Dänemark oder die Niederlande durch gezielte Maßnahmen dieses Infektionsproblem weitgehend bewältigt haben. Zusätzlich wird derzeit auch die vermehrte Besiedelung von landwirtschaftlichen Nutztieren beobachtet, da diese durch einen zunehmenden Antibiotikaeinsatz ebenfalls häufig MRSA-Träger sind.

Um die Identifikation und Behandlung von Patienten mit einer MRSA-Besiedelung möglichst zielgerichtet vornehmen zu können, empfiehlt das Robert Koch-Institut (RKI) die Untersuchung auf MRSA im Sinne einer „search and destroy“-Vorgehensweise nur für Patienten bestimmter Risikogruppen.

Zum 1. April 2012 ist, zunächst für die Dauer von zwei Jahren, in der vertragsärztlichen Versorgung eine Regelungen in Kraft getreten, die auf die Betreuung und Behandlung von der vom RKI beschriebenen Risikogruppen zielt.

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

Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese und/oder Patient mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:

- chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Stufe I)
- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten
- liegende Katheter (zum Beispiel Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)
- Dialysepflichtigkeit
- Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

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

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

Ärzte, die diese Gebührenordnungspositionen abrechnen wollen, müssen gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie an einer speziellen dreistündigen Fortbildung teilgenommen haben, die zukünftig auch als Online-Fortbildung angeboten wird.

REGIONALE UND THEMENBEZOGENE QUALITÄTSINITIATIVEN

Alles Gute. KVBW

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

KVHB

KVH Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Kassenärztliche Vereinigung Hessen Körperschaft des öffentlichen Rechts

KV MV Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern Körperschaft des öffentlichen Rechts

KVN Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

KV RLP Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz

KV·KASSEN-ÄRZTLICHE VEREINIGUNG SAARLAND

KVS

KV SACHSEN ANHALT

KVSH Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen Körperschaft des öffentlichen Rechts

KVWL Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

äzq

Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KV'en und der KBV

KBV Kompetenzzentrum Labor

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KOMPETENZZENTRUM KURATIVE MAMMOGRAPHIE

Kompetenzzentrum Patientensicherheit der KVen und der KBV

KV·KASSEN-ÄRZTLICHE VEREINIGUNG SAARLAND
KOMPETENZZENTRUM SCHLAFAPNOE

Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

KOOPERATIONS GEMEINSCHAFT MAMMOGRAPHIE

KV BADEN-WÜRTTEMBERG

www.kvbawue.de

VERNETZUNG LOKALER ANGEBOTE MIT VERTRAGSÄRZTLICHEN QUALITÄTSZIRKELN – DAS PROJEKT BEWÄHRT SICH

2011 berichteten wir bereits über das im Jahr 2010 begonnene Vernetzungsprojekt zwischen Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Mitarbeitern der Jugendhilfe.

Ziel des Projekts ist die bessere Verständigung und Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen. Als Forum für die interdisziplinäre Zusammenarbeit dienen tandemgeleitete Qualitätszirkel. Hierzu wurden je ein Mitarbeiter aus der Jugendhilfe und ein Arzt/Psychotherapeut aus einem Landkreis/einer Stadt darin geschult, gemeinsam und interdisziplinär einen schon bestehenden oder neu gegründeten Qualitätszirkel zu moderieren. Der Austausch der unterschiedlichen professionellen Sichtweisen wird durch systematische Analyse von Einzelfällen erreicht, die am Ende in einen weiteren Versorgungsauftrag für den Arzt/Psychotherapeuten münden soll. Der inhaltliche Schwerpunkt des Projektes zielt auf die bessere Annahme von „Frühen Hilfen“ seitens der betroffenen Familien ab. Es handelt sich hierbei vorwiegend um präventive, niederschwellige und unbürokratisch vermittelbare Unterstützungsangebote (Familienhebammen, Besuche durch Paten etc.). Sie sollen Schwangeren und Familien mit Kindern unter drei Jahren zukommen, bei denen psychosoziale Belastungen bestehen oder absehbar sind und bei deren Nichtbewältigung gesundheitliche Risiken für die Kinder erwachsen können.

Am 16. November 2011 wurden im Rahmen eines Symposiums in Stuttgart erste Ergebnisse des Projektes vorgestellt. Folgende Effekte konnten dank der gemeinsamen Arbeit im Qualitätszirkel festgestellt werden:

- mit der Familienfallkonferenz wächst die Kompetenz für die Fallarbeit
- die Teilnehmer erzielen durch die Kommunikation mit der anderen Berufsgruppe einen Kompetenzgewinn
- das professionelle Bewusstsein zu eigenen Handlungsgrenzen wird gefördert
- es entsteht ein respektvolleres Verständnis für die berufliche Situation der anderen Profession
- das Bewusstsein über die Komplexität von Problemlagen steigt
- das steigende Bewusstsein führt aber auch zu Verunsicherung im Hinblick auf präzisere Risikoeinschätzung und das eigene Handeln.

Gerade der letzte Punkt zeigt, dass Ärzte/Psychotherapeuten ein Indikationsinstrument brauchen, um in vertretbarer Zeit den weiteren Handlungsbedarf zu überprüfen.

Dem Projekt kommt mit dem Inkrafttreten des neuen Bundeskinderschutzgesetzes im Januar 2012 zunehmend Bedeutung zu. Danach sollen sich alle Heilberufler, die mit der genannten Zielgruppe zu tun haben, in Netzwerke zur gegenseitigen Information und Kooperation einbringen. Im Fall einer Kindeswohlgefährdung gibt es zukünftig für Geheimnisträger ein Verfahren zur Vorgehensweise und einen Anspruch auf Beratung durch eine erfahrene Fachkraft (§ 8a und b SGB VIII) über das Jugendamt.

Dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg mit ihrem Projekt auf dem richtigen Weg ist, zeigt sich auch daran, dass dessen Laufzeit bis zum 31. August 2013 verlängert wurde. Die Förderung übernimmt weiterhin das über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingerichtete Nationale Zentrum Frühe Hilfen.

Inzwischen konnten weitere 14 interdisziplinäre Tandems zusammengestellt werden. Diese werden 2012 an jeweils zwei Tagen für die zukünftige Zusammenarbeit und das Erlernen der Methode „Familienfallkonferenz“ geschult. Für 2013 ist noch eine weitere Tandemschulung geplant.

Da die Nachhaltigkeit des Projektes wesentlich von der Finanzierung der ärztlichen Kooperationszeiten mit der Jugendhilfe abhängt, hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg mit einigen gesetzlichen Krankenkassen Vertragsgespräche aufgenommen. Ziel ist, dass die Durchführung einer Belastungseinschätzung einerseits und der besondere zeitliche Aufwand bei der Vermittlung von passgenauen Hilfen an Familien andererseits zukünftig vergütet werden. Falls dies gelingt, nimmt Baden-Württemberg eine Vorreiterrolle in der Übernahme gemeinsamer Verantwortung durch die Jugendhilfe und das Gesundheitswesen für das gesunde Aufwachsen von Kindern ein.

Prof. Marcus Siebolds, der die wissenschaftliche Begleitung im Projekt innehat, erarbeitet derzeit ein Manual, damit diese Form der Vernetzung in Qualitätszirkeln bundesweit in den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen Anwendung finden kann.

ERSTE PROJEKTERGEBNISSE UNTER:
www.kvbawue.de/praxisalltag/qualitaetssicherung/fruehe_hilfen/

HYGIENE – ABER SICHER!

Die 2010 ins Leben gerufene Qualitätsinitiative zur Hygiene in Arztpraxen ist von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns 2011 erfolgreich weiterentwickelt und fortgeführt worden. Unsere Hygiene-Experten werden seit April 2011 von einem Mikrobiologen unterstützt und gemeinsam wird das Thema „Hygiene“ auf den Umgang und die Hygienemaßnahmen bei Patienten mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus Infektionen (MRSA) ausgeweitet. Im Rahmen einer umfassenden Artikelserie in der Publikationsreihe „KVB informiert“ erschien unter anderem eine Schwerpunkt-Ausgabe mit Informationen über den MRSA-Erreger, dessen Verbreitung in Deutschland sowie zu Screening und Sanierung von MRSA-Patienten. Gleichzeitig initiierte die Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns Informationsveranstaltungen unter dem Motto „MRSA-positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“. Sie bietet außerdem eine regelmäßige Telefonsprechstunde zu den Themen MRSA/multiresistente Erreger, Antibiotika-Therapie und mikrobiologische Diagnostik an.

Hinzu kommen der Internetauftritt „Hygiene und Medizin-produkte“ (www.kvb.de/praxis/praxisfuehrung/hygiene-und-medizinprodukte/) und die neue Broschüre „Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung in der Praxis“. Merkblätter für die Praxis sowie Downloads erweitern das Hygiene-Angebot. Die Artikelserie in der Publikationsreihe „KVB informiert“ berichtet über die Aufbereitung von Medizinprodukten, das Hygienemanagement bei Injektionen und Punktionen sowie die Hygiene als Bestandteil des Qualitätsmanagements in der Praxis. Abgerundet werden die Angebote zum Hygienemanagement vom Seminar „Hygienemanagement in der Arztpraxis“, das seit Jahren insbesondere von den medizinischen Fachangestellten stark nachgefragt wird.

Stärkung der Qualitätszirkelarbeit

Aktualisiert wurden in Bayern die Grundsätze für die Anerkennung und Förderung von ärztlichen Qualitätszirkeln (QZ). Qualitätszirkelmoderatoren erhalten für Qualitätszirkelsitzungen seit 2012 eine einheitliche pauschale Vergütung und wurden außerdem von unnötiger, zeitraubender Bürokratie befreit. Die Dokumentationsoberfläche der elektronischen Dokumentationsplattform eQZ wurde angepasst, die notwendigen Eingaben stark vereinfacht oder verkürzt.

Gleichzeitig wurde die Ausbildung der Qualitätszirkelmoderatoren inhaltlich überarbeitet und zukünftig finanziell stärker gefördert: Kosten für die Teilnahme an einer Moderatorenausbildung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns entstehen für deren Mitglieder nicht, wenn innerhalb von drei Monaten nach dem Seminar ein Qualitätszirkel in der elektronischen Qualitätszirkelplattform eQZ registriert und eine Qualitätszirkelsitzung dokumentiert wird.

Impfen schützt!

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat sich im Jahr 2011 vielfältig für das Impfen eingesetzt. Durch das ständige Engagement in der industrieunabhängigen Landesarbeitsgemeinschaft Impfen war die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns intensiv in die Organisation und Veranstaltung der Bayerischen Impfwoche 2011 eingebunden. Neben einer Plakataktion in Arztpraxen und Apotheken betrieb die Landesarbeitsgemeinschaft Impfen Informationszelte in verschiedenen Innenstadtlagen, um die bayerische Bevölkerung für das Thema zu sensibilisieren und die Patienten zur Überprüfung ihres Impfstatus anzuregen. Vertragsärzte erhielten von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns auf Wunsch ein Paket, bestehend aus Patienteninformationen, einem Impfkalender als Tischvorlage sowie einer Übersicht der relevanten Abrechungsnummern.

Nicht nur die Öffentlichkeit und die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns waren in 2011 Zielgruppe des Impf-Engagements, auch in weiteren Fachkreisen wurden ihre Aktivitäten vorgestellt. So zum Beispiel auf der „2. Nationalen Impfkonferenz“ in Stuttgart, wo die freiwillige Zertifizierung „Impfex“ im Rahmen einer Posterpräsentation dargestellt wurde. An „Impfex“ teilnehmende Vertragsärzte erhalten, nachdem sie eine Online-Fachwissensprüfung und eine Präsenz-Fortbildung erfolgreich absolviert haben, ein Zertifikat, das ihr Impf-Fachwissen bestätigt.

Bereits seit einigen Jahren bietet die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jährlich mehrere pharmaneutrale Impf-Fortbildungen für Ärzte an. Im Jahr 2011 wurden acht Veranstaltungen mit insgesamt rund 370 Teilnehmern durchgeführt. Als flankierende Maßnahme werden bayerische Vertragsärzte regelmäßig über Neuerungen beim Impfen, geänderte STIKO-Empfehlungen und andere relevante Aspekte im Mitgliedermagazin informiert.

VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT

Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Akupunktur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule

Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V führt die Kassenärztliche Vereinigung Berlin seit 2007 Stichprobenprüfungen durch.

Jährlich werden per Zufallsprinzip mindestens fünf Prozent der Ärzte, die Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringen und abrechnen, ausgewählt. Sie müssen Dokumentationen zu zwölf abgerechneten Fällen und zu 18 abgerechneten Ausnahmefällen mit bis zu 15 Sitzungen nachweisen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat zum 1. Juni 2011 als Vorreiter eine zusätzliche, noch weiter ins Detail gehende Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie zur Überprüfung der Dokumentation einer Akupunkturbehandlung bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule beziehungsweise in mindestens einem Kniegelenk eingeführt.

Die Beurteilungskriterien sind in enger Zusammenarbeit mit der Qualitätssicherungskommission Akupunktur festgelegt worden. Sie entsprechen den Anforderungen an die Durchführung und an die Dokumentation der schmerztherapeutischen Versorgung gemäß § 5 der oben genannten Vereinbarung sowie den Leitlinien zur Akupunktur bei chronischen Schmerzen.

Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur einen eigenen Patientendokumentationsbogen erarbeitet, der die sachgerechte Dokumentation der Akupunkturbehandlung durch den Arzt vereinfachen soll.

Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

Mit der Novitas BKK hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin einen Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie, der Teilentfernung der Gaumenmandel, bei Kindern vom 2. bis 6. Lebensjahr im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung mit Wirkung ab 16. Mai 2011 geschlossen. Gegenstand des Vertrags ist die ambulante Durchführung der Tonsillotomie sowie die ambulante Durchführung gegebenenfalls erforderlicher Kombinationseingriffe einschließlich der erforderlichen Nachbehandlung.

Bisher war die Tonsillotomie bei Kindern mit der Indikation einer nichtinfektiösen kindlichen Tonsillenhyperplasie nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen enthalten, sodass sie als private Individuelle Gesundheitsleistung angeboten wurde.

Da die von einer Tonsillenhyperplasie betroffenen Kinder jedoch unter schwerwiegenden Symptomen wie zum Beispiel Atem-, Schluck- und Essproblemen leiden, ist der Eingriff der Tonsillotomie medizinisch geboten. Die Tonsillotomie stellt im Vergleich zu dem alternativen und über die gesetzlichen Krankenversicherungen abrechenbaren Eingriff der Tonsillektomie das schonendere, schmerzärmere und zudem risikoärmere Verfahren dar.

Ziele des Vertrages sind daher insbesondere die Vermeidung nicht notwendiger stationärer Eingriffe sowie die Reduzierung der intra- und postoperativen Komplikationsrate (Nachblutungen). Dadurch wird die qualitätsgesicherte medizinische Versorgung der Versicherten verbessert und die hohe Qualität dieser neuen Behandlungsmethode etabliert.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und wird durch den Arzt mittels einer Teilnahmeerklärung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin erklärt. Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte und angestellte Ärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Vertragsarztsitz in Berlin, die eine Abrechnungsgenehmigung zum ambulanten Operieren besitzen und die Teilnahmevoraussetzungen gemäß dem Vertrag erfüllen. Konservativ tätige Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Vertragsarztsitz in Berlin und Fachärzte für Anästhesiologie können ohne Abgabe einer Teilnahmeerklärung an diesem Vertrag teilnehmen.

REGIONALE INITIATIVEN

Fortbildung

Zur Sicherstellung einer hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung bietet die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg ihren ärztlichen und psychotherapeutisch tätigen Mitgliedern sowie deren Praxispersonal ein umfangreiches Portfolio an Fortbildungsveranstaltungen an. Das zuständige Sachgebiet Fortbildung konzipiert und organisiert die Auswahl. Neben den etablierten und häufig nachgefragten Angeboten zu Praxismanagement, Kommunikation, Abrechnung und Moderation werden auch Seminare mit medizinisch fachlichem Inhalt durchgeführt, vor allem vor dem Hintergrund spezieller Qualitätsanforderungen (zum Beispiel Disease-Management-Programme, Hautkrebs-Screening oder Refresher-Kurse zur Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte). Die positive Rückmeldung der Teilnehmer gibt Anlass, diese und ähnliche Themen als Fortbildungsangebot auszubauen. Um auch den Bedürfnissen der neu hinzukommenden und der ausscheidenden Vertragsärzte und Psychotherapeuten zu entsprechen, stehen Orientierungsseminare für Existenzgründer sowie Kurse zur Praxisveräußerung mit auf dem Programm.

Ambulanter ärztlicher Bereitschaftsdienst

Die Kassenärztliche Vereinigung ist auch verantwortlich für die Organisation des ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu den sprechstundenfreien Zeiten. Die Umsetzung dieser Verpflichtung wird durch die gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und der Landesärztekammer Brandenburg geregelt. Das Bereitschaftsdienstmanagement der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg koordiniert die Erreichbarkeit der jeweils diensthabenden Ärzte und stellt diese sicher. Die Erfolgsquote liegt dabei bei etwa 99 Prozent.

Einzelverträge

In bisher dreizehn Einzelverträgen hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg regionale Maßnahmen zur Förderung der Qualität und Versorgungsstruktur vereinbart, zum Beispiel zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung von Krebspatienten beziehungsweise von Aids-Erkrankten im weit fortgeschrittenen Stadium, zur Früherkennung von Schwangerschaftsdiabetes oder zur interdisziplinären Zusammenarbeit und gezieltem Fallmanagement bei rheumatischen Erkrankungen.

Rheuma-Vertrag

Ein seit 2011 geltender neuer Rheuma-Vertrag der AOK Nordost mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg setzt auf stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit und gezieltes Fallmanagement. Er berücksichtigt die besonderen Versorgungsstrukturen des Flächenlandes Brandenburg, indem Haus- und Fachärzte noch enger und strukturierter zusammenarbeiten. Der Hausarzt soll durch Schulungen unterstützt werden, um frühzeitig die Anzeichen einer rheumatischen Erkrankung zu erkennen. Bei Verdacht überweist der Hausarzt den Patienten an den Rheumatologen und gibt ihm einen Befundbogen mit, der Laborwerte und gegebenenfalls Sonographie- und Röntgenbefunde enthält; auch der Rheuma-Check gehört dazu. Die Übernahme der Voruntersuchungen durch den Hausarzt entlastet den Rheumatologen und setzt bei ihm zeitliche Kapazitäten frei. Das wiederum ermöglich es dem Rheumatologen, den Versicherten innerhalb von 14 Tagen nach Überweisung einen Termin zu geben. Der Rheumatologe ist zudem verpflichtet, eine rheumatologische Fachassistentin zu beschäftigen, die ihn beim Fallmanagement unterstützt.

„agneszwei“

„agneszwei“ ist das jüngste Produkt der Arbeitsgemeinschaft „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ (IGiB). Die IGiB ist bislang bundesweit die einzige Arbeitsgemeinschaft in der eine Kassenärztliche Vereinigung (die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg) und Krankenkassen (die AOK Nordost und die Barmer GEK) zusammenarbeiten, um gemeinsame Modelle zur Sicherung der medizinischen Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, zu entwickeln.

„agneszwei“ soll den Arzt entlasten und den Patient effizient den Weg durch die Gesundheitsbereiche weisen. Sie hilft beim Ausfüllen von Formularen, bei der Koordinierung von Terminen, vermittelt Kontakte und betreut darüber hinaus Patienten in ihrem häuslichen Umfeld. In Arztpraxen, die einen hohen Anteil an chronisch Kranken oder multimorbiden Patienten haben, werden dringend qualifizierte Fachkräfte, die diese komplizierten und zeitaufwändigen Fälle managen, benötigt. Beim Modul „agneszwei“ kommt speziell geschultes Praxispersonal sowohl in hausärztlichen als auch in fachärztlichen Versorgungsbereichen zum Einsatz.

2011 wurde das Modell „agneszwei“ zunächst in einer einjährigen Pilotphase in Brandenburger Hausarztpraxen, in Facharztpraxen und in einem Medizinischen Versorgungszentrum in vielfältigen und teils interdisziplinären Einsätzen getestet. Ende 2011 begann dann für 30 Personen die Fortbildung. Sie konnten im April 2012 ihre Arbeit als Fallmanagerin im Rahmen des Projektes aufnehmen.

KV BREMEN

www.kvhb.de

SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER IN BREMEN

Aus einem Rückschlag Kraft für positive Veränderungen ziehen: Unter diesem Motto stand die Arbeit der Qualitätssicherungskommission Substitution der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen im Jahr 2011. Wochenlang waren die Zeitungen voll von Beiträgen, die das Wort „Drogenkinder“ in der Schlagzeile führten. Der Skandal um Rauschgiftspuren in den Haaren von Säuglingen und Kleinkindern hat Bremen sehr beschäftigt und auch bundesweit für mehr Aufsehen gesorgt, als dem kleinsten Bundesland lieb sein konnte. Und natürlich löste das Thema die üblichen medialen Reaktionen aus – die Suche nach einem Schuldigen. Verordneten Ärzte zu lax? Haben die Jugendämter ihre Aufsichtsfunktion vernachlässigt? Hat sich die Drogenhilfe nicht genug eingemischt? Versagte die Politik? Die Antwort fiel je nach Befragten ganz unterschiedlich aus. Es war eine Zeit der gegenseitigen Vorwürfe.

Allerdings nur kurz! Denn alle maßgeblichen Akteure haben sich sehr bald nach dem Skandal zusammengesetzt und einen runden Tisch konstituiert. Die Initiative dazu kam von der Qualitätssicherungskommission Substitution. Runden Tischen eilt häufig der Ruf voraus, dass sie erst dann eingesetzt werden, wenn es zu spät ist. Diesen Vorwurf muss sich der Bremer runde Tisch nicht gefallen lassen. Schon nach wenigen Monaten konnten erste Ergebnisse präsentiert und umgesetzt werden. So sind beispielsweise die obligaten Urinkontrollen von Methadonpatienten um Haaranalysen erweitert worden. Die zusätzlichen Kosten tragen die gesetzlichen Krankenkassen. Für die Take-home-Vergabe, der Mitgabe von Methadon für drei Tage, gelten strengere und vor allem verbindliche Regeln, die die Kassenärztliche Vereinigung auch überwacht. Alle mit dem Substitutionsmittel Methadon behandelten Patienten müssen in regelmäßigen Abständen eine Einrichtung der Drogenhilfe besuchen, damit ein engmaschiges Netz an psychosozialer Unterstützung und Betreuung gewährleistet ist.

Im Methadon-Programm gilt die 0,0 Promille-Regelung. Auch die Apotheker sind in Bremen eingebunden, sie achten auf Doppelverschreibungen über Privatrezepte und melden jeden Missbrauchsverdacht an den zuständigen Arzt.

Eine interdisziplinäre Bremer Kooperationsvereinbarung zum Schutz der Kinder drogenabhängiger und substituierter Eltern wird derzeit vorbereitet. Diese Vereinbarung soll vor allem eindeutige Regelungen der Verantwortlichkeiten im Umgang mit den Eltern zwischen den Hilfesystemen der Jugendhilfe, der Drogenhilfe und dem gesundheitlichen Versorgungssystem festlegen. Unterzeichnet ist dieser Vertrag allerdings noch nicht. Unter anderem deshalb hat sich der runde Tisch auch 2012 noch nicht aufgelöst. Im Gegenteil: Es haben sich neue Arbeitsgruppen gebildet. Weitere Termine sind vereinbart.

Im Stadtstaat tut sich etwas. Und das hat die Ärztezeitung in einem Kommentar mit einem plakativen Satz gewürdigt: „Bremen lernt, andere hoffentlich auch!“

ERGÄNZENDE BAUSTEINE EINER QUALITÄTSGESICHERTEN VERSORGUNG

Rheuma

Seit dem 28. Dezember 1994 dürfen Vertragsärzte in Hamburg die ambulante Behandlung rheumakranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung durchführen, sofern sie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation haben. Die Vereinbarungen regeln, dass nur Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie eine Genehmigung erhalten können, in deren Praxis der Anteil der Rheumatiker mindestens 50 Prozent beträgt. Darüber hinaus ist die regelmäßige Teilnahme an rheumatologisch ausgerichteten Fortbildungsveranstaltungen beziehungsweise Qualitätszirkeln mindestens viermal jährlich nachzuweisen.

Umweltmedizin

Am 1. April 1996 trat die Vereinbarung zur Umweltmedizin in Kraft. Sie wurde zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und dem Landesverband Nord der Betriebskrankenkassen geschlossen. Diese Vereinbarung regelt, dass Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Umweltmedizin eine Genehmigung in der vertragsärztlichen Versorgung erhalten können. An die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist der Nachweis einer mindestens viermal jährlichen Teilnahme an umweltmedizinischen Fortbildungsangeboten/Qualitätszirkeln gebunden.

AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen

Zum 1. Juli 2011 wurde ein Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Heranwachsenden mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg geschlossen. Schwerpunkt des Vertrages ist der qualitätsgesicherte Ablauf von Diagnostik und Therapie bei sechs- bis 17-jährigen Patienten, vor allem mit Blick auf das soziale Umfeld mit Familie, Kindergarten, Schule und Arbeitsstätte. Bei der Behandlung stehen vor allem mehr Zeit für das Patientengespräch, ein streng kontrollierter Medikamenteneinsatz und mehr qualifizierte Therapieplätze im Mittelpunkt. Ziel ist, die Erkrankung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erkennen sowie den Kindern und ihren Familien entsprechende Behandlungsangebote zu unterbreiten.

Besonderheiten des Versorgungsvertrages sind unter anderem, dass die Kooperation der einzelnen Leistungserbringer gefördert wird und dass die beteiligten Psychotherapeuten einmal im Monat samstags an einem festen Termin eine Sprechstunde von mindestens fünf Stunden anbieten. Am Vertrag können Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychiater teilnehmen, die innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung mindestens 30 Patienten pro Quartal mit der Diagnose AD(H)S behandelt haben. An die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist der Nachweis über die Teilnahme an mindestens drei der sechs Mal im Jahr stattfindenden, themenbezogenen Qualitätszirkel gebunden.

Tonsillotomie bei Kleinkindern

Zum 1. April 2011 ist der Vertrag über die Durchführung der Tonsillotomie, der Teilentfernung der Gaumenmandel, zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der Barmer GEK Landesgeschäftsstelle Nord in Kraft getreten. Dieser Vertrag hat das Ziel der qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung von Kleinkindern zwischen dem zweiten und siebten Lebensjahr, und damit die Vermeidung nicht notwendiger stationärer Eingriffe. Teilnahmeberechtigt sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, die eine Genehmigung zum ambulanten Operieren besitzen.

Die HNO-Operateure beantragen ihre Teilnahme mittels einer entsprechenden Erklärung. Der Antragsteller hat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg den Nachweis zu führen, dass er über die geforderte fachliche Befähigung verfügt und die baulichen, apparativ-technischen und organisatorischen Voraussetzungen gegeben sind. Die Durchführung und Abrechnung von Tonsillotomien ist erst mit der schriftlichen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zulässig und gilt nur für Patienten, die zum Zeitpunkt des Eingriffs das zweite, aber noch nicht das siebte Lebensjahr vollendet haben.

KV HESSEN

www.kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

DER QUALITÄT EIN GESICHT GEBEN

Qualitätssicherung ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die im gesamten Bundesgebiet an Bedeutung gewonnen hat. Jedes Jahr treten neue Qualitätssicherungsvereinbarungen in Kraft, bereits vorhandene werden angepasst.

Dabei hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Aufgabe, in enger Zusammenarbeit ihrer Verwaltung, den ärztlichen Beratern und Gutachtern und den Fachkommissionen, die rechtlich normierte Struktur- und Prozessqualität bis hin zur Ergebnisqualität im Versorgungsgebiet sicherzustellen. Aber wie kann dies erfolgen, ohne dass dabei in den Praxen, in der diese Vorgaben umgesetzt werden müssen, Ressourcen blockiert werden, die für die Behandlung und Betreuung der Patienten vorgesehen sind?

Genau hierauf baut der neue Ansatz für die Qualitätssicherung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf. So werden über 11.000 Ärzte und Psychotherapeuten bei der Erbringung und Qualitätssicherung von genehmigungspflichtigen Leistungen aus insgesamt 62 verschiedenen Fachgebieten von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unterstützt. Sie erhalten wertvolle Hinweise von 26 eigens hierfür eingesetzten Fachkommissionen, die mit 287 Experten aus allen medizinischen Fachgebieten qualifiziert besetzt sind.

Allein im Jahr 2011 wurden über 3.500 Genehmigungsanträge bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eingereicht und sachlich sowie fachlich nach der Maxime „so wenig wie möglich, so viel wie nötig!“ überprüft. Für etwa 85 Prozent der Antragsteller wurde eine Genehmigung für qualitätsgesicherte Leistungen ausgesprochen. Ein wesentlich kleinerer Teil der Anträge wurde zurückgewiesen, da die Voraussetzungen für eine Genehmigung nicht oder nur teilweise erfüllt waren. Aber auch hier wurde den Ärzten und Psychotherapeuten Unterstützung angeboten – in Form von Veranstaltungen (zum Beispiel beim Hautkrebs-Screening), Fortbildungen (beispielsweise im Bereich der Onkologie) und Kolloquien sowie fachgebietsübergreifend in Form von persönlicher individueller Beratung.

Die Einhaltung der geforderten Qualitätsstandards gemäß dem gesetzlichen Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wird auf verschiedene Weise geprüft. Dies reicht von Prüfungen der Fortbildungsnachweise über Hygieneprüfungen und Prüfungen der apparativ-technischen Ausstattung bis hin zu Prüfungen von einzelnen Untersuchungsergebnissen inklusive deren Befundung, der Indikationsstellung und anderem. So wurden im Jahr 2011 ambulante Leistungen von A wie Akupunktur bis Z wie Zytologie stichprobenartig überprüft. Aus deren Ergebnissen, die in diesem Bericht ab Seite 40 dargestellt sind, lässt sich erkennen, dass die Qualitätssicherung in den unterschiedlichen Fachgebieten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Früchte trägt. Sicherlich gibt es einige Beanstandungen, die von geringen Mängeln bis hin zu schwerwiegenden reichen, die zum Widerruf der Genehmigung führen. Letzteres stellt jedoch die seltene Ausnahme dar.

Aber selbst diese Fälle nimmt die Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hinsichtlich der Qualitätssicherung als Chance wahr, um in Zukunft für mehr Aufklärungsarbeit und Mitgliederorientierung zu sorgen – ganz im Sinne des Mottos: Qualität ein Gesicht geben.

KV MECKLENBURG-VORPOMMERN

www.kvmv.de

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

NEUE PROJEKTBAUSTEINE FÜR DIE AMBULANTE VERSORGUNG

Als Flächenland mit abnehmender Bevölkerungszahl, das zudem durch eine Überalterung der Gesellschaft geprägt ist, steht die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern vor besonderen Aufgaben. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen wurden von der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und den Krankenkassen (besonders der AOK Nordost) verschiedene Projekte entwickelt und begonnen – für die nachhaltige Verbesserung der Versorgungsstruktur, gegen den absehbaren Ärztemangel und gegen die damit verbundenen Sicherstellungsprobleme. Unser Schwerpunkt liegt hierbei auf einer komplexen Sicht der Probleme. Unser Ziel ist es, aus den einzelnen Lösungsansätzen modulare, regional erprobte und möglichst auch evaluierte Bausteine zu entwickeln und sie zum Gegenstand von Verträgen mit unterschiedlichen Kostenträgern, zum Beispiel den Krankenkassen, zu machen. Wir sehen in diesen Bausteinen, an deren Konzeption, Entwicklung und vor allem Anpassung an die reale Versorgungslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern wir seit Jahren arbeiten, Chancen zur Lösung einer Reihe der oben genannten Probleme.

Ambulante geriatrische Komplexbehandlung

Hier arbeiten Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte, die speziell für die geriatrische Rehabilitation qualifiziert sind, in einem ambulanten Team zusammen. Der Teamarzt koordiniert die Behandlung sowie die Übungs- und Trainingsstunden der in der Regel über 65 Jahre alten Patienten. Mit der Behandlung soll, je nach individuellem Bedarf, die physischen und kognitiven Fähigkeiten stabilisiert und gestärkt werden. Im Vorfeld der Therapieeinheiten beraten der Patient und das geriatrische Versorgungsteam auf Basis des vom Arzt erstellten Befundes über Behandlungsformen und -inhalte.

PflegeheimPLUS

Ziel dieses Vertrages ist die verbesserte Strukturierung, Koordination und Qualität bei der Behandlung der Pflegeheimpatienten, die optimale Medikation sowie die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen und Doppeluntersuchungen.

Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV)

Anstelle eines kurativen Ansatzes steht die medizinisch-pflegerische Zielsetzung im Vordergrund, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten sowie die Belange seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten. Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, als additiv unterstützende Teilversorgung oder als vollständige Patientenbetreuung erbracht werden.

VERAH®

VERAH® das ist die Abkürzung für „Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis“. In diesem Projekt beauftragt der Hausarzt eine speziell geschulte medizinische Fachangestellte oder Krankenschwester mit Aufgaben der arztunterstützenden Behandlung, Beratung, Prophylaxe, koordinierenden Tätigkeiten vor und nach Krankenhausaufenthalten sowie definierten diagnostischen Leistungen. Derzeit sind diese Versorgungsassistentinnen bereits in 64 Praxen tätig. An ihrer Ausbildung sind die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband in Mecklenburg-Vorpommern beteiligt. Die Grundlagen hierfür wurden durch die Zusammenarbeit der Universität Greifswald, der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und der Krankenkassen unter Koordinierung des Ministeriums für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommerns gelegt. Angestrebt wird damit eine wünschenswerte Entlastung des Hausarztes, was in einigen Regionen bereits erreicht wurde.

Chronische Wunde

Ziel der integrierten Versorgung von Versicherten zur Behandlung chronischer Wunden ist es, qualitätsgesicherte Leistungen unter Ausschöpfung aller wirtschaftlichen Ressourcen berufs- und facharztübergreifend zu erbringen. Zur integrierten Versorgung zählen in diesem Sinne die Arztleistungen zur Wundversorgung, das heißt die Erfassung und Behandlung der Grunderkrankung und die Versorgung der Wunde. Die pflegerische Leistung zur Versorgung der Wunde gehört ebenso dazu wie die Schulung und Beratung des Patienten mit dem Ziel, wundheilungshemmende Verhaltungsweisen zu erkennen sowie fördernde Maßnahmen einzuleiten und anwenden zu können.

KV NIEDERSACHSEN

www.kvn.de

NEU IN NIEDERSACHSEN – ANERKENNUNG ALS FUSSAMBULANZ

Der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen ist es gemeinsam mit den Primärkassen des Landes gelungen, eine Neufassung der Vereinbarung für Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP-Vereinbarung) auf den Weg zu bringen.

Die Volkskrankheit Diabetes mellitus ist bekannterweise eine der häufigsten Ursachen für Krankheit und Sterblichkeit in unserer Bevölkerung. In Niedersachsen leben über 400.000 Diabetiker, rund 20.000 mit Diabetes mellitus Typ 1 und 380.000 mit Diabetes mellitus Typ 2.

Mit der neuen Vereinbarung kann den Patienten der Primärkassen ab dem 1. April 2012 eine intensivere Versorgung angeboten werden. Die Praxen selber haben die Möglichkeit sich als „diabetologische Fußambulanz" anerkennen zu lassen. Durch die in dem Vertrag definierten Strukturvoraussetzungen gewährleisten diese Schwerpunktpraxen eine regelmäßige ambulante Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden auf hohem medizinischem Niveau. Sie erhalten hierfür eine zusätzliche Vergütung, die bis dahin mit der reinen DSP-Strukturpauschale bereits abgegolten war. Damit können sich die qualifizierten Praxen mit der Anerkennung als „diabetologische Fußambulanz“ ein weiteres Aufgabenspektrum ausbauen.

Neu in das Programm der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen aufgenommen wurden zudem zwei Schulungsprogramme für Patienten:

- Das Hypoglykämie-Selbstmanagement-Schulungsprogramm (HyPOS) soll Menschen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus helfen, Unterzuckerungen besser wahrzunehmen, zu bewältigen oder gar zu vermeiden.
- Das strukturierte geriatrische Schulungsprogramm (SGS) für Typ 2-Diabetiker ist speziell auf die Besonderheiten von Patienten hohen Alters zugeschnitten. Damit werden betagte Diabetiker erstmals mit Hilfe eines für diese Gruppe speziell entwickelten Programms geschult.

Ferner besteht die Möglichkeit, dass Personen aus dem unmittelbaren Umfeld des Diabetikers – zum Beispiel Ehepartner, Kinder, Pflegepersonen – ebenfalls in den Schwerpunktpraxen geschult werden können. Das Personal in den Praxen, die diese Programme anbieten, ist speziell ausgebildet.

Durch die Vereinbarung sollen Folgeerkrankungen so weit wie möglich vermieden werden. Die Programme gewährleisten eine an Leitlinien orientierte Behandlung. Um deren Qualität zu sichern, wurden in Anlehnung an die Disease-Management-Programme Ziele zur Qualitätssicherung aufgenommen.

KV NORDRHEIN

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Gute Versorgung. Gut organisiert.

www.kvno.de

KONTINUIERLICHE VERBESSERUNG IST UNSER ANSPRUCH

Flächendeckende medizinische Versorgung mit hohen Qualitätsstandards sicherzustellen, ist seit Jahrzehnten eine der wichtigsten Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Sie wird jedes Jahr zur Zufriedenheit von Patienten sowie Ärzten und Psychotherapeuten gewährleistet. Festgelegte Qualitätsstandards zu beachten, ist für unsere Mitglieder eine Selbstverständlichkeit. Der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein genügt es nicht, lediglich den Status quo aufrechtzuerhalten. Vielmehr hat sie sich zum Ziel gesetzt, Qualität stetig zu verbessern und weiterzuentwickeln. Dies stellt gerade für eine große Kassenärztliche Vereinigung und ihre Mitglieder eine besondere Herausforderung dar. Das Jahr 2011 stand deswegen ganz im Zeichen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Stichprobenprüfungen, Kolloquien, kontinuierliche Qualifikationsnachweise und so weiter: So wird die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung von einer Vielzahl unserer Mitglieder wahrgenommen. Das ist auch richtig, schließlich wird den Kassenärztlichen Vereinigungen diese Kontrollfunktion durch Gesetze und Richtlinien aufgrund der effektiven Struktur der Selbstverwaltung zugeordnet. Dabei ist uns durchaus bewusst, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein oftmals strengere Maßstäbe ansetzt als andere Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet. Gleichzeitig versuchen wir aber auch, unsere Mitglieder bei der Einhaltung der geforderten Qualitätsstandards zu unterstützen. Dabei setzen wir vermehrt auf persönliche Beratungen. Dieser individuelle Ansatz ist zwar zeitaufwendig, stärkt aber das Vertrauensverhältnis und wird den speziellen Bedürfnissen der einzelnen Praxis in der heutigen Zeit gerecht.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat es sich deswegen besonders im vergangenen Jahr zum Ziel gesetzt, nicht nur als Kontrollorgan, sondern verstärkt als Kooperationspartner wahrgenommen zu werden. Die Mitglieder sollen in die Entwicklung von Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung miteinbezogen werden. Qualität soll nicht nur nach vorgegebenen Standards überprüft, sondern auch durch den eigenen Anspruch der Mitglieder an die vertragsärztliche Arbeit kontinuierlich verbessert werden. Qualitätszirkelarbeit dient dabei als ein sehr effektives Instrument, da ein direkter Erfahrungsaustausch zwischen allen Teilnehmern, unabhängig von der Fachgruppe, stattfindet. Um die Arbeit in den Qualitätszirkeln noch effizienter auszugestalten, wurden die Moderatoren weiter geschult. Das bisherige Train-the-Trainer Konzept in Nordrhein wurde komplett überarbeitet. Mit tatkräftiger Unterstützung von Prof. Marcus Siebolds, unserem Berater, wurde die Tätigkeit der Tutoren, die bisher ausschließlich für die Fortbildung der Qualitätszirkelmoderatoren zuständig waren, auf eine zweistufige Moderatorenausbildung (Grund- und Aufbaukurs) ausgeweitet. Das gemeinsame Lernen sehr spezieller Themen wird intensiviert. Das „Handbuch für Qualitätszirkelmoderatoren der KBV“ dient als Ausbildungsgrundlage. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein folgt mit diesem neuen Train-the-Trainer-Konzept nicht nur einem bundesweiten Trend, sondern setzt Maßstäbe für die Weiterentwicklung der Qualität des klinischen Lernens in Qualitätszirkeln.

