KBV

Kassenärztliche Bundesvereinigung

QUALITÄTSBERICHT

AUSGABE

2011

ENTWICKLUNG DER QUALITÄTS-SICHERUNG
SEITE 4

QUALITÄTS-INITIATIVEN DER KASSEN-ÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN
SEITE 12

ERGEBNISSE DES DMP DIABETES MELLITUS TYP 1
SEITE 45

QUALITÄTS-FÖRDERUNG VON A BIS Z
SEITE 30

„FÜR DIE PATIENTEN STREBEN WIR DEREN GRÖSSTMÖGLICHE ZUFRIEDENHEIT DURCH DIE KONSEQUENTE AUSRICHTUNG UNSERER ARBEIT AUF DIE BEDÜRFNISSE DER PATIENTEN UND DURCH MEHR SELBSTBESTIMMUNG UND EIGENVERANTWORTUNG AN.“

Quelle: Leitbild der KBV

GRUSSWORT

Das Jahr 2011 begann für unser Gesundheitssystem mit wichtigen Weichenstellungen: Die ärztliche Selbstverwaltung hat für die kommende Amtsperiode neue Gremien und Vorstände gewählt, und ein neuer Bundesgesundheitsminister hat das Ruder übernommen. Eine seiner ersten Aufgaben wird sein, das neue Versorgungsstrukturgesetz auf den Weg zu bringen. Dieses Gesetz wird tiefgreifende Änderungen der ambulanten und stationären Versorgung mit sich bringen. Mit der Umsetzung liegen arbeitsreiche Jahre vor uns, um Lösungen für eine älter werdende Gesellschaft bei gleichzeitig sinkenden Arztzahlen zu entwickeln und die flächendeckende kollektivvertragliche Versorgung sicherzustellen. Eine wichtige Maßnahme dazu ist, die Attraktivität des Arztberufes langfristig zu verbessern – neue Ärzte fallen nicht vom Himmel.

Eine Konstante in all diesen Veränderungen ist eine konsequente Ausrichtung der KBV auf die Interessen der Patienten, die die Vertreterversammlung der KBV am 30. Mai 2011 wiederholt in ihrem Leitbild der KBV festgehalten hat: „Für die Patienten streben wir deren größtmögliche Zufriedenheit durch die konsequente Ausrichtung unserer Arbeit auf die Bedürfnisse der Patienten und durch mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung an.“ Für die Patienten steht dabei besonders die Qualität der angebotenen Leistungen der Vertragsärzte und der Vertragspsychotherapeuten im Mittelpunkt. Welche Detaillösungen auch immer das Versorgungsstrukturgesetz ermöglichen wird: Die Patienten haben einen Anspruch auf Transparenz, mit welcher Qualität medizinische Leistungen erbracht werden – egal, welche vertragliche Regelung im Hintergrund gilt. Die KBV legt ihre Maßnahmen zur Förderung und Sicherung der Qualität seit Jahren offen dar. Wenn die ehrliche Information und eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient wirklich gewünscht sind, müssen daher alle Beteiligten ihre Ergebnisse offenlegen – ein Patient muss das ganze Bild sehen können und nicht nur Briefmarken der Versorgungs- und Vertragslandschaft.

Dabei wird es auf zwei Dinge ankommen: Es gilt, intelligente Instrumente der Qualitätsförderung und Qualitätsmessung zu entwickeln, damit Ärzte und Psychotherapeuten Zeit für ihre Patienten haben und nicht in der Dokumentation ersticken. Und: Qualitätssicherung ist kein Selbstzweck. Alle Beteiligten sind aufgefordert, die Qualitätssicherung auf das Maß zu beschränken, das notwendig ist. Qualitätssicherung ist keine Versorgungsforschung. Das heißt auch, dass Maßnahmen, wenn sie die gewünschten Ergebnisse erbracht haben, auch wieder beendet werden, um so die Ärzte zu entlasten.

Es liegen gesundheitspolitisch wichtige Jahre vor uns. Eine kluge Ausgestaltung des Versorgungsstrukturgesetzes wird die Basis dafür legen, dass in den nächsten Jahren absehbare Versorgungsengpässe wirksam angegangen werden können. Weniger Ärzte werden mehr Zeit für mehr Patienten brauchen.

Dass die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ihre Hausaufgaben bereits gemacht haben, ist in diesem Qualitätsbericht der KBV nachzulesen. Machen Sie sich ein vollständiges Bild von der Qualität der Arbeit Ihrer Ärzte und Psychotherapeuten.

Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstands der KBV

Dr. Carl-Heinz Müller
Vorstand der KBV

INHALT

1 ENTWICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG SEITE 4 – 29

Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung 5
Qualitätsdarstellung 6
- Qualitätsbericht 6
- Berichte an den Gemeinsamen Bundesausschuss 6
- Fachgruppen 7
- Publikationen 7

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung 8
Disease-Management-Programme 9
Ziele für qualitätsfördernde Maßnahmen Kassenärztlicher Vereinigungen 9
Qualitätsmanagement 10
Fortbildungsverpflichtung 10
Qualitätszirkel 11
AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 11
Qualitätsinitiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen 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

2 QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z SEITE 30 – 117

Akupunktur 32
Ambulantes Operieren 34
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren 35
Arthroskopie 37
- Qualitätssicherungsmaßnahmen und Prüfergebnisse 37
- Neue Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien 39
- Einheitliches Bewertungsschema 39
- Systematik der Bewertung der Stichprobenprüfungen 40

Balneophototherapie 41
Blutreinigungsverfahren / Dialyse 42

Disease-Management-Programme 44
Ergebnisse aus dem Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 1 45
Vertragsumfang der Disease-Management-Programme 48
Herzschrittmacher-Kontrolle 50
Histopathologie Hautkrebs-Screening 52
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen 53
Interventionelle Radiologie 54
Invasive Kardiologie 56
Koloskopie 59
Qualitätssicherungsmaßnahmen und Prüfergebnisse 59
Kein Einfluss der Aufbereitungsart auf die Ergebnisse der Hygieneprüfungen 62
Laboratoriumsuntersuchungen 63
Langzeit-EKG-Untersuchungen 64
Magnetresonanz-Tomographie 66
Magnetresonanz-Angiographie 69
Mammographie (kurativ) 71
Mammographie-Screening 74
Medizinische Rehabilitation 77
Onkologie 78
Otoakustische Emissionen 80
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund 81
Phototherapeutische Keratektomie 83
Psychotherapie 84
Qualitätsmanagement 86
QEP–Qualität und Entwicklung in Praxen® 86
Qualitätszirkel 87
Schlafbezogene Atmungsstörungen 88
Schmerztherapie 90
Sozialpsychiatrie 92
Soziotherapie 93
Stoßwellentherapie bei Harnsteinen 94
Strahlendiagnostik/-therapie 95
Konventionelle Röntgendiagnostik 96
Computertomographie 97
Osteodensitometrie 99
Strahlentherapie 99
Nuklearmedizin 100
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger 102
Ultraschalldiagnostik 104
Qualitätssicherungsmaßnahmen und Prüfergebnisse 105
Geräteprüfungen Ultraschall: Ergebnisse und Verteilung 107
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte 111
Vakuumbiopsie 113
Zytologische Untersuchungen der Zervix uteri 115

Arztstruktur 118
Abkürzungen 119
Quellen 119
Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen 120
Impressum 121

1

ENTWICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG

2010 war das letzte Kalenderjahr der 13. Amtsperiode des mittlerweile wiedergewählten Vorstandes der KBV. Mit der Qualitätsoffensive für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung hat die KBV in dieser Amtsperiode Vieles auf den Weg gebracht, Bewährtes aktualisiert und Neues implementiert. Die Bandbreite der Themen reicht von Akupunktur bis Zytologie, umfasst innovative Projekte wie AQUIK® und QEP® und trägt mit dem neuen Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung den geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Rechnung.

QUALITÄTSSICHERUNG

Unverzichtbar in der klassischen Qualitätssicherung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sind Vereinbarungen und Richtlinien, die im Wesentlichen auf Grundlage von § 135 Abs. 2 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) und § 136 Abs. 2 SGB V getroffen und weiterentwickelt wurden. Diese Vereinbarungen und Richtlinien adressieren sowohl Versorgungsdefizite (wie zum Beispiel die Schmerztherapievereinbarung), indikationsbezogene Leistungsbereiche (wie zum Beispiel die HIV/Aids-Vereinbarung) oder methodenbezogene Bereiche (wie zum Beispiel die Vereinbarung zur Balneophototherapie) und sorgen damit oft für die Umsetzung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zentraler Punkt all dieser Regelungen ist die Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich persönlicher und betriebsstättenbezogener Qualifikationen, die mit der Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen einhergeht. Verbunden sind diese Genehmigungen oft mit Auflagen, zum Beispiel Dokumentations-, Frequenz- oder anderen regelhaften Prüfungen.

Während sich der Regelungsumfang zu Beginn der 13. Amtsperiode auf 14 Vereinbarungen und Richtlinien beschränkte, hat sich deren Anzahl zwischenzeitlich mehr als verdoppelt.

§ 135 Abs. 2 SGB V
§ 136 Abs. 2 SGB V

STAND 1.1.2005	STAND 31.12.2010	
	► Akupunktur ► Balneophototherapie ► Histopathologie Hautkrebs ► HIV / Aids ► Interventionelle Radiologie ► Kurative Mammographie ► Medizinische Rehabilitation ► MR-Angiographie ► Phototherapeutische Keratektomie ► Schlafbezogene Atmungsstörungen ► Schmerztherapie ► Vakuumbiopsie	NEUE REGELUNGEN
	► Arthroskopie ► Dialyse ► Qualitätsprüfungs-Richtlinie	NEUFASSUNGEN
► Arthroskopie ► Blutreinigungsverfahren/ Dialyse ► Herzschrittmacher-Kontrolle ► Invasive Kardiologie ► Kernspintomographie ► Koloskopie ► Laboratoriums-untersuchungen ► Langzeit-EKG ► Photodynamische Therapie ► Strahlendiagnostik und -therapie ► Ultraschalldiagnostik ► Zytologie	► Herzschrittmacher-Kontrolle ► Koloskopie ► Photodynamische Therapie ► Ultraschalldiagnostik ► Zytologie	
	► Radiologie	
	► Arthroskopie ► Blutreinigungsverfahren/ Dialyse ► Invasive Kardiologie ► Kernspintomographie ► Laboratoriums-untersuchungen ► Langzeit-EKG ► Strahlendiagnostik und -therapie	
► Kernspintomographie ► Radiologische Diagnostik	► Kernspintomographie	

QUALITÄTSREGELUNGEN

QUALITÄTSDARSTELLUNG

MIT DEM FOKUS AUF TRANSPARENZ DER VERSORGUNGSQUALITÄT HAT DIE KBV IN DEN VERGANGENEN JAHREN DIE DARSTELLUNG VON QUALITÄT ZUNEHMEND ALS EIGENSTÄNDIGES THEMA ETABLIERT.

QUALITÄTSBERICHT

Der Geschäftsbericht und vor allem der in der 13. Amtsperiode fortlaufend erschienene Qualitätsbericht der KBV geben einen umfassenden Überblick über die Qualitätsförderungsmaßnahmen und -ergebnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV. Die Qualitätsdarstellung hat sich dabei ständig weiterentwickelt: Nach einer zunächst rein deskriptiven Darstellung der Versorgungslandschaft wird nunmehr das gesamte Genehmigungs- und Prüfgeschehen in den Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlicht. Hierzu wurde der erstmals im Jahre 2004 veröffentlichte Qualitätsbericht ständig erweitert und kontinuierlich um Ergebnisse und Berichte aus den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV ergänzt, was nicht zuletzt der gestiegenen Anzahl an Tätigkeitsfeldern geschuldet ist. Umfassend dargestellt wird mittlerweile die gesamte Tätigkeit der Qualitätssicherungskommissionen und des Geschäftsbereichs Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigungen; von der Genehmigungserteilung bis zur Prüfung aller für einen Genehmigungserhalt relevanten Auflagen. Zudem dient der Qualitätsbericht der KBV in einer speziellen Arbeitsfassung seit 2004 als Musterqualitätsbericht für die Kassenärztlichen Vereinigungen und wird von ihnen sowohl als Vorlage für die eigenen regionalen Qualitätsberichte als auch als internes Qualitätsmanagementinstrument geschätzt.

Schwierig bleibt die Darstellung von Parametern zur Ergebnisqualität, wobei allerdings in der Dialyse und den Disease-Management-Programmen Verfahren etabliert sind, die bereits jetzt ein Benchmark verschiedener Praxen beziehungsweise Ärzte erlauben. Perspektivisch wird man sich verstärkt für die elektronische Erhebung und Nutzung von Behandlungsdaten einsetzen müssen, um hier für den Arzt aufwandsarm neue Wege der Qualitätssicherung beschreiten zu können. In diesen Gesamtkontext gehört auch die Entwicklung des AQUIK-Indikatorensets, das 2009 veröffentlicht wurde.

BERICHTE AN DEN GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

Seit 2007 gibt es eine besondere Berichtspflicht zu Ergebnissen der Kommissionsarbeit in den Kassenärztlichen Vereinigungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Betroffen hiervon sind in erster Linie die Bereiche konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Kernspintomographie und Arthroskopie. Es handelt sich dabei um Leistungsbereiche, zu denen neben den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 auch Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien nach § 136 Abs. 2 SGB V bestehen. Darüber hinaus betrifft die Berichtspflicht Leistungsbereiche, zu denen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen oder Ersatzkassen regionale Vereinbarungen getroffen haben. Grundlage dieser Berichtspflicht ist die seit dem 1. Januar 2007 geltende Qualitätsprüfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Berichtet wird zu Umfang, Ergebnissen und abgeleiteten Maßnahmen von Stichprobenprüfungen der ärztlichen Dokumentationen (siehe auch Seiten 38, 51, 65, 67, 72, 96 ff). In der Diskussion der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellten Daten konnte festgestellt werden, dass es zum Teil deutliche regionale Unterschiede in der Umsetzung der Prüfungen gibt. Um dem entgegenzuwirken und eine einheitliche Umsetzung zu fördern, wurden in themenspezifischen Fachgruppen Bewertungsschemata entwickelt, die für die Bereiche Kernspintomographie, konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie ab 2011 angewendet werden.