Der Anspruch an eine kontinuierliche Verbesserung wird nicht nur von Seiten der Mitglieder gestellt. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein selber arbeitet stetig an den internen Prozessen und ihrem Service gegenüber den Mitgliedern. 2011 wurde sie bereits erfolgreich von der DQS, der Deutschen Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen, nach ISO 9001:2008 rezertifiziert. Wir haben Qualitätsleitlinien und Qualitätsziele verbindlich definiert und Prozessverantwortliche benannt, die für die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung verantwortlich sind. Die Zufriedenheit der Kunden ist für eine marktgerechte Ausrichtung von entscheidender Relevanz. Wir lassen unsere Dienstleistungsqualität von unseren Kunden beurteilen und werten Beschwerden systematisch aus. Strategische Leitlinien, Führungsgrundsätze, Serviceleitlinien und -kriterien, Qualitätsleitlinien und -ziele sowie die im Rahmen der Balanced Scorecard (Kennzahlensystem zur Umsetzung einer Unternehmensstrategie) vereinbarten Ziele setzen die Orientierungspunkte für unser Handeln. Durch interne Audits überprüfen wir die Einhaltung dieser Punkte und analysieren die Ergebnisse. Eine kontinuierliche Verbesserung ist für alle unsere Mitarbeiter so zur inneren Haltung geworden und durchdringt damit sämtliche Aktivitäten und damit die gesamte Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.

KV RHEINLAND-PFALZ

www.kv-rlp.de

KV RLP
Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz

STRUKTURIERTES NACHSORGEPROGRAMM FÜR KREBSPATIENTEN

Beim Onkologischen Nachsorgeprogramm in Rheinland-Pfalz handelt es sich um ein landesweit einheitliches, strukturiertes, medizinisches und psychosoziales Versorgungsangebot. Alle Patienten, die nach Abschluss der ersten Therapie eines bösartigen Tumors tumorfrei sind, können in Rheinland-Pfalz die Nachsorge in die Hände eines niedergelassenen Arztes ihres Vertrauens legen. Das Onkologische Nachsorgeprogramm hat neben der frühzeitigen Erkennung eventuell auftretender Metastasen, Rezidiv- oder Zweittumoren vor allem die körperliche Betreuung und die psychische Begleitung zum Ziel. Es erstreckt sich über maximal fünf Jahre und beinhaltet bis zu 14 Nachsorgeuntersuchungen, deren zeitlicher Ablauf und Diagnostik je nach Diagnose in verschiedenen Schemata empfohlen werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung und das Tumorzentrum Rheinland-Pfalz arbeiten hierbei Hand in Hand. Im Tumorzentrum werden in der Nachsorgedokumentation die Daten aller teilnehmenden Patienten aus Rheinland-Pfalz und deren Nachsorgeuntersuchungen gespeichert, aufbereitet und regelmäßig wissenschaftlich ausgewertet. Über die Ergebnisse der Auswertung wird jährlich berichtet. Die Kassenärztliche Vereinigung sorgt über die eigens eingerichteten Nachsorgeleitstellen dafür, dass die Patienten rechtzeitig dazu eingeladen werden, die nächste anstehende Nachsorgeuntersuchung mit ihrem Arzt zu vereinbaren. Dazu steht sie im kontinuierlichen Austausch mit dem Tumorzentrum und den behandelnden Ärzten, um die notwendigen Informationen der sich im Onkologischen Nachsorgeprogramm befindlichen Patienten auf dem aktuellen Stand zu halten. Zusätzlich ist der Nachsorgepass jedes Patienten eine gute Hilfe bei der Organisation des individuellen Nachsorgeprogramms. Sowohl die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz als auch das Tumorzentrum begleiten und informieren alle niedergelassenen Ärzte und alle Patienten, die sich am Programm beteiligen.

Durch die Vernetzung mit weiteren Organisationen, zum Beispiel mit dem Krebsregister Rheinland-Pfalz, mit Krankenhäusern und den Krankenkassen, ist es gelungen, das Onkologische Nachsorgeprogramm in Rheinland-Pfalz voranzutreiben und Synergieeffekte zu erzielen. So konnte beispielsweise der Dokumentationsaufwand für die Ärzte deutlich reduziert werden, indem das Krebsregister und die Nachsorgedokumentation im Tumorzentrum einen Meldebogen und die Daten gemeinsam nutzen. Das bedeutet für die Ärzte, dass sie für eine Meldung an die beiden Einrichtungen nur einen einzigen Meldebogen ausfüllen und versenden müssen. Die vereinfachte Erhebung und gemeinsame Nutzung der Daten bietet einerseits eine bessere Datenqualität und erhöht andererseits die Bereitschaft aller Beteiligten, am Onkologischen Nachsorgeprogramm teilzunehmen.

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE TEILNAHME DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE

- **Um die Qualität des Onkologischen Nachsorgeprogramms zu sichern, muss jeder teilnehmende Arzt jährlich drei Fortbildungsveranstaltungen mit drei verschiedenen onkologischen Themen absolvieren. Die Teilname an den Fortbildungsveranstaltungen wird gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung dokumentiert.**

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE TEILNAHME DER PATIENTEN

Zur Aufnahme des Patienten in das Nachsorgeprogramm muss der verantwortliche Arzt:

- **den Patienten über die Zielsetzung der Nachsorge informieren**
- **dem Patienten einen Nachsorgepass ausgeben**
- **die Einwilligungserklärung im Nachsorgepass unterschreiben lassen**
- **den gemeinsamen Meldebogen für Krebsregister und Nachsorgedokumentation ausfüllen.**

SUCHTHILFESTRUKTUREN IM SAARLAND

Im Saarland existiert bereits ein flächendeckendes Angebot im Bereich der Suchthilfe. In den vergangenen Jahren gab es jedoch keine kritische Überprüfung, ob sich die bisher entstandenen Strukturen dem sich verändernden Suchtverhalten und dem sich daraus ergebenden Versorgungsbedarf angepasst haben. Das Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes beauftragte daher Anfang 2011 das Institut für Therapieforschung in München mit der Erstellung eines Gutachtens zur Bewertung und Weiterentwicklung der Suchthilfestrukturen im Saarland.

Ziel des Gutachtens ist es, ein dem Bedarf angepasstes System der Prävention und Intervention zu installieren. In einem ersten Schritt erfolgen die Bestandsaufnahme von Suchtproblematiken und Suchthilfestrukturen sowie erste Bewertungen dazu. Anschließend soll ein Konzept zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in diesem Bereich erstellt und umgesetzt werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland hat sich bereit erklärt, die Studie konstruktiv zu begleiten und an der Weiterentwicklung des Suchthilfesystems unterstützend tätig zu sein. Auf Anregung der Kassenärztlichen Vereinigung hin werden auch die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Form einer Befragung in die Studie einbezogen. Hierbei soll eine Übersicht erstellt werden, wo und in welchem Umfang Suchtpatienten jenseits der klassischen Suchtberatungsstellen betreut werden und wie die Kooperation zwischen verschiedenen Strukturen funktioniert.

Anhand der erfassten Gesamtsituation ist dann die Herausforderung, gemeinsam mit allen Beteiligten die aufgezeigten Problematiken kritisch zu begutachten, sich auf die Situation einzustellen und entsprechende Konzeptionen aufzuzeigen.

Dies gilt auch für den Bereich der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Es besteht große Sorge darüber, wie die Versorgung angesichts einer relativ kleinen Anzahl an Substitutionsärzten, von denen einige bald in den Ruhestand gehen, und der geringen Bereitschaft junger Ärzte, in die Substitutionsbehandlung einzusteigen, aufrechterhalten werden kann. Dies stellt ein wichtiges Themenfeld dar, in dem aktuell und künftig Handlungsbedarf gesehen wird (siehe auch Seite 106).

Anhand der beiden Darstellungen wird schon jetzt deutlich, wo Experten nach Auswertung erster Daten die aktuellen und zukünftigen Handlungsfelder und besonders wichtige Schnittstellenbereiche sehen, in denen die Zusammenarbeit mit anderen Trägern der Suchthilfe in Zukunft optimiert werden muss.

BENANNTE SCHNITTSTELLEN

- Obdachlosenhilfe
- Eingliederungshilfe
- Arbeitslosenhilfe / Integration ins Erwerbsleben
- Jugendhilfe
- „Frühe Hilfen“
- Jugendhilfe ARGE

SUCHTHILFE

WICHTIGE AKTUELLE UND ZUKÜNFTIGE THEMENFELDER

problematischer Internetgebrauch | Essstörungen | pathologisches Glücksspiel | Cannabis | Vielfachnutzer | Doppeldiagnosen | Multimorbidität (bei Jugendlichen) | Diamorphin | Risikominimierung | Substitutionsmittel als Einstiegsdroge | sozial isolierte Migranten | Senioren/ältere Suchtkranke | Schwangere und Stillende | Kinder suchtkranker Eltern | Eltern und Angehörige | substanzgreifende Angebote | Vor-Ort-Hilfen | Selbsthilfe | tagesstrukturierende Angebote | aufsuchende Nachsorge

Quelle: Institut für Therapieforschung München, Bestandsaufnahme Suchthilfe Saarland

ZUSAMMENARBEIT IN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Zum 1. Juli 2011 wurde zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen eine Kooperationsvereinbarung zur länderübergreifenden Zusammenarbeit bei Qualitätssicherungsmaßnahmen geschlossen.

Seither werden gemeinsame Qualitätssicherungskommissionen für Leistungsbereiche eingerichtet, in denen nur eine geringe Anzahl von Ärzten tätig ist. Bisher betrifft dies die Bereiche HIV/Aids und Vakuumbiopsie. Die Kommissionen, welche mit Mitgliedern unterschiedlicher Kassenärztlicher Vereinigungen besetzt sind, übernehmen dabei die Durchführung von Dokumentationsprüfungen und Kolloquien. Des Weiteren stehen sie den teilnehmenden Kassenärztlichen Vereinigungen für Stellungnahmen im Rahmen von Antrags- und Widerspruchsverfahren sowie für fachspezifische Grundsatzfragen zur Verfügung.

Entwicklung neuer Fortbildungsangebote für Qualitätszirkelmoderatoren

Seit 2011 bietet die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen eine Moderatorengrundausbildung für Qualitätszirkelleiter an. Ziel ist es, Ärzten und Psychotherapeuten praktisches Wissen hinsichtlich der Durchführung und Strukturierung ihrer Zirkelarbeit zu vermitteln. Zuständig für die Moderatorengrundausbildung sind speziell für diese Themen geschulte Tutoren. Das Tutorenteam der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen umfasst derzeit einen Facharzt für Allgemeinmedizin und einen Facharzt für Orthopädie, die seit Jahren selbst Qualitätszirkel moderieren. Zukünftig werden sich zwei weitere psychotherapeutisch tätige Kollegen, die aktuell noch die Ausbildung zum Tutor bei der KBV absolvieren, in die Weiterentwicklung der Qualitätszirkelarbeit in Sachsen einbringen. Die interdisziplinär besetzte Trainergruppe bietet damit die Möglichkeit einer zielgerichteten und individuell auf den Adressatenkreis der Moderatoren für ärztliche und psychotherapeutische Qualitätszirkel abgestimmten Unterstützung.

Gemeinsames Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und ihrer Tutoren war es im Jahr 2012, neben der Fortentwicklung der Moderatorengrundausbildung weitere Beiträge zur Förderung der Moderatoren zu etablieren. Zum Jahresende soll dazu ein erstes regionales Moderatorentreffen als Pilotveranstaltung stattfinden. Geplant sind dabei verschiedene Workshops mit Vorstellung ausgewählter Dramaturgien nach dem Qualitätszirkel-Konzept der KBV und eine Supervision zu schwierigen Moderatorensituationen, die abschließend in einem gemeinsamen Erfahrungsaustausch ausgewertet werden. Bei entsprechender Annahme durch die Moderatoren sollen zukünftig regelmäßige regionale Moderatorentreffen angeboten werden.

Sächsisches Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz

Am 1. Januar 2011 trat das Sächsische Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz (SächsKiSchG) in Kraft. Anliegen des Gesetzes ist es:

- Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen der in Sachsen lebenden Kinder zu erhöhen,
- hierbei Eltern in der Wahrnehmung der Gesundheitssorge für ihre Kinder zu beraten sowie zu unterstützen und
- somit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des Kinderschutzes und der Kindergesundheit in Sachsen zu leisten.

Eltern beziehungsweise die gesetzlichen Vertreter der in Sachsen lebenden Kinder werden mit einem Einladungs- und gegebenenfalls mit einem Erinnerungsschreiben aufgefordert, die Kinder rechtzeitig zu den Vorsorgeuntersuchungen U4, U5, U6, U7, U7a und U8 beim Kinder- oder Hausarzt vorzustellen. Durch das organisierte Meldeverfahren kann festgestellt werden, welche Kinder nicht an den Untersuchungen teilgenommen haben. Jenen Eltern bietet das zuständige Gesundheitsamt gesundheitliche Aufklärung und Beratung an und wirkt auf ein Nachholen der Untersuchung hin. Werden diese Hilfeangebote des Gesundheitsamtes nicht wahrgenommen und werden schwerwiegende Anhaltspunkte für eine mögliche Kindeswohlgefährdung bekannt, informiert das Gesundheitsamt das zuständige Jugendamt.

ERWEITERTES FORTBILDUNGSANGEBOT

Die nichtärztliche Praxisassistentin als Unterstützung für den Hausarzt

Bereits im Jahr 2007 wurde in Sachsen-Anhalt ein Modellprojekt zur Implementierung von mobilen Praxisassistentinnen (MOPRA) gestartet. Partner des Projekts waren die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und die AOK Sachsen-Anhalt. Damals waren acht mobile Praxisassistentinnen im Einsatz, um Möglichkeiten der Unterstützung und Entlastung für den Hausarzt im ländlichen Bereich, insbesondere bei Hausbesuchstätigkeiten, zu erproben.

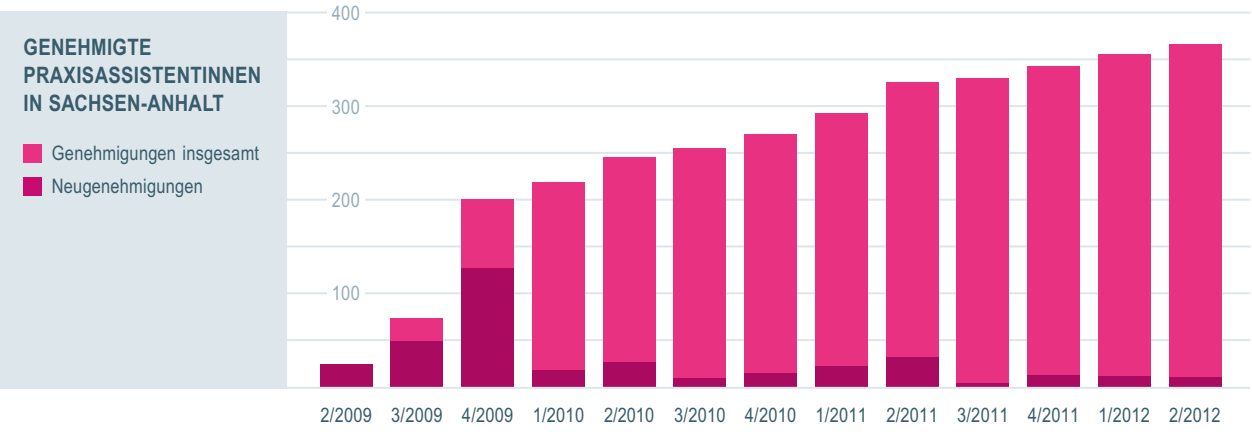
Zwischenzeitlich gibt es mehr als 350 Praxisassistentinnen in Sachsen-Anhalt, die den Hausarzt in der Praxis, aber auch durch die Übernahme von Routine-Hausbesuchen, unterstützen und zeitlich entlasten.

Seit dem 1. April 2009 ist die nichtärztliche Praxisassistentin in die Regelversorgung aufgenommen. Ihr Einsatz in unterversorgten oder drohend unterversorgten Regionen sowie in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf im hausärztlichen Bereich ist somit nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab vergütungsfähig. Darüber hinaus sehen die für Sachsen-Anhalt abgeschlossenen Hausarztverträge eine Förderung nichtärztlicher Praxisassistentinnen unabhängig vom aktuellen Versorgungsgrad der Region vor.

Um als nichtärztliche Praxisassistentin anerkannt zu werden, ist der Nachweis einer Zusatzqualifikation erforderlich, die bis zu 200 Stunden betragen kann. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt bietet in Zusammenarbeit mit dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt die Ausbildung zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) an. Darüber hinaus gibt es weitere Möglichkeiten, die Qualifikation entsprechend der Delegations-Vereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä und EKV) zu erwerben. Knapp 80 Prozent aller in Sachsen-Anhalt tätigen nichtärztlichen Praxisassistentinnen haben die Ausbildung zur VERAH® absolviert.

Überdurchschnittlich hohe Fallzahlen, verursacht durch den Ärztemangel, erfordern in Sachsen-Anhalt eine Entlastung des Arztes durch die Übertragung delegierbarer Leistungen an nichtärztliches Personal. Ausschlaggebend für die Akzeptanz delegierbarer Leistungen ist ihre Übertragung an erfahrenes, qualifiziertes und in die Praxisabläufe integriertes Personal. Dies bedeutet die Ausübung von delegierbaren Leistungen innerhalb des Verantwortungsbereiches des behandelnden Arztes. Aufgrund der Ausbildungsinhalte der Praxisassistentinnen leistet dieses qualifizierte Personal einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualität in der jeweiligen Praxis und schafft, zum Beispiel durch eine Optimierung des Zeitmanagements, freie Ressourcen für den Arzt, der so eine höhere Patientenzahl in der Praxis betreuen und/oder gezielt notwendige Erst- und Notfallbesuche durchführen kann. Ein größeres Versorgungsspektrum kann so abgedeckt werden. Gleichzeitig kann das Praxispersonal konkrete Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention anbieten. Die Praxisassistentin kann dauerhaft ein belastbares Bindeglied zwischen Arzt und Patient darstellen. Sie führt die zuvor vom Arzt im Behandlungsplan angeordneten Maßnahmen durch und kontrolliert im Auftrag des Arztes anhand von Vitalwerten den Gesundheitszustand des Patienten.

In jeder fünften Hausarztpraxis in Sachsen-Anhalt ist mindestens eine Praxisassistentin beschäftigt. Perspektivisch sollten Praxisassistentinnen bei einer Anpassung des Curriculums auch in der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung tätig werden können.



KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

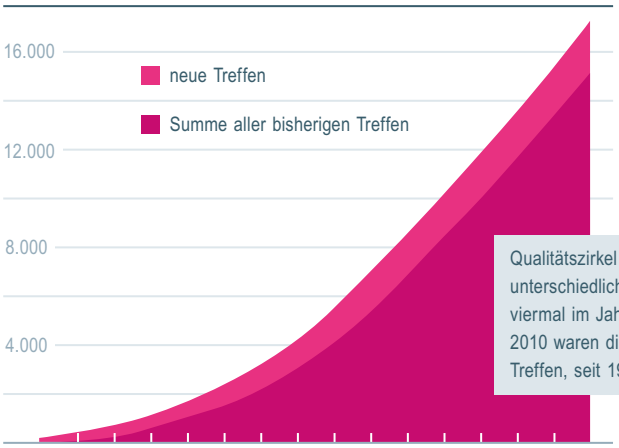
www.kvsh.de

QUALITÄTSZIRKEL IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

Dokumentation

Im Jahr 2011 ging die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein mit der Darstellung der Qualitätszirkelarbeit neue Wege. Viele Jahre begleitete AQUA – das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH – die Evaluation der schleswig-holsteiner Qualitätszirkel. Seit 2009 liegt die statistische Erfassung wieder in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Aus dieser Arbeit ist 2011 eine erste Dokumentation mit dem Titel „Qualitätszirkel in Schleswig-Holstein“ entstanden. Sie vermittelte zum einen einen Rückblick auf die bedeutende Entwicklung der Qualitätszirkelarbeit in den letzten 15 Jahren: In Schleswig-Holstein hatten in dieser Zeit 6.400 Ärzte und Psychotherapeuten fast 130.000 mal daran teilgenommen. Zum anderen veranschaulichte die Dokumentation auch die aktuelle Struktur der Qualitätszirkel. Aktuelle Themenschwerpunkte, das unterschiedlich starke Engagement der Fachgruppen in Qualitätszirkeln und die regionale Verteilung der Zirkel in den Kreisen und Städten Schleswig-Holsteins wurden dargestellt. Auch das hohe Engagement der 315 aktiven Moderatoren fand sich in ihrer eigenen Einschätzung der Qualitätszirkelarbeit wieder: Etwa 95 Prozent bewerteten sie in verschiedenen Kategorien mit sehr gut oder gut. Ergebnisse, die wiederum Anregungen für neue Qualitätsoffensiven geben.

QUALITÄTSZIRKELTREFFEN
VON 1996 BIS 2010



Qualitätszirkel treffen sich in einem unterschiedlichen Rhythmus, mindestens viermal im Jahr. Im Laufe des Jahres 2010 waren dies insgesamt 1.768 Treffen, seit 1996 knapp 16.800.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
neue Treffen	8	367	550	1.020	1.528	1.652	1.807	1.768
Summe aller bisherigen Treffen		336	1.161	2.508	4.680	7.970	11.318	15.030

Qualitätsinitiative Leitlinien

Leitlinien sind Thema: Die schleswig-holsteiner Qualitätszirkel griffen im Jahr 2010 in jedem vierten Treffen auf Leitlinien zurück. Doch wie praxisnah sind diese? Eine Auftaktinitiative der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein führte die wissenschaftliche Leitlinienarbeit aus der Bundeshauptstadt mit der ärztlichen Basisversorgung im ländlich geprägten Schleswig-Holstein zusammen. Gemeinsam mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wurden Qualitätszirkelmoderatoren und -teilnehmer eingeladen, um sich über die Leitlinienarbeit des ÄZQ zu informieren. Das ÄZQ ist eine gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der KBV. Aufgabenschwerpunkte liegen unter anderem in der Entwicklung und Implementierung nationaler Versorgungleitlinien, der Entwicklung von Patienteninformationen und der Patientensicherheit/Fehlervermeidung in der Medizin. Das hochkarätige Referententeam, angeführt vom Leiter des ÄZQ, Prof. Günter Ollenschläger, öffnete einen Raum für Anregungen und Feedback seitens der ärztlichen Basis in Schleswig-Holstein. Eine spannende Diskussion und Anregungen für eine gemeinsame Weiterarbeit entstanden.

Das Fazit eines Moderators steht für das vieler seiner Kollegen: „Die Leitlinien, die bisher entwickelt worden sind, haben in den ärztlichen Alltag noch recht zögerlich Einzug gehalten – das liegt zum einen am Umfang der meisten Leitlinien, zum anderen an der Problematik des Zugangs (zum Beispiel während der laufenden Sprechstunde in der Praxis) und auch an der schlechten Anwendbarkeit auf den ja immer sehr individuellen Einzelfall (Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, Komedikationen und anderes mehr).“ Ollenschläger betonte die Notwendigkeit, diese Leitlinien und Patienteninformationen aus der Ärzteschaft heraus zu entwickeln, damit einerseits das Wissen der Basis und so auch die Alltagstauglichkeit dieser Informationen gegeben sei, und andererseits um die Akzeptanz der entwickelten Endprodukte in der Ärzteschaft zu stärken.

KV THÜRINGEN

www.kv-thueringen.de

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

QUALITÄTSGESICHERTE VERSORGUNG MIT STRUKTURVERTRÄGEN UND IT-LÖSUNGEN

Umsetzung der Ultraschall-Vereinbarung

In der zum 1. April 2009 geänderten Ultraschall-Vereinbarung wurde eine Frist bis zum 31. März 2013 für die Abnahmeprüfung aller genutzten Ultraschallsysteme festgelegt. Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen hatte bereits bis zum Jahresende 2011 rund dreiviertel der eingesetzten Systeme erfasst und geprüft. Von den bisher geprüften Ultraschallsystemen haben 0,7 Prozent die Abnahmeprüfung nicht bestanden und dürfen gemäß der Übergangsregelung der Vereinbarung maximal bis zum 31. März 2013 genutzt werden. Wir können davon ausgehen, dass bis zum dritten Quartal 2012 alle in Thüringen vertragsärztlich genutzten Ultraschallgeräte von der Prüfkommission abgenommen werden.

Dieser enorme Prüfaufwand von rund 1.700 Konsolen und knapp 3.000 Schallköpfen konnte in dem geforderten Zeitrahmen nur dank einer eigens für diesen Zweck programmierten Datenbank bewältigt werden. Dadurch war die Abteilung im Stande, das umfangreiche Volumen an Daten zu Schallköpfen, Ultraschallkonsolen und Gewährleistungserklärungen der Hersteller beziehungsweise Lieferanten für die einzelnen, durch die Ultraschall-Vereinbarung definierten Anwendungsklassen, exakt den zugehörigen Nutzern und Betriebsstätten sowie den erfolgten (Wiederholungs-)Prüfungen zuzuordnen. Andererseits profitieren auch die Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung durch eine zügige Bearbeitung der für die Abnahmeprüfung eingesandten B-Mode-Bilddokumentationen oder die Anzeige von Änderungen der apparativen Ausstattung.

Diabetisches Fußsyndrom

Mit der AOK PLUS wurde zum 1. Januar 2012 der Strukturvertrag zur Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS Thüringen) abgeschlossen und somit die bisherigen ambulanten Versorgungsstrukturen zu Gunsten der Patienten weiterentwickelt. Versicherte mit einem erhöhten Risiko einer Fußläsion oder einer bestehenden Fußläsion erhalten nun frühzeitig eine spezielle Behandlung und Betreuung. Dazu steht ein Netz von Ärzten verschiedener Versorgungsebenen zur Verfügung, welches optimale qualitative und organisatorische Voraussetzungen bietet. Dementsprechend erfolgt durch diesen Vertrag die Verknüpfung von Hausarzt, diabetologischer Fußambulanz sowie ambulanten und stationären Einrichtungen zu einem patientenbezogenen Versorgungsverbund.

Die Rolle des Hausarztes als primärer Ansprechpartner und Behandlungskoordinator für die Patienten wird gestärkt und im Rahmen des Vertrages gesondert vergütet. Die neuen Versorgungsstrukturen helfen, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen, die Therapiezeit zu verkürzen und den Behandlungserfolg bei den Patienten langfristig zu sichern. Die Fachärzte der diabetologischen Fußambulanzen führen in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal jährlich, Fortbildungsveranstaltungen zum „Diabetischen Fußsyndrom“ für das gesamte Personal der diabetologischen Fußambulanzen und gegebenenfalls aller im Versorgungsverbund kooperierenden Ärzte durch. Diese Fortbildungen werden anhand eines Protokolls gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen.

CARDIO PLUS

Zum 1. April 2012 wurde ein weiterer Strukturvertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ mit der AOK PLUS abgeschlossen. Ziel des Vertrages ist die Bildung fachübergreifender und gegebenenfalls notwendiger sektorenübergreifender Verknüpfungen von kardiovaskulären Leistungsinhalten im Freistaat Thüringen. Durch die Weiterentwicklung vorhandener Strukturen werden patientenorientierte Versorgungsketten optimiert, die das Disease-Management-Programm Koronare Herzkrankheit unterstützen. Durch diesen Vertrag wird eine kardiologische Versorgungskette für die betreffenden Versicherten – von der Betreuung beim Hausarzt bis zu einem eventuell notwendigen invasiven Eingriff – definiert.

Weiterhin sieht dieser Vertrag eine regelmäßige Besuchstätigkeit im häuslichen Bereich zur Behandlung von Patienten in der Pflegestufe II beziehungsweise III oder von Pflegeheimbewohnern durch kardiologische Fachärzte vor. Hausarzt und Facharzt wirken als patientenbezogener Versorgungsverbund zusammen. Der Facharzt muss mit der Teilnahme am Vertrag innerhalb eines Jahres den Nachweis der Zertifizierung des „Kardiologen-Kollegiums Mitteldeutschland e.V.“ nach DIN EN ISO 9001:2008-12 oder eine andere vergleichbare Zertifizierung (zum Beispiel QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®) durch eine akkreditierte Stelle erbringen. Dieser Zertifizierungsnachweis ist unter anderem für die Vergütung der Qualitätspauschale erforderlich.

KV WESTFALEN-LIPPE

www.kvwl.de

NEUE UND ALTE HERAUSFORDERUNGEN

Intravitreale Injektion

Zum 23. April 2008 ist eine Vereinbarung zur Vergütung der intravitrealen Injektion zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der AOK Westfalen-Lippe, dem BKK-Landesverband Nordrhein-Westfalen, der Vereinigten IKK und der LKK Nordrhein-Westfalen in Kraft getreten.

Interessierte Ärzte müssen ihre Teilnahme an der Vereinbarung gegenüber der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe erklären und die erforderlichen Unterlagen einreichen. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, wird die Genehmigung erteilt.

Im Jahr 2011 wurden weitere Vereinbarungen zur Vergütung der intravitrealen Injektion in der vertragsärztlichen Versorgung geschlossen. Seit 1. Mai 2011 ist nun auch die Therapie der diabetischen Makulopathie und seit 1. Oktober 2011 die Behandlung des Makulaödems als Folge eines retinalen Venenastverschlusses oder retinalen Zentralvenenverschlusses durch entsprechende Vereinbarungen abgedeckt.

Multiresistente Erreger in der ambulanten Versorgung

Der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) ist eine medizinische Herausforderung, die längst auch den ambulanten Sektor eingeholt hat. Denn immer mehr Ärzte behandeln Patienten, die mit dem Methicillin-resistenten Bakterium oder anderen multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert sind.

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe befasst sich schon seit Jahren mit dem Thema MRSA und beteiligt sich seit 2005 aktiv an grenzüberschreitenden Projekten zur Reduzierung von Krankenhauskeimen (zum Beispiel MRSA-Net und EurSafety Health-Net). Zusätzlich hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe auch auf Bundesebene für eine bundesweit einheitliche MRSA-Vergütungsregelung eingesetzt.

Mit Gültigkeit zum 1. April 2012 wurden nunmehr, zunächst befristet auf zwei Jahre, neun neue Gebührenordnungspositionen geschaffen, die bundesweit abgerechnet werden können. Zu beachten ist, dass verschiedene Voraussetzungen für die Abrechung gegeben sein müssen.

EINSTUFUNGSKRITERIEN MRSA-RISIKOPATIENT

Patient muss in den zurückliegenden sechs Monaten stationär behandelt worden sein (mindestens vier zusammenhängende Tage Verweildauer).

Bekannte MRSA-Anamnese und/oder mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:

- **chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Stufe I)**
- **Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten**
- **liegende Katheter (zum Beispiel Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)**
- **Dialysepflichtigkeit**
- **Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.**

EINE ABRECHNUNG DER GOP IST NUR DANN MÖGLICH, WENN DER ARZT EINE ENTSPRECHENDE ZERTIFIZIERUNG FÜR DIE ABRECHNUNG DER NEUEN ZIFFERN VORWEIST:

- **Teilnahme an einem Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“ (Dauer mindestens drei Stunden) oder**
- **Teilnahme an einem Online-Training mit anschließendem Multiple-Choice-Test**

Damit die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe pünktlich zum 1. April 2012 im Besitz der MRSA-Abrechnungsgenehmigung sind, wurden bereits im Oktober 2011 neun MRSA-Informationsveranstaltungen für das Jahr 2012 geplant. Bis Ende März 2012 konnte deshalb ein großer Teil der Ärzteschaft zu diesem Thema geschult werden. Der Geschäftsbereich Versorgungsqualität war davon ausgegangen, dass etwa 3.000 Ärzte eine MRSA-Abrechnungsgenehmigung zum 1. April 2012 erhalten werden. Dies entsprach dann auch dem tatsächlichen Bedarf.

ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN

www.aezq.de

ÜBERSETZUNG VON PATIENTENINFORMATIONEN – EIN PROJEKT DES ÄZQ

Über die Arbeit des ÄZQ

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist das gemeinsame Kompetenzzentrum von KBV und Bundesärztekammer für evidenzbasierte Medizin, Leitlinien, Patienteninformation, Patientensicherheit und Wissensmanagement in der Medizin. Das ÄZQ entwickelt, bewertet und verbreitet Gesundheitsinformationen und Leitlinien – insbesondere die Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL). Außerdem koordiniert es das Melde- und Lernsystem für kritische Ereignisse und Fehler in der Medizin („CIRSmedical Deutschland“) und unterhält das elektronische Wissensportal www.arztbibliothek.de.

Übersetzungen von Patienteninformationen

Seit Mai 2010 erstellt das ÄZQ im Auftrag der KBV (seit 2012 auch im Auftrag der Bundesärztekammer) Informationsblätter für Patienten zu wichtigen medizinischen Themen. Die doppelseitigen DIN-A4-Dokumente vermitteln wesentliche Fakten, geben Empfehlungen und bieten Tipps für Betroffene. Besonderen Wert legt das ÄZQ dabei auf eine verständliche Sprache. Grundlage der Informationen sind in der Regel die Patientenleitlinien des NVL-Programms oder des onkologischen Leitlinienprogramms der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Falls zu einem Thema keine Patientenleitlinie vorliegt, beruhen die Texte auf aktuellen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen. Außerdem werden die zugrunde liegenden Recherchestrategien und Quellen mit dem Dokument veröffentlicht. An jeder Kurzinformation sind mindestens ein externer ärztlicher Experte und ein Patientenvertreter beteiligt. Mittlerweile sind zu allen Patientenleitlinien und etlichen weiteren Themen, etwa zur Arzneimitteltherapiesicherheit, Informationsblätter erschienen (Stand Mai 2012: insgesamt 24). Ziel ist es, durch die verlässlichen Informationen das Gespräch und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu unterstützen.

Einen besonderen Unterstützungsbedarf haben Patienten mit geringen Deutschkenntnissen. Damit die Informationsblätter auch diese Patienten erreichen, lässt das ÄZQ die wichtigsten Themen übersetzen. Anhand von Bevölkerungsstatistiken und im Erfahrungsaustausch mit dem Dezernat Kommunikation der KBV wurden hierfür sechs Sprachen ausgesucht, bei denen die Anzahl der Menschen, die von einer Übersetzung profitieren, am höchsten ist: Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Türkisch. Das ÄZQ wählt dafür qualifizierte Übersetzer vom Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. aus. Sie sind Muttersprachler mit dem Fachgebiet Medizin und Pharmazie. Jede Übersetzung lässt das ÄZQ noch einmal durch einen externen Mediziner gegenlesen, der Muttersprachler in der jeweiligen Sprache ist. Im Frühjahr 2012 erschienen die Übersetzungen zu den Themen „Diabetes und Füße“ und „Diabetes und Augen“, im Sommer folgten vier weitere Informationen zu Asthma, COPD, Inhalation und Exazerbation bei COPD. Die Übersetzungen erscheinen im Kontext der deutschsprachigen Patienteninformationen auf den Internetportalen von ÄZQ, KBV, Bundesärztekammer sowie einigen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesärztekammern. Ärzte können sie bei Bedarf ausdrucken und an Betroffene und Patienten aushändigen.

www.arztbibliothek.de/kurzinformation-patienten
www.kbv.de/wartezimmerinfo.html
www.baek.de/patienteninformationen

KOMPETENZZENTRUM HYGIENE UND MEDIZINPRODUKTE

Kompetenzzentrum
Hygiene und Medizinprodukte
der KV'en und der KBV

MIT DER HYGIENE IM REINEN – DAS KOMPETENZZENTRUM HYGIENE UND MEDIZINPRODUKTE BEI DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

Hygiene in Arztpraxen ist ohne Zweifel ein Muss – nicht nur zum Schutz der Patienten, sondern auch der Praxisteams. Was das aber genau bedeutet, ist für viele Praxisinhaber immer noch schwer nachzuvollziehen. Denn die Vorschriften sind umfangreich, ändern sich häufig und können oftmals nur schwer umgesetzt werden. Andererseits machen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfahrung, dass die Zahl der Praxisbegehungen durch die zuständigen Behörden zunimmt. Verstöße gegen die Hygienevorschriften sind Ordnungswidrigkeiten, von der Haftung des Arztes bei negativen Folgen eines Fehlverhaltens ganz zu schweigen. Es geht also um das Ansehen der Ärzteschaft.

Angesichts dieser Tatsachen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Bayerns, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Saarland, Schleswig-Holstein, Thüringen, Westfalen-Lippe und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam Mitte 2010 das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte gegründet. Es ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg angesiedelt.

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte befasst sich ganz konkret mit allen Fragen der Hygiene in der Arztpraxis wie zum Beispiel mit Hygieneplänen, dem Umgang mit übertragbaren Krankheiten und der Vermeidung nosokomialer Infektionen und Multiresistenzen. Daneben steht die Aufbereitung von Medizinprodukten im Mittelpunkt, wie beispielsweise ihre Risikoeinstufung, Reinigung und Desinfektion, Pflege und Funktionsüberprüfung, Sterilisation, aber auch Validierung und Überwachung des Aufbereitungsprozesses. Fragen zur Abfallentsorgung, dem Umgang mit Gefahrstoffen und der Arbeitssicherheit runden das breite Tätigkeitsspektrum des Kompetenzzentrums ab.

Ein anderer Tätigkeitsbereich des Kompetenzzentrums lässt sich mit den Stichworten „Gremienarbeit und Interessenvertretung der Ärzte“ beschreiben. Beispielsweise verfasst das Kompetenzzentrum Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben oder Leitlinien des Robert Koch-Instituts, um auf die Belange der niedergelassenen Ärzte aufmerksam zu machen, da diese Entwürfe oft an Arbeitsabläufen in Krankenhäusern orientiert sind. Ferner vertritt es die Interessen der niedergelassenen Ärzteschaft auf Fachkongressen und bei allen mit Fragen der Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten befassten Organisationen.

Erleichterung für den Arzt

Wie kann sich der Arzt die Unterstützung konkret vorstellen? Alle teilnehmenden Kassenärztlichen Vereinigungen haben Mitarbeiter zu Hygieneberatern ausbilden lassen, die die Ärzte bei der Optimierung der Abläufe in ihren Praxen unterstützen sollen. Auch beraten sie die Ärzte im Vorfeld von Praxisbegehungen und leisten im Nachgang Unterstützung bei der Umsetzung eventueller Auflagen.