Ein weiterer Bereich, die Dialyse, unterliegt ebenfalls einer Berichtspflicht an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Anders als bei den zuvor genannten Bereichen findet hier mit Hilfe eines externen Datenanalysten eine Vollerhebung zum Behandlungsgeschehen statt, dessen Ergebnisse gestaffelt an die Dialyseeinrichtungen selber, die Kassenärztlichen Vereinigungen und zusammengefasst dem Gemeinsamen Bundesausschuss zurückgemeldet werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln dann wiederum ihre Parameter der Kommissionsarbeit an die KBV, die sie zusammenfasst und an den Gemeinsamen Bundesausschuss weiterleitet (siehe auch Seite 42).

FACHGRUPPEN

An der Umsetzung der geltenden Qualitätssicherungsvereinbarungen sind eine Vielzahl von Mitarbeitern aus den Kassenärztlichen Vereinigungen und mehr als 3.500 Ärzte in den Qualitätssicherungskommissionen beteiligt. Um diese Kompetenz für die Erstellung und Überarbeitung von Vereinbarungen beziehungsweise für die Präzisierung von Umsetzungsfragen nutzen zu können, wurden in der 13. Amtsperiode themenspezifische Fachgruppen eingerichtet. Die Ergebnisse des dort stattfindenden Austausches fließen direkt in die Arbeit der KBV ein. Geschehen ist dies zum Beispiel bei der Überarbeitung der Qualitätprüfungs-Richtlinie oder der Erstellung von Bewertungsschemata und Vorlagen zu Mängelanalysen für die Umsetzung der Prüfungen in den komplexen Themenbereichen Arthroskopie, Kernspintomographie oder Radiologie. Überhaupt wurde in der 13. Amtsperiode der Austausch mit den direkt zuständigen Personen aus den Kassenärztlichen Vereinigungen fester Bestandteil der Tätigkeiten zur Qualitätsförderung. Regelmäßige Informationsveranstaltungen mit den Abteilungsleitern Qualitätssicherung oder den zuständigen Mitarbeitern für Qualitätsmanagement oder Disease-Management-Programme, aber auch die nationalen Tutorentreffen, sind mittlerweile fest etabliert.

PUBLIKATIONEN

Seit 2009 trägt die KBV verstärkt dem Informationsbedürfnis der niedergelassen Ärzte mit gezielten, standardisierten Praxisinformationen Rechnung. Diese Informationsschreiben werden zum kompletten Spektrum der KBV-Tätigkeit, nicht nur zu Fragen der Qualitätssicherung, verfasst und den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Weiterleitung an ihre Mitglieder zur Verfügung gestellt. Mit der Einrichtung eines speziellen Bereiches in der KBV für diese Schreiben wurde sogar eine zentrale Stelle geschaffen, welche die bisherige auf die Dezernate verteilte Aufgabe abgelöst hat. Zur Qualitätssicherung sind bisher unter anderem Praxisinformationen zu den Themen kurative Mammographie, Dialyse, Mammographie-Screening, Balneophototherapie, Radiologie, Arthroskopie und Histopathologie im Hautkrebsscreening erschienen. Neben diesen Praxisinformationen sind zusätzlich detaillierte und anwenderbezogene Informationsbroschüren, wie die zu den „Regelungen zum ambulanten Operieren“, „Mammographien regelgerecht erstellen“ oder „Überwachung und Begehung von Arztpraxen durch Behörden“ mit nützlichen Tipps für die Arztpraxis erschienen. Besonderes Gewicht wird zudem auf Vorträge und Poster für Kongresse und wissenschaftliche Publikationen, Internetseiten und Newsletter zu Aspekten der Qualitätsförderung in der vertragsärztlichen Versorgung gelegt.

SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG

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

Am 2. Dezember 2010 ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in Kraft getreten. Mit dieser Richtlinie sind die rechtlichen Voraussetzungen für die Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards in der ambulanten und stationären Versorgung geschaffen worden. Behandlungsergebnisse können sektorenübergreifend erfasst und bewertet werden. Die Richtlinie beschreibt die Strukturen, die zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erforderlich sind, und legt die Aufgaben der beteiligten Organisationen fest. Wichtiges Ziel der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist ein kontinuierlicher Qualitätsentwicklungsprozess, in dem einem qualitätsfördernden Ansatz Vorrang vor sanktionierenden Maßnahmen eingeräumt wird. Die Längsschnittbetrachtung von Qualitätsdaten wird etabliert. Im Fokus steht die Verbesserung der Ergebnisqualität. Dabei treffen die zu bildenden Landesarbeitsgemeinschaften (Kassenärztliche Vereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaft, Verbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen) auf Landesebene alle wichtigen Entscheidungen über Einleitung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Die Einführung und Umsetzung der ersten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sind für das Jahr 2014 geplant. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage von § 137a SGB V eine unabhängige Institution (AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH Göttingen) beauftragt, für ausgewählte Themen Qualitätsindikatoren sowie Instrumente der Qualitätsmessung und -darstellung zu entwickeln. In den Jahren 2010 und 2011 wurden bisher die Abschlussberichte zu den Themen Kataraktoperation, Konisation des Gebärmutterhalses und PCI/Koronarangiographie sowie das Methodenpapier und Datenvalidierungskonzept des AQUA-Instituts formal abgenommen. Die Abschlussberichte bilden die Grundlage für die Erarbeitung der themenspezifischen Bestimmungen der Qesü-RL durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die KBV als Interessenvertreter der Vertragsärzteschaft tritt dabei unter anderem für die Fortführung bewährter Qualitätssicherungs-Verfahren aus dem ambulanten Bereich, für ein angemessenes Verhältnis von Aufwand und Nutzen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie für die konsequente Messung der Bürokratiekosten im Rahmen sektorenübergreifender Verfahren ein.

ÜBERSICHT DER BEAUFTRAGUNG DES AQUA-INSTITUTS

	2009	2010	2011
Sektorengleiche Verfahren	► Kataraktoperation ► PCI / Koronarangiographie ► Konisation des Gebärmutterhalses	► Arthroskopie am Kniegelenk ► Endoprothesenverfahren Hüfte	► Endoprothesenverfahren Knie ► Nosokomiale Infektionen
Sektorenübergreifende Verfahren		► Kolorektales Karzinom	
Zusatzaufträge		► Datenvalidierungsverfahren	

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Disease-Management-Programme (DMP) wurden seit 2003 schrittweise in das deutsche Gesundheitssystem eingeführt und sind zu einem festen Bestandteil der Versorgung chronisch kranker Menschen geworden. Die Zahl der in ein DMP eingeschriebenen Versicherten stieg von circa 2,7 Millionen im Jahr 2006 auf etwa 6,5 Millionen im Jahr 2010. Die Patienten profitieren von einer strukturierten, koordinierten Betreuung und einer Behandlung nach den aktuellen Leitlinien. Die positiven Effekte einer Chroniker-Versorgung im Rahmen von DMP konnten wiederholt in Studien bestätigt werden, zuletzt von Forschern der Universität Köln bei Diabetes-Patienten.

Der Gesetzgeber sieht vor, dass die Anforderungen an die zugelassenen DMP regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Die KBV trägt wesentlich zur Umsetzung und innovativen Weiterentwicklung dieser Programme bei. In Arbeitsgruppen und Unterausschüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses arbeiten Vertreter der KBV aktiv an der Festlegung inhaltlicher Anforderungen und an der regelmäßigen Aktualisierung der DMP mit.

Im Zeitraum von 2005 bis 2010 erfolgten neun Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aktualisierung bestehender DMP sowie die Einführung des Moduls Herzinsuffizienz.

Der von der KBV mit Nachdruck geforderten Verbesserung der Versorgung multimorbider Patienten wurde in einem ersten Schritt durch die Formulierung von Managementempfehlungen bei Multimedikation Rechnung getragen. Diese werden bei zukünftigen Aktualisierungen sukzessive in die bestehenden Programme eingearbeitet. Auch das Engagement der KBV für einen Bürokratieabbau in DMP hatte Erfolg. Zum 1. Juli 2008 wurde obligat die elektronische Dokumentation für die internistischen DMP und ab dem 1. Juli 2009 auch für das DMP Brustkrebs eingeführt, was zu einer spürbaren Reduktion des Dokumentationsaufwandes führte.

In diesem Zusammenhang wurde das Rückmeldesystem, das die KBV den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stellt, auf die deutlich besser lesbaren Kurz-Feedback-Berichte umgestellt.

ZIELE FÜR QUALITÄTSFÖRDERUNGSMASSNAHMEN KASSENÄRZTLICHER VEREINIGUNGEN

Im Rahmen ihrer Qualitätsoffensive hat die KBV einen strukturierten Prozess der Identifikation von Zielen für Qualitätsförderungsmaßnahmen nach § 136 Abs. 1 SGB V in den Kassenärztlichen Vereinigungen angestoßen. Mit der Entwicklung eines Theorie- und Methodenkonzeptes durch eine Arbeitsgruppe der KBV, gemeinsam mit mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen, wurde die Basis für die Implementierung eines einheitlichen Prozesses der Zielauswahl und -umsetzung geschaffen.

2010 erfolgte der Startschuss für eine exemplarische Erprobung des theoretischen Ansatzes mit den Themen:

- Sektorenübergreifende Versorgung
- Impfen
- Depression.

Durch die gemeinschaftliche und einheitliche Weiterentwicklung der Versorgungsqualität positioniert sich die KBV als aktiver Gestalter der Versorgungslandschaft und Impulsgeber bei der Lösung von Versorgungsproblemen. Aspekte des methodischen Ansatzes sind in die Vorschläge der KBV zum Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) eingeflossen.

QUALITÄTSMANAGEMENT

MEHR INFOS UNTER:
www.kbv.de/qep

Qualität und Entwicklung in Praxen®

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.

Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie an Grundelemente und Instrumente sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 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, welche allen Kassenärztlichen Vereinigungen ein einheitliches Vorgehen ermöglicht.

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 Qualitätsmanagement-Verfahren QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® entwickelt. QEP® ist spezifisch auf die Abläufe und Bedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zugeschnitten und kann von 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 Qualitätsmanagement-Verfahrens. Kernstück des QEP®-Systems ist ein Qualitätszielkatalog, der in erster Linie der Einführung und Umsetzung des Qualitätsmanagements in der Praxis sowie der Analyse des Ist-Standes (Selbstbewertung) dient. Optional kann eine Zertifizierung durch neutrale Dritte (Fremdbewertung) durchgeführt werden. Waren dies Anfang September 2006 drei Praxen, haben Anfang 2011 bereits 500 Praxen ihre Akkreditierungsurkunde erhalten. Zwischenzeitlich haben mehr als 30.000 Ärzte, Psychotherapeuten und nichtärztliche Mitarbeiter an QEP®-Einführungsseminaren teilgenommen (Stand: Mai 2011).

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes wurde in § 95d SGB V die Fortbildungsverpflichtung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten eingeführt. Danach besteht seit dem 1. Juli 2004 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 (erstmals 1. Juli 2004 bis 30. Juni 2009) mindestens 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden. Gemäß ihrem 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 eine gleichgerichtete Umsetzung des gesetzlichen Auftrages in den Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen. Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, durch Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Fortbildung von einer Kammer oder auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung von der Kassenärztlichen Vereinigung als Fortbildungsmaßnahme anerkannt ist.

Insgesamt waren im ersten Nachweiszeitraum 108.563 Ärzte und Psychotherapeuten nachweispflichtig. 97,4 Prozent haben den Fortbildungsnachweis zum Stichtag ordnungsgemäß erbracht. Innerhalb der zweijährigen Nachholfrist hat sich der Erfüllungsgrad bis zum 30. April 2011 auf 99 Prozent erhöht. Im Jahr 2010 endete für weitere 7.324 Vertragsärzte und -psychotherapeuten der fünfjährige Nachweiszeitraum. Insgesamt 95,6 Prozent sind ihrer Fortbildungsverpflichtung zum jeweiligen Stichtag nachgekommen (Stand: 30. April 2011). Erfüllen Ärzte oder Psychotherapeuten ihre Fortbildungsverpflichtung nicht oder nicht im vollen Umfang, greifen die im Gesetz vorgeschriebenen Sanktionen.

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

QUALITÄTSZIRKELARBEIT

Qualitätszirkel haben sich in der ambulanten Versorgung sowohl als Instrument der Qualitätsförderung als auch als effektive Form des interkollegialen Lernens von Vertragsärzten und -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.

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

Qualitätskriterien für die Qualitätszirkel sind in den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V festgeschrieben. Durch die Überarbeitung dieser Kriterien mit Wirksamkeit ab dem 1. Januar 2009 wurde ein erneuter Impuls für die Weiterentwicklung der Qualität der Zirkelarbeit in den Regionen gegeben. Die Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV sind Grundlage der Qualitätszirkel-Grundsätze der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Zahl der registrierten Qualitätszirkel ist von circa 5.000 im Jahr 2005 auf derzeit über 8.400 gestiegen. Die KBV unterstützt die regionale Qualitätszirkel-Arbeit durch ein methodisch-didaktisches Konzept auf der Grundlage des Train-the-Trainer-Prinzips, das im Handbuch Qualitätszirkel zusammengefasst ist. 2010 ist das Handbuch in einer 2. erweiterten Auflage im Deutschen Ärzte-Verlag erschienen.