Die Grundausbildung der Hygieneberater besteht aus einem 40-Stunden-Kurs in dem den Teilnehmern Sachkunde (§ 4 Abs. 3 Medizinprodukte-Betreiberverordnung) nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung vermittelt wird. Der Kurs schließt mit einer Prüfung ab.

Verantwortlich für die Aus- und Weiterbildung der Berater, für deren Unterstützung bei den Beratungen vor Ort und für die Entwicklung von Informationsmaterialien ist das bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg angesiedelte Backoffice des Kompetenzzentrums. Dort sind zwei in Fragen Hygiene und Medizinprodukte besonders qualifizierte und erfahrene Mitarbeiterinnen beschäftigt.

Ein arbeitsreiches erstes Jahr

Während der EHEC-Epidemie 2011 war eine schnelle Reaktion seitens der niedergelassenen Ärzte gefragt. Doch für sie war es nicht einfach zu wissen, worauf sie achten müssen, wenn sie einen Patienten mit Verdacht auf EHEC vor sich haben. Das Backoffice musste daher neben seinen Routineaufgaben Verfahrensanweisungen für Ärzte und Informationen für Patienten erarbeiten. Diese wurden dann nicht nur den Ärzten und Hygieneberatern, sondern auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Außerdem wurden im Backoffice zwei große Projekte in Angriff genommen, die 2012 vollendet werden sollen: einen Musterhygieneplan zur Gastroenterologie und eine eigene Internetseite.

KOMPETENZZENTRUM LABOR

K(B)V Kompetenzzentrum Labor

DIENSTLEISTER IM LABORBEREICH

Synergiepotenziale im System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV nutzen, Ressourcen bündeln und einheitliche Bewertungsstandards schaffen. Dies waren einige richtungsweisende Grundgedanken bei dem Beschluss zur Etablierung von Kompetenzzentren im System der Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 2006. Mit dem Kompetenzzentrum Labor sollte hierbei ein Dienstleister im Laborbereich geschaffen werden, der die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV bei allen diesbezüglichen Fragen und Themen fachlich unterstützen kann. Zu diesem Zweck gründeten Kassenärztliche Vereinigungen und KBV im Jahr 2007 die Arbeitsgemeinschaft „K(B)V-Kompetenzzentrum Labor“, von der das K(B)V-Kompetenzzentrum Labor in Nürnberg aufgebaut und betrieben wurde. Zum 1. Januar 2012 wurde es in die KBV integriert und setzt als Geschäftsbereich Kompetenzzentrum Labor im Dezernat 3 „Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung“ seine Arbeit fort.

BISHERIGE TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTE

- medizinisch-fachliche Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Laborbereich und bei der Überprüfung von Laborabrechnungen
- Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Prüfung der Kostennachweise von Laborgemeinschaften auf Plausibilität und Marktüblichkeit
- Durchführung von verkürzten Health Technology Assessment (HTA)-Verfahren zur Bewertung von Laborleistungen im Auftrag der Arbeitsgruppe Labor des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses
- Erarbeitung und Pflege von Hinweisen für die sachgerechte Veranlassung und Abrechnung von Laborleistungen
- medizinisch-fachliche Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei Anfragen rund um das Thema Labor

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nach dem SGB V verpflichtet, die Rechtmäßigkeit und Plausibilität von Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen. Im Laborbereich unterstützt das Kompetenzzentrum Labor die Kassenärztlichen Vereinigungen bei dieser Aufgabe und stellt bedarfsgerecht fachmedizinische Informationen und Stellungnahmen zur Verfügung, damit diese ihren Prüfvorgang fachlich fundiert und nach einheitlichen Standards umsetzen können. Dies betrifft eine große Anzahl unterschiedlicher Laboruntersuchungen, die je nach Indikation und Verdachtsdiagnose angemessen oder notwendig sein können – oder eben auch nicht.

Des Weiteren nimmt die Bewertung von innovativen Laborleistungen in der Arbeit des Kompetenzzentrums Labor einen breiten Raum ein. Neben der großen Zahl der sich bereits in der vertragsärztlichen Versorgung befindlichen Laboruntersuchungen kommen durch wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn und industrielle Innovationskraft stetig neue Biomarker auf den Markt, deren Bedeutung für Patienten und die gesamte Patientenversorgung untersucht werden muss.

Die Partner der Bundesmantelverträge haben im Jahr 2009 die Etablierung eines verkürzten HTA-Verfahrens für innovative Laborleistungen beschlossen. Ziel war es, ein strukturiertes Verfahren zur Anpassung des Kapitels 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs an den jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik, unter Beachtung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, zu schaffen. Das Kompetenzzentrum Labor führt im Rahmen dieses Verfahrens Bewertungen nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin durch und verfasst Berichte, in denen Güte und Nutzen von neuen Laborleistungen bewertet wurden und die als Beratungsgrundlage in den Gremien der Selbstverwaltung dienen sollen. Auch in anderen Ländern wurden in den letzten Jahren wissenschaftliche Bewertungssysteme geschaffen, die den Nutzen von neuen Untersuchungsmethoden und medizinischen Verfahren für das jeweilige Gesundheitssystem untersuchen sollen.

KOMPETENZZENTRUM KURATIVE MAMMOGRAPHIE

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

KOMPETENZZENTRUM KURATIVE MAMMOGRAPHIE

ARBEITSTEILUNG SCHAFFT EFFIZIENZ

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

Das Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie stand vor einer Vielzahl von Aufgaben, die es zu bewältigen galt.

AUFGABEN KOMPETENZENTRUM QUALITÄTSSICHERUNG IN DER KURATIVEN MAMMOGRAPHIE BEISPIELE

- Aufbau eines Bilderpools aus digitalen Mammographieaufnahmen, um die für die Prüfungen nach den Abschnitten C (Eingangsprüfung) und D (kontrollierte Selbstüberprüfung alle zwei Jahre) der Mammographievereinbarung notwendigen Fallsammlungen erstellen zu können
- Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Übermittlung der Prüfungsergebnisse zur Auswertung an die KBV
- Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Einführung eines flächendeckenden digitalen Prüfungsbetriebs

Jede Fallsammlung umfasst 200 Mammographien von 50 Frauen (je vier Aufnahmen). Im Rahmen der Prüfung muss durch die Ärzte angegeben werden, welche Veränderungen des Gewebes auf den jeweiligen Bildern zu erkennen sind und welcher Art diese sind.

Mammographierende Ärzte können die Prüfungen wahlweise anhand analoger Printaufnahmen oder unter Nutzung einer digitalen Prüfstation absolvieren. Die Ergebnisfeststellung erfolgt zeitnah durch die KBV. In Bundesländern, in denen bereits beide Prüfvarianten angeboten werden, ziehen die zu prüfenden Ärzte zwischenzeitlich die digitale Variante der analogen vor. Derzeit setzen bereits sechs Kassenärztliche Vereinigungen digitale Prüfstationen ein. Die Mammographievereinbarung sieht vor, dass bis zum 31. März 2014 bundesweit alle Kassenärztlichen Vereinigungen digitale Prüfstationen zu Prüfungszwecken nach Abschnitt C und D der Mammographievereinbarung zur Verfügung stellen sollen.

Alle mammographierenden Ärzte haben die Möglichkeit, gegen Aufwendungsersatz digitale Aufnahmen beim Kompetenzzentrum zur Verwendung in einer Fallsammlung einzureichen. Die Aufnahmen müssen die relevanten Kriterien der Mammographievereinbarung erfüllen und technisch einwandfrei sein. Die eingereichten Fälle werden durch ein mit anerkannten Fachleuten aus mehreren Bundesländern besetztes Sachverständigengremium beurteilt. Das Gremium prüft unter anderem die Fälle unter Beachtung der bestehenden Anforderungen auf ihre Eignung zur Aufnahme in einen Fallpool nach Abschnitt C und/oder D und übernimmt deren Zusammenstellung zu einer Fallsammlung. Ein besonderes Augenmerk legen die Experten hierbei auf die Qualität der analogen Ausdrucke unter dem Aspekt Gleichwertigkeit gegenüber der digitalen Darstellung.

Die Fallsammlung nach Abschnitt D wird in dem Zeitraum von zwölf Monaten aus Gründen der Vergleichbarkeit aller Prüfungsergebnisse nicht variiert. Die Aufnahmen der Fallsammlung nach Abschnitt C werden spätestens nach einer maximalen Einsatzzeit von drei Monaten variiert und in der Reihenfolge verändert. Bei der Variation der Fälle wird auf Austauschfälle beziehungsweise den Fallpool zurückgegriffen.

Im Jahr 2011 hat das Kompetenzzentrum an die Kassenärztlichen Vereinigungen 184 (analoge) Fallsammlungsordner (mit jeweils 200 Aufnahmen) nach Abschnitt C und D versandt. Damit haben bundesweit betrachtet noch knapp 70 Prozent der mammographisch tätigen Vertragsärzte ihre fachliche Befähigung anhand von analogen Mammogrammen nachgewiesen.

Noch eine Besonderheit zum Schluss: Seit dem 1. April 2011 können auch in Brustkrebszentren tätige mammographierende Ärzte an der Fallsammlungsprüfung nach Abschnitt D der Mammographievereinbarung teilnehmen. Hierzu wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen der KBV und der Deutschen Krebsgesellschaft geschlossen.

KOMPETENZZENTRUM PATIENTENSICHERHEIT

Kompetenzzentrum Patientensicherheit der KVen und der KBV

PRIMUM NIL NOCERE

Obwohl in Deutschland eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung angeboten wird, geschehen immer wieder Fehler zu Lasten von Patienten. Die Komplexität des Systems, die wachsenden medizinischen Möglichkeiten und neue Versorgungsformen führen nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Sektor dazu, dass die Sicherheit der Patienten während der medizinischen Versorgung mitunter gefährdet ist.

Aus diesem Grund wurde 2008 das Kompetenzzentrum Patientensicherheit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV gegründet. Es ist im Geschäftsbereich Versorgungsqualität der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe angesiedelt und konzentriert seine Arbeit auf die Patientensicherheit im ambulanten Sektor.

Überblick

Im Jahr 2009 wurden in Abstimmung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Informationsblätter, Flow-Charts und Checklisten zum Thema Hygiene und Medizinprodukte vom Kompetenzzentrum erstellt. Im darauffolgenden Jahr folgten Informationsblätter zum Thema Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) im ambulanten Sektor. In die Erarbeitung der MRSA-Informationsblätter flossen die Erkenntnisse aus einer jahrelangen Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe mit grenzüberschreitenden Projekten innerhalb der Euregio wie zum Beispiel MRSA-Net und EurSafety Health-Net ein (siehe auch Seite 11, 29).

Zudem wurden im Jahr 2011 unter anderem vier Veranstaltungen für Ärzte zum Thema „Patientensicherheit“ durchgeführt. Kooperationspartner waren die Kassenärztlichen Vereinigungen Niedersachsen, Baden-Württemberg, Bayerns und Westfalen-Lippe. Als Referenten der Veranstaltungsserie sprachen Dr. Christian Thomeczek und Dr. Julia Rohe vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin über die Parallelen zwischen Luftfahrt und Medizin sowie über die Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis. Insgesamt konnten rund 200 Personen zu dem Thema weitergebildet werden. Als Resümee stellten die Veranstalter fest, dass unter anderem im Bereich der Teambildung und Kommunikation ein erhöhter Schulungs- und Handlungsbedarf in der Ärzteschaft besteht.

Das Kompetenzzentrum Patientensicherheit hat außerdem damit begonnen, Handlungsempfehlungen für den ambulanten Sektor zu erstellen. Eine Gruppe aus niedergelassenen Ärzten und Mitarbeitern sowohl der Kassenärztlichen Vereinigungen als auch der KBV entwickelte, um aus den bestehenden Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zum Thema „Sichere Patientenidentifikation“ und „Eingriffsverwechslung“ eine Version für den ambulanten Sektor.

Trotz der Tatsache, dass das Thema Patientensicherheit auch in der ambulanten Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt, wurde die bilaterale vertragliche Vereinbarung, auf der das Kompetenzzentrum Patientensicherheit basiert, durch eine einvernehmliche Vertragsauflösung mit der KBV zum 31. Dezember 2011 beendet. Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe wird die Arbeit des Kompetenzzentrums fortgesetzt. Inwieweit bundesweite Aktivitäten weitergeführt werden können, bleibt abzuwarten. Aber natürlich sind wir nicht die einzigen Player auf diesem Feld, an erster Stelle zu nennen ist da sicherlich das Aktionsbündnis Patientensicherheit (www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de), in dem zum Beispiel auch die KBV Mitglied ist.

INFORMATIONSMATERIAL ZU HYGIENE, MEDIZINPRODUKTEN UND MRSA UNTER:
www.kvwl.de/arzt/qsqm/coc_ps/info_az/

MEHR INFOS ZU DEN PROJEKTEN DER EUREGIO – MRSA-NET UND EURO SAFETY HEALTH-NET UNTER:
www.euregio.de/cms/publish/content/showpage.asp?pageid=937

MEHR INFOS ZUM AKTIONSBÜNDIS PATIENTENSICHERHEIT UNTER:
www. aktionsbuendnis-patientensicherheit.de

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

KOMPETENZZENTRUM SCHLAFAPNOE

KV · KASSEN-ÄRZTLICHE VEREINIGUNG SAARLAND

KOMPETENZZENTRUM SCHLAFAPNOE

ERFAHRUNGSAUSTAUSCH ZUR SCHLAFAPNOE

Das Kompetenzzentrum Schlafapnoe wurde 2007 in der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland etabliert. Hintergrund der Gründung war der Gedanke, das System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV zu stärken, Ressourcen zu bündeln und sicherzustellen, dass die bundesweit gültigen Standards einheitlich umgesetzt werden. Dies kann nur gelingen, wenn der notwendige Erfahrungsaustausch gewährleistet ist.

Im Wesentlichen soll das Kompetenzzentrum die Vorsitzenden der jeweiligen Qualitätssicherungskommissionen und die zuständigen Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigungen zu einem regelmäßigen Erfahrungsaustausch einladen, damit die Qualitätssicherungsvereinbarungen überprüft und im Sinne der Qualitätsförderung weiterentwickelt werden können. Insbesondere auf dem letztgenannten Punkt liegt der Fokus der Aufgaben des Kompetenzzentrums Schlafapnoe. Die Mitarbeiter organisieren die Treffen, führen sie durch und bereiten die Ergebnisse für die Teilnehmer auf. Anregungen zur Überarbeitung beziehungsweise Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsvereinbarung leitet das Zentrum an die KBV weiter.

Zusammengefasst besteht die Aufgabe des Kompetenzzentrums in der Geschäftsführung der Sitzungen. Dazu gehört:

- den eingehenden Schriftverkehr zu selektieren und zu kanalisieren
- die Organisation, Durchführung und Nachbereitung des jährlichen Erfahrungsaustausches
- die Beratung und Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Umsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarung
- die Kontaktpflege zur KBV, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Berufsverbänden.

In den bislang durchgeführten regelmäßigen Treffen diskutierten die Teilnehmer insbesondere Fragen zur regionalen Umsetzung sowie zur Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung und erarbeiteten Handlungsempfehlungen. Bei jedem Treffen werden aktuelle berufspolitische Themen angesprochen, beispielsweise die Honorierung der Leistungen und deren Auswirkung auf die wirtschaftliche Situation der Praxen oder die Auswirkungen gesetzlicher Änderungen auf die Praxisorganisation und Versorgung der Patienten mit notwendigen Hilfsmitteln.

Breiten Raum nahmen auch die Diskussionen um die Notwendigkeit von Stichprobenprüfungen zur Qualitätssicherung ein. Da es auf Bundesebene keine verbindlichen Vorgaben dazu gibt, hat insbesondere die Kassenärztliche Vereinigung Bremen aber auch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt länderspezifische Durchführungsbestimmungen erarbeitet und Stichprobenprüfungen durchgeführt. Ihre Vertreter stellten die Erfahrungen bezüglich des Arbeitsaufwandes und der Ergebnisse vor (siehe auch Seite 96).

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V BEISPIEL

BRANDENBURG					
Jahr	2007	2008	2009	2010	2011
abrechnende Ärzte	56	53	57	55	56
geprüfte Ärzte	8	4	5	12	12
geprüfte Ärzte, in %	14,3	7,5	8,8	21,8	21,4
▸ keine Beanstandungen	4	3	3	6	2
▸ geringe Beanstandungen	4	1	2	3	8
▸ erhebliche Beanstandungen	0	0	0	3	1
▸ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0	1

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG

www.zi.de

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

FRÜHERKENNUNGSKOLOSKOPIE

Über das ZI

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) unterstützt als Stiftung der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen seine Träger bei ihrem gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung mit verschiedenen Projekten der Forschung, Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Darmkrebsfrüherkennung

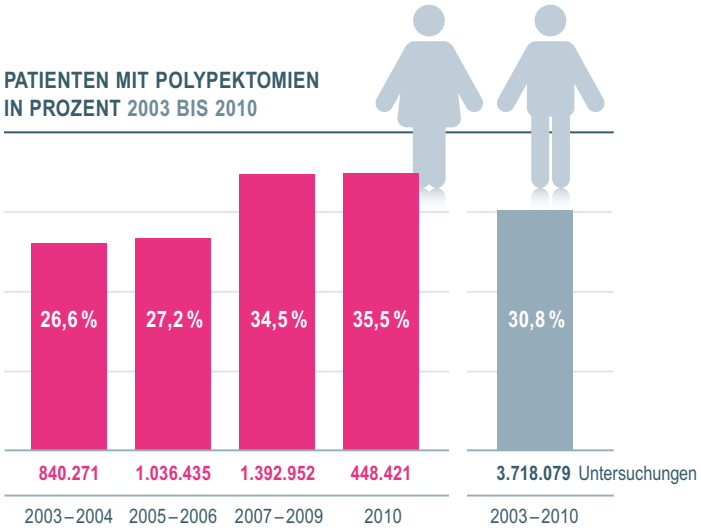
Seit Herbst 2002 haben gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland ab dem 55. Lebensjahr zweimal im Abstand von zehn Jahren Anspruch auf eine Darmspiegelung (Koloskopie) zur Früherkennung von Darmkrebs. Dieser Anspruch betrifft etwa 16,7 Millionen Versicherte im Alter zwischen 50 und 74 Jahren, tatsächlich durchgeführt werden jährlich etwa 500.000 Untersuchungen.

Ärzte, die diese Untersuchungen abrechnen wollen, müssen sich umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterziehen, die von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geprüft werden (siehe auch Seite 68). Zudem sind alle Untersuchungsdokumentationen standardisiert elektronisch zu erfassen und es werden für alle entdeckten Darmkrebsfälle und aufgetretenen Komplikationen Nacherhebungen durch das ZI vorgenommen. Diese erfolgen im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung, mit der das ZI von der KBV und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen zeitgleich mit der Einführung der Darmspiegelung als Früherkennungsmaßnahme beauftragt wurde.

Bei etwa einem Drittel der koloskopierten Personen werden Adenome oder Polypen entdeckt, die noch während der Untersuchung entfernt werden. Da etwa 80 Prozent der kolorektalen Karzinome über einen längeren Zeitraum aus Adenomen entstehen, ist zu erwarten, dass das Entfernen (Polypektomie) ein Zurückgehen des Darmkrebses bewirkt.

Nach Schätzungen des Robert Koch-Institutes erkranken derzeit durchschnittlich einer von 13 Männern und eine von 19 Frauen im Alter von 50 Jahren in den nächsten zehn Jahren an Darmkrebs. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Darmkrebs spiegeln sich auch in den Koloskopiebefunden wieder, denn auch Adenome werden bei dieser Untersuchung häufiger bei Männern als bei Frauen gleichen Alters entdeckt. Das Darmkrebsrisiko selber zeigt bei Frauen und Männern einen ausgeprägten Alterstrend mit einer Zunahme der Häufigkeit der Erkrankung gegenüber der jeweils jüngeren 5-Jahres-Altersgruppe um 25 bis zu 50 Prozent.

Der Anteil der Patienten mit Polypektomien hat in den Jahren 2003 bis 2010 deutlich zugenommen, was mit der relativen Zunahme von Adenomen/Polypen einhergeht. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass über diese interventionellen Eingriffe auch zunehmend vollständiger berichtet wird.



Seit 2007 müssen in der elektronischen Dokumentation der Untersuchungsbefunde auch die jeweils eingesetzten Verfahren zur Polypektomie ausgewiesen werden. Hiernach kommen entweder Hochfrequenzschlingen- (HFR) oder die Polypenzangenabtragungen zum Einsatz. Der häufigere Einsatz einer alleinigen Polypenzangenabtragung vor allem bei jüngeren Patienten mag mit den hier häufiger auftretenden kleinen Polypen (< 0,5 cm) zu erklären sein. Umgekehrt hierzu ist der häufigere Einsatz der HFR mit dem im höheren Lebensalter einhergehenden gehäuften Auftreten größerer Polypen assoziiert.

Früherkennungs-Koloskopien stellen eine (früh-)diagnostische Maßnahme mit Interventionscharakter dar, was sich auch in der Zahl der mit dieser Maßnahme einhergehenden Komplikationen niederschlägt. Bei etwa zwei bis drei pro 1.000 Patienten tritt eine Komplikation auf, die in der Mehrzahl der Fälle blutungsbedingt und meist Folge einer Polypektomie ist. Mit einer gewissen Untererfassung ist zu rechnen, da ein Teil der Ereignisse erst nach der Untersuchung bemerkt wird, und diese die Patienten entweder zum Hausarzt oder ins Krankenhaus führt, so dass sie der Wahrnehmung des koloskopierenden Arztes gelegentlich entgehen können.

MEHR INFOS UNTER:
www.zi.de/cms/projekte/studien/darmkrebs-frueherkennung/

KOOPERATIONSGEMEINSCHAFT MAMMOGRAPHIE

KOOPERATIONS GEMEINSCHAFT MAMMOGRAPHIE

MAMMOGRAPHIE-SCREENING-PROGRAMM

Das Mammographie-Screening-Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren startete 2005 in Deutschland als bundesweites, bevölkerungsbezogenes und qualitätsgesichertes Programm. Es ist das erste Früherkennungsprogramm mit organisiertem Einladungswesen sowie stringenter Evaluation der Ergebnisse. Ziel des Früherkennungsprogramms ist die Senkung der Brustkrebssterblichkeit durch eine möglichst frühzeitige Diagnose bösartiger Karzinome in prognostisch günstigen Stadien. Dadurch werden nicht nur die Heilungschancen erhöht, sondern auch schonendere Therapiemethoden ermöglicht und somit erkrankungs- und therapiebedingte Leiden reduziert.

Mit jedem Früherkennungsprogramm sind auch unerwünschte Folgen verbunden, die nicht vollständig vermieden werden können. Um diese Risiken so weit wie möglich zu minimieren, werden zwei Strategien verfolgt. Zum einen werden alle Programmparameter fortlaufend überprüft, Abweichungen mit allen Beteiligten diskutiert und mögliche Verbesserungen etabliert. Zum anderen wurde im Sinne eines lernenden Systems ein umfängliches Qualitätsmanagement implementiert. Dieses umfasst Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Programms. Dabei werden sowohl die beteiligten Personen als auch organisatorische Strukturen berücksichtigt.

Mit der Evaluation der Prozess- und Ergebnisparameter des Früherkennungsprogramms wird quer- und längsschnittlich geprüft, inwieweit die angestrebten Ziele erreicht werden konnten. Dies geschieht bezogen auf die jeweiligen Screening-Einheiten bundesweit unter Einbeziehung von Daten der zuständigen bevölkerungsbezogenen Krebsregister im Rahmen der landesrechtlichen Bestimmungen.

AUSWERTUNGSTHEMEN IM FOKUS

- Einladungs- / Teilnahmerate
- Brustkrebsinzidenz und -mortalität in der Zielbevölkerung
- Stadienverteilung der Mammakarzinome in der Zielbevölkerung und im Früherkennungsprogramm
- Wiedereinbestellungsrate
- Vorhersagewerte der Untersuchungsschritte
- Anteil der Karzinome, die präoperativ durch minimal-invasive Biopsien histologisch gesichert wurden
- Intervallkarzinome

Zur Sicherung der Strukturqualität erfolgt im Rahmen der Rezertifizierungen der Screeningeinheiten eine regelmäßige Überprüfung der räumlichen und apparativen Ausstattung inklusive fortlaufender technischer Qualitätssicherung. Für die im Screening tätigen Ärzte und radiologischen Fachkräfte sind umfassende Fortbildungs- und Prüfungsverfahren zum Nachweis und zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung vorgegeben.

Kernelemente zur Steuerung der Prozessqualität im Screening bilden die unabhängigen, doppelten Befundungen der Mammographien und die verschiedenen fachbezogenen Konferenzen. Mehrere Verfahren zur Selbstüberprüfung ermöglichen zudem ein engmaschiges Qualitätsmonitoring. Statistiken über Erstellung, Befundung, Biopsie und Pathologie werden von den Verantwortlichen selbst geführt und in kollegialen Fachgesprächen mit dem jeweils betreuenden Referenzzentrum besprochen. Die Auswertungen im Rahmen der methodenübergreifenden Qualitätssicherung ermöglichen außerdem eine Betrachtung der gesamten Screeningkette.

Im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen Zertifizierung und regelmäßige Rezertifizierung aller Screeningeinheiten durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie in Zusammenarbeit mit dem betreuenden Referenzzentrum. Zertifizierung und erste Rezertifizierung dienen vor allem einer Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität. In den anschließenden regelmäßigen Rezertifizierungen, alle 30 Monate, liegt der Fokus auf der Überprüfung der Leistungsparameter und damit auf der Ergebnisqualität in den Screeningeinheiten.

Eine weitere Maßnahme zur Sicherung der Ergebnisqualität ist ein regelmäßiger Abgleich der Daten der Screening-Teilnehmerinnen mit den Daten der epidemiologischen Krebsregister mit dem Ziel der Identifizierung von Intervallkarzinomen. Die Ergebnisse der Evaluation (Evaluationsbericht) werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss, die Ergebnisse der Qualitätssicherung (Qualitätsbericht) den Partnern der Bundesmantelverträge vorgelegt. Diese prüfen die Ergebnisse und entscheiden, ob weitere Maßnahmen oder Änderungen des Programms erforderlich sind (siehe auch Seite 82).

MEHR INFOS UNTER:
www.mammo-programm.de

QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z

2

BUNDESWEIT GELTENDE QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNGEN UND -RICHTLINIEN

bis 1991

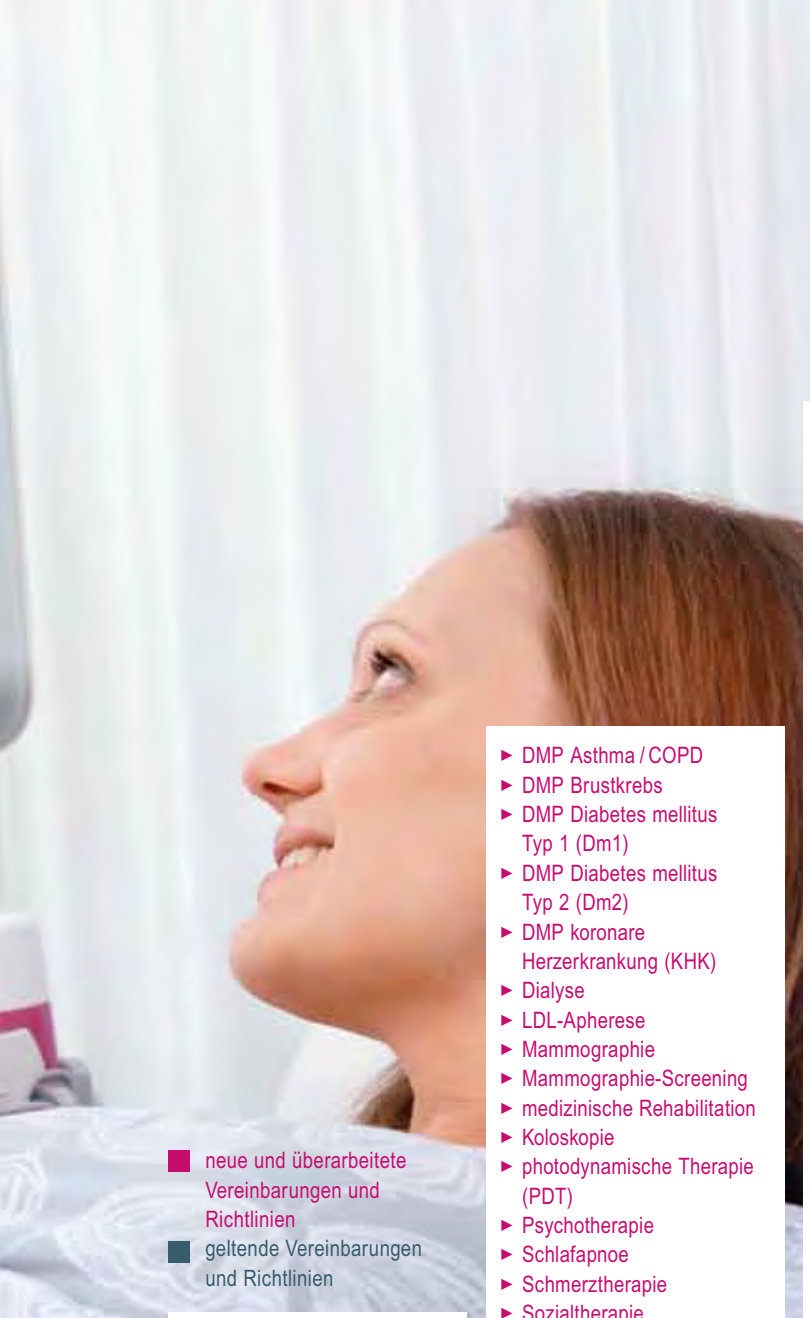
- Magnetresonanz-Tomographie (MRT)
- Labor-Spezial
- Psychotherapie
- Röntgen
- Ultraschalldiagnostik
- Zytologie

1992–1994

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

1995–1998

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



- neue und überarbeitete Vereinbarungen und Richtlinien
- geltende Vereinbarungen und Richtlinien

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
- Ultraschalldiagnostik
- Zytologie

2002–2005

- DMP Asthma / COPD
- DMP Brustkrebs
- DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
- DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
- DMP koronare Herzerkrankung (KHK)
- Dialyse
- LDL-Apherese
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- medizinische Rehabilitation
- Koloskopie
- photodynamische Therapie (PDT)
- Psychotherapie
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialtherapie
- Substitution
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- ambulante Operationen
- Arthroskopie
- Dialyse
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- invasive Kardiologie
- MRT / MRM
- Labor-Spezial
- Langzeit-EKG
- LDL-Apherese
- Lithotripsie
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- Psychotherapie
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Strahlendiagnostik / -therapie
- Substitution
- Ultraschalldiagnostik
- Zytologie

2006–2009

- Akupunktur
- Dialyse
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- Histopathologie (Hautkrebs-Screening)
- HIV / Aids
- interventionelle Radiologie
- Koloskopie
- Lp(a)-Apherese
- Magnetresonanz-angiographie (MRA)
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- PDT
- phototherapeutische Keratektomie (PTK)
- Psychotherapie
- Ultraschalldiagnostik
- Vakuumbiopsie der Brust
- Zytologie
- Akupunktur
- ambulante Operationen
- Apheresen
- Arthroskopie
- Dialyse
- DMP Asthma / COPD
- DMP Brustkrebs
- DMP Dm1
- DMP Dm2
- DMP KHK
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- interventionelle Radiologie
- invasive Kardiologie
- MRT / MRM
- Koloskopie
- Labor-Spezial
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- PDT
- medizinische Rehabilitation
- Psychotherapie
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Strahlendiagnostik / -therapie
- Substitution
- Ultraschalldiagnostik
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- Zytologie

2010–2012

- ambulante Operationen
- Arthroskopie
- Balneophototherapie
- Dialyse
- Hörgeräteverordnung
- Hörgeräteverordnung (Kinder)
- interventionelle Radiologie
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- Molekulargenetik
- Neuropsychologie
- Onkologie
- PDT
- Psychotherapie
- Strahlendiagnostik / -therapie (Computertomographie)
- Substitution
- Ultraschalldiagnostik (fetale Morphologie)
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- Vakuumbiopsie der Brust
- Akupunktur
- ambulante Operationen
- Apheresen
- Arthroskopie
- Dialyse
- DMP Asthma / COPD
- DMP Brustkrebs
- DMP Dm1
- DMP Dm2
- DMP KHK
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- Histopathologie (Hautkrebs-Screening)
- HIV / Aids
- interventionelle Radiologie
- invasive Kardiologie
- MRA
- MRT / MRM
- Koloskopie
- Labor-Spezial
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- PDT
- medizinische Rehabilitation
- Psychotherapie
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Strahlendiagnostik / -therapie
- Substitution
- Ultraschalldiagnostik
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- Vakuumbiopsie der Brust
- Zytologie

AKUPUNKTUR

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von fünf Prozent der Ärzte; zwölf Fälle und bis zu 18 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 / EVALUATION: jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch Vertragspartner festgelegt

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

AKUPUNKTUR QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN									2)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	1.741	1.502	534	171	87	468	659	123	484	1.253	409	134	380	190	281	168	1.130
Anzahl beschiedene Anträge 1)	93	181	64	11	0	12	40	4	27	32	20	5	8	3	14	6	67
▸ davon Anzahl Genehmigungen	93	180	63	11		12	34	4	27	32	18	5	7	3	10	6	53
▸ davon Anzahl Ablehnungen			1				6				2		1		4		14
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	25	15	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	31	1	0	0	4
▸ aus sonstigen Gründen	25					1	1						31				4
▸ wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6		15												1			
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	10	206	15	0	0	13	8	2	13	9	22	4	48	2	3	14	0

→ Fortsetzung nächste Seite

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6																	
PRÜFUMFANG							1)										
abrechnende Ärzte	1.552	1.500	511	167	76	148	620	116	679	1.230	387	126	379	183	262	162	1.109
abrechnende Ärzte geprüft, in %	11,7	5,0	5,5	5,4	6,6	5,4	6,9	5,2	5,2	5,1	5,2	5,6	7,7	3,8	7,3	6,8	11,3
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden – Ärzte	17	45	5	0	0	0	10	1	5	44	3	3	8	7	4	6	20
▸ davon bestanden	16	37	3				6	1	4	44	3	1	8	2	4	3	18
▸ davon nicht bestanden	1	8	2				4		1			2		5		3	2
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	3	0				2	0	0	0	1	2	2	3	0	0	3
▸ davon bestanden		3					1				1	2	2	2			2
▸ davon nicht bestanden							1							1			1
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0				0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
▸ davon bestanden																	1
▸ davon nicht bestanden														1			
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden – Ärzte	164	30	23	9	5	8	33	5	30	19	17	4	21	0	15	5	105
▸ davon bestanden	155	25	20	9	5	8	22	5	22	19	17	3	19		15	4	85
▸ davon nicht bestanden	9	5	3				11		8			1	2			1	20
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	3	0	2	0	0	10	0	10	0	5	0	4		0	2	17
▸ davon bestanden		3		2			6		10		4		4			1	15
▸ davon nicht bestanden							1				1					1	2
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		0	0	1
▸ davon bestanden											1						1
▸ davon nicht bestanden																	
MÄNGELANALYSE		2)				3)		4)	3)		2) 3)	3)		3)		2)	3)
Anzahl geprüfter Dokumentationen – normale Fälle	2.172	788	286	108	60	117	462	72	540	528	290	97	342	120	227	122	1.692
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	59	91	54	0	0	0	128	12	108	0	17	57	2	72	60	25	198
▸ davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5		61	42				81				11	17	2	48	60	14	
▸ davon nicht nachvollziehbar begründet							21	12			1	20		12		3	143
▸ davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	59	30	12				26		108		5	20		12		8	55
Anzahl geprüfter Dokumentationen – Ausnahmefälle	2.952	187	281	74	38	73	176	60	578	332	137	7	166	0	117	30	1.475
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	74	24	36	0	0	0	62	0	128	0	3	4	27		40	14	156
▸ davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5		23	36				20				2		27		40		4
▸ davon nicht nachvollziehbar begründet							22					4				1	102
▸ davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	74	1					20		128		1					13	50
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 ABS. 2																	
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.521	1.391 5)	434	171	85	5)	462	123	k.A.	456	k.A.	130	371	138 5)	239	169	1.134

1) Wiederholungsprüfungen bei Ärzten, bei denen normale und Ausnahmefälle geprüft wurden: Drei Fälle bisher ohne Ergebnis, da ein Klagefall vorliegt und zwei Prüfungen nach Widerspruchsbescheid erst 2012 möglich sind. | 2) Einige Ärzte haben weniger als zwölf normale Fälle und weniger als 18 Ausnahmefälle durchgeführt. | 3) Angaben der Mängelanalyse inklusive Nachkontrollen. | 4) Zwölf Dokumentationen waren eingeschränkt nachvollziehbar. | 5) Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung sind noch nicht abgeschlossen.

AMBULANTES OPERIEREN

VERTRAG ZU AMBULANTEN OPERATIONEN UND STATIONSERSETZENDEN EINGRIFFEN IM KRANKENHAUS (AOP-VERTRAG), Rechtsgrundlage: § 115b Abs. 1, Gültigkeit: Neufassung 1.6.2012. **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUM AMBULANTEN OPERIEREN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG AMBULANTES OPERIEREN),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.12.2011

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu organisatorischen, baulichen, apparate-technischen und hygienischen Voraussetzungen

FREQUENZREGELUNG: für Leistungsbereiche Koloskopie und invasive Kardiologie analog Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V; weitere Regelungen möglich

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang dann nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: gegebenenfalls bei Dokumentationsprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

AMBULANTES OPERIEREN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN									[2]								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	4.434	5.117	2.543	743	282	1.148	2.771	517	2.662	3.420	1.364	415	1.421	685	1.051	621	2.457
Anzahl beschiedene Anträge [1]	317	1.085	132	51	20	106	121	1	266	599	96	24	68	44	50	69	335
► davon Anzahl Genehmigungen	317	1.032	131	51	20	106	121	1	264	599	96	24	68	44	50	69	333
► davon Anzahl Ablehnungen		53	1						2								2
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
► davon ohne Beanstandungen										2							
► davon mit Beanstandungen												1					
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	0	991	0	0	0	75	53	0	108	55	96	11	46	24	35	44	0

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
[2]) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich.

FAKULTATIVE STICHPROBENPRÜFUNGEN
§ 136 ABS. 2 SGB V ERGEBNISSE AUF SEITE 56/57

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: 16.7.2009. **VEREINBARUNG ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG VON BLUTREINIGUNGS-VERFAHREN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZU DEN BLUTREINIGUNGSVERFAHREN),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes

KOLLOQUIUM: obligat, außer Nephrologen und Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Kindernephrologe; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Indikationsstellung für jeden Einzelfall zu dokumentieren und zur Prüfung an beratende Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: ergänzende ärztliche Beurteilung

Diese Richtlinie regelt sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren,

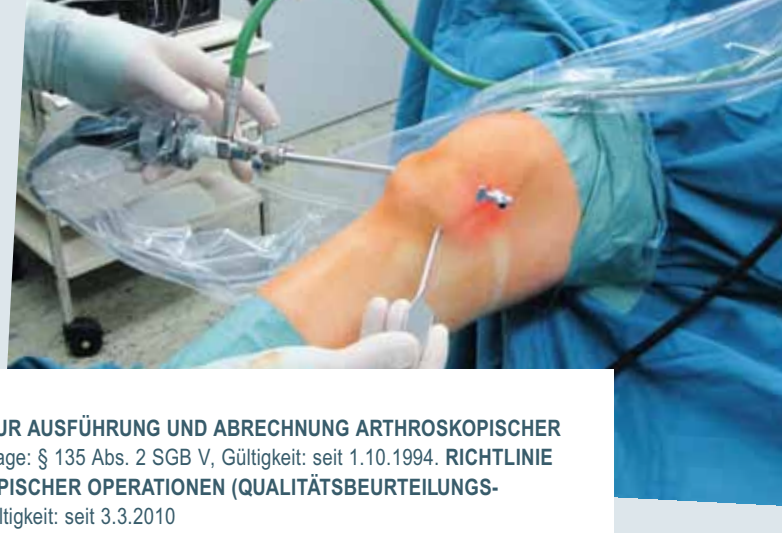
- LDL-Apherese bei Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung
- LDL-Apherese bei Patienten mit schwerer Hypercholesterinämie
- LDL-Apherese bei Patienten mit isolierter Lp(a)-Erhöhung
- Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis

als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall.

Da für die in der Richtlinie genannten Krankheitsbilder in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel hochwirksame medikamentöse Standardtherapien zur Verfügung stehen, sollen Apheresen nur in Ausnahmefällen bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden. Das heißt, in jedem einzelnen Fall prüft die Fachkommission, ob die Indikation für eine Therapie oder eine Therapieverlängerung gegeben ist.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN		2)															
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	98	174	20	45	17	30	39	26	46	110	55	22	25	33	23	37	80
Anzahl beschiedene Anträge 1)	12	15	2	1	2	3	1	0	8	2	13	1	1	1	1	4	4
► davon Anzahl Genehmigungen	12	15	2	1	2	3	1		8	2	13	1	1	1	1	4	4
► davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	21	0	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0
INDIKATIONEN																	
LDL-APHERESE BEI FAMILIÄRER HYPERCHOLESTERINÄMIE IN HOMOZYGOTER AUSPRÄGUNG																	
Anzahl Erstanträge	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	0	2	0
► davon angenommen	1		1			1		1					2	2		1	
► davon abgelehnt			1													1	
Anzahl Folgeanträge	4	5	26	0	1	1	2	3	2	11	22	1	5	9	1	14	1
► davon angenommen	4	5	26		1	1	2	3	2	11	22	1	5	9	1	14	1
► davon abgelehnt																	
LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE																	
Anzahl Erstanträge	6	15	0	12	1	0	3	11	22	64	2	1	7	14	1	0	3
► davon angenommen	2	13		10	1		2	11	20	47	2		6	13	1		1
► davon abgelehnt	4	2		2			1		2	17		1	1	1			2
Anzahl Folgeanträge	53	124	16	83	0	9	38	62	101	200	16	4	34	24	10	16	118
► davon angenommen	53	123	16	83		9	38	62	101	200	16	3	34	24	10	16	115
► davon abgelehnt		1										1					3
LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER LP(A)-ERHÖHUNG																	
Anzahl Erstanträge	7	7	16	7	1	15	4	2	42	4	6	0	9	18	2	18	11
► davon angenommen	4	7	13	5	1	10	3	2	40	2	6		9	17	2	13	4
► davon abgelehnt	3		3	2		5	1		2	2				1		5	7
Anzahl Folgeanträge	8	53	23	4	0	23	11	7	61	1	15	3	18	16	1	18	22
► davon angenommen	8	53	23	3		21	11	7	59	1	15	3	18	16	1	18	22
► davon abgelehnt				1		2			2								
IMMUNAPHERESE BEI AKTIVER RHEUMATOIDER ARTHRITIS																	
Anzahl Erstanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
► davon angenommen																	
► davon abgelehnt																	
Anzahl Folgeanträge	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
► davon angenommen						1											
► davon abgelehnt																	

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Differenz der Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur letztjährigen Meldung, die praxisbezogen erfolgte.



ARTHROSKOPIE

VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG ARTHROSKOPISCHER LEISTUNGEN (ARTHROSKOPIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994. **RICHTLINIE ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG ARTHROSKOPISCHER OPERATIONEN (QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE ARTHROSKOPIE),** Rechtsgrundlage § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 3.3.2010

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen; abweichend von der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung sind für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte zu überprüfen.

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

ARTHROSKOPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN									[2]								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	545	767	207	61	35	79	334	53	291	345	218	84	133	60	122	85	307
Anzahl beschiedene Anträge [1]	35	140	16	7	4	6	15	0	38	24	19	6	13	8	9	14	32
▸ davon Anzahl Genehmigungen	35	131	16	7	4	5	15		36	24	19	6	13	8	8	14	31
▸ davon Anzahl Ablehnungen		9				1			2						1		1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	0	112	2	0	1	3	4	0	6	11	20	0	0	0	6	1	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	380	544	148	51	33	79	261	35	221	234	131	59	104	41	80	53	201
Anzahl geprüfter Ärzte	58	206	8	7	18	12	0	3	30	29	13	7	12	4	13	8	18
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	56	167	8	7	18	12		2	30	29	13	7	12	4	5	8	18
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3	2	39	0	0	0	0		1	0	0	0	0	0	0	8	0	0

→ Fortsetzung nächste Seite

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
[2]) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich.

→ FORTSETZUNG ARTHROSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	14,7	30,7	5,4	13,7	54,5	15,2	0,0	5,7	13,6	12,4	9,9	11,9	11,5	9,8	6,3	15,1	9,0
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 10 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare			1)				2)	3)			4)	5)	5)		6)		7)
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen	5	55	4	6	9	5		1	6	12	5	7	7	1	2	7	2
▸ geringe Beanstandungen	8	54	2	1	1	1		1	14	9	3	0	0	3	1	1	3
▸ erhebliche Beanstandungen	12	49	0	0	2	2		0	3	3	1	0	3	0	2	0	0
▸ schwerwiegende Beanstandungen	31	9	2	0	6	4		0	7	5	2	0	2	0	0	0	13
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▸ keine Beanstandungen	0	9						1							2		
▸ geringe Beanstandungen	1	20						0							3		
▸ erhebliche Beanstandungen	0	7						0							2		
▸ schwerwiegende Beanstandungen	1	3						0							1		
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	58	142	4	0	8	7		3	24	17	6	0	5	3	5	0	3
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	4	0	0	0	0		0	0	8	2	0	0	0	2	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	48	69	2	0	8	1		0	0	0	0	0	0	2	0	0	13
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	2	7	0	0	0	0		0	1	0	0	0	0	0	3	0	0
▸ davon bestanden		7							1						3		
▸ davon nicht bestanden	2																
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln																	

1) KV prüft seit Jahren arthroskopische Leistungen, zuletzt 2010 18,4 % der abrechnenden Ärzte. | 2) Aus organisatorisch/personellen Gründen waren keine Prüfungen möglich. | 3) Aus organisatorisch/personellen Gründen war kein höherer Prüfumfang möglich. | 4) Ergebnisse zu zwei Prüfungen sind noch offen. | 5) Zusätzliches Infoschreiben an alle Ärzte mit Genehmigung zu Anforderungen an OP-Berichte. | 6) Insgesamt wurden 16,3 % der abrechnenden Ärzte geprüft, aus organisatorischen Gründen wurden drei weitere Routineprüfungen 2012 durchgeführt. | 7) Aus organisatorischen Gründen wurden zwei Prüfungen 2012 durchgeführt.

BALNEOPHOTOTHERAPIE

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: zum Nachweis der regelmäßigen Wartung der Bestrahlungsgeräte und der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel jährliche Stichprobenprüfungen von mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen; abweichend von der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung sind für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte zu überprüfen.

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

BALNEOPHOTOTHERAPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN													[2]				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	74	157	19	7	16	20	32	2	95	76	33	14	31	9	34	15	112
Anzahl beschiedene Anträge [1]	20	51	5	1	0	22	4	0	29	37	3	2	5	4	9	7	25
▸ davon Anzahl Genehmigungen	18	50	5	1		20	4		29	35	3	2	5	4	9	4	23
▸ davon Anzahl Ablehnungen	2	1				2				2						3	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	0	47	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
[2]) Widerruf war Teilwiderruf zum synchronen Verfahren.

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

VEREINBARUNG ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG VON BLUTREINIGUNGSVERFAHREN (QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNG ZU DEN BLUTREINIGUNGSVERFAHREN), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009. **VERSORGUNG CHRONISCH NIERENINSUFFIZIENTER PATIENTEN,** Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2009, zuletzt geändert 1.4.2012. **RICHTLINIE ZUR SICHERUNG DER QUALITÄT VON DIALYSE-BEHANDLUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE),** Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert: 1.1.2011

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: in der Zentrumsdialyse wird durch Vergabe von Versorgungsaufträge sichergestellt, dass bestimmte Arzt/Patientenschlüssel gewährleistet sind: bei mehr als 30 Patienten mindestens ein zweiter Arzt, der die fachlichen Befähigungen nach § 4 erfüllt; bei mehr als 100 Patienten und je weiteren 50 Patienten zusätzlich ein weiterer Arzt, welcher ab der dritten Arztstelle auch ein Facharzt für Innere Medizin sein kann, auch wenn er nicht über die Schwerpunktbezeichnung Nehphrologie verfügt

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: quartalsweise Auswertung der Vollerhebung mit gegebenenfalls Veranlassung einer Stichprobenprüfung (ab 1.1.2009: bei Beanstandungen Auflagen, gegebenenfalls Genehmigungsentzug)

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen 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

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Vollerhebung; elektronische Dokumentation extern durch Datenanalyst: vergleichende Quartalsberichte an Kassenärztliche Vereinigungen und jede Einrichtung; Jahresberichte an Gemeinsamen Bundesausschuss

BERATUNG: bei Auffälligkeiten in der Stichprobenprüfung und auf Wunsch der Einrichtung

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

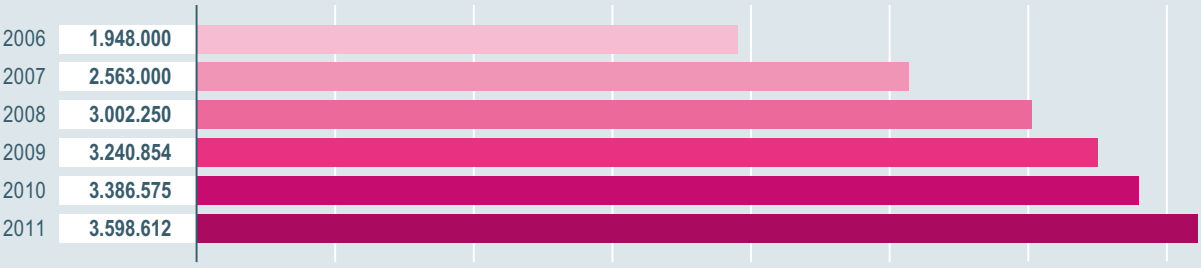
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN			2)						3)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	219	398	110	45	17	42	239	61	130	173	119	30	80	97	54	82	195
Anzahl beschiedene Anträge 1)	47	250	28	1	2	2	32	8	49	13	6	3	6	11	3	10	6
▸ davon Anzahl Genehmigungen	47	246	28	1	2	2	32	8	37	13	6	3	6	11	3	9	4
▸ davon Anzahl Ablehnungen		4							12							1	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden										1							
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln									1								
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	4	256	2	0	2	0	2	1	1	1	7	0	4	0	4	5	3
AUS DEN TÄTIGKEITSBERICHTEN DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN § 7 ABS. 3 QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE, BERICHTSZEITRAUM 1.1. – 31.12.2011																	
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1			4)				5)						6)				
I/2011	76	124	32	24	7	14	58	24	71	76	37	13	34	25	22	23	70
II/2011	77	124	32	24	7	14	58	24	71	76	37	13	35	24	20	23	70
III/2011	78	124	31	24	7	14	58	24	71	75	37	13	35	25	19	23	70
IV/2011	78	124	32	24	7	14	58	24	71	75	37	13	35	25	22	23	70
Anzahl der Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	10	4	4	4	4	4
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	46	24	18	0	5	3	46	0	46	53	0	2	4	4	1	0	0
▸ davon ohne Beanstandungen	45	18	16		5		10		10	35			4	4	1		
▸ davon mit Beanstandungen	1	6	0			3	36		36	18		2					
Maßnahmen, auch aufgrund der Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1																	
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	1	24	0	5	5	3	25	0	12	18	0	2	0	0	0	0	61
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	1	5	0	1	5	3	2	0	24	3	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der widerrufenen Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Genehmigungen umfassen 52 KfH Ärzte. | 3) 22 der 23 Widerufe betreffen Versorgungsaufträge nach organisatorischer Umstrukturierung der Dialysezentren bei gleichzeitiger Neuerteilung. | 4) Zwei Stichprobenprüfungen sind noch nicht abgeschlossen. | 5) Aufgrund der Neubesetzung des KV-Vorstandes und der damit verbundenen Neubenennung der QS-Kommission Dialyse musste die ursprünglich für Mai 2011 geplante Kommissionssitzung abgesagt werden. Dafür erfolgte in der darauffolgenden Sitzung eine Prüfung von zwei Quartalen bzw. zwei Quartalsberichten. | 6) Eine Dialyseeinrichtung hat I/2011 versehentlich die Daten des Vorquartals noch einmal geschickt.

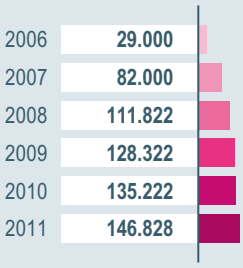
DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PATIENTEN FÜR DEN ZEITRAUM 2006 BIS 2011

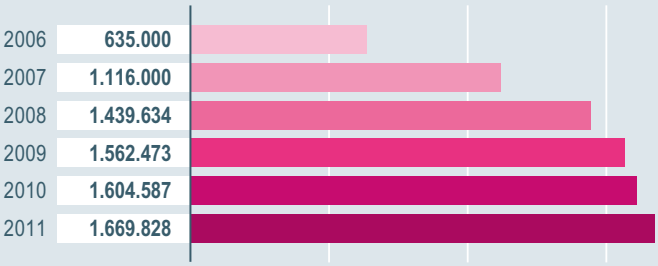
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



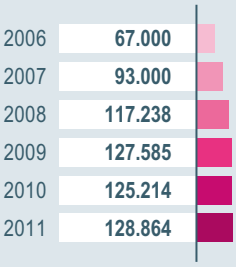
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1



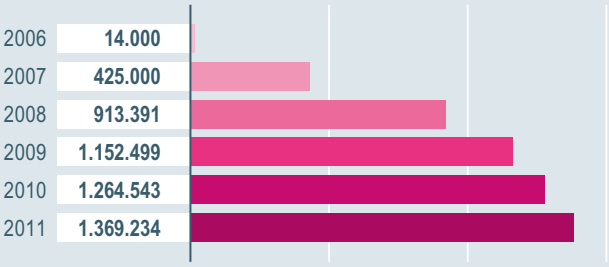
DMP KORONARE HERZERKRANKUNG



DMP BRUSTKREBS



DMP ASTHMA/COPD



Quelle: BVA Tätigkeitsberichte (2006 und 2007) und amtliche Statistik des BMG KM6 Teil II (2008, 2009, 2010, 2011)

Ende 2011 waren fast sechs Millionen Patienten in strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme, DMP) eingeschrieben. Da einzelne Patienten an mehr als einem DMP teilnehmen, waren insgesamt 6,9 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen. Über die Hälfte (52,1 Prozent) davon sind im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben. Das entspricht im Jahr 2011 etwa 3,6 Millionen Patienten.

ERGEBNISSE AUS DEM DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM DIABETES MELLITUS TYP 2

Der Qualitätsbericht der KBV, Ausgabe 2009, zeigte erstmals die Ergebnisse der vereinbarten Qualitätsziele des DMP Diabetes mellitus Typ 2 anhand von Berichten der Gemeinsamen Einrichtungen für das Jahr 2007. In der diesjährigen Ausgabe veranschaulichen Grafiken die Entwicklung der Zielerreichung für die Jahre 2008, 2009 und 2010 im Bundesdurchschnitt. Die Berechnung des Bundesdurchschnitts erfolgte auf der Basis der in den jeweiligen Berichten ausgewiesenen absoluten Zahlen. Zusätzlich werden ausgewählte Indikatoren, verlaufsbezogen nach DMP-Teilnahmedauer der Patienten, dargestellt.

Datenbasis

Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen aus elf Kassenärztlichen Vereinigungen zu den Jahren 2008, 2009 und 2010 bilden die Grundlage für die folgenden Darstellungen. Es wurden nur Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen berücksichtigt, die durchgängig für alle drei Jahre vorliegen.

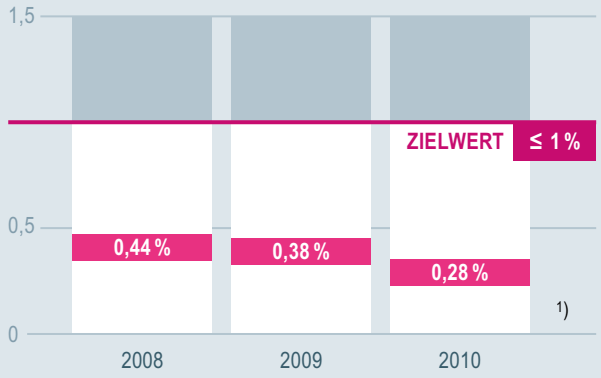
Eine Berichtsserie bezieht sich jeweils auf das gesamte Jahr, neun auf das entsprechende zweite Halbjahr. In einer Berichtsserie wird der Zeitraum vom 1. März bis zum 31. August des jeweiligen Jahres berücksichtigt. Aus den nicht identischen Betrachtungszeiträumen ergeben sich teilweise Unschärfen in der Vergleichbarkeit.

VERLAUFSBEZOGENE DARSTELLUNG AUSGEWÄHLTER INDIKATOREN DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Quelle: Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen von elf Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Jahr 2010

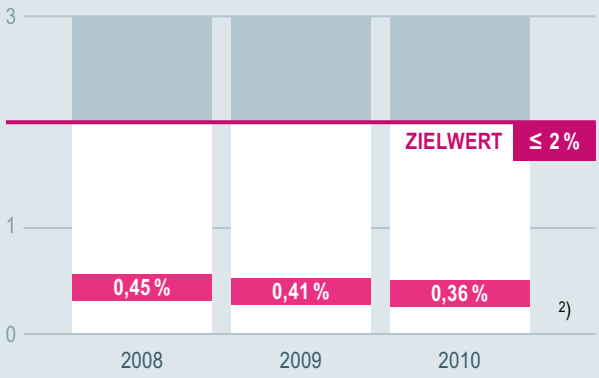
VERMEIDUNG SCHWERER HYPOGLYKÄMIEN

Anteil der Patienten mit zwei oder mehr schweren Hypoglykämien in den letzten sechs Monaten



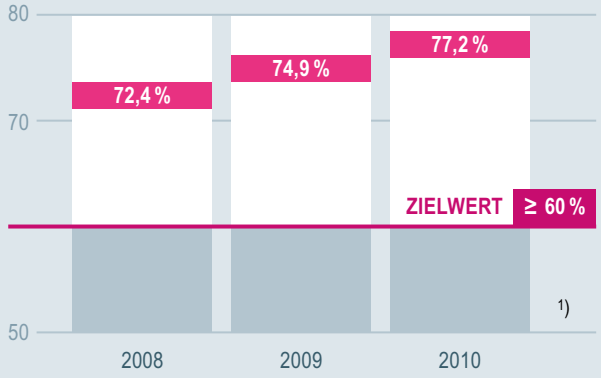
VERMEIDUNG NOTFALLMÄSSIGER STATIONÄRER BEHANDLUNGEN

Anteil der Patienten mit einer oder mehr notfallmäßigen stationären Behandlungen in den letzten sechs Monaten



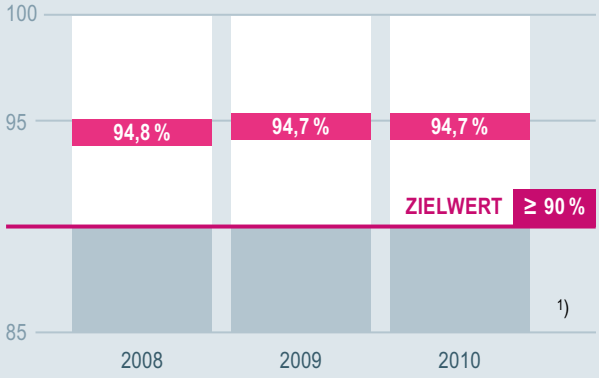
VERORDNUNG VON METFORMIN

Anteil der übergewichtigen Patienten mit Metformin bei oraler antidiabetischer Monotherapie



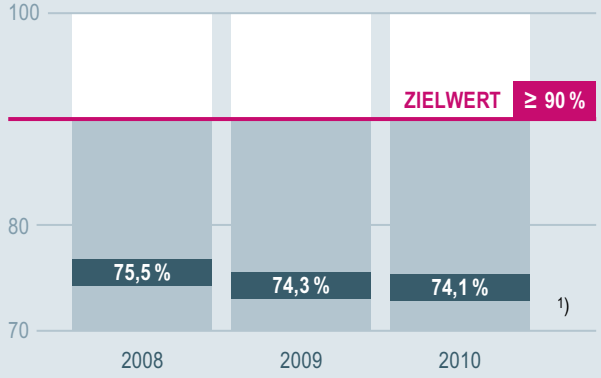
BESTIMMUNG DES SERUM-KREATININWERTES

Anteil der Patienten mit Bestimmung des Serum-Kreatininwertes in den letzten zwölf Monaten



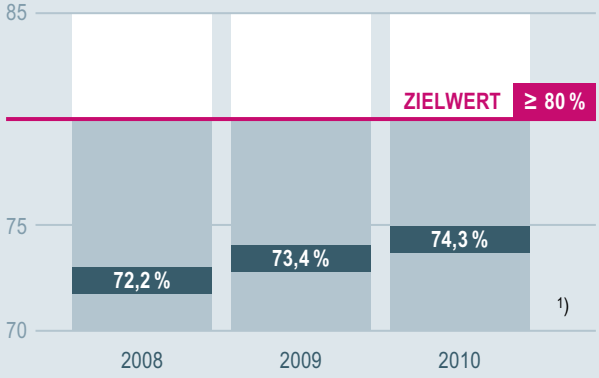
JÄHRLICHE AUGENÄRZTLICHE NETZHAUTUNTERSUCHUNG

Anteil der Patienten mit durchgeführter augenärztlicher Netzhautuntersuchung in den letzten zwölf Monaten



VERORDNUNG EINES THROMBOZYTEN-AGGREGATIONSHEMMERS

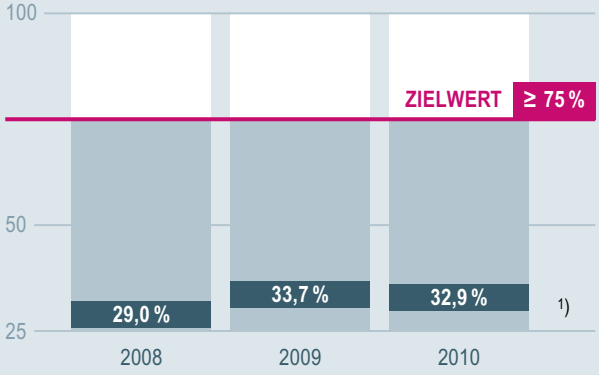
Anteil der Patienten mit Makroangiopathie, denen ein TAH verordnet wurde



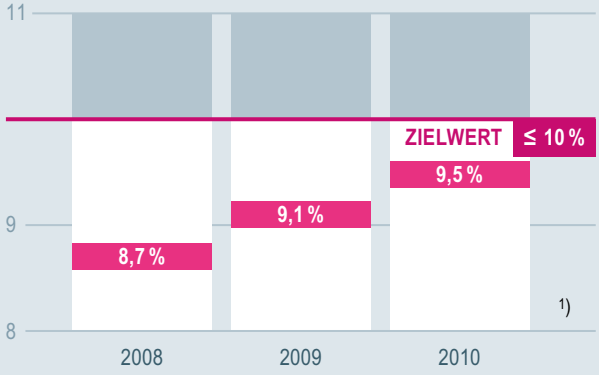
% Durchschnittswert, Zielwert erreicht

% Durchschnittswert, Zielwert nicht erreicht

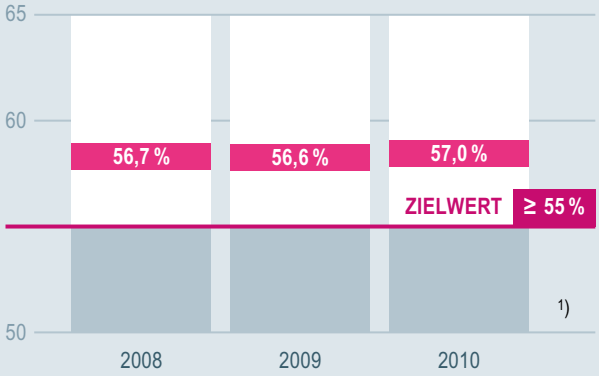
MITBEHANDLUNG DES DIABETISCHEN FUSSES IN SPEZIALISIERTER EINRICHTUNG
Anteil der Patienten mit hochgradiger Fußläsion, die an eine spezialisierte Einrichtung überwiesen wurden



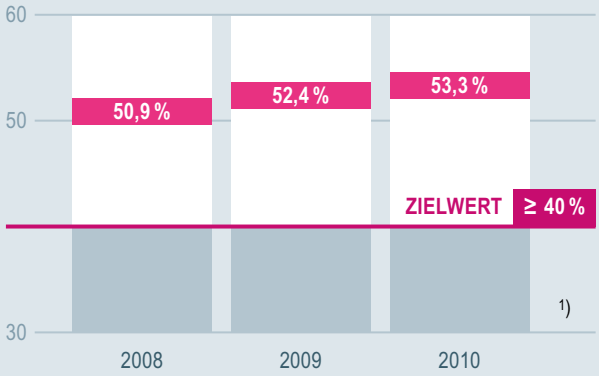
PATIENTEN MIT EINEM HbA1c-WERT ≥ 8,5 %
Anteil der Patienten mit einem HbA1c-Wert größer oder gleich 8,5 Prozent.



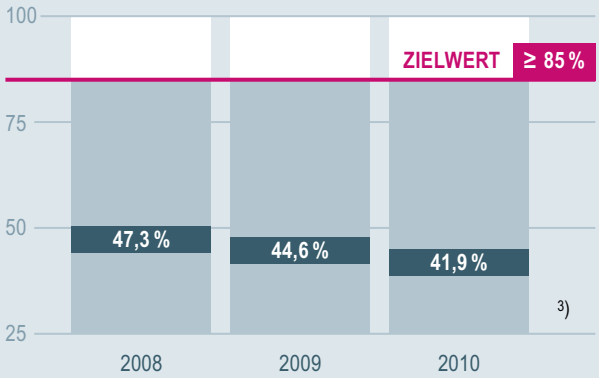
ERREICHEN DES INDIVIDUELL VEREINBARTEN HbA1c-ZIELWERTES
Anteil der Patienten, die ihren individuell vereinbarten HbA1c-Wert erreicht haben



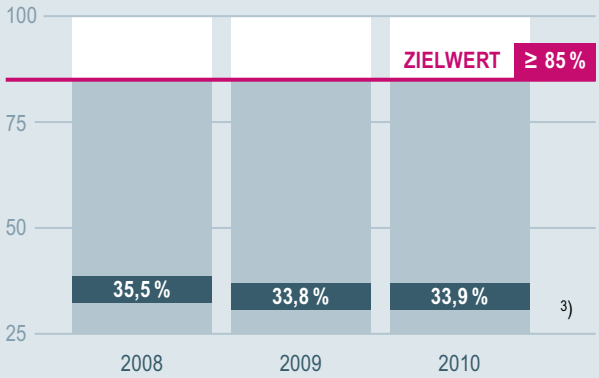
HYPERTONIKER MIT NORMOTENSIVEN BLUTDRUCKWERTEN
Anteil der Patienten mit Hypertonie, die normotensive Blutdruckwerte aufweisen



TEILNAHME AN EMPFOHLENEN DIABETES-SCHULUNGEN
Anteil der Patienten, die innerhalb von vier Quartalen an einer empfohlenen Diabetes-Schulung teilnahmen



TEILNAHME AN EMPFOHLENEN HYPERTONIE-SCHULUNGEN
Anteil der Patienten, die innerhalb von vier Quartalen an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung teilnahmen



Quelle: 1) Feedbackberichte aus 11 KVen | 2) Feedbackberichte aus 10 KVen | 3) Feedbackberichte aus 9 KVen

VERTRAGSUMFANG DER DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung 1)	Patienten 2)
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2			
BW	KV – alle Kassen	6.552	397.833
BY	KV – alle Kassen	8.256	494.096
BE	KV – alle Kassen	1.841	144.248
BB	KV – alle Kassen	1.366	172.436
HB	KV – alle Kassen	432	28.831
HH	KV – alle Kassen	908	49.826
HE	KV – alle Kassen	3.644	216.880
MV	KV – alle Kassen	1.023	99.132
NI	KV – alle Kassen	4.353	298.974
NO	KV – alle Kassen	5.249	421.646
RP	KV – alle Kassen außer AOK	2.442	183.472
SL	KV – alle Kassen	628	48.133
SN	KV – alle Kassen	2.451	300.989
ST	KV – alle Kassen	1.379	177.645
SH	KV – alle Kassen	1.625	91.326
TH	KV – alle Kassen	1.371	132.913
WL	KV – alle Kassen	4.653	340.232
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1			
BW	KV – alle Kassen	221	12.316
BY	KV – alle Kassen	2.503	21.507
BE	KV – alle Kassen	210	6.490
BB	KV – alle Kassen	83	5.337
HB	KV – alle Kassen	22	1.272
HH	KV – alle Kassen	46	4.329
HE	KV – alle Kassen	232	9.505
MV	KV – alle Kassen	53	2.692
NI	KV – alle Kassen	175	14.833
NO	KV – alle Kassen	936	17.560
RP	KV – alle Kassen außer AOK	136	7.772
SL	kein Vertrag mit KV		54
SN	KV – alle Kassen	136	9.755
ST	KV – alle Kassen	178	5.366
SH	KV – alle Kassen	54	6.792
TH	KV – alle Kassen	67	4.160
WL	KV – alle Kassen	855	17.088
DMP BRUSTKREBS			
BW	KV – alle Kassen	1.021	8.653
BY	KV – alle Kassen	2.131	19.842
BE	kein Vertrag mit KV		5.442
BB	KV – alle Kassen	177	5.415
HB	KV – alle Kassen	69	944
HH	KV – alle Kassen	121	1.382
HE	kein Vertrag mit KV		11.591
MV	KV – alle Kassen	177	3.398
NI	KV – alle Kassen	658	15.006
NO	KV – alle Kassen	893	14.281
RP	KV – alle Kassen außer AOK	318	6.244
SL	KV – alle Kassen	114	1.497
SN	KV – alle Kassen	253	4.745
ST	KV – alle Kassen	161	3.382
SH	KV – alle Kassen	342	5.866
TH	KV – alle Kassen	154	3.758
WL	KV – alle Kassen	813	17.418

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragspartner		Ärzte mit Genehmigung [1])	Patienten [2])
DMP KORONARE HERZERKRANKUNG				
BW	KV – alle Kassen		6.159	156.572
BY	KV – alle Kassen		8.382	230.644
BE	KV – alle Kassen		1.831	70.257
BB	KV – alle Kassen		1.366	91.255
HB	KV – alle Kassen		448	11.961
HH	KV – alle Kassen		831	19.983
HE	KV – alle Kassen		3.716	91.874
MV	KV – alle Kassen		1.038	51.187
NI	KV – alle Kassen		4.162	160.102
NO	KV – alle Kassen		5.279	200.620
RP	KV – alle Kassen außer AOK		2.396	75.847
SL	KV – alle Kassen		650	22.712
SN	KV – alle Kassen		2.216	111.372
ST	KV – alle Kassen		1.437	78.226
SH	KV – alle Kassen		1.636	46.467
TH	KV – alle Kassen		1.289	67.198
WL	KV – alle Kassen		4.668	183.551
DMP ASTHMA BRONCHIALE / DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)				
BW	KV – alle Kassen	Asthma COPD	5.989 5.609	68.083 55.898
BY	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	8.944	208.765
BE	KV – alle Kassen	Asthma COPD	1.294 1.267	45.399 37.352
BB	KV – alle Kassen	Asthma COPD	748 752	36.079 28.772
HB	KV – alle Kassen	Asthma COPD	466 408	7.744 6.558
HH	KV – alle Kassen	Asthma COPD	762 673	14.871 7.617
HE	KV – alle Kassen	Asthma COPD	3.443 3.176	43.830 28.248
MV	KV – alle Kassen	Asthma COPD	631 583	16.658 13.013
NI	KV – alle Kassen	Asthma COPD	4.087 3.904	91.648 69.653
NO	KV – alle Kassen	Asthma COPD	4.864 4.303	80.007 86.637
RP	KV – alle Kassen außer AOK	Asthma COPD	2.165 2.006	16.292 29.312
SL	KV – alle Kassen	Asthma COPD	620 557	8.448 7.461
SN	KV – alle Kassen	Asthma COPD	1.042 975	42.645 27.161
ST	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	1.138	35.932
SH	KV – alle Kassen	Asthma COPD	1.514 1.372	24.000 14.914
TH	KV – alle Kassen	Asthma COPD	848 748	28.680 18.090
WL	KV – alle Kassen	Asthma COPD	4.443 4.007	94.354 75.113

[1]) Anzahl der Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31.12.2011. | [2]) DMP-Patenten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG

FAKULTATIVE STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

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

In den Stichprobenprüfungen wird die Qualität der jeweiligen Untersuchung auf der Grundlage der schriftlichen und gegebenenfalls bildlichen Dokumentationen beurteilt. Eine Überprüfung kann auch Kriterien bezogen veranlasst werden, zum Beispiel bei vorausgegangenen Auffälligkeiten. Den Stichprobenprüfungen sind Kriterien zur Qualitätsbeurteilung gemäß den „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Grunde zu legen, die für die Bereiche radiologische Diagnostik (Röntgendiagnostik und Computertomographie) seit 1992, für die Kernspintomographie seit 2000 und für die Arthroskopie seit 2010 vorliegen. Die Ergebnisse dieser Prüfungen finden Sie in diesem Bericht auf Seite 45 zur Arthroskopie, auf Seite 75 zur Kernspintomographie und auf den Seiten 102 und 103 zur konventionellen Röntgendiagnostik und zur Computertomographie.

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

AMBULANTES OPERIEREN, HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE, INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE, LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN, MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE, NUKLEARMEDIZIN, SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN, SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER, ULTRASCHALLDIAGNOSTIK PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BE	BE	SN	HE	BE	BB	MV	ST	WL	BE	BB	ST	HE	BE	HE	RP	SN
Bereiche	Ambulantes Operieren	Herzschrittmacher-Kontrolle	Herzschrittmacher-Kontrolle	interventionelle Radiologie	Langzeit-EKG-Untersuchungen	Langzeit-EKG-Untersuchungen	Langzeit-EKG-Untersuchungen	Langzeit-EKG-Untersuchungen	Langzeit-EKG-Untersuchungen	Magnetresonanz-Angiographie	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Nuklearmedizin	Substitutions-gest. Behandlung Opiatabh.	Ultraschalldiagnostik	Ultraschalldiagnostik	Ultraschalldiagnostik
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	1.473	78	110	34	550	298	216	273	1.263	52	56	62	103	140	5.473	3.897	2.913
Anzahl geprüfter Ärzte	48	3	5	4	26	14	14	39	85	10	12	6	9	42	295	352	90
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	48	3	5	4	22	13	14	32	81	9	12	6	9	41	105	312	86
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	0	0	0	4	1	0	7	4	0	0	0	0	1	190	40	4
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	3,3	3,8	4,5	11,8	4,0	4,4	6,5	11,7	6,4	17,3	21,4	9,7	8,7	29,3	1,9	8,0	3,0
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare			1)							2)						3)	

→ Fortsetzung nächste Seite

1) Bei einem Arzt wurde die Prüfung nicht beendet, da die Praxistätigkeit dauerhaft aufgegeben wurde. | 2) Eine der Prüfungen fand als Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 3c statt. Ergebnis: geringe Beanstandung. | 3) Drei Kolloquien sind noch offen.

Kassenärztliche Vereinigungen	BE	BE	SN	HE	BE	BB	MV	ST	WL	BE	HB	ST	HE	BE	HE	RP	SN
Bereiche	Ambulantes Operieren	Herzschrittmacher-Kontrolle	Herzschrittmacher-Kontrolle	interventionelle Radiologie	Langzeit-EKG-Untersuchungen	Langzeit-EKG-Untersuchungen	Langzeit-EKG-Untersuchungen	Langzeit-EKG-Untersuchungen	Langzeit-EKG-Untersuchungen	Magnetresonanz-Angiographie	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Nuklearmedizin	Substitutions-gest. Behandlung Opiatabh.	Ultraschalldiagnostik	Ultraschalldiagnostik	Ultraschalldiagnostik
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen	46	3	3	2	6	8	7	24	18	5	2	6	9	21	34	173	49
▸ geringe Beanstandungen	2	0	1	1	4	3	3	2	44	1	8	0	0	16	66	86	23
▸ erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0	8	0	3	0	8	2	1	0	0	1	5	15	8
▸ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	1	4	2	1	6	11	1	1	0	0	3	0	38	6
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen					1	1		6	2					0	39	19	1
▸ geringe Beanstandungen					1	0		1	2					0	25	16	2
▸ erhebliche Beanstandungen					0	0		0	0					0	95	2	1
▸ schwerwiegende Beanstandungen					2	0		0	0					1	31	3	0
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	2	0	2	0	19	5	7	9	54	5	2	0	0	20	222	160	57
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	22	20	1
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	0	0	2	14	0	0	0	0	4	0	0	0	5	11	19	5
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	2	6	0
▸ davon bestanden					1				5						1	3	
▸ davon nicht bestanden															1	0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln																	

FORTBILDUNGSANGEBOTE DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

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

Viele Kassenärztliche Vereinigungen haben hierfür Akademien eingerichtet, die für die Konzeption und Koordination von Seminaren und Informationsveranstaltungen speziell für Ärzte, Psychotherapeuten, aber auch für deren Praxismitarbeiter zuständig sind. Das besondere Kennzeichen dieser Fortbildungen ist die auf die Bedürfnisse der Praxen zugeschnittenen Inhalte, so dass das Gelernte direkt im Arbeitsalltag umgesetzt werden kann. Ein fester Bestandteil und Schwerpunkt der Seminarprogramme sind dabei Kurse, die Unterstützung beim Erwerb von Qualifikationen bieten, die für die Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Voraussetzung sind. Zudem gibt es Workshops zu verschiedenen Themen, die der Fortbildung und dem Informationsaustausch dienen. Auch Veranstaltungen, die verpflichtend von Ärzten zu besuchen sind, bei denen die Kassenärztlichen Vereinigungen Auffälligkeiten in den Dokumentationsprüfungen festgestellt haben, sind Teil des Angebots. Nicht zuletzt werden von allen Kassenärztlichen Vereinigungen Fortbildungen zum Qualitätsmanagement in der Praxis angeboten.