AQUIK® – AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN

Mit dem Projekt AQUIK® hat die KBV wichtige Voraussetzungen für die Beurteilung und die Steuerung von Qualität in der ambulanten Versorgung geschaffen. Qualitätsindikatoren können als Instrument genutzt werden, um einzelne Aspekte der Versorgungsqualität anhand messbarer und wissenschaftlich fundierter Kriterien abzubilden und Transparenz zu schaffen. Seit der Veröffentlichung im Jahr 2009 stehen die 48 Qualitätsindikatoren des AQUIK®-Sets für die Nutzung in unterschiedlichen Einsatzgebieten zur Verfügung.

Allgemein sind Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung zunehmend verbreitet, so zum Beispiel:

- im Qualitätsmanagement (Indikatoren des AQUIK®-Sets wurden in den QEP® Qualitätsziel-Katalog, Version 2010, integriert)
- in der Qualitätszirkelarbeit
- in Praxisnetzen
- in den Feedback-Berichten zu DMP
- in der Qualitätsdarstellung
- für eine qualitätsbezogene Vergütung
- in ergänzenden Versorgungsverträgen
- für die regionale Qualitätsmessung
- in ambulanten Qualitätssicherungs-Vereinbarungen (zum Beispiel Dialyse)
- in den themenspezifischen Bestimmungen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Auf der Agenda der KBV steht aktuell, das Indikatorenset weiterzuentwickeln und die IT-technischen Voraussetzungen für eine strukturierte Datenerhebung für Indikatoren zu schaffen.

DAS GESAMTE AQUIK®-QUALITÄTSINDIKATORENSET STEHT AUF DER HOMEPAGE DER KBV ZUM DOWNLOAD BEREIT:
www.kbv.de/aquik.html

QUALITÄTSINITIATIVEN DER KASSENÄRTZLICHEN VEREINIGUNGEN

Alles Gute KVBW

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Kassenärztliche Vereinigung Berlin KV

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 Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen Körperschaft des öffentlichen Rechts

KVWL Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND DURCH 155.780 MITGLIEDER DER KVEN

Stand 31.12.2010

FRÜHE HILFEN – VERNETZUNG LOKALER ANGEBOTE MIT VERTRAGSÄRZTLICHEN QUALITÄTSZIRKELN

In den vergangenen Jahren sorgten immer wieder Tötungen von Babys und Kindern in Deutschland für Entsetzen. Das Schicksal dieser Kinder warf viele Fragen auf. Wie konnte so etwas geschehen und wie kann es zukünftig verhindert werden? Forderungen nach verbessertem Schutz von Kindern und Früherkennung von Risiken wurden laut. 2007 hat das Bundesfamilienministerium als Antwort darauf das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ ins Leben gerufen. Parallel dazu wurde das Nationale Zentrum für Frühe Hilfen gegründet. Ziel ist zum einen, die Schaffung von Unterstützungsangeboten für alle Eltern zu fördern und auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen. Zum anderen sollen die in diesem Feld tätigen Hilfeanbieter besser vernetzt werden. Es hat sich gezeigt, dass der frühe Zugang zu belasteten Familien ein wesentliches Kriterium für eine erfolgreiche Unterstützung ist. Der Einsatz von „Frühen Hilfen“, das heißt von Familienhebammen, sozialpädagogischen Familienhelfern, Familienbesuchsprogrammen oder Erziehungsberatung kann dazu beitragen, rechtzeitig positiven Einfluss zu nehmen.

Belastende familiäre Bedingungen gehen fast immer einher mit einem schlechten Gesundheitszustand von Kindern. Dies belegen zum Beispiel Untersuchungen zum Auftreten von chronischen Erkrankungen bei Kindern. Kinder-, Haus- und Frauenärzte sind oft die ersten und einzigen Fachkräfte, die Kinder im Alter von bis zu drei Jahren und schon während der Schwangerschaft auf ihren Gesundheitszustand sowie ihre gesunde Entwicklung hin untersuchen können. Allerdings ist die Mehrheit der Vertragsärzte nur schwer in eine Kooperation mit der Jugendhilfe einzubeziehen. Als Hindernis für die schwierige Zusammenarbeit sind vor allem die großen Unterschiede in der Struktur und Arbeitsorganisation der beiden Systeme Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu sehen.

Vor diesem Hintergrund hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg ein Projekt gestartet. Ziel ist, Ärzte sowie Psychotherapeuten mit Angeboten der „Frühen Hilfen“, beziehungsweise den Hilfen zur Erziehung über das Jugendamt, nachhaltig zu vernetzen. Dazu soll die vorhandene Struktur der Qualitätszirkel genutzt werden. Entscheidend ist, dass die Kooperation interdisziplinär und ganz konkret auf der Fallebene stattfindet. Ein beabsichtigter Begleiteffekt ist, dass beide Partner ihre Kenntnisse über die Arbeitsweise des jeweils anderen erweitern können und Vorurteile abgebaut werden.

In dem Projekt wurden in zunächst 15 Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs Tandems aus je einem Vertreter des Jugendamtes/der Jugendhilfe und einem ärztlichen Qualitätszirkelmoderator gebildet. Diese Tandems wurden an zwei Tagen darin geschult, in Qualitätszirkeln gemeinsam Familienfallkonferenzen durchzuführen. Die Familienfallkonferenzen sollen dann von den Moderatorentandems bei Bedarf einberufen werden. Auf diese Weise kann überforderten Familien und ihren Kindern wesentlich besser als bisher möglich, eine passgenaue Hilfe vermittelt werden. Die Resonanz auf die Fortbildungen war außerordentlich positiv.

Am 16. November 2011 wird in der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in Stuttgart ein Abschlusssymposium stattfinden, in dem die wissenschaftlich evaluierten Ergebnisse des Projektes öffentlich vorgestellt und diskutiert werden. Eine Übertragung auf weitere Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg sowie andere Kassenärztliche Vereinigungen ist vorgesehen. Das im Projektverlauf erstellte Handbuch sowie das Methodenmanual sind hierbei eine wesentliche Grundlage. Die entsprechenden Qualifizierungen sollen weiterhin angeboten werden.

Die Finanzierung des auf 18 Monate angelegten Projektes übernimmt überwiegend das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Nationale Zentrum für Frühe Hilfen in Köln. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und erfährt in Baden-Württemberg sozialpolitisch auf breiter Ebene Unterstützung.

AUSGEZEICHNETE PATIENTENVERSORGUNG

Das im Jahr 2008 mit zwei Maßnahmen gestartete Qualitätsprogramm der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ ist gewachsen: In den vergangenen Jahren konnten viele neue Versorgungsverträge mit Krankenkassen in Bayern geschlossen werden, so dass es aktuell 18 Qualitätsmaßnahmen in 23 unterschiedlichen Fachrichtungen gibt. Das bundesweit einmalige Qualitätsprogramm umfasst aktuell rund 5.000 teilnehmende Fach- und Hausärzte in Bayern. Neben dem Nachweis einer überdurchschnittlichen Gerätequalität, zusätzlichem Fachwissen und einer elektronischen Dokumentation erfüllen die teilnehmenden Ärzte je nach Maßnahme weitere behandlungs- und diagnosespezifische Qualitätskriterien und erhalten dafür einen Honorarzuschlag.

Hygiene – aber sicher!

Ein Beispiel in diesem Qualitätsprogramm ist die 2010 gestartete Qualitätsinitiative „Hygiene – aber sicher!“, die zahlreiche Aktivitäten und Bausteine zu dem Thema Hygiene und Medizinprodukte umfasst. Das Ziel dieser Initiative ist die konkrete Unterstützung der Ärzte und Mitarbeiter in der Praxis. Nicht erst mit dem Bekanntwerden von Hygienemissständen in Krankenhäusern trat die Hygiene im Gesundheitswesen in den Fokus von Patienten und Öffentlichkeit. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat das Thema Hygienemanagement im Rahmen des Qualitätsmanagements für Praxen bereits 2009 aufgegriffen. Sie veröffentlichte eine Hygienebroschüre mit Tipps zur Aufbereitung von Medizinprodukten. Gleichzeitig bot sie in Zusammenarbeit mit dem Gewerbeaufsichtsamt Seminare zum Hygienemanagement an, an denen mittlerweile über 600 Medizinische Fachangestellte und Ärzte teilgenommen haben. Aufgrund der vermehrten Nachfrage nach Beratungen zur Hygiene bildeten sich die Mitarbeiter des Qualitätsmanagement-Teams der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Sachkundekursen zu Hygiene-Experten weiter. Eine Artikelserie in der Publikationsreihe „KVB informiert“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns informiert über praxisrelevante Hygienebereiche, zum Beispiel Händehygiene und Desinfektionsmittel, Mitarbeiterqualifikation und -schutz sowie Arbeitskleidung in der Arztpraxis. Der neue Internetauftritt „Hygiene und Medizinprodukte“ unter www.kvb.de ergänzt das Angebot unter anderem mit Fachartikeln zu rechtlichen Grundlagen der Aufbereitung von Medizinprodukten sowie mit Broschüren, Merkblättern und Muster-Hygieneplänen. Auch 2011 wird die Hygiene-Initiative kontinuierlich weiterentwickelt: Seit April unterstützt ein renommierter Hygieniker niedergelassene Ärzte in Fragen des Managements bei multiresistenten Erregern, der Infektionsdiagnostik und der leitliniengerechten Behandlung mit Antibiotika. Außerdem bietet die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Ärzten und Praxispersonal Hygiene-Fortbildungen über die Online-Plattform Cura Campus an.

KV-Initiative Pflegeheim

Ein zweites Beispiel ist die „KV-Initiative Pflegeheim“. Wesentliche Qualitätsmerkmale eines guten Pflegeheims sind unter anderem die medizinische Betreuung der Heimbewohner, die Erreichbarkeit qualifizierter Ärzte und das Vertrauen zwischen Arzt, Patient und Pflegeteam. Um diese Anforderungen zu erfüllen und den Herausforderungen der demografischen Entwicklung frühzeitig gerecht zu werden, haben mehrere Kassenärztlichen Vereinigungen unter Federführung Bayerns die „KV-Initiative Pflegeheim“ zur Optimierung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen ins Leben gerufen. Die Grundidee ist, dass Ärzte verschiedener Fachrichtungen und das Pflegepersonal kooperieren und gemeinsam die Rundumbetreuung der Patienten übernehmen. Ein modulares Rahmenkonzept liefert Lösungsansätze für die Verbesserung der medizinischen Versorgung. Die verschiedenen, eigenständigen Module können entsprechend der örtlichen Gegebenheiten unterschiedlich miteinander kombiniert werden. Durch die Umsetzung der einzelnen Module entstehen Versorgungsstandards, die die gesetzlichen Anforderungen übertreffen und damit einen Qualitätsgewinn im Rahmen der medizinischen Versorgung im Pflegeheim darstellen.

SONDERVERTRÄGE FÜR RÜCKENSCHMERZ-PATIENTEN UND PFLEGEHEIME

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die KKH Allianz haben einen Vertrag zur verbesserten Versorgung von Patienten mit akutem unspezifischem Rückenschmerz geschlossen. Grundlage ist ein interdisziplinäres Versorgungskonzept, das die Kassenärztliche Vereinigung Berlin gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten sowie Physiotherapeuten und Experten der stationären und rehabilitativen Versorgung entwickelt hat. Dieses Rückenschmerzprojekt ist bundesweit der erste interdisziplinäre sektorenübergreifende Vertrag, der klare Vorgaben und Behandlungspfade zur Therapie des unteren unspezifischen Rückenschmerzes definiert. Er startete am 1. März 2009. Mit dem Versorgungskonzept, zu dem ein Screening sowie ein gestuftes, auf drei Monate angelegtes Behandlungsprogramm gehören, soll eine Verbesserung der Versorgung von Patienten mit akuten bis subakuten unteren unspezifischen Rückenschmerzen erreicht sowie eine Chronifizierung des Schmerzes verhindert werden. Gleichzeitig sollen Patienten mit Rückenschmerzen, denen andere Ursachen zugrunde liegen, von einer zeitnahen Weiterleitung in die für sie richtige Versorgungsform profitieren. An dem Vertrag können koordinierende Ärzte sowie mitbehandelnde Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten teilnehmen. Mittlerweile haben sich knapp 600 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten zur Teilnahme an dem Versorgungskonzept entschieden. Mit Wirkung zum 1. April 2011 wurde für Patienten mit chronischem und chronisch-rezidivierendem Rückenschmerz ein weiterer Vertrag abgeschlossen, der über ein interdisziplinäres Behandlungsprogramm die Versorgung dieser Patienten verbessern soll. Dieses Versorgungskonzept basiert auf den Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz und bezieht die Patienten aktiv in die Behandlung ein. Regelmäßige Information und kontinuierliche körperliche Aktivität sowie Rückenschule stehen langfristig im Vordergrund. Zudem profitieren die Patienten von einer kurzfristigen Terminvergabe und der regelmäßigen Überprüfung des Behandlungserfolgs.

Bereits zum 1. April 1998 hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mit mehreren Berliner Krankenkassen, der Berliner Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Berliner Pflegeinrichtungen Vereinbarungen über ein Modellprojekt geschlossen, mit dem die Betreuung der Bewohner von Pflegeeinrichtungen in enger Verzahnung zwischen pflegerischer und ärztlicher Versorgung verbessert werden sollte. Anlass für dieses neue Konzept war zum einen, dass zum 1. Juli 1996 Krankenhäuser für chronisch Kranke und Krankenheime, in denen Ärzte angestellt waren, in Pflegeeinrichtungen umgewandelt wurden, und zum anderen, dass der Sicherstellungsauftrag zur ambulanten ärztlichen Versorgung auf die Kassenärztliche Vereinigung Berlin überging. Das Modellprojekt ermöglichte, dass die umgewandelten Pflegeeinrichtungen weiterhin mit angestellten Ärzten arbeiten oder Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten schließen konnten. In einer ergänzenden Vereinbarung vom 18. Dezember 1998 wurde die ärztliche Betreuung der Patienten in stationären Pflegeinrichtungen, zum Beispiel durch niedergelassene Vertragsärzte, gesondert geregelt. Die Begrenzung der Patientenzahl je Arzt, eine wöchentlich stattfindende Regelvisite, eine ständige Rufbereitschaft und Fallbesprechungen in multiprofessionellen Teams stellen eine besonders hohe Versorgungsqualität sicher. Der behandelnde Arzt und die betreuende Einrichtung bilden zusammen ein Versorgungssystem und tragen gemeinsam die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten. Nachdem das Modellprojekt über zehn Jahre erprobt wurde und sich bewährt hat, wurde es zum 1. Juli 2011 in einen Vertrag nach § 73c ins SGB V überführt. Es knüpft als „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ an die im bisherigen Berliner Projekt realisierte qualitativ hochwertige Versorgung an.

KVBB
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

REGIONALE INITIATIVEN

Zur Sicherstellung einer hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung bietet die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg ihren ärztlichen und psychotherapeutisch tätigen Mitgliedern sowie deren Praxispersonal ein umfangreiches Portfolio von Fortbildungsveranstaltungen an. Im dafür zuständigen Sachgebiet Fortbildung der Kassenärztlichen Vereinigung wird eine Auswahl konzipiert und organisiert. 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.

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. Durch das Bereitschaftsdienstmanagement der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg wird die Erreichbarkeit der jeweils diensthabenden Ärzte koordiniert und sichergestellt. Die Erfolgsquote liegt dabei bei etwa 99 Prozent.

In bisher zwölf Einzelverträgen hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg regionale Maßnahmen zur Förderung der Qualität vereinbart, zum Beispiel zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung von Krebspatienten oder zur Früherkennung von Schwangerschaftsdiabetes. Der als besonders hoch anzusehende Aufwand beim Hausbesuch eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung beziehungsweise bei einer Aids-Erkrankung wird für IKK-Patienten über eine seit 1976 bestehende Vereinbarung zusätzlich honoriert. Die Teilnahme der Ärzte an dieser Vereinbarung bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. Voraussetzung für eine Genehmigung sind eingehende Erfahrungen mit und Kenntnisse über die Behandlung sterbender Patienten, was der Vertragsarzt in geeigneter Weise zu belegen hat. Mit der Teilnahme an diesem Vertrag verpflichtet sich der Vertragsarzt darüber hinaus zu einer engen und dauerhaften Zusammenarbeit mit einem onkologischen Schwerpunkt- beziehungsweise Aids-Zentrum, was durch den Kooperationspartner zu bestätigen ist.

Schon seit 2004 hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg mit der AOK Brandenburg (jetzt Nordost), dem Verband der Ersatzkassen, der IKK Brandenburg-Berlin, dem BKK Landesverband Mitte, der Knappschaft und der LKK Mittel- und Ostdeutschland das bundesweit erste Screening-Programm für Schwangerschaftsdiabetes vereinbart. Die Vereinbarung wurde aktuell erneuert, vorbehaltlich eines rechtskräftigen Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufnahme des Screenings in die Mutterschafts-Richtlinien. Werdende Mütter können diese Leistung als Kassenleistung unentgeltlich für sich in Anspruch nehmen. Ziel der Früherkennungsuntersuchung ist die Vermeidung von Schwangerschaftskomplikationen beziehungsweise Spätkomplikationen bei Mutter und Kind.

FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

Die hohe Beteiligung an den Fortbildungsveranstaltungen belegt es: Ärzte und Psychotherapeuten sowie deren Mitarbeiter sind sehr an themenspezifischen Angeboten der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen interessiert. Speziell zu dem Thema Qualitätsmanagement bietet die Kassenärztliche Vereinigung Bremen eine Vielzahl unterschiedlicher Seminare, Workshops und Vortragsveranstaltungen an. Diese Angebote richten sich nicht nur an den Arzt, sondern vor allem auch an die Qualitätsmanagementbeauftragten und alle Mitarbeiter einer Praxis. Die räumliche Nähe im Stadtstaat Bremen ermöglicht ein besonderes Angebot im Rahmen von Qualitätszirkeln: Diese werden von interessierten Mitarbeitern einer Praxis gebildet, um einen fachlichen Austausch zu initiieren und zu unterstützen. Der Erfahrungsaustausch, die gemeinsame Diskussion und die gegenseitige Hilfestellung durch einen Qualitätszirkel stoßen auf so viel Interesse, dass sich im Jahr 2010 bereits vier Zirkel regelmäßig trafen. Mittlerweile haben sich darüber hinaus sogar Teilgruppen gefunden, die eigenständig Treffen organisierten. In den von den Qualitätsmanagementbeauftragten geleiteten zweistündigen Qualitätszirkeln werden verschiedene Themen gemeinsam bearbeitet: Notfall-, Fehler- sowie Beschwerdemanagement, Datenschutz, Entwicklung von Qualitätszielen, Zertifizierungsverfahren, Entwicklung von Prozessbeschreibungen, Organisation von Teamsitzungen und vieles mehr.

Neben diesen regelmäßigen Veranstaltungen organisiert die Kassenärztliche Vereinigung Bremen zahlreiche spezielle Seminare und Workshops, die im Jahr 2010 von mehr als 240 Teilnehmern besuchten wurden. Auch die von der Kassenärztlichen Vereinigung in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Bremen angebotenen Hygienekurse werden immer wieder nachgefragt. Ärzte und deren Mitarbeiter erhalten bei diesen anwenderorientierten Veranstaltungen hilfreiche Tipps und Antworten auf ihre Fragen. An den Veranstaltungen zum Thema Hygiene und Medizinproduktegesetz nahmen im Jahr 2010 insgesamt 208 Ärzte und Praxisangestellte teil.

Nicht zuletzt wendet sich die Kassenärztliche Vereinigung Bremen mit ihrer Veranstaltungsreihe „KVHB: Hautnah – Eine Veranstaltung für Patienten und deren Angehörige“ auch direkt an die Bürger der Stadt. Viermal im Jahr lädt sie ein, um über aktuelle Gesundheitsthemen zu informieren. Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten referieren über Prävention, Entstehung und Therapiemöglichkeiten ausgewählter Erkrankungen und erläutern neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Auch Anregungen für eine gesündere Lebensweise werden diskutiert. Zum jeweiligen Fachthema stellt eine Selbsthilfegruppe aus Bremen ihre Arbeit vor. Zudem werden aktuelle gesundheitspolitische Themen vorgestellt und mit den Anwesenden diskutiert. Die Teilnahme an den Veranstaltungen im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung ist für alle Besucher kostenlos und stößt auf große Resonanz.

FORTBILDUNGSANGEBOTE:

- Vortrag zur Hygiene in der Arztpraxis
- Vortrag zum Medizinproduktegesetz
- Seminar Patientenorientierte Kommunikation
- Seminar Zwischen Gelassenheit und Durchsetzungsvermögen
- Seminar Konfliktmanagement
- Erfahrungsaustausch zum Seminar Patientenorientierte Kommunikation
- Qualitätszirkel für Qualitätsmanagementbeauftragte
- Workshop Qualitätsmanagement-Express
- Workshop Qualitätsmanagement-Kompakt.

THEMEN 2010

- Makuladegeneration
- Somatoforme Störungen
- Alzheimer
- Herzinfarkt

MUKOVISZIDOSE – QUALITÄTSGESICHERTE VERSORGUNG

Ein ganz besonderes Projekt in Hamburg ist die Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung. Dazu hat die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg mit dem BKK Landesverband NORD, der Knappschaft, der AOK Rheinland/Hamburg und der IKK classic zum 1. Januar 2009 vier Verträge geschlossen. Ein weiterer Vertrag mit den Ersatzkassen trat zum 1. Juli 2010 in Kraft. Ziel aller Verträge ist die Sicherstellung und Förderung der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Zystische Fibrose. Das heißt, alle Versicherten mit dieser Diagnose (Mukoviszidose; ICD E84.- G) haben Anspruch auf Leistungen nach oben genannten Verträgen.

Ärzte, die an diesen Verträgen teilnehmen wollen, müssen nachweisen, dass sie zur Betreuung von Patienten mit der jeweils gesicherten Diagnose Zystische Fibrose (Mukoviszidose; ICD E84.- G) die folgenden fachlichen Anforderungen erfüllen:

- bei Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Facharzt (Kinderarzt) mit dem Nachweis über eine Behandlung von mindestens 50 Kindern oder Jugendlichen beziehungsweise
- bei Versorgung von Erwachsenen: Internist (zum Beispiel mit Teilgebiet Pneumologie) mit dem Nachweis einer Behandlung von mindestens 50 Erwachsenen beziehungsweise
- bei einer kombinierten Versorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene: Nachweis einer Behandlung von mindestens 35 Kindern und Jugendlichen und mindestens 35 Erwachsenen.

Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass in der Arztpraxis ein multidisziplinäres Team aus folgenden Bereichen verfügbar ist:

- mindestens ein Arzt, der Therapie-Erfahrung von 100 Patientenjahren (Produkt aus der Zahl der selbst betreuten Patienten und der Dauer der Betreuung in Jahren) besitzt
- Psychosozialer Dienst: zum Beispiel Sozialarbeiter, Psychologe und/oder Sozialpädagoge
- Physiotherapie: Physiotherapeut
- Ernährungsberatung: Diätassistent oder Ökotrophologe
- spezialisierter Pflegedienst oder spezialisiertes Assistenzpersonal.

Nicht zuletzt muss die Arztpraxis, in der der Arzt die besondere Patientenversorgung nach dieser Vereinbarung ausübt, bestimmte diagnostische und therapeutische Ausstattungen vorhalten oder jederzeit zu diesen Zugang haben. Dazu gehört unter anderem:

- in der allgemeinen Diagnostik und Beratung: Anamnese, körperliche Untersuchung, Laboruntersuchung, Intrakutantests, Schweißtest, bildgebende Untersuchungen (Ultraschall, Röntgen, Computertomographie, Magnetresonanztomographie), Beratung, Ernährungsberatung, psychologische Beratung und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung, Beratung zur und Kontrolle der Physiotherapie
- bei pneumologischen Fragestellungen: Lungenfunktionsmessungen, Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage, Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz
- bei gastroenterologischen Fragestellungen: Sonographie, ERCP (endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie), PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie)
- bei genetischen Fragestellungen: humangenetische Beratung, DNA-Analyse, bei HNO-ärztlichen Fragestellungen: Nasennebenhöhlenendoskopie, Audiometrie
- bei kardiologischen Fragestellungen: Echokardiographie, EKG (Elektrokardiographie), Belastungs-EKG
- bei orthopädischen Fragestellungen: zum Beispiel Osteodensitometrie, Physiotherapie
- Diätetik
- psychosoziale Betreuung
- intensivmedizinische und thoraxchirurgische Versorgung.

Hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattungen kann der Nachweis auch durch Kooperationsvereinbarungen geführt werden. Zudem verpflichten sich die Ärzte zur regelmäßigen Teilnahme an von den Ärztekammern und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg anerkannten Fortbildungen/Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG IN ALTENPFLEGEHEIMEN

Das Thema Demenz ist aktueller denn je. Etwa 1,1 Millionen Menschen in Deutschland leben mit dieser Krankheit. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an Demenz zu erkranken. Der Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung wird je nach Krankheitsintensität immer schwieriger. Mittlerweile ist Demenz die häufigste Diagnose, die zur Unterbringung in einem Heim führt. Umso wichtiger ist es, die Versorgung in Altenpflegeheimen bestmöglich zu organisieren.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat zum 1. Juli 2010 mit der AOK Hessen und dem Landesverband Hessen des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN) einen Vertrag nach § 73c SGB V zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Altenpflegeheimen geschlossen. An diesem können alle hessischen Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie sowie Nervenärzte und Neurologen teilnehmen. Die Beteiligten haben sich mit dieser Vereinbarung das Ziel gesetzt, in Hessen die Qualität der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Menschen, die in Altenpflegeheimen leben, zu verbessern. Um dies zu erreichen, soll die interdisziplinäre Kommunikation gefördert werden, wobei insbesondere der Austausch zwischen Fach- und Hausärzten sowie den Pflegeeinrichtungen als zentrales Merkmal der Verbesserung der Versorgungsqualität gesehen wird. Konkret sieht der Vertrag beispielsweise vor, dass für die Pflegekräfte ein Handlungsleitfaden zur Vorgehensweise in akuten Krisensituationen des Patienten entwickelt wird. Vorteil für die Patienten ist die fachärztliche Betreuung in deren gewohnter Umgebung. Die Dokumentation im Rahmen der Pflegedokumentation verbleibt im Pflegeheim, so dass die Pflegekräfte ständig Zugriff auf alle patientenrelevanten Informationen haben. Mit der Vermeidung von stationären Behandlungen wird die Lebensqualität der Patienten sowie die Wirtschaftlichkeit und Effizienz des Behandlungsprozesses verbessert. Außerdem soll das Pflegepersonal für gerontopsychiatrische Behandlungsmöglichkeiten sensibilisiert werden.

DIE IN DEM VERTRAG FESTGESETZTEN HOHEN QUALITÄTSSTANDARDS ZEICHNEN SICH AUS DURCH:

- ausführliche Eingangsuntersuchung jedes eingeschriebenen Patienten
- mindestens drei fachärztliche Visiten im Heim pro Quartal
- einmal jährlich leitlinienorientiertes Assessment (diagnostische und therapeutische Bestandsaufnahme)
- eine fallbezogene Unterweisung des Pflegepersonals
- eine bedarfsorientierte Information des Hausarztes
- eine intensivierte Psychopharmakotherapie
- eine bessere Erreichbarkeit des Facharztes auch außerhalb der Sprechzeiten in Notfällen.