FORTBILDUNGSSEMINARE AUS DEM BEREICH QUALITÄTSFÖRDERUNG AUSWAHL

- Hygiene – Workshop Reinigung und Desinfektion
- Hygiene – Workshop Aufbereitung von Medizinprodukten
- Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung MRSA-Schulungen

- Basis/Intensivkurs Qualitätsmanagement

- Durchführung von Behandlungs- und Schulungsprogrammen für Patienten der Disease-Management-Programme
- Kurse für koordinierende Hausärzte der DMP Brustkrebs und koronare Herzerkrankungen
- diabetischer Fuß
- Workshop Wundversorgung

- Workshop Impfen
- Akutsituationen im ärztlichen Bereitschaftsdienst

- Umgang mit demenziell veränderten Patienten
- Patientensicherheit beim ambulanten Operieren
- Rechtsnormen für die Arztpraxis
- Labor-Qualitätsrichtlinie der Bundesärztekammer

- Pharmakotherapie

- Akupunktur – Kompaktkurs Fallkonferenz
- Sonographie Säuglingshüfte – Refresherkurse
- Sonographie in der Frauenarztpraxis Fortbildungen Hautkrebs-Screening

- Zytologietag

- Jahresfortbildung onkologisches Personal
- Tumorzentrum

- Workshop Nuklearmedizin – Diagnostik von Erkrankungen der Stammganglien und des zentralen Nervensystems
- mögliche Behandlungsfehler bei der Diagnostik und Therapie zerebraler Symptomatik
- radiologische Diagnostik von Frakturen bei Kindern – Indikation, Durchführung; Befundung, Pitfalls
- Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik nach der Röntgenverordnung – Konstanzprüfung bei digitalen Bildern
- Strahlenschutzkurs für medizinische Fachangestellte
- Fortbildung/Refresherkurse Mammographie

- Drogenberatung in der Praxis
  Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde im Jahr 2004 die Pflicht zur fachlichen Fortbildung für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten eingeführt. Seit dem 1. Juli 2004 besteht für jeden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeuten – unabhängig davon, ob niedergelassen, ermächtigt oder angestellt – die Verpflichtung, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis über die absolvierte Fortbildung zu erbringen. Die Fortbildungsverpflichtung gilt als erfüllt, wenn innerhalb des im Gesetz vorgeschriebenen Fünfjahreszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte belegt werden. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag hat die KBV im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer eine Fortbildungsregelung verabschiedet, die die Modalitäten des Nachweisverfahrens festschreibt. Die KBV hat die Koordinierungsverantwortung für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags in den Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen.

Der erste Nachweiszeitraum endete am 30. Juni 2009, eine zweijährige Nachholfrist schloss sich an. Nach vorliegenden Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen haben für diesen Nachweiszeitraum über 99 Prozent der 108.563 Nachweispflichtigen ihren Fortbildungsnachweis erbracht. Entsprechend den vom Gesetz vorgeschriebenen Sanktionen bei Nichterfüllung der Nachweispflicht wurden für 165 Personen Anträge auf Entzug der Zulassung oder Widerruf der Ermächtigung beziehungsweise Anstellung gestellt. Die Zulassungsausschüsse haben 36 Entziehungen ausgesprochen. Gegen diese Entscheidungen konnten Rechtsmittel eingelegt werden.

Im Jahr 2011 mussten nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit 6.644 Vertragsärzte und -psychotherapeuten einen Fortbildungsnachweis erbringen. Knapp über 90 Prozent aller Nachweispflichten sind ihrer Verpflichtung zum Stichtag nachgekommen. Für die Nichterfüller gelten die im Gesetz festgeschriebenen Sanktionen. Parallel dazu besteht die Verpflichtung, den Fortbildungsnachweis innerhalb einer Zweijahresfrist nachzuholen.

MEHR INFOS UNTER:
www.kbv.de/9928.html

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

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung erbracht wurden

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang dann nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: gegebenfalls bei Dokumentationsprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss

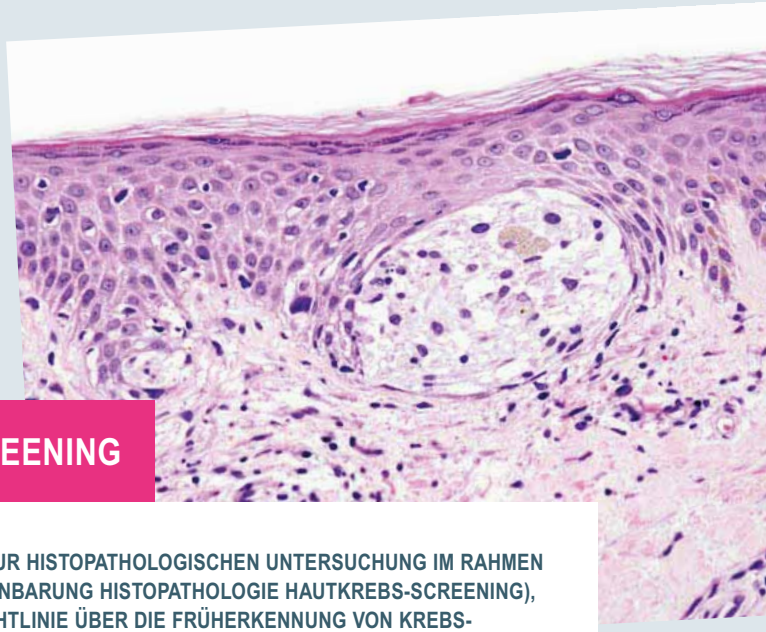
BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN									2)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen zur Überprüfung des Batterie-zustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL),, Stand 31.12.2011	334	586	96	71	34	59	206	49	251	312	155	32	118	81	88	64	250
Anzahl beschiedene Anträge 1)	27	136	10	9	3	3	41	2	24	20	16	3	7	8	9	8	32
▸ davon Anzahl Genehmigungen	26	131	9	7	3	3	41	2	23	20	15	3	6	8	9	8	29
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1	5	1	2					1		1		1				3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 5 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	107	5	0	1	8	3	5	7	13	12	3	5	5	4	0	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich.

FAKULTATIVE STICHPROBENPRÜFUNGEN
§ 136 ABS. 2 SGB V ERGEBNISSE AUF SEITE 56/57



HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR HISTOPATHOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG IM RAHMEN DES HAUTKREBS-SCREENINGS (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009. **RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN (KREBSFRÜHERKENNUNGS-RICHTLINIE/KFE-RL), ABSCHNITT D NR. 2,** Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1.7.2008

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von mindestens vier Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu zehn im Rahmen des Hautkrebs-Screenings befundeten histopathologischen Präparaten

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	81	87	38	14	5	17	39	16	63	48	31	6	23	18	28	21	62
Anzahl beschiedene Anträge [1])	4	4	5	0	0	1	0	0	15	20	2	0	0	0	0	21	5
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4	4	5			1			15	20	2					21	5
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0			0			0	0	0					0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0			0			0	0	0					0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate																	
▸ wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5																	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1])	0	5	11	1	0	1	0	2	5	0	1	0	0	3	1	0	0

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.

HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährlich durchschnittlich 25 Fälle pro Quartal; unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite kann die Mindestanzahl unterschritten werden

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von mindestens zehn Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu zehn Fällen eines Quartals unter Einbezug aller Dokumentationen des Kalenderjahrs

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis zum Erwerb von 30 Fortbildungspunkten im Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankung, die Hälfte davon mittels interaktiven Austausches, zum Beispiel Qualitätszirkeln

BERATUNG: bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

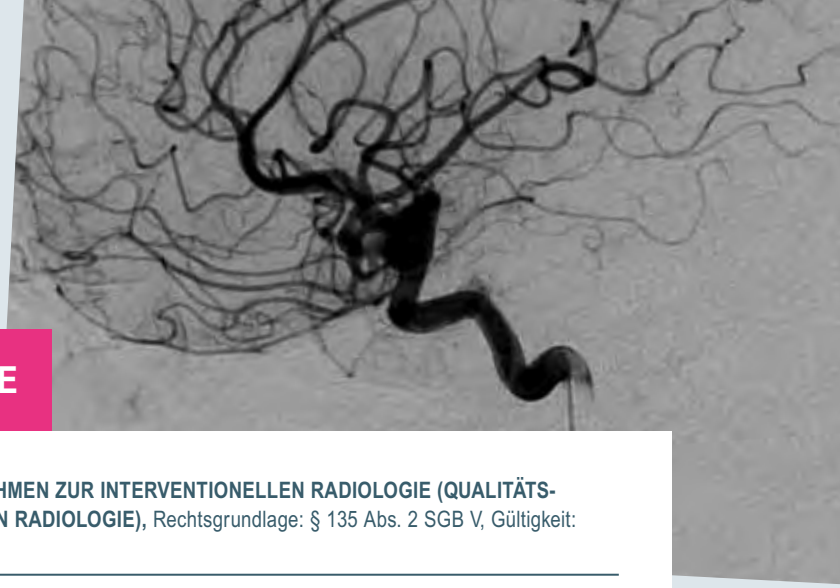
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN		1)		2)									2)	2)		2)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2011	26	35	64	1	9	31	29	1	15	41	9	6	5	3	1	3	13
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	27	29	60	1	10	32	28	1	13	41	9	6	6	3	1	3	12
Anzahl beschiedene Anträge	2	2	1	1	1	8	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0
neu	2	2	1	1	1	8					2		1	1		1	
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2	1	1	1		8					2		1	1			
▸ davon Anzahl Ablehnungen		1			1											1	
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0					0		0	0		0	
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0	0	0	0					0		0	0		0	
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	1	0					0		0	0		0	
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden					1												
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2	0	0	0	0	0	0					1		0	0		0	
▸ davon bestanden											1						
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	4	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
▸ wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3						1											
▸ wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4		2												1			1
▸ wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs.		2			1		1										
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	3	5	1	1	6	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

→ Fortsetzung nächste Seite

→ FORTSETZUNG HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
FREQUENZREGELUNG § 10 ABS. 1 NR. 1									3)	3)							
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich … betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal																	
< 25	1	9	11	1	1	0	0	0	12	7	0	2	0	0	1	1	2
≥ 25	26	25	49	0	8	28	28	1	1	34	9	4	5	3	0	2	9
FORTBILDUNG § 10 ABS. 1 NR. 2																	
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	27	23	47	0	9	in Prüfung	29	1	13	40	9	in Prüfung	5	2	1	3	10
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 2	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																	
PRÜFUMFANG				4)		5)									6)		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	3	6	0	1	4	8	1	2	8	1	1	0	0	0	0	7
▸ davon bestanden	4	2	6		1	3	8	1	2	8	1	1					7
▸ davon nicht bestanden		1				1											
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	1	1	1		0	0	3	0	0	1	0	0					0
▸ davon Begründung ausreichend	1	1					3			1							
▸ davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben			1														
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0	1		0	0	1	0	0	0	0	0					0
▸ davon bestanden			1				1										
▸ davon nicht bestanden – Auflage																	
▸ davon nicht bestanden – Widerruf																	
MÄNGELANALYSE		7)								8)							
Anzahl geprüfter Dokumentationen	40	30	60		10	30	80	10	20	80	10	10					70
▸ davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	36	26	55		10	29	40	10	20	70	10	10					70
▸ davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität		4	5			1	18			10							
▸ davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	4						2										
▸ davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität							20										
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität:																	
▸ darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)			3			1	4										
▸ darunter mangelnde Prohylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)							3										
▸ darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9)			5				11										

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Länderübergreifende Kommission von BB, SN, ST und TH in SN ab 2012 tätig. | 3) Frequenzprüfungen noch nicht abgeschlossen. | 4) Arzt mit Genehmigung hat bisher keine Fälle abgerechnet. | 5) Ein zur Prüfung aufgeforderter Arzt konnte keine Dokumentationen nachweisen, es erfolgte ein Widerruf. | 6) Dokumentationsprüfungen erfolgen ab 2012 durch die KV HH im Rahmen der Amtshilfe. | 7) Angabe zum Impfstatus fehlte zunächst. | 8) Beanstandungen wegen fehlender Angabe zur Viruslast und T-Helferzellen.



INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen; bei Genehmigung zu therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Kassenärztliche Vereinigung kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN																	
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 1																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2011	5	10	1	2	0	0	2	0	12	4	0	1	2	2	2	0	15
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	4	10	1	2	0	0	2	0	11	4	0	0	3	2	3	0	17
Anzahl beschiedene Anträge [1]	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2
neu		5								1			1		1		2
▸ davon Anzahl Genehmigungen		2								1			1		1		2
▸ davon Anzahl Ablehnungen		3															
erneut gemäß § 7 Abs. 6		0								0			0		0		0
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0								0			0		0		0
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4		0								0			0		0		0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0			0		0	0		0	1	0	0		0
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen													1				
▸ aus sonstigen Gründen																	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	1	2	0	0			k.A.[2]		1	1		1[3]	0	0	0		0

→ Fortsetzung nächste Seite

FAKULTATIVE STICHPROBENPRÜFUNGEN
§ 136 ABS. 2 SGB V ERGEBNISSE AUF SEITE 56/57

→ FORTSETZUNG INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)		4)							5)						6)		
< 100	0	k.A.	0	0			0		4	0		0	0	0	0		0
≥ 100	4	k.A.	1	2			2		2	1		0	3	2	2		10
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND THERAPEUTISCHE EINGRIFFE																	
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 2																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2011	52	45	10	11	9	21	30	13	28	39	32	6	4	3	11	5	37
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	52	44	10	12	8	21	32	13	29	35	31	7	4	3	10	3	35
Anzahl beschiedene Anträge	2	8	3	1	1	3	2	0	4	25	1	1	1	0	1	0	4
neu	2	8	3	1	1	3	2		4	4	1	1	1		1		4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2	8	3	1	1	3	2		4	4	1	1	1				4
▸ davon Anzahl Ablehnungen		9													1		
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0		2	21	0	0	0		0		0
▸ davon Anzahl Genehmigungen									2	21							
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	2	0		0	0	0	0	0		0		0
▸ davon bestanden						2											
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0		0
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	1	0	4	0	0	3	0	0	1	0	1	0	3
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen							1										
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe							1								1		1
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl (< 100 arterielle Gefäßdarstellungen und < 50 therapeutische Eingriffe)		1			1		2			3							2
▸ aus sonstigen Gründen													1				
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	8	0	0	1	0	k.A.	0	0	5	2	0	0	0	0	2	3
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe)		4)							5)						6)		
< 100	5	k.A.	2	0	0	6	3	k.A.	5	3	k.A.	0	0	0	0	0	3
≥ 100	43	k.A.	7	10	8	13	22	k.A.	15	13	k.A.	6	4	3	8	3	30
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 kathetergestützte therapeutische Eingriffe)		4)							5)						6)		
< 50	6	k.A.	2	0	0	6	3	k.A.	5	1	k.A.	0	0	0	1	0	6
≥ 50	42	k.A.	7	10	8	13	22	k.A.	15	18	k.A.	6	4	3	7	0	27

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. | 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. | 3) Rückgabe war Erweiterung auf Genehmigung zu diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen. | 4) Frequenzen werden derzeit ermittelt. | 5) Angaben zu Frequenzprüfungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich. | 6) Fehlende Frequenzprüfungen werden 2012 durchgeführt.

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: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährlich 150 Linksherzkatheterisierungen, bei Genehmigung zu therapeutischen Katheterisierungen, davon mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Kassenärztliche Vereinigung kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern

INVASIVE KARDIOLOGIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN																	
GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 2																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2011	19	12	3	0	0	2	8	0	12	27	7	0	2	5	9	1	29
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	20	10	3	0	0	2	8	0	18	27	6	0	2	5	8	1	31
Anzahl beschiedene Anträge [1])	4	4	0			0	1		5	0	0		1	0	0	0	8
neu	4	4					1		5				1				8
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4	2					1		5				1				8
▸ davon Anzahl Ablehnungen		2															
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	0	0					0		0				0				0
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0					0		0				0				0
▸ davon bestanden	1																
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0					0		0				0				0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0			0	1		0	0	0		0	0	0	0	1
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen							1										1
▸ aus sonstigen Gründen																	
▸ davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)							k.A.										0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1])	3	4	0			0	0		1	0	1		1	0	1	0	5

→ Fortsetzung nächste Seite

→ FORTSETZUNG INVASIVE KARDIOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																	
< 150	1	0	1			2	2	0	4	2	0		1	0	0	0	10
≥ 150	18	10	2			0	5	0	13	25	6		1	5	8	1	13
DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN																	
GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 1																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2011	54	67	23	10	16	32	77	2	50	56	21	1	18	5	3	3	48
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	58	69	25	10	17	30	81	2	54	61	22	1	20	5	4	2	47
Anzahl beschiedene Anträge	6	17	2	0	2	2	8	0	5	5	3	0	3	0	2	0	9
neu	6	17	2		2	2	8		5	5	3		2		2		9
▸ davon Anzahl Genehmigungen	5	16	2		2	2	8		5	5	3		2		2		9
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1	1															
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0	0		0	0	0		0	0	0		1		0		0
▸ davon Anzahl Genehmigungen													1				
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1	0		0	0	0		0	0	0		0		0		0
▸ davon bestanden		1															
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0		0	0	0		0	0	0		0		0		0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen							1										5
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und davon < 50 therapeutische Katheterisierungen																	3
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Katheterisierungen	1																2
▸ aus sonstigen Gründen																	
▸ davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	k.A.[2]						k.A.[2]										0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	4	3	0	1	0	2	0	0	0	0	0	5
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)		[3]															
< 150	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	9
≥ 150	52	65	18	10	16	32	77	2	54	58	20	1	17	5	3	2	35
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)		[3]															
< 50	4	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	13
≥ 50	50	65	18	10	16	32	77	2	54	57	20	1	19	5	3	2	31

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
[2]) Bei Widerrufen sind keine Angaben darüber möglich, ob diese Ärzte von der Protokollnotiz zu § 7 betroffen sind. | [3]) Frequenzen von vier Ärzten zu Genehmigungen „Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen“ werden derzeit ermittelt.

KOLOSKOPIE

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährlich 200 totale Koloskopien, zehn Polypektomien (außer für Kinderärzte und Kinderchirurgen), jeweils ohne Beanstandungen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: unangemeldete Hygieneprüfung durch anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: zweijährliche Dokumentationsprüfung aller Ärzte zu 20 totalen Koloskopien und zu fünf Polypektomien, bei Kinderärzten und Kinderchirurgen sofern erbracht; bei Beanstandungen engere Prüfintervalle

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Ergebnisse der Hygieneprüfung sowie arztbezogene Auswertung der durchgeführten Polypektomien; Bericht an Vertragspartner

BERATUNG: bei Beanstandungen in der Hygieneprüfung, gegebenenfalls am Ort der Leistungserbringung

KOLOSKOPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 1.1.2011	37	26	1	0	2	5	15	3	19	14	12	3	1	9	10	2	31
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2011	35	26	1	0	1	4	15	1	22	12	5	3	0	9	9	2	27
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 1.1.2011	336	512	73	74	19	60	185	41	254	234	144	35	78	52	83	54	195
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2011	336	504	78	75	21	60	195	41	272	242	149	35	76	50	81	54	195
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1 2)	0
neu									3							1	
▸ davon Anzahl Genehmigungen									3							1	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 6 Abs. 5									0							0	
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) 1)	23	22	8	3	1	4	14	0	42	13	14	2	4	0	3	1	34
neu	22	20	8	3	1	4	13		42	13	14	2	4		3	1	34
▸ davon Anzahl Genehmigungen	22	20	8	3	1	4	12		42	13	13	2	1		3	1	33
▸ davon Anzahl Ablehnungen							1				1		3				1
erneut gemäß § 6 Abs. 5	1	2	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0		0	0	0
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1	2					1										
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	

→ Fortsetzung nächste Seite

→ FORTSETZUNG KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0		0		0	0	0		0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	1	13	1	0	0	3	1	0	1	0	7	0	0	0	0	0	0
▸ wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7		6							1		2						
▸ wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3 c-e ausschließlich bei totalen Koloskopien						3					4						
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien		3															
▸ wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4 b-c ausschließlich bei Polypektomien	1		1														
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 10 Polypektomien		1															
▸ sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3 c-e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängel gemäß § 6 Abs. 4 b-c bei Polypektomien							1				1						
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien		3															
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	21	15	3	2	0	6	2	3	k.A.[3]	16	5	2	4	2	6	2	0
TOTALE KOLOSKOPIE																	
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)	[4]	[4]	[4]								[4]		[5]				
< 200	5	20	0	0	0	1	18	0	4	15	0	0	2	0	10	30	4
≥ 200	340	492	65	72	21	61	178	42	266	232	115	38	76	65	82	54	220
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN		[4]	[4]			[5]		[4,5]					[4,5,7]	[8]	[5]		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	344	438	63	72	21	38	168	25	259	238	113	38	75	65	69	52	217
▸ davon bestanden	336	193	63	71	21	35	160	23	252	235	100	36	72	63	60	52	211
▸ davon nicht bestanden	8	144		1		3	8	2	7	3	13	2	2	2	9		6
Ärzte mit Genehmigung zum 1.1.2011 geprüft, in %	92,2	81,4	85,1	97,3	100	58,5	84,0	56,8	94,9	96,0	72,4	100	94,9	106,6	74,2	92,9	96,0
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	6	3	1	1	0	2	14	2	7	0	12	2	1	2	6	2	6
▸ davon bestanden	5	0	1	1		2	12	2	7		9	2	1	2	6	2	5
▸ davon nicht bestanden	1	1					2				3						1
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	1	1	1	0	0	0	10	0	0	0	8	0	1	0	0	0	2
▸ davon bestanden	1		1				6				3						2
▸ davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e		1					3				5						
▸ davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl							1										

→ Fortsetzung nächste Seite

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Antrag zu ausschließlich kurativen Koloskopie war Ermächtigung. | [3]) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht möglich. [4]) Zum Zeitpunkt der Weitergabe an die KBV sind Frequenz- und/oder Dokumentationsprüfungen (zum Teil) noch nicht abgeschlossen. | [5]) Angaben zu Frequenz- und Dokumentationsprüfung nicht vollständig, da zwei Vertreter und ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin betroffen sind. | [6]) Eine Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Nord KVen (HH-SH-MV) war ausgefallen. | [7]) Überprüfung gemäß § 6 Abs. 3g ist offen wegen laufendem Widerspruchsverfahren. | [8]) Überhang aus Prüfungen des Vorjahres.

→ FORTSETZUNG KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
POLYPEKTOMIEN																	
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)	1)	1)	1)								1)		2)				
< 10	0	24	0	0	0	0	19	0	2	6	0	0	2	0	2	0	1
≥ 10	345	488	65	72	21	61	179	42	257	239	115	38	76	65	89	54	223
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN		1)	1)			3)		1,3)					1,2)	4)	3)		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	336	438	63	72	21	39	168	25	259	238	116	38	75	65	69	53	217
▸ davon bestanden	327	334	63	72	21	35	158	23	257	235	116	38	72	65	66	53	210
▸ davon nicht bestanden	9	39				4	10	2	2	3			2		3		7
Ärzte mit Genehmigung zum 1.1.2011 geprüft, in %	90,1	81,4	85,1	97,3	100	60	84	56,8	94,9	96	74,4	100	94,9	106,6	74,2	94,6	96
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	9	4	2	0	0	1	12	2	4	1	5	0	0	0	3	1	0
▸ davon bestanden	9	3	1			1	12	2	2	1	4				3		
▸ davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c		1	1					2	2		1					1	
▸ davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl																	
PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT																	
Anzahl überprüfter Einrichtungen	301	432	63	69	13	51	145	44	205	203	119	34	70	54	73	57	180
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	601	864	126	138	26	101	262	86	409	458	231	68	139	109	149	113	367
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	99,8	100	100	100	100	99	90,3	97,7	99,8	112,8	97,1	100	99,3	100,9	102,1	99,1	101,9
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten)	27	16	1	1	0	9	3	3	14	33	33	0	4	1	7	0	18
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	4,5	1,9	0,8	0,7	0	8,9	1,1	3,5	3,4	7,2	14,3	0	2,9	0,9	4,7	0	4,9
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	1	0	1
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0,2	1,3	0	0	0	0,7	0	0,3

1) Zum Zeitpunkt der Weitergabe an die KBV sind Frequenz- und/oder Dokumentationsprüfungen (zum Teil) noch nicht abgeschlossen. | 2) Angaben zu Frequenz- und Dokumentationsprüfung nicht vollständig, da zwei Vertreter und ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin betroffen sind. | 3) Überhang aus Prüfungen des Vorjahres.
4) Die doppelte Anzahl Hygieneprüfungen wird wegen Rückgabe/Beendigung beziehungsweise Widerrufe nicht erreicht.

AKTUELLES

ÄNDERUNG DER VEREINBARUNG

Bei Vertragsärzten, die Koloskopien durchführen, wurden seit 2007 jährlich die Dokumentationen zu 20 totalen Koloskopien und zu fünf Polypektomien geprüft. Das bedeutet jeder Arzt wurde zwischenzeitlich mindestens dreimal geprüft, mehr als 130.000 Dokumentationen zu den totalen Koloskopien und etwa 33.000 Dokumentationen zu den Polypektomien sind in den Jahren 2009 bis 2011 gesichtet worden. Da die Ergebnisse dieser Prüfungen über die Jahre konstant verbessert werden konnten, wurde in Abstimmung mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen der Prüfaufwand reduziert. Nunmehr werden zweijährlich per Stichprobe Ärzte und Behandlungsfälle bestimmt, die einer Dokumentationsprüfung unterzogen werden, womit sich der bürokratische Aufwand für dieses Verfahren sowohl für die Kassenärztlichen Vereinigungen und den Arzt deutlich verringert.

Eine Besonderheit der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie ist die halbjährlich durchzuführende Hygieneprüfung. Die Prüfungen werden von Hygieneinstituten vorgenommen, 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.

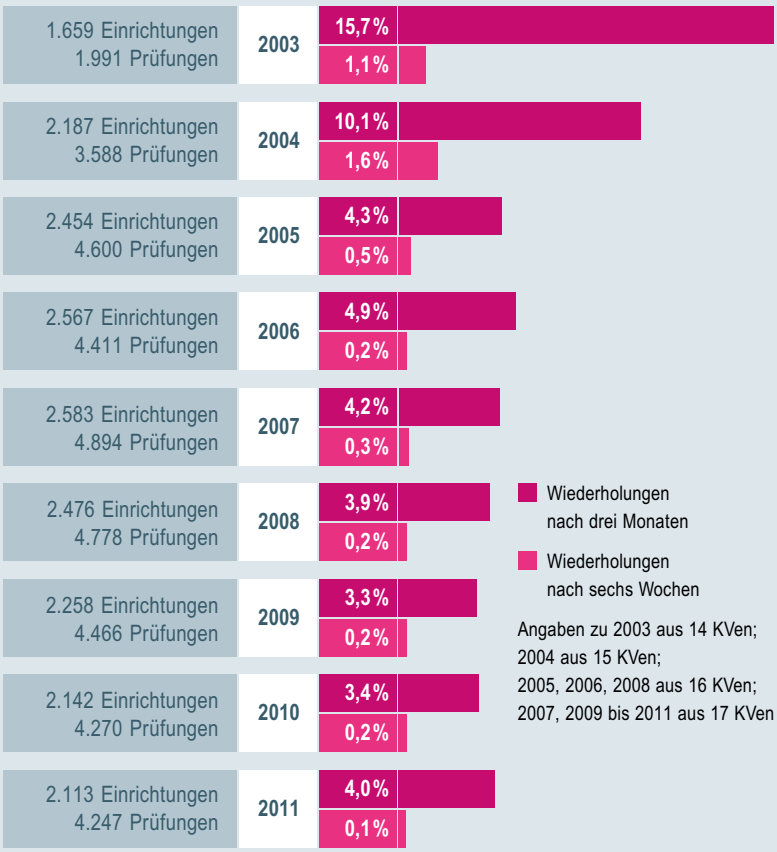
Hygieneprüfungen in dieser Form werden seit dem Jahr 2002 durchgeführt. An den Ergebnissen sieht man, dass diese Prüfungen mehr und mehr zu verbesserten Routineprozeduren in den Praxen geführt haben. Lag die Beanstandungsquote in der ersten Prüfrunde bei 16 Prozent, hat sie sich nun bei drei bis vier Prozent eingespielt. Nur in Ausnahmefällen 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. Vor dem Hintergrund, dass diese Untersuchung auch präventiv, das heißt zur Früherkennung, durchgeführt wird, muss alles getan werden um die hygienischen Gegebenheiten zu optimieren. Aus diesem Grund werden die Hygieneprüfungen ab dem 1. Juli 2012 unangemeldet stattfinden.

Trotz aller Bemühungen um eine Verbesserung der Qualität mussten die Kassenärztlichen Vereinigungen auch 2011 Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen aussprechen. Neun der 27 Widerrufe entfielen dabei auf wiederholte Mängel der Hygienequalität und elf auf Mängel in der Koloskopie und/oder Polypektomie.

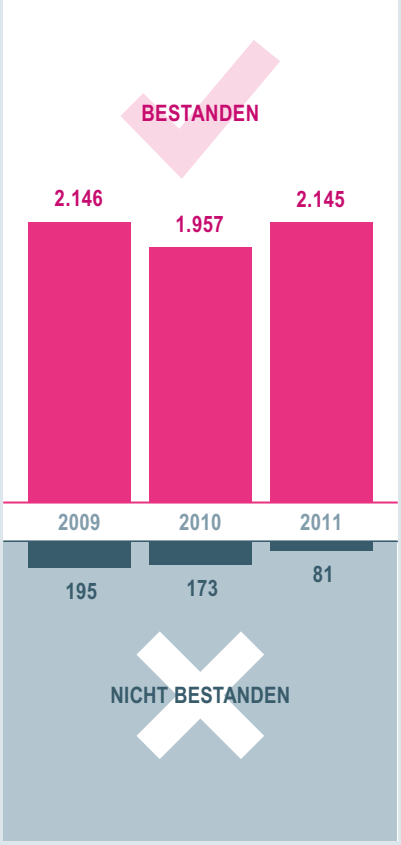
Ergebnisse in den Polypektomieraten siehe Seite 36.

WIDERRUFE DER GENEHMIGUNGEN

PROZENTUALE ANTEILE AN WIEDERHOLUNGEN DER HYGIENEPRÜFUNGEN



ERGEBNISSE DER DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN



LABORATIORIUMSUNTERSUCHUNGEN

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: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Befreiung von obligatem Kolloquium möglich

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: Nachweis einer regelmäßigen Teilnahme an Ringversuchen nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis eines Systems der internen Qualitätssicherung nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN	3)																
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	1.595	2.193	952	277	96	293	692	192	933	1.770	676	208	494	203	336	217	1.202
Anzahl beschiedene Anträge 1)	83	480	163	9	8	20	38	2	117	113	38	40	35	7	11	17	212
▸ davon Anzahl Genehmigungen 2)	78	456	144	9	8	16	27	2	113	69	37	38	27	6	11	17	201
▸ davon Anzahl Ablehnungen 2)	5	24	29			4	11		4	44	1	2	8	1			11
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	57	108	13	1	8	7	19	0	42	40	12	3	5	2	11	1	40
▸ davon bestanden	51	105	11	1	8	7	18		39	33	12	3	4	2	11	1	35
▸ davon nicht bestanden	7	3	2				1		3	7			1				5
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	542	39	30	4	25	14	2	0	0	0	7	17	14	23	3	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Genehmigungen und Ablehnungen umfassen auch Teilgenehmigungen- und Teilablehnungen. | 3) Teile des Kolloquiums wurden nicht bestanden.

LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

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

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

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang dann nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: gegebenfalls bei Dokumentationsprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN													[3]				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2011 [1]	1.698	5.051	906	307	131	307	765	216	1.312	2.822	808	417	567	317	482	330	2.280
Anzahl beschiedene Anträge [2]	180	1.342	76	39	11	39	162	18	180	219	99	35	71	28	49	34	272
▸ davon Anzahl Genehmigungen	178	1.330	76	39	11	33	162	18	179	219	99	35	66	28	49	34	260
▸ davon Anzahl Ablehnungen	2	12				6			1				5				12
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0
▸ davon bestanden													8				
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	40	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	1	1.027	7	4	12	36	50	12	58	41	87	11	28	25	33	19	0

[1]) Unterschiedliche Zählweisen der Kassenärztlichen Vereinigungen. | [2]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. | [3]) 24 der Widerrufe betrafen die Auswertung.

FAKULTATIVE STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V ERGEBNISSE AUF SEITE 56/57

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

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei der Magnetresonanz-Tomographie der Mamma: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; Kolloquium bei Unterschreiten der Mindestfallzahl

FREQUENZREGELUNG: Magnetresonanz-Tomographie der Mamma: jährlich 50 Fälle

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfung, Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss; Magnetresonanz-Tomographie der Mamma, praxisintern: histologische Verifikation von positiven Befunden

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
ALLGEMEINE KERNSPINTOMOGRAPHIE																	
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	347	469	156	54	37	97	219	50	179	398	146	40	114	57	85	71	280
Anzahl beschiedene Anträge [1]	63	452	59	17	4	24	26	4	30	128	12	6	17	6	11	9	45
▸ davon Anzahl Genehmigungen	60	450	56	17	4	24	26	4	30	128	12	5	16	4	11	9	45
▸ davon Anzahl Ablehnungen	3	2	3									1	1	2			
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	4	0	2	0	0	0	0	0	2	3	0	0	6	3	0	1	1
▸ davon bestanden	3		1						2	3			5	1		1	1
▸ davon nicht bestanden	1		1										1	2			
Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	28	433	16	3	2	3	k.A.[2]	3	0	0	5	3	6	1	1	5	0

→ Fortsetzung nächste Seite

[1] Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
[2] Es sind keine Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich.

MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

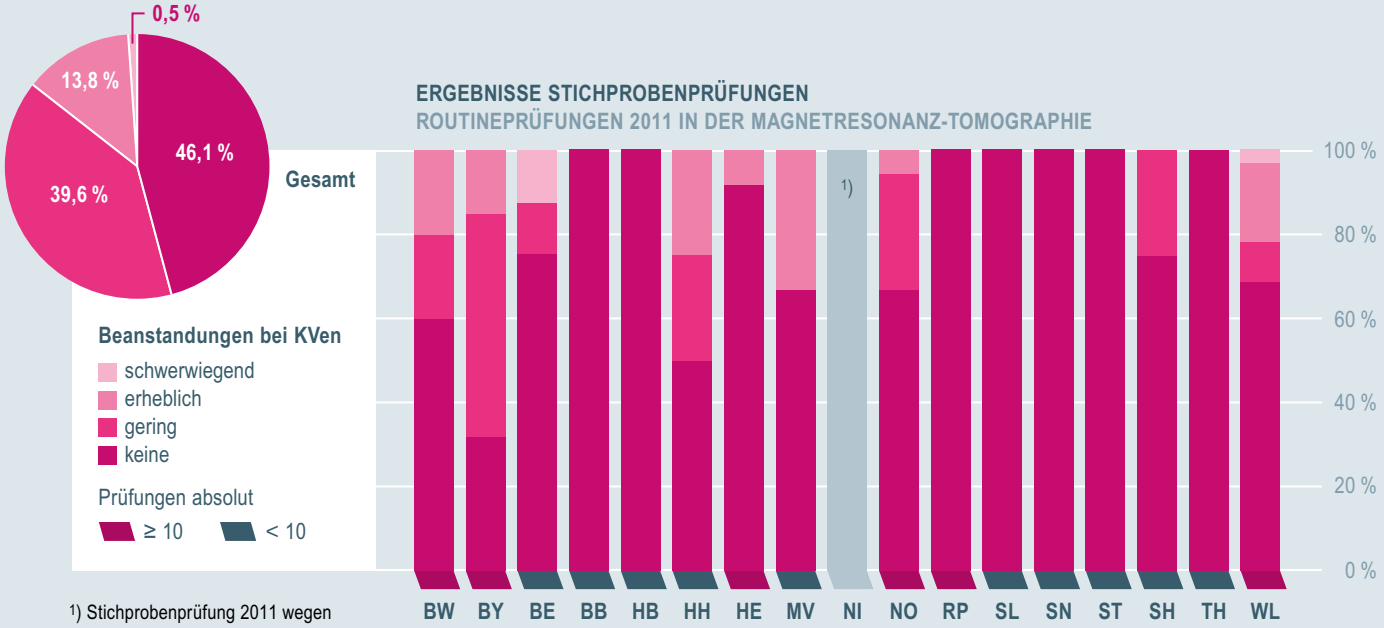
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA																	
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	63	50	8	3	2	7	21	1	29	42	8	8	17	8	11	9	29
Anzahl beschiedene Anträge [1]	15	16	6	1	1	1	3	0	3	7	0	0	1	0	0	0	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	15	16	5	1	1	1	3		3	6			1				3
▸ davon Anzahl Ablehnungen			1							1							
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	6	5	1	1	1	1	0		3	3			1				1
▸ davon bestanden	6	5	1	1	1	1			3	3			1				1
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	0	0	2	1	0	0	k.A.[2]	0	k.A.[2]	0	0	0	0	0	0	1	0
FREQUENZREGELUNG	[3]														[4]		
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	60	50	6	2	1	7	21	k.A.	29	37	8	8	16	8	6	9	29
▸ mindestens 50 Untersuchungen	51	48	5	2	1	7	15		29	33	8	4	16	7	6	8	29
▸ weniger als 50 Untersuchungen	9	2	1				6			4		4		1		1	
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	319	452	124	54	33	97	216	51		376	148	40	110	57	81	71	246
Anzahl geprüfter Ärzte	23	306	8	3	5	4	12	3		18	9	2	4	2	4	3	37
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	20	270	8	3	5	4	12	3		18	9	2	4	2	4	3	32
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3	3	36	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	5
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	6,3	59,7	6,5	5,6	15,2	4,1	5,6	5,9	0,0	4,8	6,1	5,0	3,6	3,5	4,9	4,2	13,0
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	[5]	[6]							[7]		[8]						
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen	12	86	6	3	5	2	11	2		12	9	2	4	2	3	3	22
▸ geringe Beanstandungen	4	143	1	0	0	1	0	0		5	0	0	0	0	1	0	3
▸ erhebliche Beanstandungen	4	41	0	0	0	1	1	1		1	0	0	0	0	0	0	6
▸ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	1	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen	2	7															4
▸ geringe Beanstandungen	0	24															1
▸ erhebliche Beanstandungen	1	5															0
▸ schwerwiegende Beanstandungen	0	0															0

→ Fortsetzung nächste Seite

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Es sind keine Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. | [3]) Angaben zu den Frequenzen der Kernspintomographie der Mamma beziehen sich lediglich auf Abrechnungsdaten. | [4]) Fehlende Frequenzprüfungen werden 2012 durchgeführt. | [5]) Ergebnis des Kolloquiums liegt noch nicht vor. [6]) Dreijährliche Prüfung aller Ärzte zu sechs Dokumentationen auf Grundlage der Kriterien der Kassenärztlichen Vereinigung. | [7]) Stichprobenprüfung 2011 wegen interner Überarbeitung der Prozesse (Ziehung von Stichprobenprüfungen) ausgesetzt. | [8]) Aufgrund der Besonderheit der kernspintomographischen Untersuchung werden nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung die Dokumentationen von fünf Patienten angefordert.