Eine Anforderung des Vertrags an die Fachärzte ist zudem die Teilnahme an mindestens vier Qualitätszirkeln pro Jahr, davon mindestens einer Fortbildung mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen stellt diese Qualitätszirkel weitestgehend flächendeckend sicher. Sind derartige Qualitätszirkel nicht in ausreichender Zahl in der Nähe vorhanden, so sind auch internetbasierte Schulungen beziehungsweise Fortbildungen möglich. Die Ärzte weisen ihre Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen einmal jährlich nach. Für die Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Menschen in Altenpflegeheimen erhalten die teilnehmenden Fachärzte eine extrabudgetäre Vergütung.

KV MECKLENBURG-VORPOMMERN

www.kvmv.de

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

PROJEKTE FÜR EINE ALTERNDE BEVÖLKERUNG

Als Flächenland mit abnehmender Bevölkerungszahl ist Mecklenburg-Vorpommern von dem Problem der dreifachen Überalterung betroffen: Die Menschen werden allgemein immer älter, in ganz Deutschland werden weniger Kinder geboren, und die Region verliert durch den Wegzug vorrangig junger Menschen immer mehr Bewohner. In Anbetracht dieser Herausforderungen haben die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und einige Krankenkassen Projekte entwickelt und begonnen – oft auf Anregung niedergelassener Ärzte. Vor dem Hintergrund des absehbaren Ärztemangels und der damit verbundenen Sicherstellungsprobleme sollen sie die Versorgungsstruktur nachhaltig verbessern. Einzelne Lösungsansätze sollen als modulare, regional erprobte und möglichst auch evaluierte Bausteine entwickelt und in Verträge integriert werden. Diese Bausteine, ihre Konzeption, Entwicklung und vor allem Anpassung an die reale Versorgungslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern bilden die Basis für die Lösung des oben beschriebenen Problems der dreifachen Überalterung.

PROJEKTE

- Ambulante geriatrische Komplexbehandlung
- Pflegeheim Plus
- Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung
- VERAH
- Chronische Wunde

Ambulante geriatrische Komplexbehandlung

Kern des Projektes ist die Betreuung der in der Regel über 65 Jahre alten Menschen durch ein ambulantes geriatrisches Versorgungsteam. Im Team arbeiten Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte zusammen, welche speziell für eine geriatrische Rehabilitation qualifiziert sind und auf der Basis des vom Arzt erstellten geriatrischen Assessments Behandlungsformen und -inhalte beraten. Der Teamarzt koordiniert die Behandlung sowie die Übungs- und Trainingsstunden für den Patienten. Darin werden, seinem individuellen Bedarf entsprechend, die physischen und kognitiven Fähigkeiten gestärkt und stabilisiert.

Pflegeheim Plus

Das Projekt kümmert sich um die verbesserte Strukturierung, Koordination und Qualität bei der Behandlung von Pflegeheimpatienten. Dabei stehen eine optimierte Medikation sowie die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen und Doppeluntersuchungen im Fokus.

Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung

Im Vordergrund des Projektes befindet sich die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden individuell zu lindern. Die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten, der Patientenwille (auch aus Patientenverfügungen) sowie die Belange der Bezugspersonen bilden den Mittelpunkt der Versorgung. Das Projekt ergänzt das bestehende Versorgungsangebot der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste: als alleinige Beratungsleistung, als additiv unterstützende Teilversorgung oder als vollständige Patientenbetreuung.

VERAH

Der Projektname VERAH bezeichnet eine Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis im Rahmen eines Erprobungsmodells in Mecklenburg-Vorpommern. Dabei beauftragt der Hausarzt eine Praxisassistentin mit Aufgaben der arztunterstützenden Behandlung, Beratung und Prophylaxe sowie mit koordinierenden Tätigkeiten vor und nach Krankenhausaufenthalten. Mit diesem Modell wird eine versorgungsstrukturell wünschenswerte Entlastung des Hausarztes angestrebt und in einigen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns auch bereits erreicht. Derzeit sind in Mecklenburg-Vorpommern bereits für 31 Praxen Assistentinnen genehmigt worden. An ihrer Ausbildung sind die Ärztekammer und das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband in Mecklenburg-Vorpommern beteiligt.

Chronische Wunde

Dieses Projekt zielt darauf ab, qualitätsgesicherte Leistungen unter Ausschöpfung aller wirtschaftlichen Ressourcen in Form von fächerübergreifenden Behandlungspfaden zu erbringen. Dazu zählen die vom Arzt erbrachten Leistungen, das heißt die Erfassung und Behandlung der Grunderkrankung, die pflegerischen Leistungen zur Wundversorgung und außerdem die Schulung und Beratung des Patienten mit dem Ziel, wundheilungsfördernde Verhaltensweisen zu vermitteln, um weitere Maßnahmen einleiten und anwenden zu können.

KV NIEDERSACHSEN

www.kvn.de

AM PULS DER ZEIT

Im Juni 2011 bot die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen als erste Kassenärztliche Vereinigung ein Seminar zur Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLiBÄK) an, welches begeistert angenommen wurde. Ziel der Veranstaltung war es, die Teilnehmer an die besonderen Anforderungen der Richtlinie und deren Anwendung in der Praxis heranzuführen.

Die Intention der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, die Mitglieder und deren Praxispersonal in der täglichen Arbeit zu unterstützen und aktuelle Themen zeitnah aufzugreifen, hat bereits im Jahre 2005 den Anstoß gegeben, verstärkt in das Fortbildungsgeschäft einzusteigen. Zu Beginn standen die Einführungsseminare des Qualitätsmanagementsystems QEP–Qualität und Entwicklung in Praxen® im Vordergrund. Inzwischen besteht das Fortbildungsangebot aus einer Vielzahl von zukunftsorientierten Veranstaltungen. Seit 2007 hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ihr Seminarangebot kontinuierlich mit praxisrelevanten Fortbildungsveranstaltungen ausgebaut (2011 rund 100 Veranstaltungen), unter anderem zu den Themen Hygiene, Arbeits- und Datenschutz. Im Jahre 2008 wurde erstmals ein einwöchiger Kurs für eine Qualifikation im Praxismanagement angeboten. Auf Vorschlag des Praxispersonals hin wurde daran anknüpfend ein Aufbaukurs zu verschiedenen Themen entwickelt und seit 2009 in das Fortbildungskonzept mit sehr gutem Erfolg integriert. Angedacht ist, eine Art Arbeitsgruppe für Teilnehmer des Kurses im kommenden Jahr 2012 zu installieren, um deren Austausch zu fördern.

Die steten Anregungen aus der Praxis haben die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen dazu veranlasst, ihr Fortbildungsprogramm kontinuierlich auf die jeweiligen Bedürfnisse auszurichten: sei es bezogen auf die Qualitätszirkelmoderatoren mit einer Veranstaltung zur praxisrelevanten Internetrecherche, mit Seminaren für Praxen zwecks Entwicklung interner Kommunikation und Konfliktbewältigung, durch EDV-Schulungen eines IT-Experten für die MS-Office-Produkte oder mit patientenspezifischen Train-the-Trainer-Seminaren (etwa für geriatrische Diabetiker). An den letztgenannten Schulungen zum Thema Diabetes lässt sich bereits erkennen, dass die alternde Bevölkerung und der Umgang mit den

dazugehörenden Erkrankungen künftig ein Thema sein wird. Die Kassenärztliche Vereinigung wird dies auch in ihrem Fortbildungskonzept berücksichtigen, insbesondere im Hinblick auf die Optimierung präventiver Maßnahmen. Das neueste Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen greift diesen Gedanken auf und wird interessierten Praxen die Chance bieten, ihr Personal mit der Qualifikation zur Präventionsassistenz schulen zu lassen. Diese Qualifikation soll die Praxen in die Lage versetzen, eine aktive präventive Patientensteuerung durchzuführen.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Gute Versorgung. Gut organisiert.

SERVICE GROSSGESCHRIEBEN

Auch im vergangenen Jahr hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein erneut zum Ziel gesetzt, ihren Mitgliedern kompetenten und bedarfsgerechten Service zu bieten. Das heißt, dass in Sachen Qualität neben der Gewährleistung einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung natürlich auch der Vertragsarzt im Fokus steht. Es geht also auch darum, für die Mitglieder bedarfsgerechte Lösungen auszuarbeiten und damit die Rolle eines modernen Dienstleisters kontinuierlich auszubauen. Als neue große Herausforderung bot sich die Verwaltung und Überprüfung der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung an, die jedes Mitglied zu erfüllen hat. Das SGB V weist der Kassenärztlichen Vereinigung die Aufgabe zu, die kontinuierliche Fortbildung der Mitglieder regelmäßig zu überprüfen. Hausarztverträge, Disease-Management-Programme, gesetzliche Fortbildungsverpflichtung – es gibt eine Vielzahl von Gründen, warum Ärzte regelmäßig Fortbildungsnachweise bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung einreichen müssen.

Weil dies für die Ärzte auch ein hoher bürokratischer Aufwand ist, hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein gemeinsam mit der Ärztekammer Nordrhein deswegen eine technische Lösung in Form eines elektronischen Fortbildungskontos entwickelt. Das Einreichen von Fortbildungsnachweisen in Papierform ist damit überflüssig, unnötiger Bürokratieaufwand wird vermieden, da die Kassenärztliche Vereinigung in das elektronische Fortbildungskonto Einsicht nehmen kann. Voraussetzung dazu ist lediglich, dass das Mitglied gegenüber der Ärztekammer Nordrhein sein Einverständnis mit der Vorgehensweise auf dem entsprechenden Formular erklärt. Im ersten vom Gesetz vorgeschriebenen Zeitraum waren zum Stichtag im Jahr 2009 etwa 14.000 Ärzte und Psychotherapeuten im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verpflichtet, ihre Fortbildungen nachzuweisen.

Auch bei Vertragsverhandlungen konnte die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein mehrere Erfolge verbuchen: Zum einen ist es gelungen, die auf Bundesebene gültigen Vereinbarungen zur Sozialpsychiatrie, HIV/Aids und Onkologie auf Landesebene so zu modifizieren, dass die spezifischen Bedürfnisse der nordrheinischen Mitglieder berücksichtigt werden konnten und die Versorgung der Patienten bei gleichbleibender hoher Behandlungsqualität gesichert ist. Zum anderen konnte das Leistungsspektrum um zwei Behandlungen erweitert werden. Mit der KKH Allianz, der Barmer GEK und der BKK-VAG Nordrhein-Westfalen schloss die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Verträge zur Durchführung der Tonsillotomie bei Kindern unter sieben Jahren ab.

Zudem hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ihren Internetauftritt verbessert. Im Zeitalter der globalen Vernetzung ist eine enge Bindung an die Mitglieder unerlässlich, um deren Bedürfnisse sofort erkennen und umgehend darauf reagieren zu können. Eine schnelle Informationspolitik sowie eine ansprechende und einfache Handhabung standen bei der Entwicklung der neuen Homepage im Vordergrund.

Darüber hinaus haben sich die Kassenärztlichen Vereinigungen von Nordrhein und Westfalen-Lippe zum Ziel gesetzt, enger zusammenzuarbeiten. Zukünftig wollen sie gewährleisten, dass im Bundesland Nordrhein-Westfalen im Sinne der Patienten nicht nur einheitliche Qualitätsstandards gelten, sondern auch einheitlich umgesetzt werden. Hierdurch ist es außerdem möglich, auf Bundesebene mit stärkerem Gewicht und vor allem aussagefähigeren Kriterien die Interessenvertretung aller Mitglieder wahrzunehmen.

KV RHEINLAND-PFALZ

www.kv-rlp.de

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.**

ERFAHRUNGSAUSTAUSCH ZUR SCHLAFAPNOE

Auf der Grundlage der Verfahrensleitlinie zur Entwicklung und zum Aufbau von Kompetenzzentren im System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV wurde 2007 bei der Kassenärztlichen Vereinigungen Saarland das Kompetenzzentrum Schlafapnoe etabliert. Hintergrund der Gründung der Kompetenzzentren war der Gedanke, das System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV zu stärken, Ressourcen zu bündeln und sicherzustellen, dass die definierten 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 Schwerpunkt der Aufgaben des Kompetenzzentrums Schlafapnoe. Die Mitarbeiter des Kompetenzzentrums organisieren und führen die Treffen 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. Zu dieser Aufgabe gehört:

- den eingehenden Schriftverkehr zu selektieren und 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 seit Februar 2009 durchgeführten regelmäßigen Treffen diskutierten die Teilnehmer insbesondere Fragen zur regionalen Umsetzung sowie zur Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung und erarbeiteten Handlungsempfehlungen. Bei jedem Treffen werden auch immer 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 die Versorgung der Patienten mit notwendigen Hilfsmitteln. Darüber hinaus wurden Stellungnahmen zur Versorgungsforschung und zu Anfragen von Geräteherstellern für die KBV erarbeitet. Breiten Raum nahm in zwei Treffen die Diskussion um die Notwendigkeit von Stichprobenprüfungen zur Qualitätssicherung ein. Da es auf Bundesebene keine verbindlichen Vorgaben dazu gibt, haben mehrere Kassenärztliche Vereinigungen länderspezifische Durchführungsbestimmungen erarbeitet und erste Stichprobenprüfungen durchgeführt. Die Vertreter der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen stellten die Erfahrungen bezüglich des Arbeitsaufwandes und der Ergebnisse vor.

Weil in der Zwischenzeit die Mehrzahl der Kassenärztlichen Vereinigungen das Angebot zum Erfahrungsaustausch als hilfreich ansieht und nutzt, werden die Treffen auch in Zukunft angeboten.

NEUE VERSORGUNGSWEGE

Für die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen begannen im Jahr 2010 die Verhandlungen für gleich vier neue Versorgungsverträge mit der AOK PLUS, welche am 1. Januar 2011 starteten:

NEUE VERSORGUNGSVERTRÄGE 2011

- UlzeraCvi Sachsen
- Diabetisches Fußsystem Sachsen
- RheumaAktiv Sachsen
- PsycheAktiv Sachsen

Von den neuen Versorgungswegen profitieren nun Patienten mit Diabetes, psychisch kranke Patienten, Rheumapatienten und Menschen mit Durchblutungsstörungen (UlzeraCvi = Ulzerationen bei chronisch venöser Insuffizienz). Ziel der neuen Verträge ist, die Qualität der Behandlung durch die Bildung eines Versorgungsverbundes zwischen haus- und fachärztlichem Sektor zu optimieren. Die Rolle des Hausarztes als primärer Ansprechpartner und Behandlungskoordinator für die Patienten wird gestärkt und im Rahmen der Verträge extra vergütet. Die neuen Strukturen sollen helfen, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen, die Therapiezeit zu verkürzen und den Behandlungserfolg bei den Patienten langfristig zu sichern. Die Patienten erhalten damit eine koordinierte und abgestimmte Beratung und Behandlung mit dem Ziel, die Lebensqualität zu erhöhen. Der Hausarzt führt die Therapie gemeinsam mit dem Facharzt durch und tauscht sich mit diesem über aktuelle Befunde aus. So können eine abgestimmte Arzneimitteltherapie realisiert und unnötige Doppeluntersuchungen oder Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

Die Verträge sehen vor, dass sich Ärzte, die an diesen Versorgungsformen beteiligt sind, verstärkt auf die medizinische Behandlung konzentrieren und dann für eine zügige Vermittlung an Spezialisten sorgen. Teilnehmen können Haus- und Fachärzte. Zu Zwecken der Evaluation ist vorgesehen, dass die Dokumentations- beziehungsweise Fragebögen, welche Bestandteil der Verträge sind, von den Vertragspartnern ausgewertet werden. Des Weiteren verpflichten sich die Fachärzte bei Vertragsteilnahme zur Verwendung eines vertragsspezifischen Moduls innerhalb ihrer gewohnten Praxisverwaltungssoftware. Dieses Modul soll unter anderem eine wirtschaftliche Verordnungsweise von Arzneimitteln sowie die Diagnoseverschlüsselung unterstützen.

Die in den neuen Verträgen geforderte Strukturqualität in den Praxen richtet sich neben den Hausärzten als Lotsen auch an Fachärzte. Bei ihnen werden neben hohen fachlichen Voraussetzungen beispielsweise auch Mindestanforderungen an das Praxispersonal gestellt. Innerhalb des Versorgungsverbundes sollen Ärzte außerdem mit weiteren Fachspezialisten kooperieren. Das Vorhalten spezieller Apparate, separater Räumlichkeiten und Instrumentarien ist obligat. Eine festgelegte Mindestfrequenz soll eine ausreichende Erfahrung mit den betroffenen Krankheitsbildern und damit eine optimale Behandlungsqualität gewährleisten. Die laufende Qualitätssicherung erfordert eine jährliche Nachweisführung, beispielsweise zu Fallkonferenzen oder Hospitationen. Die regelmäßigen Fortbildungen und Qualitätszirkel sollen zum einen unter den Fachärzten, zum anderen auch innerhalb des Kooperationsverbundes zusammen mit und für die Hausärzte durchgeführt werden. Das Vorhandensein einer zertifizierten Praxissoftware unter Verwendung eines spezifischen Softwarekerns sind weitere Qualitätsmerkmale.

ERWEITERTES FORTBILDUNGSANGEBOT

1991 hat die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt ein einziges Seminar für Ärzte und deren Praxismitarbeiter zur Patientenschulung Diabetes mellitus angeboten. Im Jahr 2010 waren es bereits 86 Fortbildungen zu verschiedenen Themen, welche die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt organisiert und durchgeführt hat. Fortbildungsbedarf besteht in Sachsen-Anhalt nicht nur durch die mittlerweile gestiegene Anzahl der Patientenschulungen, vor allem im Rahmen der Disease-Management-Programme. Auch diverse Vereinbarungen zur Qualitätssicherung setzen die Teilnahme an Fortbildungen voraus. In beiden Regelungsbereichen ist die Teilnahme an Fortbildungen Voraussetzung für die Abrechenbarkeit. Auch ein gutes Praxismanagement, PC-Kenntnisse und Kommunikationsfähigkeiten sind unabdingbar, um eine Arztpraxis erfolgreich führen zu können. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt bietet deshalb auch zu diesen Themen Fortbildungen an.

Das Fortbildungsangebot zeigt insgesamt eine große Bandbreite. So wurden Fortbildungen zu den Themen Hautkrebsscreening, Medizinische Rehabilitation und Zervix-Zytologie angeboten, die Ärzte im Rahmen der entsprechenden genehmigungspflichtigen Leistungen nachweisen müssen. Zwei Mitarbeiterinnen der Abteilung Qualitätssicherung und -management sind allein für die Organisation der Veranstaltungen zuständig. Im Jahr 2010 wurde im IT-Bereich erstmals ein Angebot in Form von Einsteiger- und Fortgeschrittenenkursen unterbreitet. Kommunikationsseminare wie „Richtig reagieren in schwierigen Situationen“ bieten den Mitarbeitern einer Arztpraxis Tipps für den Umgang mit Patienten. Die Fortbildungen richten sich sowohl an Ärzte als auch an deren Praxispersonal.

Bei einer anschließenden Evaluation der Veranstaltungen kann jeder Teilnehmer Themen für weitere Fortbildungen vorschlagen. Dies dient gleichzeitig als Analyseinstrument für die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, um praxisnah und bedarfsgerecht entsprechende Fortbildungen anbieten zu können.

Fortbildung kompakt

Im Juli 2010 erschien erstmals der Kalender „Fortbildung kompakt“. Die Broschüre informiert über die von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt angebotenen Fortbildungen in übersichtlicher und prägnanter Form:

- Darstellung der Inhalte
- Informationen zum Referenten
- gegebenenfalls Relevanz des Themas für eine Genehmigung
- Anzahl der Fortbildungspunkte
- Kosten.

VERTEILUNG DER TEILNEHMER UND FORTBILDUNGEN IM JAHR 2010

Fortbildungen ausschließlich für Ärzte und Psychotherapeuten	Fortbildungen für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	Fortbildungen ausschließlich für Praxismitarbeiter
8	34	44

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

www.kvsh.de

INFOMARKT UND PHARMAKOTHERAPIE

„Rundum gut informiert“ – so lautet seit 2010 das Motto der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Immer am ersten Mittwoch im Quartal lädt sie die rund 5.100 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zum Infomarkt ein. Auch diejenigen, die kurz vor der Niederlassung stehen, werden gezielt angesprochen. Alle haben auf dem Infomarkt die Möglichkeit, ihre Fragen zu praxisrelevanten Themen von A wie Abrechnung bis Z wie Zulassung zu stellen. Experten aus den Fachabteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung beraten die Besucher persönlich an verschiedenen Ständen und helfen ihnen so bei der Bewältigung des Praxisalltags. Ob nun Fragen zur Qualitätssicherung, den Online- und IT-Angeboten oder zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln – die Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung geben kompetent Auskunft und helfen an der entscheidenden Stelle weiter. Aktuelle Themen der vertragsärztlichen Versorgung, wie die Fördermöglichkeiten beim Kauf von Kartenterminals für die elektronische Gesundheitskarte oder die Modalitäten neuer Honorarverteilungen kann die Kassenärztliche Vereinigung zu Schwerpunkten des Infomarktes machen. Neben den Beratungen an den Infoständen finden zusätzlich Vorträge und Diskussionsrunden statt. Die Teilnahme ist kostenlos, die Resonanz der Besucher durchgängig positiv. Die meisten Ärzte und Psychotherapeuten, die die Veranstaltung besuchen, heben vor allem die persönliche Atmosphäre hervor. Sie begrüßen den direkten Austausch mit den Beratern aus den Fachabteilungen. Damit ist der Infomarkt ein weiterer wichtiger Schritt auf dem Weg der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig Holstein zu einem modernen Service-Dienstleister für ihre Mitglieder.

Pharmakotherapie ist teuer und dabei leider nicht immer wirksam. So mancher Vertragsarzt fragt sich, wie er die Übersicht über seine Arzneimittelverordnungen behalten kann. Daraus entwickelte sich die Idee, Qualitätszirkel stärker zur Reflexion des Verordnungsverhaltens zu nutzen. Konkret wurde dies im Jahr 2009: Die Kassenärztliche Vereinigung machte 20 aktiven Qualitätszirkelmoderatoren das Angebot, sie zum Qualitätszirkelmoderator für Pharmakotherapie weiterzubilden. Pharmakotherapeutische Themen sollten – so die Idee – anschließend in den Qualitätszirkeln erfolgreich bearbeitet werden können. Der spannenden Aufgabe haben sich drei Tutoren der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein gestellt. Gemeinsam mit dem Team Qualitätsmanagement/Qualitätszirkel haben diese Moderatoren, gerüstet durch KBV-Schulungen und die Dramaturgien Pharmakotherapie und Arzneimittelmonographie, ein Schleswig-Holstein-eigenes Konzept entwickelt. Ziel war es, den Moderatoren den Umgang mit Verordnungsdaten, die Verknüpfung mit Leitlinien, Multimorbidität, Multimedikation, mögliche Therapiepläne und Behandlungspfade näherzubringen. Rahmenbedingungen und Instrumente der Arzneimitteltherapie sollten vorgestellt und diskutiert werden. Vor allem ging es aber darum, voneinander zu lernen.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

VERSORGUNGS- UND NACHWUCHSFÖRDERUNG

Ein Aspekt der Qualitätssicherung in der ambulanten ärztlichen Versorgung besteht zunehmend in der Sicherung einer ausreichenden Zahl von Ärzten in ländlichen Regionen. Ärztemangel droht und ist in Thüringen mancherorts bereits Realität. Angesichts dessen hat die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen zusammen mit regionalen Partnern verschiedene Initiativen gestartet, die dem Nachwuchsmangel auf einer qualitativ neuen Stufe entgegenwirken – mit messbaren Erfolgen.

ZIELE UND AUFGABEN DER KOORDINIERUNGSSTELLE ALLGEMEINMEDIZIN:

- langfristige Sicherung der hausärztlichen Versorgung
- Verbesserung der sektorenübergreifenden Koordination der Weiterbildung
- Initiierung und Unterstützung von Weiterbildungsverbünden
- enge Zusammenarbeit mit allen für die Weiterbildung Allgemeinmedizin zuständigen Stellen und Körperschaften in Thüringen
- Unterstützung des Programms der Blockweiterbildung der Landesärztekammer und KV Thüringen
- Begleitung des Rotationsprogramms Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena
- Aufbau der Zusammenarbeit mit der Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen
- Gewährleistung der Koordination weiterführender Aufgaben im Thüringer Netzwerk zur häuslichen Nachwuchsgewinnung.

AUFGABEN DER STIFTUNG:

- Betrieb von Eigeneinrichtungen
- bedarfsbezogene Förderung ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Weiterbildung
- Unterstützung kommunaler Angebote zur Niederlassung in ländlichen Gemeinden
- Unterstützung von Famulaturen in niedergelassenen Arztpraxen
- Unterstützung von Ärzten im praktischen Jahr
- Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen bei der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages.

Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin

Die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin, die die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen zusammen mit der Landesärztekammer betreibt, soll hierbei helfen. Diese Koordinierungsstelle ist eine Informationsplattform und Vermittlungsstelle für Ärzte in Weiterbildung sowie für die zur Weiterbildung ermächtigten Vertrags- und Krankenhausärzte beziehungsweise Weiterbildungsstätten.

Blockweiterbildung Allgemeinmedizin

Die zweite Initiative Thüringens ist die Blockweiterbildung Allgemeinmedizin. Die Kassenärztliche Vereinigung sowie die Landesärztekammer Thüringen und 21 Krankenhäuser haben ein Programm zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin beschlossen, welches dem Arzt Planungssicherheit und einen individuellen Zuschnitt seiner Weiterbildung zusichert. Durch die Blockweiterbildung kann der Arzt den stationären Teil der Weiterbildung an einem der teilnehmenden Krankenhäuser absolvieren. Für den ambulanten Teil der Weiterbildung wird eine Arztpraxis oder ein Medizinisches Versorgungszentrum in räumlicher Nähe zum Krankenhaus garantiert. Die Blockweiterbildung wird vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena begleitet. Der Arzt in Weiterbildung kann an verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen kostenfrei teilnehmen. Bereits 47 Ärzte in Weiterbildung machen bei dem Programm mit.

Nähere Infos unter www.hausarzt-werden-in-thueringen.de

Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen

Die Stiftung wurde am 22. Juli 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit gegründet. Sie soll der schwierigen Nachbesetzung von frei werdenden Arztpraxen entgegenwirken. Seit Gründung der Stiftung konnten bereits 34 junge Ärzte in Weiterbildung mit einem Thüringen-Stipendium gefördert werden. Das Thüringen-Stipendium umfasst eine monatliche Unterstützung von 250 Euro für maximal 60 Monate. Gefördert werden Ärzte, die eine Weiterbildung in einem Fachgebiet absolvieren, das vom Arztmangel betroffen ist. Derzeit betrifft dies das Fachgebiet der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin. Mit dem Thüringen-Stipendium verpflichtet sich der Arzt, nach seiner Weiterbildung mindestens vier Jahre vertragsärztlich in dem Bundesland tätig zu werden oder sich in Thüringen niederzulassen.