→ FORTSETZUNG MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	10	213	2	0	0	2	0	1		6	0	0	0	0	0	0	11
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	8	1	0	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0



1) Stichprobenprüfung 2011 wegen interner Überarbeitung der Prozesse (Ziehung von Stichprobenprüfungen) ausgesetzt.

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR MR-ANGIOGRAPHIE (QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNG ZUR MR-ANGIOGRAPHIE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007. **RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE),** Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

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

KOLLOQUIUM: bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährlich mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte; Dokumentation zu zwölf Fällen und allen (maximal 30) Angiographien der Venen, insbesondere zur Indikationsstellung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Vertragspartner

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2011	271	324	97	30	34	64	143	42	152	270	122	31	79	44	62	54	194
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	282	339	107	38	36	78	156	41	157	299	127	33	87	47	70	57	204
Anzahl beschiedene Anträge [1]	46	155	42	10	3	14	29	5	19	86	10	4	12	3	8	4	38
neu	46	155	42	10	3	14	29	5	19	86	10	4	12	3	8	4	38
▸ davon Anzahl Genehmigungen	40	149	38	10	3	14	28	5	19	83	10	4	12	3	8	4	38
▸ davon Anzahl Ablehnungen	6	6	4				1			3							
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	3	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden		3					1		2								
▸ davon nicht bestanden																	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängel																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	0	134	9	2	1	0	16	6	k.A.	0	5	2	4	0	0	1	0

→ Fortsetzung nächste Seite

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.

→ FORTSETZUNG MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																	
PRÜFUMFANG			1)														
abrechnende Ärzte	253	317	52	38	31	78	143	42		258	122	33	82	44	62	48	185
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	44	129	15	8	5	22	29	14		53	24	7	14	5	15	11	37
▸ davon bestanden	33	125	11	8	5	9	29	12		52	24	7	14	4	11	11	35
▸ davon nicht bestanden	11	4	4			13		2		1				1	4		2
abrechnende Ärzte geprüft, in %	17,4	40,7	28,8	21,1	16,1	28,2	20,3	33,3		20,5	19,7	21,2	17,1	11,4	24,2	22,9	20,0
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 20 % der abrechnenden Ärzte lag	2)				3)				4)				5)	6)			
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	3	1	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	3	2	2	0
▸ davon bestanden	2	1												3	2	1	
▸ davon nicht bestanden	1															1	
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	1	0	0	0	0	2	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden	1																
▸ davon nicht bestanden						2											
MÄNGELANALYSE													7)				
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (ohne Venen)	536	1.530	144	96	60	265	348	156		636	286	84	86	60	192	158	382
darunter Anzahl Dokumentationen																	
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	494	1.508	139	96	60	217	328	156		616	283	84	86	53	192	155	370
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	483	1.523	140	96	60	216	328	156		616	283	84	86	53	192	155	369
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	501	1.530	140	96	60	217	348	156		616	283	84	86	53	192	155	370
Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen	499	1.504	139	96	60	230	333	149		616	283	84	86	53	181	155	371
Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	37	26	5	0	0	35	15	7		20	3	0	0	7	11	3	11
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (Venen)	23	0	24	1	0	58	0	0		23	2	6	2	0	12	10	33
darunter Anzahl Dokumentationen																	
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	12		8	1		28				23	2	6	2		12	10	29
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	12		8	1		26				23	2	6	2		12	10	30
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	23		8	1		24				23	2	6	2		12	10	31
Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen	12		8	1		20				23	2	6	2		12	10	33
Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	11		16	0		38				0	0	0	0		0	0	0

1) Insgesamt wurden bei 25 Ärzten die Dokumentationen überprüft, davon bei 10 in Stichproben nach § 136 Abs. 2 SGB V. | 2) Ein Teil der Prüfungen sind noch offen und wurden hier nicht mit aufgeführt. | 3) Aus jeder Praxis in der Kassenärztlichen Vereinigung wurde (zusammen für 2010 und 2011) ein Arzt geprüft. Daher wurden anstatt sechs nur fünf Ärzte geprüft. | 4) Die Stichprobenprüfung wurde im Jahr 2011 wegen interner Überarbeitung der Prozesse (Ziehung von Stichprobenprüfungen) ausgesetzt. | 5) Nach der Verfahrensordnung der Kassenärztlichen Vereinigung werden jeweils sechs Fälle geprüft. Prüfumfang bezieht sich auf die 2010 abrechnenden Ärzte (71 – 19,7% geprüft). | 6) Kommission (konventionelle Röntgendiagnostik, CT, alle Gebiete Radiologie und MRT) wurde neu berufen. Vorrangig wurden Antragsverfahren Radiologie geprüft, um Genehmigungen erteilen zu können. | 7) Nicht alle Ärzte haben zwölf Fälle abgerechnet, deshalb ergibt sich die geringe Zahl geprüfter Dokumentationen.

FAKULTATIVE STICHPROBENPRÜFUNGEN
§ 136 ABS. 2 SGB V ERGEBNISSE AUF SEITE 56/57

MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR KURATIVEN MAMMOGRAPHIE (MAMMOGRAPHIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; Neufassung 1.1.2007, zuletzt geändert 1.4.2011

AKKREDITIERUNG: 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 Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: alle zwei Jahre Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung von allen Ärzten Dokumentation zu zehn 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 / EVALUATION: Benchmarkbericht an den Arzt nach Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; jährliche statistische Auswertung der Eingangs-, Aufrechterhaltungs- und Dokumentationsprüfung an Vertragspartner

BERATUNG: gegebenenfalls bei erfolgloser Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung beziehungsweise bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

MAMMOGRAPHIE (KURATIV) QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2011	314	405	113	55	22	57	141	30	226	301	127	41	118	70	73	74	224
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	318	397	111	58	22	56	145	31	222	330	133	42	122	71	75	75	227
Anzahl beschiedene Anträge [1])	49	161	105	5	1	2	21	2	11	102	11	1	13	3	6	1	30
neu	49	161	103	5	1	2	20	2	11	102	11	1	10	0	6	1	30
▸ davon Anzahl Genehmigungen	49	156	94	5	1	2	16	2	11	96	9	1	7		5	1	30
▸ davon Anzahl Ablehnungen		5	9				4			6	2		3		1		
erneut	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0
▸ davon Anzahl Genehmigungen			2				1						3	2			
▸ davon Anzahl Ablehnungen														1			
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden			1				1				1						
▸ davon nicht bestanden																	
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Beanstandungen																	
▸ davon mit Beanstandungen																	
BEURTEILUNG VON MAMMOGRAPHIEAUFNAHMEN (FALLSAMMLUNG) IM RAHMEN DES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS NACH ABSCHNITT C																	
1. Prüfungen	22	23	14	5	1	3	12	1	7	19	11	1	8	0	7	6	13
▸ davon bestanden	13	20	8	2		1	7	1	7	13	6		6		5	5	9
▸ davon nicht bestanden	9	3	6	3	1	2	5			6	5	1	2		2	1	4
Wiederholungsprüfungen	6	9	6	3	1	2	9	0	0	12	0	1	1	3	3	1	3
▸ davon bestanden	2	7	4	3	1		5			6		1	1	2	2	1	3
▸ davon nicht bestanden	4	2	2			2	4			6				1	1		
KONTROLLIERTE SELBSTÜBERPRÜFUNG IM RAHMEN DER AUFRECHTERHALTUNG DER GENEHMIGUNG NACH ABSCHNITT D																	
Anzahl Ärzte, die an der regulären Selbstüberprüfung teilgenommen haben	139	171	34	21	5	49	61	9		162	71	24	61	23	24	36	69
▸ davon bestanden	129	168	31	20	4	47	58	8		159	67	24	58	20	24	35	64
▸ davon nicht bestanden	10	3	3	1	1	2	3	1		3	4		3	3		1	5
Wiederholungsprüfung	6	0	3	0	0	1	1			2	0	0	1	0	2	0	0
▸ davon bestanden	6		2			1	1			2			1		1		
▸ davon nicht bestanden			1												1		
Anzahl Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
▸ davon bestanden										1			1				
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden										1							
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

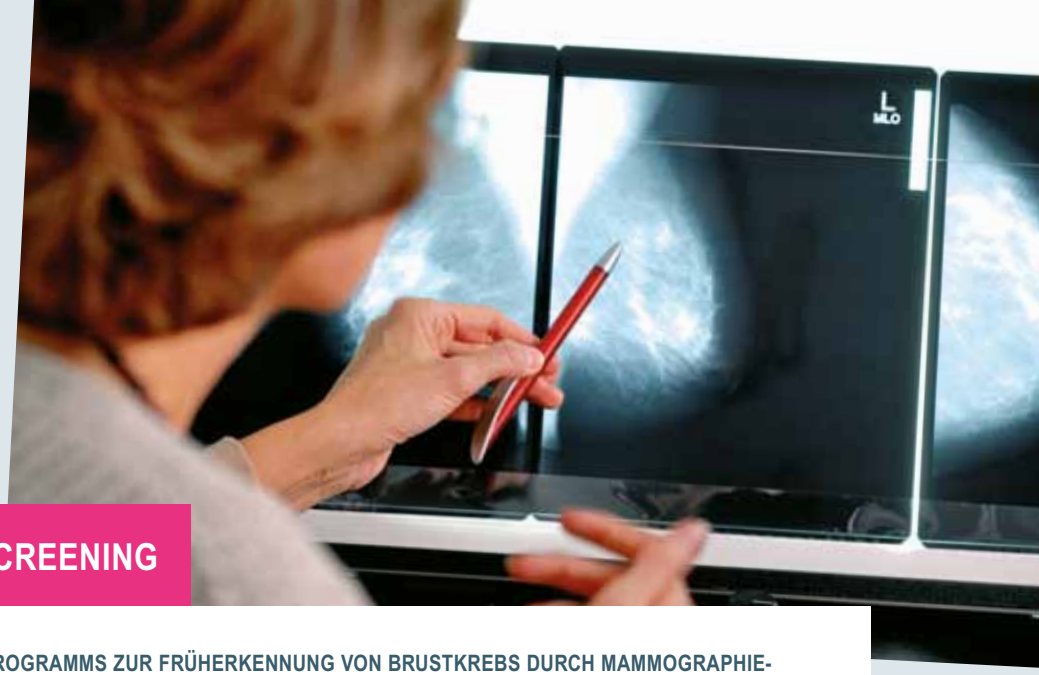
→ Fortsetzung nächste Seite

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.

→ FORTSETZUNG MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG NACH ABSCHNITT E																	
Anzahl Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	109	202	40	23	0 [1]	24	55	20	0 [2]	125	62	39	82	34	63	44	84
▸ davon erfüllt	101	185	29	22		24	42	16		118	53	35	79	31	55	41	83
▸ davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	3	3	3	1			9	4		2	1	2					1
▸ davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	5	14	8				4			5	8	2	3	3	8	3	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	3	3	1	0	2	0	5 [3]	4	0	7	0	0	0	0	0	3	0
▸ davon erfüllt		3	1		2		5	4		7						3	
▸ davon nicht erfüllt	3																
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7 b innerhalb drei Monaten	5	14	7	0	0	0	[3]	0	0	6	4	0	3	4	4	0	0
▸ davon erfüllt		12	4							5	4		3	4	4		
▸ davon nicht erfüllt	5	2	3							1							
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	0	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
RÜCKGABE / BEENDIGUNG VON GENEHMIGUNGEN ODER WIDERRUFE § 14 ABS. 5																	
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind	0	1	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind	0	4	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [4]	0	138	14	2	1	0	k.A.	1	6	2	0	0	3	1	3	4	9

[1]) Prüfungen finden zweijährlich statt, zuletzt 2010. | [2]) Wegen Zentralisierung der Prüfungen auf eine Bezirksstelle wurden 2011 keine Dokumentationsprüfungen nach Abschnitt E durchgeführt. Auch ist durch die Umstellung die Diskrepanz zwischen Genehmigungen Anträgen und Rückgaben begründet. | [3]) Keine Unterscheidung in Wiederholungsprüfungen innerhalb von sechs bzw. drei Monaten möglich. | [4]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.



MAMMOGRAPHIE-SCREENING

VERSORGUNG IM RAHMEN DES PROGRAMMS ZUR FRÜHERKENNUNG VON BRUSTKREBS DURCH MAMMOGRAPHIE-SCREENING, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert 1.4.2011. **RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN (KREBSFRÜHERKENNUNGS-RICHTLINIE), ABSCHNITT B NR. 4–7,** Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1.1.2004, zuletzt geändert 1.5.2010. **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR KURATIVEN MAMMOGRAPHIE (MAMMOGRAPHIE-VEREINBARUNG),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; Neufassung 1.1.2007, zuletzt geändert 1.4.2011

PROGRAMMVERANTWORTLICHER ARZT

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: fachliche Vorrausetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung); fachliche Voraussetzungen zur Ultraschlalldiagnostik 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 Ultraschllkontrolle; vier Wochen angeleitete Tätigkeit; Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Zertifizierung der apparativen (Röntgen und Ultraschall), der räumlichen und organisatorischen Anforderungen (insbesondere der Qualifikation der radiologischen Fachkräfte) durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie

EINGANGSPRÜFUNG: Beurteilung einer speziellen Screening-Fallsammlung (50 Fälle) in Analogie der Eingangsprüfung zur Mammographie-Vereinbarung

KOLLOQUIUM: 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: jährliche Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; alle 30 Monate nach Beginn der Tätigkeit der Leistungsparameter (zusätzlich 6 Monate nach Beginn)

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: jährliche Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; alle 30 Monate nach Beginn der Tätigkeit der Leistungsparameter (zusätzlich 6 Monate nach Beginn)

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Dokumentationsprüfung zu 20 Fällen und zweijährliche Dokumentationsprüfung zu zehn Abklärungsfällen (zusätzlich innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung zu zehn Abklärungsfällen) durch das zuständige Referenzzentrum auf Anforderung der Kassenärztlichen Vereinigungen

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: wöchentliche interdisziplinäre Fallkonferenzen; Vorgaben zu kollegialen Fachgesprächen mit dem Referenzzentrum; Fortbildungen der radiologischen Fachkräfte

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; jährliche detaillierte Berichte

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche mit dem Referenzzentrum und interdisziplinären Konferenzen

HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlanforderungen: Beurteilung von 100 Mammakarzinomen und 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb der letzten zwei Jahre; Prüfung von apparativen und räumlichen Anforderungen

FREQUENZREGELUNG: jährliche Beurteilung von 100 Läsionen der Mamma im Rahmen des Mammographie-Screenings

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: zweijährlicher Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen (zu allen vorgenommenen Beurteilungen)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Zweitmeinung für die ersten 50 Beurteilungen, Teilnahme am Verfahren zur Selbstüberprüfung der histopathologischen Befundqualität

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

BEFUNDUNG VON SCREENING-MAMMOGRAPHIEN

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

EINGANGSPRÜFUNG: Beurteilung einer speziellen Screening-Fallsammlung (50 Fälle) in Analogie der Eingangsprüfung zur Mammographie-Vereinbarung

KOLLOQUIUM: 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: jährliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 Fällen; gegebenenfalls 3.000 unter Supervision

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: jährlich nach Erteilen der unbefristeten Genehmigung Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: regelmäßige Teilnahme an Konsensuskonferenzen; jährlich kollegiales Fachgespräch mit dem programmverantwortlichen Arzt zur Sensitivität und Spezifität der Befundung; zweijährlicher Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; halbjährliche Statistik und vergleichende Auswertung der erbrachten Leistungen (Anteil Karzinome, falsch-positive, falsch-negative Befunde)

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

BIOPSIEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlanforderungen unter Anleitung: zehn Stanzbiopsien der Mamma unter Ultraschallkontrolle, zehn Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle, zehn Kalibrierungen des Zielgerätes

FREQUENZREGELUNG: jährlich 20 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle bzw. jährlich 25 Vakuumstanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Bei Vakuumbiopsien: zweijährliche Prüfung von zehn Fällen

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem programmverantwortlichen Arzt zur Biopsiestatistik (Konkordanz)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem programmverantwortlichen Arzt zur Biopsiestatistik (Konkordanz), bei Vakuumbiopsien: jährliche vollständige Auflistung mit Indikation und abschließendem histopathologischem Befund

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
programmverantwortliche Ärzte	19	26	8	4	3	4	12	4	14	18	8	2	11	7	7	3	19
davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	6	13	4	4	3	4	0	4	3	10	3	2	7	5	6	3	4
kooperierende Ärzte																	
Befunder von Mammographie-aufnahmen	68	95	23	15	13	6	42	15	77	59	24	10	30	16	23	21	76
histopathologische Beurteilung	21	31	11	7	3	4	15	5	28	24	13	3	11	8	8	4	21
Erbringung von Stanzbiopsien	22	35	7	0	5	0	18	5	31	33	12	n.a.	11	2	4	6	25
▸ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	22	32	7		5		18	5	31	20	12		5	2	4	6	25
ermächtigte Krankenhausärzte	84	37	13	8	4	0	56	13	77	40	39	15	22	26	20	7	58

n.a. = nicht angegeben

AKTUELLES

ZWEITER EVALUATIONSBERICHT UND ZWEITER QUALITÄTSSICHERUNGSBERICHT ERSCHIENEN

Das Mammakarzinom ist der häufigste bösartige Tumor bei Frauen. Mit zunehmendem Alter steigt das Erkrankungsrisiko. Das 2005 eingeführte Mammographie-Screening-Programm wird seit Ende 2009 flächendeckend durch 94 Praxen, den Screening-Einheiten angeboten. Jede Frau in Deutschland zwischen 50 und 69 Jahren hat alle zwei Jahre Anspruch auf eine Mammographie-Untersuchung. Etwa jede zweite Frau, rund 54 Prozent, nimmt dieses Angebot zur Früherkennung im qualitätsgesicherten Mammographie-Screening-Programm wahr.

Zum zweiten Mal seit Einführung des Programms im Jahr 2005 legte die Kooperationsgemeinschaft Mammographie, die in gemeinsamer Trägerschaft von den gesetzlichen Krankenkassen und der KBV zur Koordination, Qualitätssicherung und Evaluation gegründet wurde, die Auswertungen der Daten für Deutschland in einem Evaluationsbericht sowie einem Qualitätsbericht für diesen Zeitraum, vor. Erstmalig konnten nun Ergebnisse für die „Folgerunden“ veröffentlicht werden, da im Auswertungszeitraum 2008 bis 2009 die Einführung des Mammographie-Screening-Programms weitgehend abgeschlossen war und Frauen bereits wiederholt (im Zwei-Jahres-Intervall) am Screening teilgenommen haben.

Rund 80 Prozent der entdeckten Krebsformen sind invasive Karzinome. Dabei handelt es sich um Tumore, die zerstörerisch in das umliegende Gewebe wachsen und Metastasen bilden können. Bei 75 Prozent der invasiven Karzinome waren die Lymphknoten der Frauen, die erstmalig am Screening teilnahmen, noch nicht befallen. In der Folgerunde stieg der Anteil auf 79 Prozent.

30 Prozent aller in der Screening-Erstuntersuchung entdeckten invasiven Karzinome sind kleiner als zehn Millimeter. Bei bereits schon einmal gescreenten Frauen sind es sogar 35 Prozent. Zum Vergleich: Vor dem Screening waren dies nur 14 Prozent. Die prognostisch ungünstigeren größeren Tumore (größer als zwei Zentimeter) hingegen machen im Screening nur noch 23 Prozent (Erstuntersuchung) sowie 19 Prozent (Folgeuntersuchung) aller entdeckten invasiven Karzinome aus, während dies vor dem Screening noch gut 40 Prozent waren. Bei acht von 1.000 Frauen wird in der Erstuntersuchung Brustkrebs entdeckt. Die Brustkrebsentdeckungsrate, ebenfalls ein definierter Leistungsparameter in der Evaluation, sinkt erwartungsgemäß in der Folgerunde auch im deutschen Programm auf fünf bis sechs von 1.000 Frauen.

Jährlich erkranken über 59.000 Frauen in Deutschland erstmals an Brustkrebs (Robert Koch-Institut 2010); rund 17.000 Frauen sterben jedes Jahr daran.

MEHR INFOS UNTER:
www.mammo-programm.de/fachinformationen/fachinformationen.php

MEDIZINISCHE REHABILITATION

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des veranlassenden Arztes

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

MEDIZINISCHE REHABILITATION QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN									2)					3)			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	7.325	9.309	994	653	480	678	2.355	793	3.251	3.108	1.715	596	2.009	1.270	1.737	1.256	3.497
Anzahl beschiedene Anträge 1)	316	676	132	58	20	52	166	38	182	257	110	30	137	48	44	100	205
▸ davon Anzahl Genehmigungen	316	669	130	58	20	52	165	38	178	256	110	30	134	48	42	100	194
▸ davon Anzahl Ablehnungen		7	2				1		4	1			3		2		11
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden			1														
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	508	24	0	19	9	4	0	53	1	56	15	55	25	58	9	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich. | 3) Rückgaben erfolgten wegen Praxisaufgabe.

Die neuropsychologische Therapie ist neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufnahme der Neuropsychologie in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-Richtlinie) wurde am 23. Februar 2012 im Bundesanzeiger veröffentlicht und ist am 24. Februar 2012 in Kraft getreten.

NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE

GRÜNDE UND ZIELE DER EINFÜHRUNG

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuropsychologische Therapie im Herbst 2011 nach mehrjähriger Beratung in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen. Sowohl die KBV als auch die Krankenkassen hatten sich dafür eingesetzt, um die Versorgung insbesondere von Patienten mit Schlaganfall oder Schädelhirntrauma infolge eines Unfalls verbessern zu können. Bislang konnte die Therapie nur während eines Aufenthaltes im Krankenhaus und/oder in einer Reha-Einrichtung erfolgen. Ihre Fortführung in einer ambulanten Praxis war lediglich in Einzelfällen im Rahmen von Kostenerstattung möglich. Entsprechend wenig Therapeuten gibt es derzeit, die sich auf Neuropsychologie spezialisiert haben. Nunmehr kann die Leistung regulär ambulant erbracht werden.

Die Definition

Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen geistiger (kognitiver) Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Es handelt sich um Patienten mit hirnorganischen Erkrankungen, zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder Unfall.

WESENTLICHE INHALTE DER RICHTLINIE IM ÜBERBLICK

Indikation: Wann kommt die neuropsychologische Therapie zur Anwendung?

Die Indikation für die ambulante neuropsychologische Therapie ist in § 4 der Anlage zur Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung (MVV-RL) geregelt. Dazu werden im Absatz 1 die entsprechenden ICD-10-Kodes aufgeführt. Diese stellen allerdings erst dann eine Indikation dar, wenn die Diagnose Folge einer akuten Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung) ist. Zudem muss eine krankheitswerte Störung in mindestens einem der folgenden Funktionsbereiche vorliegen:

- Lernen und Gedächtnis
- Wahrnehmung, räumliche Leistungen
- höhere Aufmerksamkeitsleistungen
- Denken, Planen und Handeln
- psychische Störungen bei organischen Störungen.

Zur weiteren Differenzierung der Indikation sind im Absatz 3 Sachverhalte und Krankheitsbilder definiert, bei denen die Durchführung einer neuropsychologischen Therapie ausgeschlossen ist. Dazu gehören das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (AD(H)S), angeborene Intelligenzminderungen und Erkrankungen des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, zum Beispiel mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimertyp. Bei einer Gehirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patienten, deren Beginn länger als fünf Jahre zurückliegt, sind gegebenenfalls auf Antrag bei der Krankenkasse Ausnahmen in begründeten Einzelfällen möglich.

Diagnostik: Wie erfolgt die Feststellung der Indikation?

Die Feststellung der Indikation für eine neuropsychologische Therapie erfolgt zweistufig. Sie wird in § 5 der Anlage zur MVV-RL beschrieben:

- Stufe 1 – somatische Abklärung. In einem ersten Schritt klärt der Arzt ab, ob der Patient an einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung leidet.
- Stufe 2 – neuropsychologische Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsplan.

Nach Feststellung der Diagnose prüft ein Arzt oder Psychotherapeut mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation, ob eine neuropsychologische Therapie für den Patienten infrage kommt.

HINWEIS:
Die Diagnostik der Stufe 1 darf aus Gründen der Qualitätssicherung nicht von ein und demselben Arzt durchgeführt werden, der gegebenenfalls die neuropsychologische Therapie durchführt.

Qualifikation: Wer darf Diagnostik und Therapie durchführen?

Die erforderliche Qualifikation wird in § 6 der Anlage zur MVV- Richtlinie geregelt. Danach benötigen Ärzte und Psychotherapeuten, die Leistungen der Diagnostik (Stufe 2) und Therapie abrechnen wollen, eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Für die Indikationsstellung (Stufe 1) reicht eine entsprechende Facharztausbildung.

- Diagnostik Stufe 1:
  Zur Feststellung der Indikation sind berechtigt: Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurochirurgie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (vgl. § 6 Abs. 1 der Anlage zur MVV-RL).

- Diagnostik Stufe 2 und Therapie:
  Zur Durchführung der spezifischen neuropsychologischen Diagnostik und zur anschließenden Therapie sind nur Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherpeuten berechtigt, die eine neuropsychologische Zusatzqualifikation nachweisen können (§ 6 Abs. 2 der Anlage zur MVV-RL).

Die Anforderungen zur neuropsychologischen Diagnostik und Therapie sind in den Weiterbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern beziehungsweise der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer definiert.

HINWEIS:
In der ärztlichen Weiterbildungsordnung gibt es bisher noch keine entsprechende Zusatzbezeichnung. Deshalb müssen Ärzte die oben genannten Inhalte inhaltsgleich oder gleichwertig nachweisen, wenn sie eine Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung der spezifischen neuropsychologischen Diagnostik und Therapie erhalten wollen.

Dauer, Art und Umfang: Wie erfolgt die Therapie?

- Die neuropsychologische Therapie ist nicht antragspflichtig. Der Beginn der Behandlung ist lediglich der Krankenkasse anzuzeigen und zwar spätestens mit Abschluss der probatorischen Sitzungen.
- Die neuropsychologische Therapie kann in Form von Einzel- oder Gruppenbehandlung mit maximal fünf Patienten durchgeführt werden (§ 7 der Anlage).
- Die Behandlung kann auch außerhalb der Praxis/Einrichtung erbracht werden, wenn dies medizinisch notwendig ist. Die Notwendigkeit hierfür ist allerdings gesondert zu begründen und zu dokumentieren (§ 9 der Anlage).
- Die neuropsychologische Diagnostik (Stufe 2) und Behandlung ist persönlich durch den Arzt/Psychotherapeuten zu erbringen, der über eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügt.

Leistungsumfang:

- zur Diagnostik maximal bis zu fünf probatorische Sitzungen
- Einzelbehandlung bis zu 60 Sitzungen à 50 Minuten oder 120 Sitzungen bei Unterteilung in 25 Minuten; gegebenenfalls um 20 Sitzungen verlängerbar
- Gruppenbehandlung bis zu 40 Sitzungen à 100 Minuten oder bis zu 80 Sitzungen bei 50 Minuten Sitzungsdauer
- bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist die gesamte Behandlung im Rahmen des als Regelfall definierten Leistungsumfangs von 60 oder 120 Sitzungen durchzuführen.

Dokumentation und Stichprobenprüfungen: Wie erfolgt die Qualitätssicherung?

Als Teil der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung ist neben der Genehmigungspflicht durch die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Dokumentation vorgeschrieben (§ 9 der Anlage zur MVV-RL). Ärzte und Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung zur neuropsychologischen Diagnostik (Stufe 2) und Therapie sind verpflichtet, die Befunde (nach § 5 der Anlage), den Therapieplan sowie den Behandlungsverlauf, Änderungen im Therapieplan, die Anzahl und Dauer der Behandlungen pro Woche und die Gesamtbehandlungsanzahl zu dokumentieren. Dokumentiert werden muss ferner, wenn die Dauer der Behandlungseinheiten reduziert, der Behandlungsumfang aus medizinischen Gründen verlängert werden muss oder sich die Therapie außerhalb der Praxis/Einrichtung als medizinisch notwendig erweist. In allen drei Fällen ist eine Begründung erforderlich.

Die Überprüfung der sachgerechten Dokumentation sowie der Indikation erfolgt durch Stichproben im Einzelfall. Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten dazu speziell für den Leistungsbereich der ambulanten Neuropsychologie Qualitätssicherungskommissionen ein. Diese Kommissionen können auch für den Bereich von mehr als einer Kassenärztlichen Vereinigung eingerichtet werden. Dies erlaubt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V), deren Regeln auch für die Sicherung der Qualität im Rahmen der neuropsychologischen Therapie gelten. Da der Gemeinsame Bundesausschuss keine weitergehenden Inhalte für Stichprobenprüfungen im Bereich Neuropsychologie festgelegt hat, werden sich diese zusätzlich zur Überprüfung der Indikation auf die Überprüfung der sachgerechten Dokumentation gemäß § 9 der Anlage zur MVV-RL beziehen.

ONKOLOGIE

VEREINBARUNG ÜBER DIE QUALIFIZIERTE AMBULANTE VERSORGUNG KREBSKRANKER PATIENTEN (ONKOLOGIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2011

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie: Pro Quartal und Arzt Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und / oder intrakavitärer und / oder intraläsionaler Behandlung. Ärzte anderer Fachgruppen unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite. Pro Quartal und Arzt Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und / oder intrakavitärer antineoplastischer und / oder intraläsionaler Behandlung

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; jährlich zweimalige Teilnahme an industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen; jährlich mindestens eine onkologische Fortbildung des Praxispersonals

ONKOLOGIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN	2)		3)						4)	5)	6)		2)	2,7)	2)	2)	2,8,9,10)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2011	401	307	240	108	48	121	194	46	385	495	161	31	216	99	149	81	343
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	431	336	244	111	47	123	172	49	389	503	167	28	215	100	154	73	349
▸ darunter Anzahl Ärzte in Neu- / Jungpraxen	2)	119	26	3	6	11	26	1	66	17	13	2	2)	15	4	2)	36
▸ darunter Anzahl Ärzte in Praxen die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0	114	238	3	0	71	76	10	323	344	74	2	2)	2)	16	2)	349
Anzahl beschiedene Anträge 1)	58	108	40	3	1	80	207	5	41	210	13	3	15	4	13	12	413
▸ davon Anzahl Genehmigungen	57	98	29	3	1	79	163	4	39	198	13	2	12	3	9	10	349
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1	10	11			1	44	1	2	12		1	3	0	4	2	64
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	66	0	0	0	1	0	0	81
▸ davon bestanden							1			65				1			81
▸ davon nicht bestanden										1							
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	7	0	1	4	0	1	8	0	0	4	7	0	0	5	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	k.A.	69	23	0	3	5	k.A.	1	27	0	0	1	3	3	4	1	19

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es besteht eine andere landesweit geltende (Ergänzungs-)Regelung. | 3) Bei Widerrufen blieb die Basisgenehmigung erhalten. | 4) Voraussetzung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung ist in Niedersachsen das elektronischen Tumorerfassungssystem ONkeyLINE. | 5) Unterschied zur Zahl der Ärzte mit Genehmigungen des Vorjahres, da alle Ärzte angeschrieben wurden und sich aktiv zurückmelden mussten. | 6) Angabe zu Anzahl Ärzte, die zur Teilnahme an der Vereinbarung zugelassen sind, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten nicht erbringen können, bezieht sich auf die regional geschlossene Vereinbarung. 7) Eine Antragsrücknahme. | 8) 64 Ablehnungen, davon 36 die keinen neuen Antrag gestellt haben sowie sechs Teilablehnungen. | 9) 19 Rückgaben/Beendigungen, davon 14 Verzichte von diesen ein Teilverzicht. | 10) Alle Genehmigungen wurden zur Sicherstellung der onkologischen vertragsärztlichen Versorgung erteilt.

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

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN									2)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011 1)	414	573	203	77	47	119	258	59	318	509	158	49	142	82	116	73	340
Anzahl beschiedene Anträge	28	121	20	10	1	7	17	3	23	24	15	4	10	2	4	7	7
▸ davon Anzahl Genehmigungen	28	121	20	10	1	7	17	3	23	24	15	4	9	2	4	7	6
▸ davon Anzahl Ablehnungen													1				1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	98	12	2	2	6	1	4	7	0	13	6	5	1	1	5	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich.

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNGEN ZUR PHOTODYNAMISCHEN THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001 zuletzt geändert: 1.7.2011 (Aussetzung der Dokumentationsprüfungen nach § 6 bis zum 30.6.2014)

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

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Prüfung richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: je Arzt zehn Erstdokumentationen jährlich; nach Erfüllen der Anforderungen bei Prüfungen in zwei aufeinander folgenden Jahren: zweijähriges Prüfintervall

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Vertragspartner

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2011	44	49	19	13	3	11	13	9	38	46	12	9	23	5	20	5	49
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	42	52	19	12	3	9	13	9	38	47	12	8	22	5	20	5	50
Anzahl beschiedene Anträge [1])	0	10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2
neu		10								1			1	1			2
▸ davon Anzahl Genehmigungen		10								1			1				2
▸ davon Anzahl Ablehnungen														1			
erneut gemäß § 6 Abs. 6		0								0			0	0			0
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0								0			0	0			0
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5 S. 3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1])	2	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR PHOTOTHERAPEUTISCHEN KERATEKTOMIE (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007

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

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Prüfung richtet sich auch auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: alle zwei Jahre, mindestens zehn Prozent der Ärzte, zehn Prozent der Fälle insgesamt, je Arzt höchstens zehn Fälle

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Vertragspartner

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN							2)			3)					4)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	18	40	5	1	1	1	7	1	12	29	3	1	2	2	3	5	28
Anzahl beschiedene Anträge 1)	2	10	0	0	0	0	0	1	0	4	1	0	0	0	1	0	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2	9						1		3	1				1		2
▸ davon Anzahl Ablehnungen		1								1							
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0						0		0	0				0		0
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	2	6	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																	
Anzahl geprüfter Ärzte	3	13	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Beanstandungen		11	2						3								
▸ davon mit Beanstandungen	3	2															
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Beanstandungen																	
▸ davon mit Beanstandungen	1																
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden	1																
▸ davon nicht bestanden																	

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Keine Dokumentationsprüfung durchgeführt, da für eine Prüfung nicht genug Leistungen abgerechnet wurden. | 3) Dokumentationsprüfungen nach § 7 wurden 2011 nicht durchgeführt. | 4) Leistung wurde 2011 nur einmal abgerechnet.

PSYCHOTHERAPIE

VEREINBARUNG ÜBER DIE ANWENDUNG VON PSYCHOTHERAPIE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG (PSYCHOTHERAPIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2008. **RICHTLINIE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG DER PSYCHOTHERAPIE (PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIE),** Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: zuletzt geändert: 14.4.2011

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: obligates Gutachterverfahren für Langzeittherapien, für Kurzzeittherapien Befreiung möglich

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Gutachterverfahren; Bericht an Gutachter und Vertragspartner

STATUS QUO

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

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

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

Richtlinienverfahren:
- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie.

Psychosomatische Grundversorgung:
- verbale Interventionen
- übende Techniken (Autogenes Training, Jacobson'sche Relaxation)
- suggestive Techniken (Hypnose).

GUTACHTERSTATISTIKEN IM ZEITVERLAUF 2006 BIS 2011

Verfahren		Anzahl (Ober-)Gutachter	Anzahl (Ober-)Gutachten	Nichtbefürwortung der Anträge in %	Änderung der Anträge in %
tiefen-psychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	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
	2009	92 Gutachter	164.587 Gutachten	4,0	10,3
		16 Obergutachter	1.917 Obergutachten	23,0	23,0
	2010	89 Gutachter	158.440 Gutachten	4,0	11,5
		davon 11 Gutachter mit 19.452 Gutachten für Kinder und Jugendliche			
		13 Obergutachter	1.621 Obergutachten	22,9	17,8
	2011	86 Gutachter	164.857 Gutachten	4,0	11,2
		davon 11 Gutachter mit 24.055 Gutachten für Kinder und Jugendliche			
		14 Obergutachter	1.776 Obergutachten	24,7	19,1
Verhaltens-therapie	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
	2009	78 Gutachter	142.896 Gutachten	2,8	7,0
		8 Obergutachter	551 Obergutachten	18,1	26,0
	2010	77 Gutachter	140.270 Gutachten	2,7	6,4
		davon 11 Gutachter mit 16.084 Gutachten für Kinder und Jugendliche			
		9 Obergutachter	551 Obergutachten	21,5	29,4
	2011	73 Gutachter	151.546 Gutachten	3,0	6,2
		davon 12 Gutachter mit 19.318 Gutachten für Kinder und Jugendliche			
		9 Obergutachter	729 Obergutachten	18,5	37,4

Gutachterverfahren

Das Gutachterverfahren ist ein Instrument der Prozessqualität psychotherapeutischer Behandlungen. Gemäß Abschnitt F § 25 der Psychotherapie-Richtlinie muss jede Psychotherapie bei der Krankenkasse des Patienten von diesem beantragt werden. Gemäß Abschnitt F § 25 Abs. 1 der Richtlinie ist dieser Antrag vom Therapeuten grundsätzlich in einem Bericht an einen Gutachter zu begründen. Befreiungsmöglichkeiten von dieser Berichtspflicht sind in Abschnitt F § 26a der Richtlinie für eine Kurzzeittherapie bis 25 Behandlungsstunden definiert. Hierfür ist eine festgelegte Anzahl von positiv beurteilten Berichten aus dem Gutachterverfahren der Kassenärztlichen Vereinigung vom Therapeuten vorzulegen. Eine Langzeittherapie über 25 Behandlungsstunden ist immer gutachterpflichtig. Das Gutachterverfahren dient dazu, festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und den -Vereinbarungen festgelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Verfahren 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. Gemäß § 12 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarungen sind die Gutachter verpflichtet, eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutachtungen zu erstellen. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen wird regelmäßig über die Ergebnisse dieser Statistik informiert. Dabei wird seitens der KBV die Anzahl der Begutachtungen erfasst und aufgeschlüsselt nach Begutachtungen für Kurzzeittherapien, Erstanträgen auf Langzeittherapien, Umwandlungsanträgen von Kurzzeittherapien in Langzeittherapien und Fortführungsanträgen. Weiterhin werden die Anzahl der jeweils ohne Änderungen beziehungsweise mit Änderungen befürworteten Anträge und die Anzahl der nichtbefürworteten Anträge erfasst. So entsteht ein jährlicher Überblick über die individuellen und auch durchschnittlichen Quoten von befürworteten, mit Änderungen befürworteten und nichtbefürworteten Anträgen.