KV WESTFALEN-LIPPE

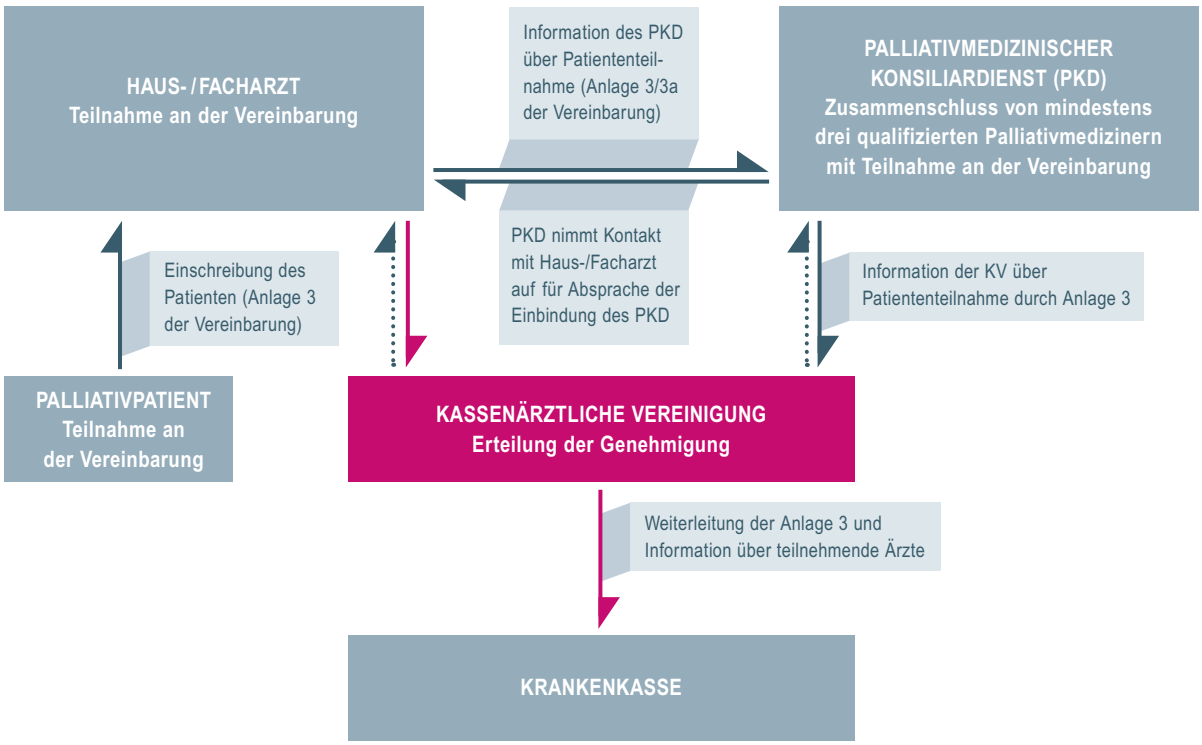
www.kvwl.de

PALLIATIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG IN VERTRAUTER UMGEBUNG

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat mit den Verbänden der Krankenkassen eine neue Vereinbarung zur flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung abgeschlossen, die am 1. April 2009 in Kraft getreten ist. Mit dieser Vereinbarung setzen die Vertragspartner das nordrhein-westfälische Rahmenprogramm zur flächendeckenden palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung Nordrhein-Westfalen in Westfalen-Lippe um. Die Vereinbarung regelt eine kooperative, integrative palliativmedizinische Versorgung. Der behandelnde Vertragsarzt übernimmt dabei grundsätzlich die Rolle und Funktion des koordinierenden Haus- oder Facharztes. Sofern eine spezialisierte palliativmedizinische Betreuung geboten ist, steht der palliativmedizinische Konsiliardienst hierfür zur Verfügung. Ziel ist es, eine ambulante medizinische Versorgung unheilbar erkrankter Patienten in der letzten Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung zu sichern, ihre Lebensqualität unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Sterben zu Hause zu ermöglichen, wenn dies möglich ist und gewünscht wird. Weitere Ziele sind die Schaffung strukturierter Behandlungsabläufe sowie die Vermeidung medizinisch nicht zweckmäßiger Interventionen und nicht notwendiger Krankenhausaufnahmen. Zu einer medizinischen Versorgung in häuslicher Umgebung gehört auch die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Die Palliativinitiativen, die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe kamen überein, dieses erfolgreiche Modell für weitere vier Quartale – bis zum 31. März 2011 – in bewährter Weise fortzuführen. Die Regelung zur Behandlung von Patienten in Hospizen wurde dabei in die Vereinbarung integriert. Palliativmediziner sowie teilnehmende koordinierende Haus- und Fachärzte hatten somit die Möglichkeit, die geschaffenen Strukturen zu festigen. Für die Zeit nach dem 31. März 2011 wollen die Vertragspartner auf Basis der dann vorliegenden Erfahrungen die Vereinbarung noch stärker auf die Interessen der Beteiligten ausrichten.

ORGANISATORISCHER ABLAUF DES NORDRHEIN-WESTFÄLISCHEN RAHMENPROGRAMMS:



Quelle: KVWL 2011

2

QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z

FÜR ÄRZTE, FÜR PATIENTEN: INSTRUMENTE UND MASSNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG SIND VIELFÄLTIG, DIFFERENZIERT UND WIRKUNGSVOLL.

Qualitätsförderung ist eine der zentralen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen Ansprechpartner der Ärzte und Psychotherapeuten für Fragen der Qualität und für die Umsetzung der Vereinbarungen und Richtlinien 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 und -förderung sind vielfältig, differenziert und wirkungsvoll. Doch sie sind auch mit einem administrativen Aufwand verbunden – für die Kassenärztlichen Vereinigungen und vor allem aber für den Arzt. Für die KBV muss der Wunsch und Anspruch nach der Überprüfbarkeit einer ärztlichen Leistung in einem angemessenen Verhältnis zu dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand und zu dem erwarteten Effekt einer Prüfung stehen. Ausgewählte Zahlen verdeutlichen diese Tätigkeiten: 2010 wurden etwa 12.000 Ärzte einer Stichprobenprüfung ihrer Behandlungsdokumentationen – in der Regel zu zwölf Behandlungsfällen – unterzogen. Hinzu kommen die Vollerhebungen jeder Behandlung in der Dialyse und den Disease-Management-Programmen sowie das Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Qualitätskontrollen gibt es aber auch jenseits der Dokumentationsprüfungen, beispielsweise bei Stichprobenprüfungen zur Umsetzung des Qualitätsmanagements, bei Frequenzprüfungen der Koloskopie und der invasiven Kardiologie, bei Eingangsprüfungen in der Mammographie und der Zytologie oder bei den Überprüfungen von Genehmigungsvoraussetzungen. Diese und andere Prüftätigkeiten sind nicht ohne das Engagement der 3.500 Vertragsärzte in den Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen denkbar.

9.653
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** 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																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	1.731	1.543	535	168	92	171	620	125	681	1.230	413	133	453	191	282	176	1.109
Anzahl beschiedene Anträge	74	142	71	8	5	9	42	1	33	46	25	2	13	5	22	9	43
▸ davon Anzahl Genehmigungen	74	142	67	8	2	9	39	1	32	46	24	2	10	5	19	9	40
▸ davon Anzahl Ablehnungen			4		3		3		1		1		3		3		3
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	7	0	0	1	0	2	0	1	0	0	2	1	1	0	2	5
▸ aus sonstigen Gründen		7			1		2		1				1			2	5
▸ wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6												2		1			
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	8	2	41	0	3	4	16	0	6	8	15	2	10	1	6	2	0

Fortsetzung nächste Seite →

→ FORTSETZUNG AKUPUNKTUR

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6																	
PRÜFUMFANG											1)			2)	3)		
abrechnende Ärzte	1.582	1.451	536	166	86	152	620	124	683	1.178	399	132	428	179	273	176	1.109
abrechnende Ärzte geprüft, in %	5,1	7,0	5,2	9,6	5,8	5,3	6,5	8,9	5,0	4,7	5,0	5,3	5,6	5,0	5,9	5,1	7,8
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden – Ärzte	12	36	1	11	0	3	9	7	2	22	7	2	8	9	1	2	14
▸ davon bestanden	12	32	1	11		3	6	7	1	22	6	2	6	6	1	1	13
▸ davon nicht bestanden		4					2		1		1		2	3		1	1
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0		0	3	0	0	0	0	0	1	3	0	1	2
▸ davon bestanden							2						1	1			2
▸ davon nicht bestanden							1							2		1	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
▸ davon bestanden																1	1
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden – Ärzte	69	66	27	5	5	5	31	4	32	33	13	5	16	0	15	7	72
▸ davon bestanden	60	57	27	5	4	5	20	4	23	33	8	3	12		14	5	62
▸ davon nicht bestanden	9	9			1		11		9		5	2	4			2	10
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	7	0	12	0	1	k.A.	0			1	10
▸ davon bestanden							7		8		1					1	7
▸ davon nicht bestanden									4								3
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0		0			0	1
▸ davon bestanden	1								3								1
▸ davon nicht bestanden									1								
MÄNGELANALYSE	4)						5)	6)						2)			
Anzahl geprüfter Dokumentationen – normale Fälle	907	1.130	243	132	k.A.	87	452	84	552	1.218	179	84	241	108	165	123	1.096
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	29	99	31	23		0	161	12	132	k.A.	28	k.A.	45	24	0	28	86
▸ davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	29	87	19	23			41		84				17			18	51
▸ davon nicht nachvollziehbar begründet		12							12				1				
▸ davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet			12				90		36		28		27	24		10	35
Anzahl geprüfter Dokumentationen – Ausnahmefälle	664	501	300	43	k.A.	92	227	66	691	192	84	146	149	0	150	72	945
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	89	10	61	0		0	73	0	352	k.A.	23	k.A.	57		0	21	79
▸ davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	89	9	43				10		108				18			8	34
▸ davon nicht nachvollziehbar begründet		1							75				2			1	
▸ davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet			18				57		169		23		37			12	45
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 ABS. 2																	
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.552	1.510	499	168	86	171	505	124	474	616 7)	k.A.	130	403	7)	231	163	1.109

1) Einige Ärzte haben weniger als zwölf und weniger als 18 Ausnahmefälle durchgeführt. | 2) Ergebnisse des Kolloquiums und der Prüfung der Fortbildungsverpflichtung noch offen. | 3) Eine Prüfung zu Ausnahmefällen wurde abgebrochen, da der Arzt zwischenzeitlich auf die Zulassung verzichtet hat. | 4) Alle als unvollständig im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 eingeordneten Dokumentationen waren eingeschränkt nachvollziehbar. | 5) Ausschließlich nicht nachvollziehbar begründete Dokumentationen nicht erfasst. | 6) Zwölf der geprüften Dokumentationen normaler Fälle waren eingeschränkt nachvollziehbar. | 7) Nachweise der Fortbildungsverpflichtung nur zum Teil gemeldet beziehungsweise noch nicht ausgewertet.

31.243
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN STAND 31.12.2010

AMBULANTES OPERIEREN

Vertrag zu ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen im Krankenhaus (AOP-Vertrag)
Rechtsgrundlage: § 115b Abs. 1, Gültigkeit: Neufassung 1.1.2010 **Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien,**
Rechtsgrundlage: § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.10.2006

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu organisatorischen, baulichen, apparate-technischen und hygienischen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
✔	**FREQUENZREGELUNG** für Leistungsbereiche Koloskopie und invasive Kardiologie analog Vereinbarungen nach § 135 Abs 2 SGB V; weitere Regelungen möglich
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**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)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	4.403	5.076	2.584	738	365	1.078	2.703	516	2.795	3.012	1.364	402	1.400	665	1.040	665	2.437
Anzahl beschiedene Anträge [1]	341	984	177	58	18	139	80	3	277	269	104	26	65	36	51	44	325
► davon Anzahl Genehmigungen	341	953	171	58	18	139	80	3	276	269	104	26	65	36	51	44	325
► davon Anzahl Ablehnungen		31	6						1								
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	1	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	193	39	12	70	75	0	74	62	0	0	32	26	42	2	0

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Geräte- und Standortänderungen.

764

764
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN STAND 31.12.2010

APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 12.9.2008 **Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009

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

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																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	93	99	19	45	7	29	38	26	39	109	42	21	24	33	22	37	81
Anzahl beschiedene Anträge	8	14	2	1	1	3	2	0	18	11	5	1	4	4	1	2	6
► davon Anzahl Genehmigungen	8	14	2	1	1	3	2		18	11	5	1	4	4	1	2	6
► davon Anzahl Ablehnungen																	
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	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	5	0	0	0	0	3	0
INDIKATIONEN																	
LDL-APHERESE BEI FAMILIÄRER HYPERCHOLESTERINÄMIE IN HOMOZYGOTER AUSPRÄGUNG																	
Anzahl Erstanträge	0	0	1	0	0	0	1	0	4	1	0	0	1	6	0	3	1
► davon angenommen			1						4	1				6		3	1
► davon abgelehnt							1						1				
Anzahl Folgeanträge	5	8	28	0	1	0	3	4	5	10	20	0	2	3	13	30	1
► davon angenommen	5	8	28		1		3	4	5	10	20		2	2	13	30	1
► davon abgelehnt														1			
LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE [1]		[2]															
Anzahl Erstanträge	3	19	3	12	0	1	3	7	41	54	1	3	4	18	1	0	11
► davon angenommen	3	16	3	8			3	7	38	32	1	2	2	16			9
► davon abgelehnt		1		4		1			3	22		1	2	2	1		2
Anzahl Folgeanträge	55	143	15	83	0	3	42	45	78	185	12	7	39	15	0	3	117
► davon angenommen	55	139	15	81		3	42	45	77	172	12	5	39	14		3	113
► davon abgelehnt				2					1	13		2		1			4
LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER LP(A)-ERHÖHUNG		[2]															
Anzahl Erstanträge	7	25	7	1	0	11	7	10	27	11	7	1	12	9	1	4	15
► davon angenommen	5	19	6	1		9	3	10	24	5	7	1	12	6		3	8
► davon abgelehnt	2	4	1			2	4		3	6				3	1	1	7
Anzahl Folgeanträge	2	48	18	3	0	12	6	9	19	7	5	2	9	7	2	11	14
► davon angenommen	2	48	18	3		12	6	9	19	6	5		9	7	2	11	14
► davon abgelehnt										1		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]) Bei schwerer Hypercholesterinämie mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie bei der LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden konnte. | [2]) Differenz zwischen der Summe aus angenommenen und abgelehnten Anträgen und der angegebenen Gesamtsumme von Erst- oder Folgeanträgen kommen dadurch zu Stande, dass die jeweilige Kommission zum Zeitpunkt der Erhebung die noch nicht entschiedenen Anträge in die Gesamtsumme eingerechnet hat.