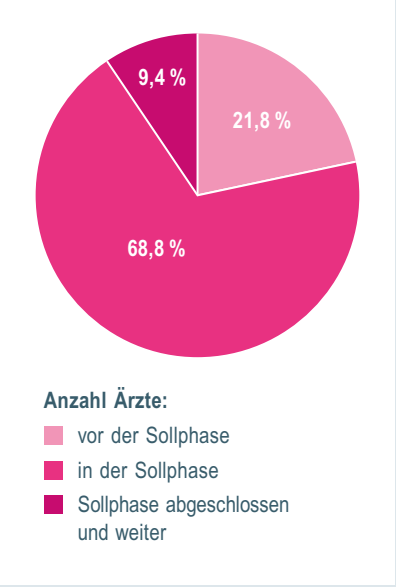
QUALITÄTSMANAGEMENT

Die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie an dessen Grundelemente und Instrumente sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses seit 2006 festgeschrieben. Die Richtlinie regelt auch, dass der Stand der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von Stichproben (mindestens 2,5 Prozent der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten) jährlich zu überprüfen und das Ergebnis dem Gemeinsamen Bundesausschuss mitzuteilen ist. Für die Stichprobenziehung und die Auswertung der Fragebögen hat die KBV in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Software entwickelt, die allen Kassenärztlichen Vereinigungen ein einheitliches Vorgehen ermöglicht.

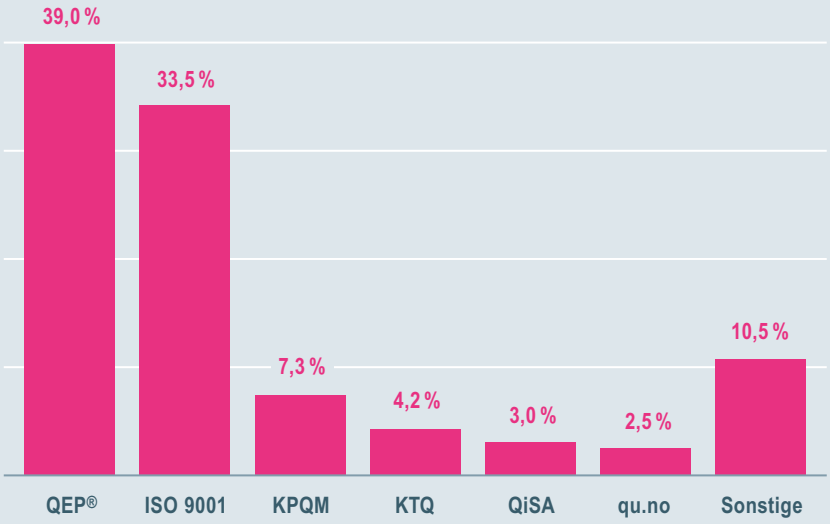
Sechs Jahre nach dem Inkrafttreten der gesetzlichen Verpflichtung für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren, ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen, ist dieses Thema von den Akteuren fest in ihre tägliche Arbeit integriert. Die Stichprobenprüfungen bestätigen die flächendeckende Umsetzung der Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bereits zum fünften Mal forderten die Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 2011 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auf. Nach einer vorläufigen Auswertung der Ergebnisse aus den Kassenärztlichen Vereinigungen (Stand Mai 2012) lag die Rücklaufquote der Fragebögen bei 94,9 Prozent. Die Befragten, darunter auch 34 ärztliche Leiter von Medizinischen Versorgungszentren und 198 ermächtigte Krankenhausärzte, machten folgende Angaben zum Entwicklungsstand ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements:

Das von 39,0 Prozent der Befragten eingesetzte Qualitätsmanagementsystem QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® ist von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV speziell für vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen entwickelt worden. QEP® ist spezifisch auf die Abläufe und Bedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zugeschnitten und ermöglicht je nach Ausgangssituation und Bedarf einen schrittweisen Einstieg ins Qualitätsmanagement.

STICHPROBENZIEHUNG 2011: PHASENANTEILE DER RÜCKMELDUNGEN 3.143 PRAXEN



EINGESETZTE QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEME 1.652 PRAXEN



QUALITÄTSZIRKEL

MEHR INFOS UNTER:
www.kbv.de/themen/qualitaetszirkel.html

Qualitätszirkel haben sich in der ambulanten Versorgung sowohl als Instrument der Qualitätsförderung als auch als effektive Form des interkollegialen Lernens von Vertragsärzten/-psychotherapeuten etabliert. Ärzte und Psychotherapeuten tauschen sich in moderierten Arbeitskreisen über ihre Tätigkeit aus, um die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Qualitätszirkel sind damit ein wichtiges Instrument der Qualitätsförderung und -sicherung. Zunehmend werden auch Krankenhausärzte, Praxispersonal oder andere Heilberufe in die Zirkelarbeit integriert.

Qualitätskriterien für das Qualitätsförderungsinstrument Qualitätszirkel sind in den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinien) festgeschrieben. Die Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV bilden die Grundlage der Qualitätszirkel-Grundsätze der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die KBV unterstützt die regionale Qualitätszirkel-Arbeit durch ein methodisch-didaktisches Konzept auf der Grundlage des Train-the-Trainer-Prinzips, das im Handbuch Qualitätszirkel niedergeschrieben ist. Das Konzept wird kontinuierlich weiterentwickelt und durch neue Dramaturgien ergänzt. Aktuell wird die 3. Auflage des Handbuchs im Deutschen Ärzte-Verlag vorbereitet.

Grundsätzliche Informationen zur Qualitätszirkelarbeit finden sich in einem von der KBV herausgegebenen Flyer, der auf der Website heruntergeladen werden kann.

Ein quartalsweise erscheinender Newsletter stellt Qualitätszirkel-Moderatoren und -Tutoren Erfahrungsberichte und aktuelle Informationen für die Zirkelarbeit zur Verfügung.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen gab es im Jahr 2011 bundesweit:

- mehr als 8.700 Qualitätszirkel (Davon erfüllen etwa 7.600 die Qualitätsstandards der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV.)
- etwa 84.000 Teilnehmer an Qualitätszirkeln
- etwa 8.000 ausgebildete Qualitätszirkel-Moderatoren (407 Moderatoren wurden 2011 neu ausgebildet.)
- 96 aktive Qualitätszirkel-Tutoren (Sechs neue Tutoren haben in 2011 ihre Ausbildung bei der KBV abgeschlossen. Weitere zwölf Tutoren wurden 2012 in der nunmehr achten Schulungsstaffel neu ausgebildet.).

Jährlich durchgeführte Nationale Qualitätszirkel-Tutorentreffen, Fortbildungsveranstaltungen für Qualitätszirkel-Tutoren und der regelmäßige Erfahrungsaustausch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vervollständigen das Serviceangebot der KBV. In Zusammenarbeit mit Qualitätszirkel-Tutoren und Wissenschaftlern wurde das Qualitätszirkel-Konzept der KBV 2011 durch zwei neue Dramaturgien (Curricula) für die Anwendung in Qualitätszirkeln ergänzt:

- Dramaturgie „Selbstbewertung und Zertifizierung nach QEP®"
- Dramaturgie „Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt".

Weitere Dramaturgien werden erarbeitet.

Die Themengebiete der Zirkelarbeit reichen von A wie ambulantes Operieren oder Arzneimitteltherapie bis Z wie Zwangsstörungen und betreffen alle Fachgebiete. Neben reinen hausärztlichen, fachärztlichen oder psychotherapeutischen Zirkeln arbeiten etwa 2.500 Zirkel fachgebiets-, berufsgruppen- oder sektorenübergreifend.

Die Ausbildung von Qualitätszirkel-Moderatoren durch Tutoren in Eigenverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen stellt ein neues Element des Qualitätszirkel-Konzepts dar. Die KBV hat deshalb im Jahr 2011 eine Evaluation der Moderatorenaus- und -fortbildung durchgeführt. Die Ergebnisse bestätigen den Ansatz, die selbstbestimmte Arbeit der Qualitätszirkel durch Trainings- und Serviceangebote der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen zu unterstützen und zu fördern. Die Tutoren erhielten für die Ausbildung Noten von 1,3 bis 1,8. Der Nutzen des Qualitätszirkel-Konzeptes ist deutlich geworden: Als Ergebnis der Ausbildung schätzten die Teilnehmer ein, das Gelernte im Qualitätszirkel umsetzen zu können. Die Teilnahme an der Ausbildung erlebten sie als wichtig für die Moderatorentätigkeit. 73,8 Prozent der Befragten waren mit ihren bisherigen Erfahrungen als Qualitätszirkelteilnehmer sehr zufrieden oder zufrieden.

SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; bei Genehmigungen zur Polysomnographie zusätzliche Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen und organisatorischen Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung erbracht wurden

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang dann nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: gegebenfalls bei Dokumentationsprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2011	384	467	101	79	32	89	212	51	274	352	200	40	98	70	98	63	372
▸ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	342	416	89	60	30	84	188	47	227	309	178	33	95	50	79	60	299
▸ davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	63	51	10	19	2	5	25	1	31	43	20	7	3	17	17	3	73
▸ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	9		2					3	16	40	2			3	2		
Anzahl beschiedene Anträge [1])	59	95	10	4	3	5	27	7	19	37	15	2	6	7	18	8	35
▸ davon Anzahl Genehmigungen	59	92	9	4	3	5	24	7	19	37	15	2	5	7	18	8	31
▸ davon Anzahl Ablehnungen		3	1				3						1				4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden		1															
▸ davon bestanden																	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
▸ davon bestanden													1				
▸ davon bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1])	0	57	1	2	0	3	4	0	4	0	11	0	3	2	1	0	0

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.

FAKULTATIVE STICHPROBENPRÜFUNGEN
§ 136 ABS. 2 SGB V ERGEBNISSE AUF SEITE 56/57

SCHMERZTHERAPIE

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung und gegebenenfalls bei Patienten, die länger als zwei Jahre in Dauerbehandlung sind

FREQUENZREGELUNG: bei schmerztherapeutischen Einrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkranke Patienten pro Quartal

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Dokumentationsprüfung auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: pro Jahr acht (schmerztherapeutische Einrichtungen zwölf) interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung in schmerztherapeutischen Einrichtungen; tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu sammeln und jährlich auszuwerten; Zusammenstellung an Vertragspartner auf Anforderung

SCHMERZTHERAPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	[2]
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	157	142	56	61	15	21	67	26	41	135	68	17	71	29	34	29	74
Anzahl beschiedene Anträge [1]	14	59	17	3	0	2	7	1	2	7	9	2	3	3	2	6	10
► davon Anzahl Genehmigungen	14	34	15	2		1	2	1	2	7	9	2	2	3	2	4	10
► davon Anzahl Ablehnungen		25	2	1		1	5						1			2	
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	1	13	4	3		2	3	0	2	9	9	2	0	3	2	1	11
► davon bestanden	1	10	4	2		2	3		2	7	9	2		3	2	1	8
► davon nicht bestanden		3		1						2							3
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
► davon ohne Beanstandungen																	
► davon mit Beanstandungen																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	1	25	1	0	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	2	0
VERSORGUNG																	
Anzahl Kolloquien gemäß § 5 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
► davon bestanden																	
► davon nicht bestanden																	
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG						[3]									[4]		
Anzahl Prüfungen (Ärzte) gemäß § 7 Abs. 2	143	0	0	0	2	39	4	12	19	10	0	0	3	0	15	0	0
► davon ohne Beanstandungen	89				2	38		7	19	8			3		11		
► davon mit Beanstandungen	54					1	4	5		2					3		

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
[2]) Ein Wiederholungskolloquium. | [3]) Angaben beziehen sich auf Fälle und betreffen acht Ärzte. | [4]) Eine Wiedervorlage, weitere Unterlagen angefordert.

SOZIALPSYCHIATRIE

VEREINBARUNG ÜBER BESONDERE MASSNAHMEN ZUR VERBESSERUNG DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN (SOZIALPSYCHIATRIE-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2009

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Evaluation der Maßnahme erfolgt auf Basis einer Datenerhebung in den Jahren 2013 und 2014 bei allen teilnehmen Ärzten und einer Patientenstichprobe; Ergebnisse werden in aggregierter Form als Evaluationsbericht den Vertragspartnern und teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt; eine erneute Evaluation ist nach weiteren fünf Jahren vorgesehen

SOZIALPSYCHIATRIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	74	94	40	13	9	33	31	8	91	123	20	5	20	4	30	16	68
Anzahl beschiedene Anträge [1])	5	95	38	2	0	9	3	3	16	12	0	0	4	4	3	3	4
► davon Anzahl Genehmigungen	5	94	38	2		8	3	3	15	12			4	4	3	3	4
► davon Anzahl Ablehnungen		1				1			1								
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1])	0	1	2	0	0	2	1	2	3	2	0	0	0	1	1	2	0

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen und anderes.

SOZIOTHERAPIE

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis organisatorischer Anforderungen

SOZIOTHERAPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN											2)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung Stand 31.12.2011	466	248	168	26	47	42	47	28	79	117	141	32	89	3	64	21	59
Anzahl beschiedene Anträge 1)	24	11	9	0	3	1	0	2	5	1	13	2	10	0	2	0	2
► davon Anzahl Genehmigungen	24	11	9		3	1		2	5	1	12	2	9		2		2
► davon Anzahl Ablehnungen											1		1				
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	7	0	0	4	2	1	1	3	0	0	4	4	0	2	0	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen und anderes. |
2) Genehmigungen beziehen sich auf Ärzte in einer Institutsambulanz.

STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN							[2]		[3]								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	151	250	29	10	11	30	59	17	95	122	58	23	22	20	32	13	103
Anzahl beschiedene Anträge [1]	24	72	2	0	2	1	4	1	5	9	4	3	2	1	4	0	7
► davon Anzahl Genehmigungen	24	71	2		1	1	4	1	5	9	4	3		1	4		4
► davon Anzahl Ablehnungen		1			1								2				3
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
► davon bestanden																	
► davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	0	59	1	0	1	0	k.A.	0	0	0	3	0	1	1	1	0	0

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
[2]) Es sind keine Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. | [3]) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich.

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 (KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK UND COMPUTERTOMOGRAPHIE),** Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Neufassung 9.10.2010; zuletzt geändert 2.3.2011; Erstfassung 1.10.1992

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

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung (Osteodensitometrie: vor 2003) erbracht wurden

- konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
- Strahlentherapie und Nuklearmedizin: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

- konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
- Strahlentherapie und Nuklearmedizin: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

- konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik
- Strahlentherapie und Nuklearmedizin: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:

- konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: jährliche Auswertung der Stchprobenprüfungen an Gemeinsamen Bundesausschuss
- Strahlentherapie und Nuklearmedizin: gegebenenfalls bei Stichprobenprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen, jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss

BERATUNG:

- konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie:gegebenenfalls bei Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen
- Strahlentherapie und Nuklearmedizin: gegebenenfalls bei Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

STRAHLENDIAGNOSTIK/-THERAPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK																	
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 5							2)		3)	4)			5)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	2.677	3.580	781	451	248	527	1.517	399	1.842	2.813	1.055	369	928	560	645	530	2.227
Anzahl beschiedene Anträge 1)	355	4.195	387	39	29	64	114	20	219	246	104	16	51	27	43	36	271
▸ davon Anzahl Genehmigungen	334	3.838	382	39	28	61	111	20	213	201	104	16	44	25	40	36	262
▸ davon Anzahl Ablehnungen	21	357	5		1	3	3		6	45			7	2	3		9
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	13	2	3	0	0	1	0	0	0	0	3	0	14	17	1	0	11
▸ davon bestanden	12	2	3			1					3		14	14	1		11
▸ davon nicht bestanden	1													3			
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Beanstandungen																	
▸ davon mit Beanstandungen																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	4	0	0	0	1	3	0	3	1	0	0	11	2	9	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	12	3.837	75	11	40	52	k.A.	2	76	98	93	8	40	14	16	39	0
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	2.395	3.149	582	325	226	456	1.461	329	1.831	2.210	896	284	800	382	620	454	1.897
Anzahl geprüfter Ärzte	233	1.149	47	22	9	141	88	18	85	140	300	16	45	12	206	24	254
▸ Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	225	1.008	31	22	9	141	60	18	80	134	289	16	45	10	171	24	240
▸ kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	8	141	11	0	0	0	28	0	5	6	11	0	0	2	35	0	14
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	9,4	32,0	5,3	6,8	4,0	30,9	4,1	5,5	4,4	6,1	32,3	5,6	5,6	2,6	27,6	5,3	12,7
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare		6)	7)											8)			
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen abrechnender Ärzte gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen	156	107	8	16	8	60	25	2	13	73	160	10	27	3	56	14	161
▸ geringe Beanstandungen	49	542	9	5	1	52	10	15	61	51	82	2	11	3	85	4	59
▸ erhebliche Beanstandungen	13	283	0	1	0	21	21	0	6	7	28	2	4	4	11	6	13
▸ schwerwiegende Beanstandungen	7	76	14	0	0	8	4	1	0	3	19	2	3	0	19	0	7
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▸ keine Beanstandungen	4	11	0				7		0	3	6			0	13		5
▸ geringe Beanstandungen	1	68	2				9		5	3	3			0	13		5
▸ erhebliche Beanstandungen	2	58	0				6		0	0	1			0	4		3
▸ schwerwiegende Beanstandungen	1	4	9				6		0	0	1			2	5		1
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	50	1.031	37	6	0	81	3	16	72	64	134	6	18	4	137	10	80

→ Fortsetzung nächste Seite

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. | 3) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich. | 4) Differenz zur Anzahl Genehmigungen der Vorjahre beruht auf fehlerhaften Doppelzählungen. 5) Zehn der elf Widerrufe sind Teilwiderrufe. | 6) Dreijährliche Prüfungen aller Ärzte zu sechs Dokumentationen auf Grundlage der KV Kriterien. | 7) Fünf Prüfungen sind Fortsetzungen des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 3c (Ergebnisse: zwei ohne Beanstandungen, zwei geringe Beanstandungen, eine schwerwiegende Beanstandung). | 8) Kommission für alle radiologischen Leistungen neu gegründet, zunächst vorrangig Antragsbearbeitung.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	12	0	0	0	13	0	0	2	9	0	0	0	39	0	2
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	2	208	26	0	0	6	19	0	0	0	41	0	0	2	0	0	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	32	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	3
▸ davon bestanden	1	32	4												3		3
▸ davon nicht bestanden			2											1			
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMPUTERTOMOGRAPHIE																	
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 7							2)		2)				3)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	466	583	234	82	52	143	259	69	216	520	196	56	172	79	110	105	348
Anzahl beschiedene Anträge 1)	100	208	72	7	9	27	30	5	42	149	19	8	21	5	11	11	77
▸ davon Anzahl Genehmigungen	92	202	71	7	9	27	30	5	42	147	19	8	19	5	10	11	77
▸ davon Anzahl Ablehnungen	8	6	1							2			2		1		
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden	1	3	1				1				1						
▸ davon nicht bestanden											1						
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	97	20	7	5	15	k.A.	1	k.A.	3	9	2	11	3	3	7	0
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	356	448	147	67	48	107	251	69		381	152	50		69	83	98	
Anzahl geprüfter Ärzte	14	44	12	4	4	22	17	1		15	58	4		2	21	4	
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	14	44	9	4	4	22	17	1		15	58	4		1	20	4	
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3	0	0	1	0	0	0	0	0		0	0	0		1	1	0	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	3,9	9,8	6,1	6,0	8,3	20,6	6,8	1,4		3,9	38,2	8,0		1,4	24,1	4,1	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare		4)	5)					6)	7)	8)			7)	9)			7)

→ Fortsetzung nächste Seite

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. | 3) Eine der Ablehnungen ist eine Teilablehnung. | 4) Dreijährliche Prüfungen aller Ärzte zu sechs Dokumentationen, Stichprobenprüfung ab März 2011 ausgesetzt. | 5) Zwei Prüfungen sind Fortsetzungen des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 3c (Ergebnisse: eine geringe Beanstandung, eine schwerwiegende Beanstandung). | 6) Prüfungen wurden 2011 unterjährig ausgesetzt | 7) Prüfungen wurden 2011 ausgesetzt. | 8) Alle geprüften Ärzte haben eine Empfehlung bekommen. | 9) Kommission für alle radiologischen Leistungen neu gegründet, zunächst vorrangig Antragsbearbeitung.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen	14	42	1	4	4	19	17	0		11	51	4		0	16	4	
▸ geringe Beanstandungen	0	2	2	0	0	3	0	1		4	6	0		0	2	0	
▸ erhebliche Beanstandungen	0	0	1	0	0	0	0	0		0	1	0		1	0	0	
▸ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	5	0	0	0	0	0		0	0	0		0	2	0	
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▸ keine Beanstandungen			0											0	0		
▸ geringe Beanstandungen			1											0	0		
▸ erhebliche Beanstandungen			0											0	0		
▸ schwerwiegende Beanstandungen			0											1	1		
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	2	11	0	0	0	0	1		15	7	0		2	5	0	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	3	0	0	0	0	0		0	1	0		0	3	0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	0	8	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln																	

→ Fortsetzung nächste Seite

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
OSTEODENSITOMETRIE																	
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 8							2)		2)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	370	380	68	57	9	58	116	43	179	245	148	22	162	57	46	102	272
Anzahl beschiedene Anträge 1)	59	101	56	10	2	17	15	1	12	12	11	2	13	0	4	12	45
▸ davon Anzahl Genehmigungen	50	95	55	10	1	12	10	1	12	9	11	2	13		2	12	45
▸ davon Anzahl Ablehnungen	9	6	1		1	5	5			3					2		
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	14	2	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0		1	0	0
▸ davon bestanden	2	14	1							3		2			1		
▸ davon nicht bestanden			1														
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10	0	3	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	87	10	2	1	6	k.A.	3	k.A.	1	7	0	7	1	3	8	0
STRAHLENTHERAPIE																	
GENEHMIGUNGEN § 9							2)		3)	4)							
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	158	140	41	21	13	28	63	9	75	103	59	9	32	21	30	23	142
Anzahl beschiedene Anträge 1)	23	72	48	1	4	3	4	0	7	42	4	2	1	8	2	2	16
▸ davon Anzahl Genehmigungen	23	67	48	1	4	3	4		7	42	4	2	1	8	2	2	16
▸ davon Anzahl Ablehnungen		5															
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0		0	0	1	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden											1						
▸ davon nicht bestanden																	
Praxisbegehungen gemäß § Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	58	12	1	2	3	k.A.	1	3	0	3	1	2	2	1	2	0
Praxisbegehungen gemäß § Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
NUKLEARMEDIZIN																	
GENEHMIGUNGEN § 10							2)		3)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	230	263	74	22	16	54	49	22	94	221	91	17	43	24	40	31	158
Anzahl beschiedene Anträge 1)	32	94	54	0	1	7	10	5	20	68	6	2	1	2	2	0	19
▸ davon Anzahl Genehmigungen	32	83	54		1	5	10	5	17	67	6	2	1	2	2		19
▸ davon Anzahl Ablehnungen		11				2			3	1							
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Praxisbegehungen gemäß § Abs. 4	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
▸ davon ohne Beanstandungen																	
▸ davon mit Beanstandungen																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	4	16	0	1	5	k.A.	6	0	4	3	1	1	2	3	0	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. | 3) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich. | 4) Zusätzlich werden in Nordrhein gesonderte Genehmigungen zu Weichstrahlen/Orthovolt erteilt (38 Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011).

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: 12.6.2010

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; organisatorische Vorgaben

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 Patienten nach fünf Jahren Behandlung; zu Patienten in Diamorphinsubstitution ist die Einholung einer Zweitmeinung nach 2 Jahren obligat

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: in Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin jährlich zweimalige Teilnahme der Ärzte an suchtmedizinischen Fortbildungen; wenigstens einmal jährliche Fortbildung zu drogenspezifischen Notfallmaßnahmen der nichtärztlichen Mitarbeiter, nach Möglichkeit auch Teilnahme an suchtmedizinischen Fortbildungen

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Ergebnis der Überprüfungen als schriftlicher Bericht an den Arzt; alle zwei Jahre Bericht der Qualitätssicherungskommission über gesamten Zuständigkeitsbereich an Kassenärztliche Vereinigung und (Landes-) Verbände der Krankenkassen

BERATUNG: jederzeit auf Wunsch des Arztes und bei Beanstandungen nach Dokumentationsprüfung

SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN			2,3)				4)				2)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	346	313	179	23	73	125	150	31	409	434	86	15	50	42	126	48	341
Anzahl beschiedene Anträge 1)	7	62	15	3	3	6	28	6	25	91	6	0	7	4	5	5	6
► davon Anzahl Genehmigungen	7	58	15	3	3	6	28	6	25	83	6		7	4	5	5	6
► davon Anzahl Ablehnungen		4								8							
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	8	66	1	0	0	4	0	1	10	1	11	1	3	4	6	0	12
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	117	137	24	3	11	15	25	22	137	82	25	0	18	42	59	19	120
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	1	1	0	0	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
► davon Einrichtungen nach § 12	1	1				1	1		1	2							
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9 ABS. 3																	
Anzahl geprüfter Fälle	732	607	456	17	107	407	325	21	638	457	173	51	72	60	173	49	1.654
► keine Beanstandungen	549	295	335	16	58	300	154	17	575	324	135	29	68	50	91	45	1.462
► geringe Beanstandungen	114	312	84	1	48	106	28	4	49	82	31	17	4	9	66	2	134
► erhebliche Beanstandungen	53		16		1	1	11		1	41	4	5			16	2	
► schwerwiegende Beanstandungen	16		21				27		13	10	3			1			58
5-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 9 ABS. 5																	
Anzahl geprüfter Fälle	583	7	155	1	126	289	78	50	388	8	137	12	1	84	230	12	348
► davon ohne Beanstandungen	449	7	144		69	203	40	50	39	8	108	7	1	62	178	9	314
► davon mit Beanstandungen	134		11	1	57	86	16		349		29	5		22	52	3	34
2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 ABS. 6																	
Anzahl geprüfter Fälle	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Prüfvorgabe von zwei Prozent der Behandlungsfälle im Quartal konnte nicht eingehalten werden, da gleichzeitige Anforderung der 5-Jahres-Fälle (gleiche zufallsgesteuerte Patientenauswahl), noch laufendes Widerspruchs- oder Beratungsverfahren, kurze Substitutionstätigkeit des Arztes beziehungsweise letztes Behandlungsquartal vor Praxisaufgabe. | 3) Dokumentationsprüfungen werden in Berlin auf Grundlage von § 136 Abs. 2 durchgeführt. | 4) Die Differenz zwischen den geprüften Fällen in den Dokumentations- und 5-Jahres-Überprüfungen und den angegebenen Ergebnissen ergibt sich aus den zurückgestellten Fällen, für die bislang noch kein abschließendes Ergebnis vorliegt.

FAKULTATIVE STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V ERGEBNISSE AUF SEITE 56/57

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR ULTRASCHALLDIAGNOSTIK (ULTRASCHALL-VEREINBARUNG), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1.4.2009, zuletzt geändert 1.7.2012; zuvor 1. Neufassung 1.4.1993; Erstfassung 1.4.1986

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen

EINGANGSPRÜFUNG: Abnahmeprüfung der verwendeten Ultraschallsystemen (B-Modus) durch Vorlage aktueller Bilddokumentationen; bei systematischen Untersuchungen der fetalen Morphologie obligate online-basierte Eingangsprüfung

KOLLOQUIUM: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

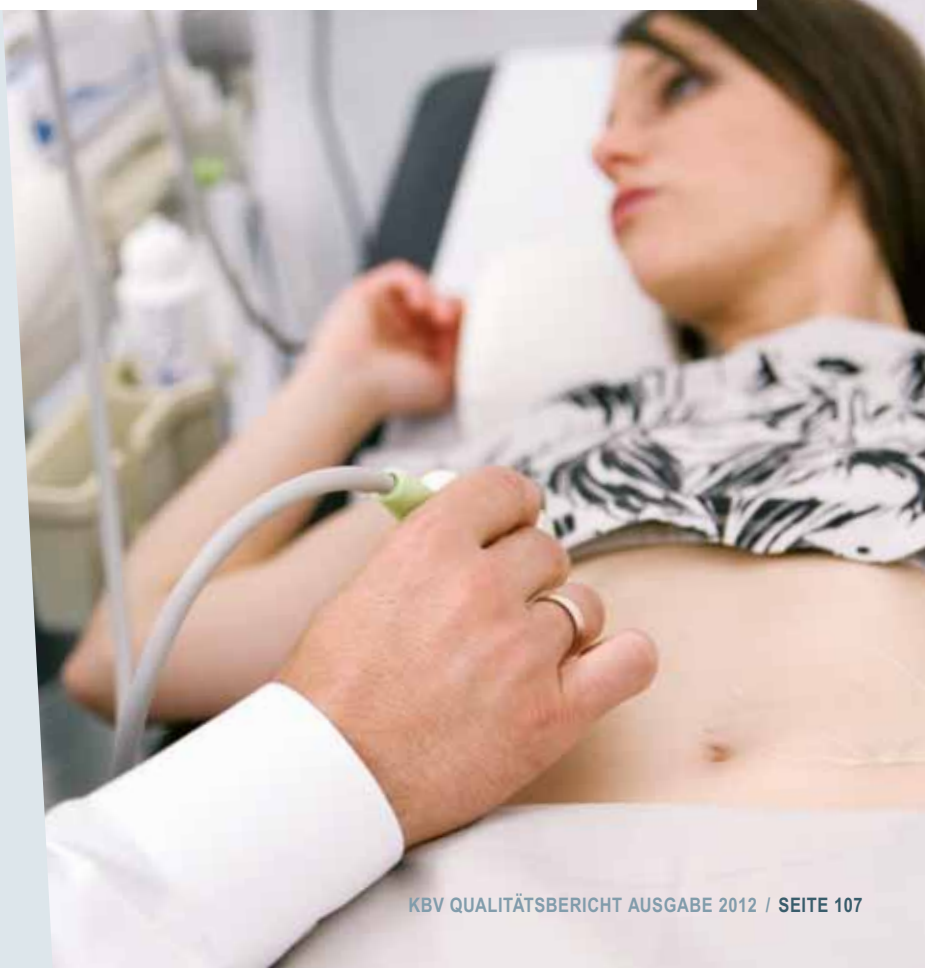
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: alle vier Jahre Konstanzprüfung der im B-Modus arbeitenden Ultraschallgeräte

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:
- **allgemein:** jährliche Prüfung von mindestens drei Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu fünf Fällen; bei Beanstandungen engere Prüfintervalle
- **alternativ:** Stichprobenprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
- **Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte:** Prüfung der ersten zwölf Fälle nach Genehmigungserteilung, zwei Jahre nach Genehmigungserteilung Prüfung von 12 Fällen, danach fünfjährliche Prüfung aller Ärzte zu mindestens zwölf Fällen; bei Mängeln engere Prüfintervalle, gegebenenfalls Verpflichtung zur Fortbildung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: statistische Auswertung und Ergebnisanalyse zur Abnahmeprüfung, Prüfung der ärztlichen Dokumentation und Konstanzprüfung, insbesondere zur Dokumentationsprüfung der Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Kriterien werden durch Vertragspartner festgelegt; bei Dokumentatiosprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



ULTRASCHALLDIAGNOSTIK QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN									2)	3)							
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 1.1.2011	10.242	13.900	2.926	1.197	864	1.680	5.854	1.173	7.301	11.235	4.175	1.249	3.060	1.543	2.586	1.746	8.301
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2011	10.488	14.194	3.012	1.234	880	1.725	5.702	1.192	7.269	11.388	4.260	1.281	3.094	1.520	2.562	1.748	8.386
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) 1)	992	3.968	530	150	82	281	564	92	820	1.268	343	130	347	187	141	596	3.205
neu	990	3.968	530	150	82	279	564	92	820	1.268	343	130	347	187	141	596	3.205
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1.580	3.560	445	150	82	214	544	92	817	1.006	342	100	265	187	122	576	3.102
▸ davon Anzahl Ablehnungen	180	408	85			65	221		58	262	1	30	82		19	20	103
erneut	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2					2											
▸ davon Anzahl Ablehnungen	2																
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche) 1)	4.085	8.862	1.364	k.A.	261	720	1.928	241	2.489	4.305	818	366	1.081	207	679	682	11.043
neu	4.081	8.862	1.364		261	717	1.928	241	2.489	4.305	818	366	1.081	207	679	682	11.043
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3.682	7.695	1.151		182	596	1.227	183	2.130	3.149	816	287	826	207	294	534	10.851
▸ davon Anzahl Ablehnungen	399	1.167	213		79	121	701	58	313	1.156	2	79	255		385	148	192
erneut	4	0	0		0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2					3											
▸ davon Anzahl Ablehnungen	2																
Anzahl Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	199	352	26	40	17	62	47	3	80	281	53	8	4	62	99	34	280
▸ davon bestanden	184	327	19	35	17	54	42	3	75	251	50	8	4	61	94	27	247
▸ davon nicht bestanden	15	25	7	5		8	5		5	30	3			1	5	7	33
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	2					2									2		
▸ davon bestanden	2					1									2		
▸ davon nicht bestanden						1											
Praxisbegehungen gemäß §14 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	6	0	0	0	0	6	7	1	9	k.A.	k.A.	0	18	1	5	0	99
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) 1)	k.A.	246	359	1	4	11	201	36	255	0	k.A.	68	151	49	51	19	2
ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2011																	
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	381	475	70	32	29	42	195	29	236	337	246	37	116	40	72	42	214
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	198	738	47	19	22	40	89	20	150	424	91	31	80	27	73	26	151
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	235	1.179	39	25	25	39	107	20	98	292	115	32	78	31	54	20	194
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	442	1.175	205	75	50	85 A 71 B	251	69	313	622	168	52	213	91	108	84	360
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.149	3.025	441	96	108	353	1.197	46	706	2.011	386	97	649	79	225	355	571
3.3 Schilddrüse, B-Modus	3.776	5.776	1.019	456	269	692	2.239	416	2.349	4.891	1.742	442	1.367	712	978	654	3.590
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	629	1.290	177	108	14	98	684	63	497	614	303	70	190	124	122	94	424
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	114	330	150	n.a.	43	45	254	1	497	267	AB 21.2	8	29	n.a.	50	23	186
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	59	86	22	n.a.	2	10	52	6	57	AB 4.1	141	3	5	7	n.a.	16	42

→ Fortsetzung nächste Seite

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. Genehmigungen und Ablehnungen umfassen auch Teilgenehmigungen- und Teilablehnungen. | 2) Angaben zu Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen und zu beschiedenen Anträgen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich. | 3) Angaben zu Widerrufen sind lediglich für Anwendungsbereiche möglich, nicht zur Anzahl der dabei betroffenen Ärzte. | A = Ultraschallverfahren A-Modus | B = Ultraschallverfahren B-Modus | AB x.y = entspricht Anwendungsbereich x.y

→ FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	2	4	19	n.a.	5	0	n.a.	0	57	AB 4.2	AB 21.4	n.a.	1	n.a.	n.a.	3	6
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	248	408	71	31	26	36	178	30	174	272	88	21	83	25	61	35	168
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	2	1	0	n.a.	1	0	n.a.	0	174	AB 4.5	0	n.a.	40	n.a.	n.a.	0	3
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.560	2.271	416	67	51	281	1.225	74	835	1.492	503	95	720	26	237	298	1.730
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	12	13	333	n.a.	35	0	n.a.	0	835	62	0	12	3	n.a.	89	2	44
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.140	1.616	427	188	117	161	719	74	822	1.487	416	158	322	198	234	182	1.013
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.077	9.471	1.474	611	354	799	3.205	509	4.357	7.453	2.657	780	1.751	764	1.714	953	4.984
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	49	29	1.207	n.a.	35	0	n.a.	6	4.357	514	12	AB 7.2	46	6	253	18	64
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	38	29	1.202	n.a.	130	0	n.a.	6	4.357	AB 7.2	AB 7.2	AB 7.2	10	n.a.	0	15	70
7.4 Abdomen u. Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.184	1.428	442	n.a.	33	84	433	81	536	AB 7.1	651	311	46	91	n.a.	108	1.363
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	2.955	8.925	775	409	91	510	1.095	108	1.654	4.146	981	404	1.371	96	217	321	1.375
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	232	591	691	73	139	81	n.a.	60	1.654	903	685	85	144	n.a.	135	84	336
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.567	3.854 1)	604	267	133	313	826	212	1.011	1.445	544	171	599	282	379	292	1.130
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.505	3.590	587	266	131	306	827	204	933	1.526	412	141	540	278	383	288	1.098
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012	ab 2012
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	827	1.544	211	29	54	158	581	32	642	623	307	120	84	131	192	169	646
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften), B-Modus	1.005	2.304	453	103	94	157	499	161	767	1.208	466	121	339	134	198	175	821
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.015	1.669	192	108	82	138	546	91	613	1.137	382	122	305	116	224	136	619
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.056	3.232	258	74	94	105	650	46	703	1.719	361	95	230	66	198	74	432
12.1 Haut, B-Modus	12	6	0	0	1	1	7	3	13	15	AB 12.2	2	1	4	2	2	11
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	37	17	11	0	0	0	7	3	13	AB 12.1	7	9	11	n.a.	AB 12.1	6	11
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.180	2.710	344	133	104	170	796	79	927	1.769	503	169	229	125	226	130	1.108
20.2 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	1.136	1.977	274	93	89	129	711	48	1.009	1.468	560	185	217	106	41	139	1.004
20.3 CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	31	AB 20.2	270	93	0	0	n.a.	0	AB 20.2	0	AB 20.2	n.a.	21	n.a.	AB 20.2	6	2
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	222	477	109	5 CW 2 PW	27	11	115	11	137	438 CW 84 PW	72	27	38	12	50	6	97
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	428	708	73	34	32	58	204	40	261	369	159	53	77	26	52	41	198
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	740	1.103	199	103	66	107	510	66	513	950	250	59	190	80	125	83	457
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	161	142	70	32	52	21	107	13	103	757	122	23	48	12	73	52	55
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	670	973	197	80	53	63	585	52	430	846	221	48	164	64	99	63	369

→ Fortsetzung nächste Seite

1) In AB 8.3 gegebenenfalls Mehrfachzählungen wegen technischer Umstellung auf Anwendungsklassen. | AB x.y = entspricht Anwendungsbereich x.y | n.a. = nicht abfragbar | CW = Ultraschallverfahren Continuous Wave Doppler | PW = Ultraschallverfahren Pulsed Wave Doppler

→ FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	32	AB 20.8	197	n.a.	0	0	n.a.	0	430	0	AB 20.8	n.a.	24	n.a.	AB 20.8	2	6
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	715	760	179	85	60	56	544	45	482	650	226	64	158	37	101	84	376
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	229	392	69	10	23	35	192	9	202	400	77	58	96	13	27	35	205
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	536	3.065	168	103	10	89	513	63	437	511	254	65	184	87	122	88	335
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	119	429	140	33	40	45	254	1	437	17	154	8	49	n.a.	50	24	173
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	54	150	21	n.a.	3	10	35	7	64	AB 21.1	127	4	4	7	n.a.	17	39
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	2	AB 21.2	18	n.a.	4	0	n.a.	0	64	AB 21.2	52	1	1	n.a.	n.a.	3	6
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	103	183	51	9	11	30	45	14	84	175	29	26	18	7	25	17	94
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	421	725	92	33	33	69	274	22	379	477	172	92	198	53	86	86	392
GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG																	
US-SYSTEME, DIE BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER VEREINBARUNG VERWENDET WURDEN GEMÄSS § 16 ABS. 6 (ÜBERGANGSREGELUNG)	1)			2,3)	2)	2,4)	2)	2)	3)	2,3,5)	2)	3)			2)		6)
Anzahl gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2																	
gemeldete Konsole / Schallkopfkombinationen	19.735	34.268	11.689						5.271			609	5.869	4.509		2.842	16.379
gemeldete Konsole mit gegebenenfalls mehreren Schallköpfen	14.254			1.305	827	1.259	8.192	1.210		8.889	4.257				2.492		8.460
Stichtag	31.3. 2012	31.12. 2011	8.3. 2012	31.3. 2012	16.3. 2012	5.3. 2012	31.3. 2012	28.2. 2012	30.5. 2012	31.3. 2012	28.3. 2012	31.3. 2012	10.2. 2012	23.3. 2012	15.2. 2013	31.3. 2012	31.12. 2011
APPARATIVE AUSSTATTUNG § 9 (ABNAHMEPRÜFUNGEN)																	
Anzahl abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c, Stand 31.12.2011	6.904	7.376	792	650	209	139	813	294	5.138	3.849	249	541	965	1.222	423	1.320	8.075
Bescheide zu ab dem 1.4.2013 nicht mehr zugelassener US-Systeme, Stand 31.12.2011	1.152	k.A.	153	48	86	12	55	0	310	1.201	k.A.	35	24	19	71	23	1.792
KONSTANZPRÜFUNGEN NACH § 13 ABS. 3: 4 JAHRE NACH ABNAHMEPRÜFUNG (§ 9)																	
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme gemäß § 2c	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013	ab 2013
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 13 Abs. 6																	
Widerrufe (gerätebezogene)																	

→ Fortsetzung nächste Seite

1) Die Abnahmeprüfungen beziehen sich auf Konsolen mit gegebenenfalls mehreren Schallköpfen. | 2) In der Kassenärztlichen Vereinigung werden Konsolen und zugehörige (gegebenenfalls mehrere Schallköpfe) als ein US-System gezählt. | 3) Es sind noch nicht alle US-Systeme gemeldet. | 4) Diskrepanz zur Zahl gemeldeter US-Systeme des Jahres 2010 ist durch Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr zu reproduzieren. | 5) Bescheide zu ab dem 1.4.2013 nicht mehr zugelassenen US-Systemen wurden auf Grundlage der vorgelegten Gewährleistungserklärungen ausgesprochen, zusätzliche Abnahmeprüfungen wurden nicht durchgeführt.
6) Differenz in der Zahl der abgenommenen Ultraschallsystemen, da Erfassung in der Kassenärztlichen Vereinigung erst wenn der Bescheid versandt wird.
AB x.y = entspricht Anwendungsbereich x.y

→ FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
ÜBERPRÜFUNG DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 11																	
PRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 2			1)		2)	3)	4)		5)	6)	4)		4)				5)
Anzahl geprüfter Ärzte	313	389	75	42	24	50	105	34	67	279	312	47	86	50	90	ab 2012	44
▸ davon bestanden	223	310	48	23	14	30		5	56	197		43		26	77		36
▸ davon nicht bestanden	90	79	27	19	10	20		29	11	82		4		24	13		8
Ärzte mit Genehmigung zum 1.1.2011 geprüft, in %	3,1	2,8	2,6	3,5	2,8	3,0	1,8	2,9	0,9	2,5	7,5	3,8	2,8	3,2	3,5		0,5
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	1.565	1.945	375	210	120	393	1.260	170	335	1.395	3.744	235	1.032	250	450		220
▸ davon ohne Beanstandungen	1.146	1.087	219	159	84	252		25	294	985		177		159	385		188
▸ davon mit Beanstandungen	419	858	156	51	36	141		145	41	410		58		91	65		32
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																	
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung beziehungsweise Indikation der Untersuchung	117	88	28	15	9			k.A.	k.A.	3	131	5		8	10		4
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: gegebenenfalls eingeschränkte Untersuchungsbedingungen beziehungsweise Beurteilbarkeit	11	0	k.A.	3	2			k.A.	1	3	k.A.			8	35		5
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	44	67	108	14	8			k.A.	8	1	232			60	10		3
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	74	81	70	10	12			k.A.	20	0	192	2		17	10		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	148	132	32	12	7			k.A.	8	22	171			41	20		
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																	
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	190	175	84	5	20			k.A.	16	64	441	36		53	25		4
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	82	528	128	7	5			k.A.	27	0	250	32		20	30		16
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	122	73	18	5	2			k.A.	5	0	215			68	25		16

→ Fortsetzung nächste Seite

1) Prüfvorgabe von drei Prozent wurde wegen Verzögerung des Prüfverfahrens (Praxiswechsel, Krankheit, Ausstehen der Erklärung einer Herstellerfirma hinsichtlich der Archivierungspflicht) nicht erfüllt. | 2) Ein Arzt hat bei den Prüfungen nach § 11 Abs. 5 keine Dokumentationen eingereicht. | 3) Angaben zu Gründen der Beanstandungen in den Dokumentationsprüfungen ab Prüfjahr 2013 möglich. | 4) Dokumentationsprüfungen fanden nach § 136 Abs. 2 statt (siehe Seite 56/57).
5) Prüfvorgabe von drei Prozent wurde unterschritten, da vorrangig Abnahmeprüfungen durchgeführt wurden. | 6) 2011 wurden von drei Prozent der Ärzte mit Genehmigung entsprechende Dokumentationen angefordert, nach Rücksendung konnten jedoch nur 2,5 Prozent geprüft werden.

→ FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
WIEDERHOLUNGSPRÜFUNG GEMÄSS § 11 ABS. 5							1)			1)			1)				
Anzahl geprüfter Ärzte	33	0	0	0	3	0	190	3	0	0	40	3	4	25	15		0
▸ davon bestanden	19							3				3		18	15		
▸ davon nicht bestanden	14				3									7			
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	165				10		2.280	15			480	15	48	125	75		
▸ davon ohne Beanstandungen	87											11		99	75		
▸ davon mit Beanstandungen	78				10			15				4		26			
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																	
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	4				0			k.A.			13	2		3			
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: gegebenenfalls eingeschränkte Untersuchungsbedingungen beziehungsweise Beurteilbarkeit	3				0			k.A.			k.A.			3			
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	20				5			k.A.			12			5			
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	8				0			k.A.			8			5			
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	16				0			k.A.			12			3			
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																	
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	26				5			k.A.			29	2		27			
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	4				0			k.A.			16			11			
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	17				0			k.A.			13			26	2		
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	3	0	0	0	0	0		3	0	0		0		1	2		0
▸ davon bestanden	2							2						1	2)		
▸ davon nicht bestanden	1							1							2)		
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung (Ärzte)	1	0	0	0	0	1		1	0	k.A.		0		1	0		0

→ Fortsetzung nächste Seite

1) Dokumentationsprüfungen fanden nach § 136 Abs. 2 statt. | 2) Ergebnisse der Kolloquien sind noch offen.

→ FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG DER SÄUGLINGSHÜFTE																	
GENEHMIGUNGEN		2)			3)					4)						5)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2011	1.002	1.342	199	104	80	134	580	90	627	1.062	390	121	313	111	214	141	650
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	1.016	1.379	192	108	82	138	546	91		1.092	382	122	308	116	224	140	619
Anzahl beschiedene Anträge 1)	90	127	29	4	4	10	28	2	45	85	29	5	17	5	15	9	31
neu	87	127	25	4	4	10	28	2	42	85	29	4	17	5	15	8	31
▸ davon Anzahl Genehmigungen	81	114	23	4	4	10	18	2	42	81	29	4	17	5	12	6	31
▸ davon Anzahl Ablehnungen	6	13	2				10			4					3	2	
erneut gemäß § 11 Abs. 3 S. 5	3		4	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2		4						3			1				1	
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1																
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	0	0	0	2	1	0	0	0	3	1	0	0	5	0	1	0
▸ davon bestanden	1				2	1				1	1			5		1	
▸ davon nicht bestanden	1									0							
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	18	0	16	0	0	2	1	1	6	8	0	4	5	0	2	5	22
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	k.A.	7	18	0	2	4	16	0	20	0	14	0	17	0	0	3	9
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																	
Ergebnis Dokumentationsprüfung gemäß § 2 (Ärzte)					0												
▸ sachgerecht gemäß § 9	165	161	16	24		15	98	16	166	124	74	38	114	35	68	34	59
▸ Wiederholungsprüfung 6 Monate	51	60	5	2		8	4	8	29	13	2	8	12	5	5	10	97
▸ Wiederholungsprüfung 3 Monate	14	6	3	1		2	0	0	10	0	20	3	10	0	3	2	38
▸ Widerruf	4	0	3	0		0	0	0	3	0	1	0	4	0	1	0	15
Ergebnis Wiederholungsprüfung gemäß § 11 Abs. 2 (Ärzte)	44	81	11	16	0	12	7	12	44	52	32	11	18	1	5	11	39
▸ sachgerecht gemäß § 9	23	61	10	9		2	6	7	21	23	28	9	16	1	4	7	17
▸ erneute Wiederholungsprüfung 6 Monate	15	19	1	7		8	1	4	18	27	2	2	0	0	0	3	16
▸ Widerruf	6	1	0	0		2	0	1	5	2	2	0	2	0	1	1	6
Ergebnis erneute Wiederholungsprüfung gemäß § 11 Abs. 3 S. 4 (Ärzte)	19	1	2	3	0	3	0	0	8	23	0	1	1	0	0	5	1
▸ sachgerecht gemäß § 9	11	1	2	3		3			7	18		1	1			4	0
▸ Widerruf	8	0	0	0		0			1	5		0	0			1	1

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Anträge werden nicht zwischen neuen und erneut gestellten unterschieden. | 3) Dokumentationsprüfungen zweijährlich, zuletzt 2010. | 4) Zwei der Kolloquien sind noch nicht abgeschlossen. | 5) Vier der Wiederholungsprüfungen stammten noch aus dem Vorjahr und die fünfte Wiederholungsprüfung war eine „2. Wiederholungsprüfung nach drei Monaten“ aus 2011. Da die Ärzte leider nicht immer die Einsendefristen korrekt einhalten, entstehen Unlogiken im Verhältnis zu den Angaben bei den Ergebnissen der einzelnen Dokumentationen.

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

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

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

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährliche Durchführung von 25 Vakuumbiopsien

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: zweijährliche Dokumentationsprüfung zu zehn Fällen, erstmalig innerhalb von zwölf Monaten nach Genehmigungserteilung oder bei Auffälligkeiten in der jährlichen Auflistung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auflistung zu Indikation und zum abschließenden histologischen Befund für alle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien an Kassenärztliche Vereinigung; jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Vertragspartner

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	33	36	16	6	5	6	18	2	39	31	11	5	15	10	7	5	32
Anzahl beschiedene Anträge [1])	2	5	6	0	0	0	0	0	4	12	1	0	2	0	0	1	11
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2	5	6						4	9	1		2			1	8
▸ davon Anzahl Ablehnungen										3							3
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	0	0	0						0	0	0		0			0	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0	0	0						0	0	0		0			0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon wegen nicht erreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4						1											
▸ davon wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5																	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1])	0	4	7	0	0	0	3	0	0 [2])	0	0	0	0	1	0	0	0

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
[2]) Angaben zu Rückgaben / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht durch alle Bezirksstellen möglich.

ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSMASSNAHMEN ZUR ZYTOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZERVIX-ZYTOLOGIE), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1.10.2007; zuvor erste Neufassung 1.7.1992; Erstfassung 1.2.1980

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

EINGANGSPRÜFUNG: Präparateprüfung (20 zytologische Präparate)

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei Auffälligkeiten in der Jahresstatistik; wenn Stellungnahme des Arztes nicht ausreichte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen 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 / EVALUATION: jährliche Statistik der Zytologen mit Korrelation zu histologischen Befunden an Kassenärztliche Vereinigung; Benchmarkberichte der Kassenärztlichen Vereinigung an die Zytologen; jährliche statistische Auswertung an Vertragspartner

BERATUNG: eingehende Beratung bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	147	150	57	17	19	38	66	11	83	113	51	41	31	20	42	17	106
Anzahl beschiedene Anträge [1])	6	32	8	4	1	3	3	0	8	9	3	0	1	0	0	0	11
neu	6	32	8	4	1	3	3		8	9	3		1				11
▸ davon Anzahl Genehmigungen	6	22	7	4	1	3	3		8	3	3		1				11
▸ davon Anzahl Ablehnungen		10	1							6							
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0				0
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0				0
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	

→ Fortsetzung nächste Seite

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.

→ FORTSETZUNG ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Anzahl Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	2	8	2	2	0	3	2		9	9	0		2				0
▸ davon bestanden	1	5	1	2		3	2		2	3			1				
▸ davon nicht bestanden	1	3	1						7	6			1				
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0				0
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	2 [2])	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ Mängel in der Dokumentations-/ Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6																	
▸ Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4																	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1])	0	29	4	1	0	0	2	0	5	6	5	1	1	2	0	1	2
ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7																	
PRÜFUMFANG					[3])		[3])										
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 (Ärzte)	49	142	7	13	0	35	0	5	30	57	31	16	10	11	15	1	55
▸ davon bestanden	48	[4])	7	13		35		5	27	55	19	16	10	9	15	1	54
▸ davon nicht bestanden	1	[4])							3	2	12			2			1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 (Ärzte)	1	4	8	0		0		0	1	0	11	1	1	3	0	1	0
▸ davon bestanden	1	3	6						1		6	1	1	2		1	
▸ davon nicht bestanden		1	2								5			1			
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0	1	0		0		0	0	0	5	0	0	0	0	0	ab 2012
▸ davon bestanden			1								4						
▸ davon nicht bestanden											1						
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

→ Fortsetzung nächste Seite

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Widerrufe erfolgten wegen Nichterfüllung der Fortbildungspflicht. | [3]) Prüfungen der ärztlichen Dokumentation und der Präparatequalität werden zweijährlich durchgeführt, zuletzt 2012. | [4]) Prüfungen sind noch nicht abgeschlossen.

→ FORTSETZUNG ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
MÄNGELANALYSE																	
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																	
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	588	1)	84	156		175		60	360	684	372	192	120	132	180	12	660
▸ davon ohne Beanstandungen	586		84	156		175		60	321	635	331	192	119	116	180	12	648
▸ davon mit Beanstandungen	2								39	49	41		1	16			12
bei Beanstandungen																	
▸ darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	1								31	37	41		1	0			3
▸ darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung	1								9	0	0		0	0			4
▸ darunter mit unvollständiger Dokumentation	0								2	12	0		0	16			5
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6				0		0		0		0					0		0
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	12	48	96						12		132	12	12	36		12	
▸ davon ohne Beanstandungen	12	42	83						12		119	12	12	30		12	
▸ davon mit Beanstandungen		6	13								13			6			
bei Beanstandungen																	
▸ darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität		6	13								12			0			
▸ darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung		6	2								0			0			
▸ darunter mit unvollständiger Dokumentation		0	2								1			6			
PRÜFUNG DER JAHRESSTATISTIK § 8 ABS. 4																	
		2,3)		3)						4)					5)		6)
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	128	118	45	11	12	26	47	9	73	112	36	30	21	21	32	15	102
▸ davon ohne Auffälligkeiten	104	86	44	9	11	26	47	9	73	32	22	20	20	13	31	15	98
▸ davon mit Auffälligkeiten	24	32	11	2	1					80	14	10	1	8	1		4
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	24	32	1	1	1	0	0	0	0	70	14	1	1	3	1	0	4
▸ davon ausreichend begründete Stellungnahmen	24		1		1						14		1	3			4
▸ davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen												1					
Anzahl Kolloquien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden											5	1					
▸ davon nicht bestanden – Auflage																	
▸ davon nicht bestanden – Widerruf																	

1) Prüfungen sind noch nicht abgeschlossen. | 2) Prüfungen der Stellungnahmen zu den Jahresstatisken noch nicht abgeschlossen. | 3) Die schriftliche Stellungnahme wurde der Kassenärztlichen Vereinigung bisher noch nicht zugesandt. | 4) Da die Beurteilung der Jahresstatistik für 2008 noch in Bearbeitung ist, können keine abschließenden Angaben gemacht werden. Angaben für die Berichtsjahre 2009 und 2010 können daher auch nicht gegeben werden. | 5) Das Stellungnahmeverfahren ist noch offen. | 6) Jahresstatistiken sind Arzt- und nicht laborbezogen.

3 HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE

AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

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

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

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

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

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 **Abnahmeprüfungen** und / oder **Konstanzprüfungen** und / oder **Wartungsnachweise** und / oder **Ringversuche** und / oder **Stichproben- / Dokumentationsprüfungen**

STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Dialyse: nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses
Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanz- / Kernspin-tomographie: Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
Herzschrittmacher-Kontrolle, Langzeit-EKG, schlafbezogene Atmungsstörungen, ambulante Operationen oder Nuklearmedizin und andere: Kriterien aufgrund regionaler Richtlinie
Umfang: mindestens nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

Akupunktur, Histopathologie im Hautkrebs-Screening, HIV / Aids, Hörgeräteversorgung, (Hörgeräteversorgung – Kinder), Koloskopie, Magnetresonanz-Angiographie, Mammographie (kurativ), Mammographie-Screening, Molekulargenetik, Onkologie, phototherapeutische 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

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

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG NACH § 95d SGB V

QUALITÄTSMANAGEMENT NACH § 135a ABS. 2 SGB V

INSTRUMENTE UND ERGEBNISSE DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

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:

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

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstandes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Besondere Verantwortung haben die Kommissionen zudem bei den, je nach Thema variierenden, stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen. Diese Prüfungen sind in der Regel folgenbewehrt. Im Vordergrund steht aber der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen des geprüften Arztes. Möglich sind aber auch Empfehlungen der Qualitätssicherungskommissionen an die Kassenärztlichen Vereinigungen von zum Beispiel kürzeren Prüfintervallen bis hin zu einem Genehmigungsentzug. Insgesamt arbeiten bundesweit etwa 3.500 Ärzte neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit in diesen Kommissionen. Mitglieder aus den Krankenkassen sind selten.

AKKREDITIERUNG / PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

Der zentrale Punkt aller Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die vorbehaltliche Genehmigungserteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Das heißt, die Kassenärztlichen Vereingungen 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, zum Beispiel auch für Teilbereiche, notwendig machen. 2011 wurden allein für diese Aufgabe etwa 40.000 Verwaltungsakte von den Kassenärztlichen Vereinigungen bearbeitet.

Bereiche mit Genehmigungsvorbehalt

- Akupunktur
- ambulantes Operieren
- Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- Arthroskopie
- Balneophotherapie
- Blutreinigungsverfahren / Dialyse
- Disease-Management-Programme
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- histologische Untersuchungen im Hautkrebs-Screening
- HIV-Infektionen / Aidserkrankungen
- Hörgeräteversorgung (Jugendliche / Erwachsene – Kinder)
- interventionelle Radiologie
- invasive Kardiologie
- Koloskopie
- Laboratoriumsuntersuchungen
- Langzeit-EKG-Untersuchungen
- Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)
- Magnetresonanz-Angiographie
- Mammographie (kurativ)
- Mammographie-Screening
- medizinische Rehabilitation
- Molekulargenetik
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- photodynamische Therapie
- phototherapeutische Keratektomie
- Psychotherapie
- Stoßwellentherapie bei Harnsteinen
- Strahlendiagnostik / -therapie
  - konventionelle Röntgendiagnostik
  - Computertomographie
  - Osteodensitometrie
  - Strahlentherapie
  - Nuklearmedizin
- schlafbezogene Atmungsstörungen
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Ultraschalldiagnostik (47 Anwendungsbereiche)
- Vakuumbiopsie der Brust
- zytologische Untersuchungen von Abstrichen der Zervix uteri

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. 2011 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 250 Prüfungen. Ab 2012 finden solche Prüfungen auch indirekt bei der Sonographie der Säuglingshüfte statt; dort prüfen die Kommissionen die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen.

KOLLOQUIUM / BERATUNG

Die Durchführung von Kolloquien obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Sie hat unter anderem die Aufgabe, für Leistungsbereiche mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers im Rahmen eines Kolloquiums zu prüfen, wenn entweder trotz der vorgelegten Zeugnisse begründete Zweifel bestehen, oder ein Kolloquium obligat vorgesehen ist. Der Vertragsarzt hat dann die Möglichkeit, seine fachliche Befähigung in diesem kollegialen Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen. Des Weiteren kann ein Kolloquium, auch in Form einer Beratung, dazu dienen, die zum Beispiel in einer Stichprobenprüfung beanstandeten Dokumentationen mit dem betroffenen Arzt zu erörtern und gegebenenfalls Hinweise für eine Verbesserung der Leistungserbringung zu geben. Im Bereich Schmerztherapie kann der Vertragsarzt im Kolloquium darlegen, warum eine schmerztherapeutische Behandlung seiner Patienten länger als zwei Jahre erforderlich ist.

Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung fanden im Jahr 2011 etwa 2.400 Mal statt, wobei der größte Teil, etwa 1.600, im Leistungsbereich Ultraschalldiagnostik durchgeführt wurde. Etwa 370 Kolloquien fanden im Laborbereich statt.

FREQUENZREGELUNGEN

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

- invasive Kardiologie
- interventionelle Radiologie
- Schmerztherapie
- Koloskopien
- Mammographie-Screening
- kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust
- Vakuumbiopsien der Brust
- histopathologische Untersuchungen beim Hautkrebs-Screening
- HIV / Aids (Patientenzahlen).

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEISE / RINGVERSUCHE / ABNAHME-, KONSTANZPRÜFUNGEN

Bei Ärzten, die Mammographien durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung eine zusätzliche Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sich die Ärzte einer 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 2011 wurden 6.700 solcher Prüfungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Das heißt, jeder der etwa 2.400 mammographierenden Ärzte 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.

Wartungsnachweise sind regelmäßig von Ärzten vorzulegen, die Balneophototherapien durchführen. Alle zwei Jahre müssen die Bestrahlungsgeräte gewartet werden, jährlich die Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel.

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

Abnahme- und Konstanzprüfungen finden in der Ultraschalldiagnostik statt, wo zum Beispiel im Gegensatz zur Röntgendiagnostik solche Prüfungen gesetzlich bisher nicht vorgesehen waren. Der Aufwand hierfür ist beträchtlich, denn in Deutschland werden deutlich mehr als 100.000 Ultraschallsysteme von etwa 80.000 Vertragsärzten benutzt.

HYGIENEPRÜFUNGEN / PRAXISBEGEHUNGEN

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

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

EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

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

In den Leistungsbereichen

- Arthroskopie
- konventionelle Röntgendiagnostik
- Computertomographie und
- Magnetresonanz-/Kernspintomographie

werden nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung bundesweit von mindestens vier Prozent (Arthroskopie 2010 und 2011 jeweils zehn Prozent) aller abrechnenden Ärzte jeweils zwölf Dokumentationen geprüft. Dieser Mindestprüfumfang wird in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich überschritten. Darüber hinaus wurden auf Grundlage regionaler Vereinbarungen 2011 zusätzliche Stichprobenprüfungen in den Bereichen

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

durchgeführt. Auch diese Prüfungen finden nach der Qualitätssicherungs-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 2011 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auf dieser Grundlage knapp 5.000 Ärzte geprüft. Für die Dialyse gilt eine gesonderte Qualitätssicherungs-Richtlinie, nach der eine Vollerhebung stattfindet. Auch diese Ergebnisse werden unter Einbindung eines externen Datenanalysten an den Gemeinsamen Bundesauschuss berichtet.

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

- Akupunktur
- Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- Histopathologie im Hautkrebs-Screening
- HIV-Infektionen/Aidserkrankungen
- Hörgeräteverordnung (Jugendliche/Erwachsene – Kinder)
- Koloskopie
- Magnetresonanz-Angiographie
- Onkologie
- phototherapeutische Keratektomie
- Mammographie (kurativ – Screening)
- Molekulargenetik
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Ultraschalldiagnostik
- Ultraschalldiagnostik – Säuglingshüfte
- substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- Psychotherapie
- Vakuumbiopsie
- Zytologie.

Der Umfang reicht hier von einem Stichprobenumfang von drei Prozent bis zu einer Vollerhebung, einer verpflichtenden Zweitmeinung oder zusammenfassenden Jahresstatistiken.

FEEDBACKSYSTEME

Durch die Bereitstellung von Feedbackberichten kann ein Arzt seine eigene Behandlungsqualität mit derjenigen von anderen Praxen vergleichen. Dies geschieht in anonymisierter Form. Dazu werden die von den Ärzten erstellten Dokumentationen ausgewertet und an den Arzt zurückgemeldet. Dieses Rückmeldesystem hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung in der Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme (DMP). Für alle DMP hat die KBV den Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu leicht zu handhabende Softwaretools zur Erstellung dieser Berichte zur Verfügung gestellt. Die Dialyseberichte erstellt ein externer Dienstleister zentral. Darüber hinaus erhalten koloskopierende Ärzte jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen durch das von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung. Erstmals im Herbst 2009 haben auch die Zytologie-Labore einen Feedbackbericht zu den 2008er Daten von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung erhalten.

KONTINUIERLICHE FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

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

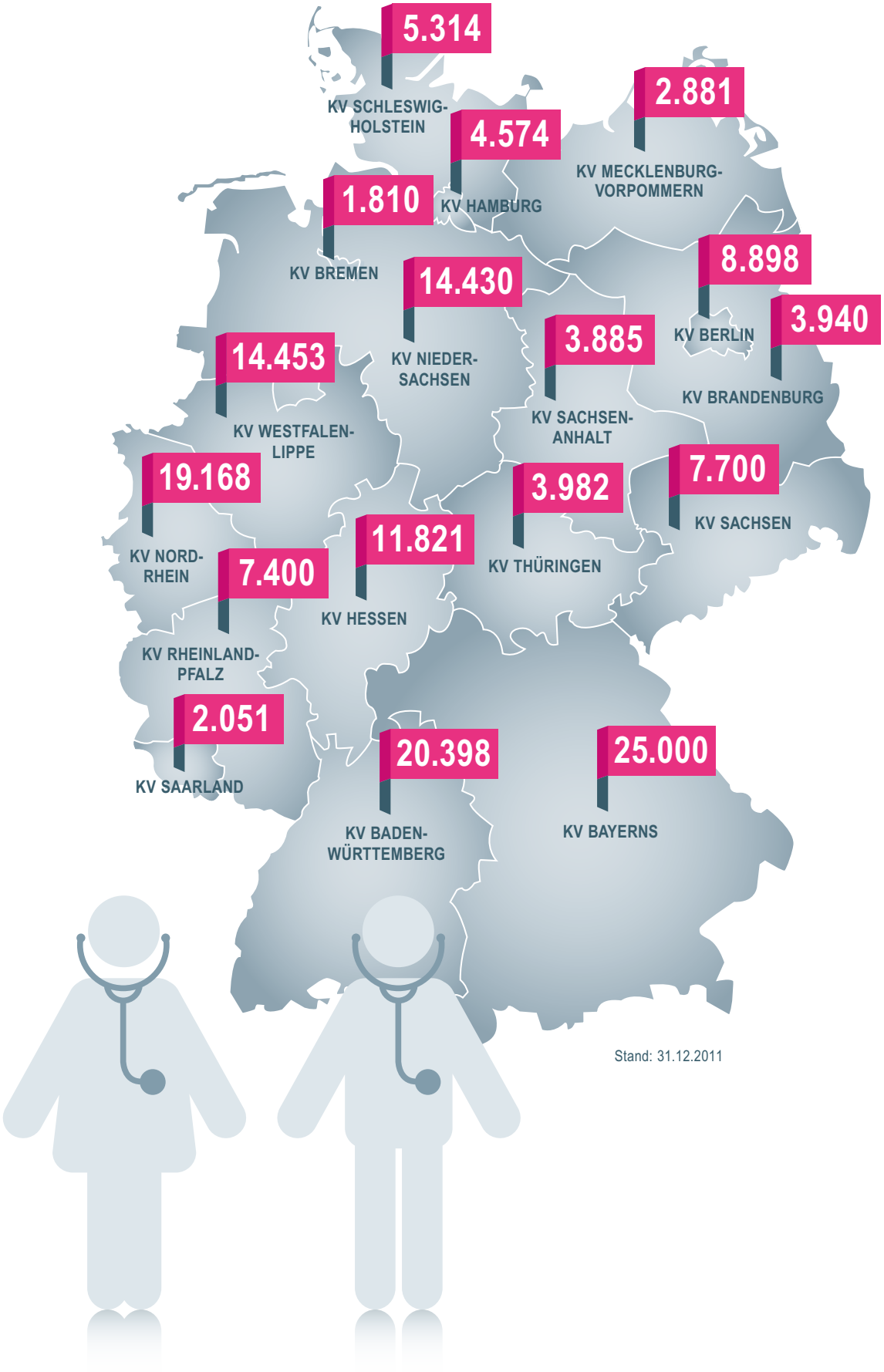
Daneben ist seit dem Jahr 2004 für alle Ärzte und Psychotherapeuten der Nachweis einer regelmäßigen Fortbildung gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtend. Er muss alle fünf Jahre, erstmalig im Jahre 2009, durch ein entsprechendes Fortbildungszertifikat der Ärztekammern erbracht werden.

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

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAXIS

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

KV-MITGLIEDER
ANZAHL GESAMT 157.705



Stand: 31.12.2011

GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

ZENTRALE PARAGRAPHEN DES SGB V

- **§ 135** BEWERTUNG VON UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN
- **§ 135a** VERPFLICHTUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG
- **§ 136** FÖRDERUNG DER QUALITÄT DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN
- **§ 137** RICHTLINIEN UND BESCHLÜSSE ZUR QUALITÄTSSICHERUNG
- **§ 137a** UMSETZUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG UND DARSTELLUNG DER QUALITÄT
- **§ 137b** FÖRDERUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER MEDIZIN
- **§ 137f** STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN

WEITERE

- **§§ 70 / 75 / 91 / 92 / 139a ...**

ZUSTÄNDIGKEIT UND ORGANISATION

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

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

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

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

NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

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

§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau. Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung hat zum Ziel, die Qualität des Arbeitsprozesses und der Arbeitsergebnisse zu wahren oder zu erhöhen. Dies kann nur verwirklicht werden, wenn Probleme rechtzeitig identifiziert, hinreichend analysiert, praktikable Verbesserungsvorschläge zügig erarbeitet und erfolgreich angewendet werden. Eine wesentliche Aufgabe der Qualitätssicherung besteht nach wie vor darin, die strukturellen Voraussetzungen für eine hohe Qualität ärztlichen Handelns in der Aus- und Weiterbildung zu schaffen und zu erhalten. In Ergänzung dazu bedarf es jedoch auch dynamischer, auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basierender Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines selbstlernenden Systems. Damit sollen in der vertragsärztlichen Tätigkeit die Kooperation verbessert, der fachliche Wettbewerb gefördert und die Qualität der Betreuung insbesondere aus Sicht der Patienten gewährleistet werden.

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

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

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

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

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

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Der Paragraph 135 SGB V ist die zentrale Bestimmung für die Qualitätssicherung im SGB V.

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

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

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

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

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

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

§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

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

§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Deren Ziele und Ergebnisse müssen die Organisationen dokumentieren und jährlich veröffentlichen. Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in allen Kassenärztlichen Vereinigungen Standard. Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen, in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen zu entwickeln. Dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu berücksichtigen.

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

§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

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

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

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

§ 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution mit der Entwicklung von 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. 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

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

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

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für 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.

ARZTSTRUKTUR AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

► Schwerpunkt	Summe	Vertragsärzte	Partnerärzte	Angestellte Ärzte	Ermächtigungen
Allgemeinärzte	35.142	32.807	102	2.192	41
praktische Ärzte / Ärzte	6.500	6.121	5	273	101
Anästhesisten	3.856	2.849	35	255	717
Augenärzte	5.731	5.087	34	473	137
Chirurgen	6.073	4.037	48	184	1.804
► Gefäßchirurgie	735	351	5	19	360
► Kinderchirurgie	60	30	0	3	27
► plastische Chirurgie	173	125	1	3	44
► Thoraxchirurgie	107	13	1	1	92
► Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	36	14	0	1	21
► Unfallchirurgie	2.633	1.764	24	76	769
► Visceralchirurgie	646	171	1	6	468
Frauenärzte	11.693	9.823	144	705	1021
► gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	123	100	4	14	5
► gynäkologische Onkologie	278	106	3	5	164
► spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	117	49	1	5	62
HNO-Ärzte	4.330	3.906	39	172	213
► Audiologie	5	4	0	1	0
► Phoniatrie	12	11	0	1	0
► Phoniatrie und Pädaudiologie	78	60	0	3	15
Hautärzte	3.758	3.227	71	328	132
Internisten	23.888	19.872	233	1.394	2.389
► Angiologie	563	387	5	34	137
► Diabetologie	50	38	0	4	8
► Endokrinologie (und Diabetologie)	410	283	8	20	99
► Gastroenterologie	1.942	1.194	49	96	603
► Geriatrie	10	8	0	1	1
► Hämatologie	168	104	0	13	51
► Hämatologie und internistische Onkologie	1.132	825	11	51	245
► Infektiologie	2	0	0	0	2
► Infektions- und Tropenmedizin	9	3	0	2	4
► Kardiologie	2.941	2.073	66	164	638
► Lungen- und Bronchialheilkunde	23	17	0	0	6
► Nephrologie	1.653	1.371	36	122	124
► Pneumologie	1.236	952	7	53	224
► Rheumatologie	708	536	6	39	127
Kinderärzte	7.111	5.730	106	448	827
► Infektiologie	2	1	0	0	1
► Kinderendokrinologie und -diabetologie	22	11	0	0	11
► Kindergastroenterologie	12	2	1	0	9
► Kinderhämatologie	4	1	0	0	3
► Kinderhämatologie und -onkologie	73	26	0	1	46
► Kinderkardiologie	325	228	2	9	86
► Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	15	9	0	0	6
► Kindernephrologie	19	10	0	0	9
► Kinderneuropsychiatrie	9	9	0	0	0
► Kinderpneumologie	50	38	0	0	12
► Kinderrheumatologie	3	1	0	0	2
► Neonatologie	630	358	7	15	250
► Neuropädiatrie	348	185	1	4	158
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.870	3.760	–	37	73
Kinder- und Jugendpsychiater	926	813	0	74	39
Laborärzte	1.031	928	0	52	51
► Mikrobiologie	1	0	0	0	1
Lungenärzte	196	181	1	4	10
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	1.151	1.073	0	36	42
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	5.605	4.795	54	206	550
► forensische Psychiatrie	20	17	0	1	2
► Kinderneuropsychiatrie	16	15	0	0	1
Neurochirurgen	849	694	0	53	102
Nuklearmediziner	821	716	0	71	34
Orthopäden	6.206	5.321	122	291	472
Pathologen	910	751	0	97	62
► Neuropathologie	2	2	0	0	0
Ärztliche Psychotherapeuten	5.455	5291	13	42	109
Psychologische Psychotherapeuten	14.297	13.919	–	245	133
Radiologen / Diagnostische Radiologie	4.362	3.115	71	454	722
► Kinderradiologie	78	29	1	5	43
► Neuroradiologie	251	147	5	9	90
► Strahlentherapie	57	43	0	7	7
Urologen	3.071	2.656	45	120	250
Übrige Arztgruppen	873	745	0	54	74
SUMME	**157.705**	**138.217**	**1.123**	**8.260**	**10.105**

Bundesarztregister, Stand 31. Dezember 2011

ABKÜRZUNGEN

ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom
APHAB	Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit (Fragebogen im Rahmen der Hörgeräteverordnung)
AGnES	arztentlastende, Gemeinde-Nahe, E-Health-gestützte, systemische Intervention (Erprobungsmodell zur Entlastung von Hausarztpraxen)
Aids	acquired immunodeficiency syndrome (erworbenes Immunschwäche-Syndrom)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP	Ambulantes Operieren
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AQUIK®	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Atemwegserkrankung)
DMP	Disease-Management-Programm
DSP	diabetologische Schwerpunktpraxis
eQZ	elektronische Plattform zur Dokumentation von Qualitätszirkeln
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
EKG	Elektrokardiographie
EKV	Bundesmantelvertrag Ärzte / Ersatzkassen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HbA1c	Maß für den Blutzuckerwert
HFR	Hochfrequenzschlinge (zur Abtragung von Polypen)
HIV	human immunodeficiency virus (Humanes Immundefizienz-Virus)
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HyPOS	Hypoglykämie-Selbstmanagement-Schulungsprogamm
IKK	Innungskrankenkasse
IGiB	innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg
ISO 9001	Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement-system der Internationalen Organisation für Normung (International Organization for Standardization)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KHK	koronare Herzerkrankung
KM6	Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe
KPQM	Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDL	low density lipoprotein (Lipoprotein geringer Dichte, ein Protein zum Transport von Blutfetten)
LKK	landwirtschaftliche Krankenkassen
Lp(a)	spezielles Lipoprotein
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanz-Tomographie
MRM	Magnetresonanz-Mammographie
MRA	Magnetresonanz-Angiographie
MOPRA	mobile Praxisassistentin (Erprobungsmodell zur Entlastung von Hausarztpraxen)
MVV-RL	Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung
PCI	percutaneous coronary intervention (perkutane Koronarintervention)
PDT	photodynamische Therapie
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PTK	phototherapeutische Keratektomie
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen
Qesü-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung
QiSA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QS	Qualitätssicherung
qu.no	Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	fünftes Sozialgesetzbuch
SGS	strukturiertes geriatrisches Schulungsprogramm
sQS	sektorenübergreifende Qualitätssicherung
SPAV	spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung
STIKO	ständige Impfkommission des RKI
TAH	Thrombozytenaggregationshemmern
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (Erprobungsmodell zur Entlastung von Hausarztpraxen)
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Abkürzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

QUELLEN

- Bundesministerium für Gesundheit. Amtliche Statistik KM6 Teil II 2008, 2009, 2010, 2011
- Bundesversicherungsanstalt. Tätigkeitsberichte 2006 und 2007
- Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

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

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

IMPRESSUM

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

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

Redaktion:
Gabriele Sander, Dr. Andreas Dahm, Dr. Franziska Diel, Dr. Christian Götting, Katja Heinze, Dr. Ludwig Hofmann, Antje Lukas, Frank Michel, Dr. Rupert Pfandzelter, Ingrid Quasdorf, Ulrike Schmitt, Dr. Roland Stahl, Dr. Henning Thole, Dagmar Vohburger, Dr. Andreas Walter, Eva Wegner, Ulrike Wülfing, Kassenärztliche Vereinigungen der Länder, Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Gestaltung:
www.malzwei.de

Fotos:
axentis.de: Georg Lopata, Berlin / Berufsverband der Augenärzte: Augeninfo Bilddatenbank / Christof Rieken / Clipdealer: rezkrr / Dr. Hans Dieter Matthiessen, Dortmund / Dr. Katrin Marquardt, Schwerin / Dr. Otto Hillebrand, Bad Zwischenahn / Fotofinder: A1PIX / Your Photo Today / Fotolia: Alfred Wekelo, Carolina K Smith MD, Corbis, Engine Images, Irina Mansieux, ISO K° photography, mankale, Maria P., Monkey Business, Sven Bähren, Visionär / hi studios / istockphoto: Alexander Raths, AYimages, Beyza Sultan Durna, choja, Clerkenwell Images, picsfive, SimmiSimons / Kaya Erdem, Düren / Klinikum Ernst von Bergmann, Robert Kühlmann, Potsdam / KV Hessen / Matthias Krüger / Michael Timm / Pantherstock: Artur Gabrysiak, nyul, salvador burciaga / picture alliance: Chromorange, Peter Widman / Shotshop: Franz Pfluegl, JB, Studio 77-28 / Svea Pietschmann / wikimedia: Eric Erbe, Christopher Pooley

Druck:
AZ Druck und Datentechnik GmbH

Copyright:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezember 2012

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