3.664
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**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.
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	535	768	200	54	34	76	323	52	298	352	219	78	124	54	120	84	293
Anzahl beschiedene Anträge [1])	44	99	17	6	3	6	10	3	37	13	21	10	6	0	11	4	35
▸ davon Anzahl Genehmigungen	44	89	16	4	3	4	10	3	37	13	20	10	6		11	4	35
▸ davon Anzahl Ablehnungen		10	1	2		2					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	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	36	14	6	0	1	1	0	10	4	13	1	0	0	2	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fortsetzung nächste Seite →

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

→ FORTSETZUNG ARTHROSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	377	554	143	41	34	76	230	34		331		48		38	78		205
Anzahl geprüfter Ärzte	52	140	23	8	8	8	23	9		32		7		7	14		12
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	48	109	23	8	8	8	23	6		32		7		7	11		12
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3	4	31	0	0	0	0	0	3		0		0		0	3		0
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	12,7	19,7	16,1	19,5	23,5	10,5	10,0	17,6		9,7		14,6		18,4	14,1		5,9
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)	1)		1)			1)	3)
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen	1	32	21	0	0	8	4	3		15		4		0	2		1
▸ geringe Beanstandungen	16	27	2	8	8	0	12	1		9		3		7	1		1
▸ erhebliche Beanstandungen	5	36	0	0	0	0	6	1		7		0		0	5		0
▸ schwerwiegende Beanstandungen	26	14	0	0	0	0	1	1		1		0		0	3		10
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▸ keine Beanstandungen	0	5						1							2		
▸ geringe Beanstandungen	2	11						2							1		
▸ erhebliche Beanstandungen	1	11						0							0		
▸ schwerwiegende Beanstandungen	1	4						0							0		
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	51	103	2	8	8	0	19	5		13		3		7	8		11
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	7	0	0	0	0	0	0		0		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	40	70	0	0	0	0	0	0		0		0		2	0		0

Fortsetzung nächste Seite →

1) Prüfungen zu Fällen nach der neuen Richtlinie ab 2011 möglich. | 2) Pro Arzt werden fünf Patientendokumentationen geprüft. | 3) Abstimmungsprozess der Kommission noch nicht abgeschlossen.

→ FORTSETZUNG ARTHROSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
MASSNAHMEN																	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	6	0	0	0	0	0	0		0		0		0	0		0
▸ davon bestanden	1	6															
▸ 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	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	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
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln																	

AKTUELLES

Mit jährlich mehr als einer halben Million Eingriffe handelt es sich bei der Arthroskopie um die häufigste orthopädisch/unfallchirurgische Operation. Bei etwa der Hälfte der Patienten erfolgt der Eingriff ambulant.

Neue Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden. Grundlage für die Genehmigungserteilung ist die Arthroskopie-Vereinbarung. Zur Förderung der Qualität von Arthroskopien in der vertragsärztlichen Versorgung wurden darüber hinaus mit Wirkung zum 3. März 2010 bundesweite Stichprobenprüfungen eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu eine Richtlinie erlassen, die einheitliche Beurteilungskriterien für arthroskopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk enthält.

Eine Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen führen solche Prüfungen bereits seit Jahren durch – bislang allerdings auf Grundlage regional entwickelter Kriterien. Die Ergebnisse der bisher erfolgten Prüfungen hatten zum Teil erhebliche Qualitätsmängel deutlich gemacht. Zwar haben viele Ärzte mit guten oder sehr guten Ergebnissen abgeschnitten, etliche jedoch mit erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen.

Die neue Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie zielt darauf ab, die Qualität arthroskopischer Eingriffe weiter zu verbessern. Mögliche Defizite in der Indikationsstellung, in der Leistungsdokumentation und in den Nachbehandlungsmaßnahmen sollen damit reduziert werden.

Einheitliche Bewertungsschemata

Damit diese Prüfungen bundesweit einheitlich umgesetzt werden, hat die KBV in Zusammenarbeit mit sachverständigen Ärzten Schemata für die Einzelbewertung einer Dokumentation sowie zur Feststellung des Gesamtergebnisses einer Prüfung erarbeitet. Diese Schemata werden derzeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf ihre Tauglichkeit im Routineprüfbetrieb getestet.

ARTHROSKOPIE SYSTEMATIK DER BEWERTUNG DER STICHPROBENPRÜFUNGEN

EINZELBEWERTUNG EINER DOKUMENTATION GEPRÜFTE KRITERIEN ARTHROSKOPIE

1. Eindeutige Identifikation Arzt / Patient (Schrift- und Bilddokumentation)				**schwerwiegender Mangel** wenn Kriterium fehlend
2. Medizinische Fragestellung und Operationsgrund	**2 Punkte** nachvollziehbar			**0 Punkte** nicht nachvollziehbar
3. Schriftliche Dokumentation der Operation	**6 Punkte** vollständig dokumentiert und vollständig nachvollziehbar	**5 / 4 Punkte** unvollständig, aber überwiegend nachvollziehbar	**3 / 2 / 1 Punkt** unvollständig, aber eingeschränkt nachvollziehbar	**0 Punkte** nicht nachvollziehbar
4. Technische Bilddokumentation	**6 Punkte** ohne Mangel	**5 / 4 Punkte** geringe Mängel, aber beurteilbar	**3 / 2 / 1 Punkt** Mängel, aber noch beurteilbar	**0 Punkte** nicht beurteilbar
5. Bildliche Darstellung der Operation	**6 Punkte** vollständig dokumentiert und vollständig beurteilbar	**5 / 4 Punkte** unvollständig, aber überwiegend beurteilbar	**3 / 2 / 1 Punkt** unvollständig, aber eingeschränkt beurteilbar	**0 Punkte** nicht beurteilbar

GESAMTBEWERTUNG EINER DOKUMENTATION

Gesamtpunktzahl	18–20 Punkte	15–17 Punkte	10–14 Punkte	0–9 Punkte
Beanstandungen	keine	geringe	erhebliche	schwerwiegende

GESAMTBEWERTUNG ALLER DOKUMENTATIONEN EINES ARZTES

Die Summe der Einzelprüfungen ergibt als Ergebnis die Gesamtbewertung	Ergebnisse der einzelnen Dokumentationen		
	gering	erheblich	schwerwiegend
keine Beanstandungen	≥ 2	0	0
geringe Beanstandungen	≥ 3	0	0
	≥ 4	1	0
		0	1 [1]
erhebliche Beanstandungen	≥ 3	1	0
		2	0
		≥ 1	1
schwerwiegende Beanstandungen		≥ 3	0
			1 [2]
		≥ 2	1
			≥ 2

[1]) Ausschließlich aufgrund fehlender Angaben zur Patienten- und Arztidentifikation (Bild- und/oder Schriftdokumentation) | [2]) Bei Gefahr für Leben oder Gesundheit.

646
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
✔	**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG** zum Nachweis der regelmäßigen Wartung der Bestrahlungsgeräte und der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel jährliche Stichprobenprüfungen von 20 Prozent der abrechnenden Ärzte
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
	BERATUNG

BALNEOPHOTOTHERAPIE 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]
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	62	155	15	7	16	9	31	2	88	58	30	12	24	7	25	11	94
Anzahl beschiedene Anträge	62	112	15	7	16	9	31	2	86	58	31	12	25	7	25	11	96
▸ davon Anzahl Genehmigungen	62	112	15	7	16	9	31	2	86	58	30	12	24	7	25	11	96
▸ davon Anzahl Ablehnungen											1		1				
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	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								0		0	0	0			0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Mängel			3														
▸ davon mit Mängeln																	

[1]) Zuvor regionale Vereinbarung. | [2]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

2.064
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN STAND 31.12.2010

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009. **Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten,** Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2009. **Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse),** Rechtsgrundlage: § 136 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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
✔	**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG** 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
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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

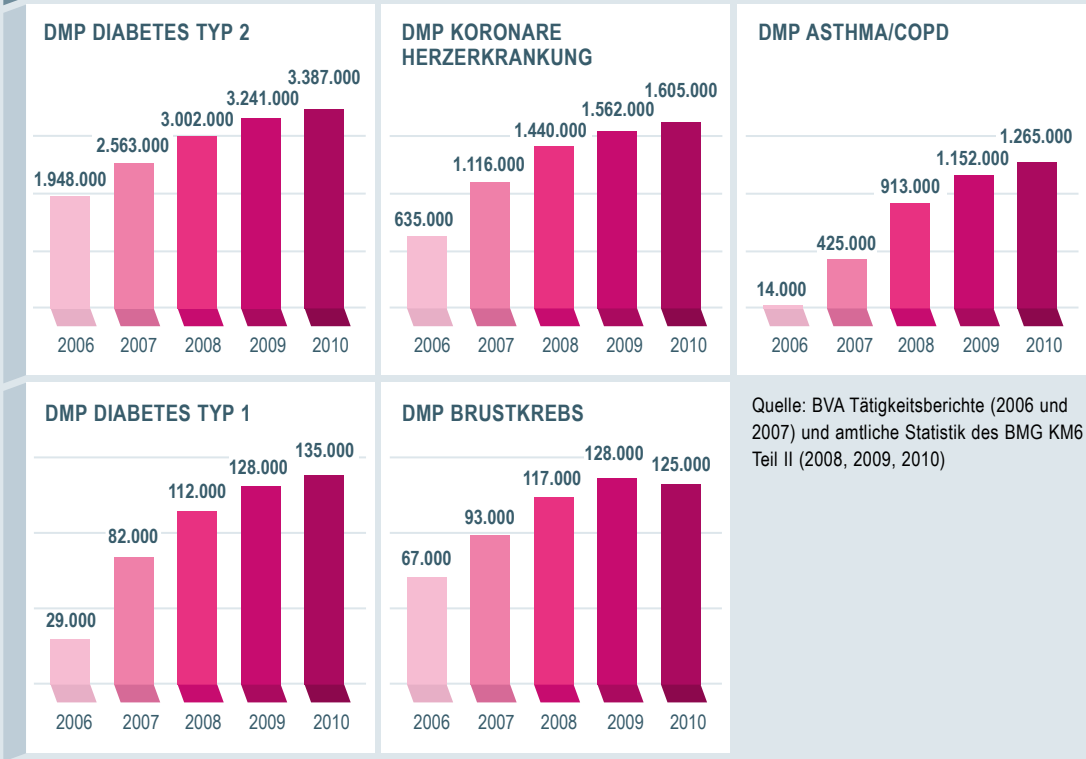
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	211	408	103	25	17	42	225	53	130	205	120	27	78	86	55	84	195
Anzahl beschiedene Anträge [1])	58	129	2	2	1	5	25	2	12	25	8	2	7	4	2	8	7
▸ davon Anzahl Genehmigungen	58	129	2	1	1	5	25	2	12	19	8	2	6	4	2	8	7
▸ davon Anzahl Ablehnungen				1						6			1				
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden									2								
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	0	0	11	1	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	8	0	1	1	0	0	2	6	9	1	8	0	3	2	2	1	0
AUS DEN TÄTIGKEITSBERICHTEN DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN § 7 ABS. 3 QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE, BERICHTSZEITRAUM 1.1. – 31.12.2010																	
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1						[2])		[2])				[3])			[2])		
I/2010	76	124	32	24	7	14	57	24	68	78	37	12	35	25	22	23	69
II/2010	77	124	32	24	7	14	58	24	72	78	37	12	35	25	22	23	69
III/2010	76	124	32	24	7	14	58	23	70	78	36	12	35	25	22	23	70
IV/2010	75	123	32	24	7	14	58	24	70	78	37	12	35	25	22	23	71
Anzahl der Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	46	23	14	0	6	4	34	8	6	17	3	3	4	2	5	2	70
▸ davon ohne Beanstandungen	44		14			2	27	5			3		4	2	4	2	32
▸ davon mit Beanstandungen	2	23			6	2	7	3		17					1		38
Maßnahmen, auch aufgrund der Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1																	
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	2	8	0	8	5	2	7	3	0	0	0	3	4	0	2	0	33
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	2	4	2	0	1	0	2	0	0	7	0	2	0	1	0	0	0
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]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes. | [2]) Gemeinsame Kommission der Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein haben insgesamt vier Sitzungen durchgeführt. | [3]) Auswertung der Quartale I und II/2010 in einer Sitzung.

5.700.000
PATIENTEN IN DEN DMP
STAND 31.12.2010

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PATIENTEN FÜR DEN ZEITRAUM 2006 BIS 2010



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

AKTUELLES

Etwa 5,7 Millionen Patienten waren im Jahr 2010 in strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme, DMP) eingeschrieben. Etwa 780.000 von ihnen nahmen gleichzeitig an mehreren Programmen teil, so dass insgesamt rund 6,5 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen waren. Damit haben sich DMP als ein flächendeckendes Instrument des Versorgungsmanagements auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin etabliert.

Die Betreuung der Patienten in einem DMP wird über die Praxissoftware einheitlich dokumentiert. Die KBV stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Rückmeldesystem zur Verfügung, mittels dem für den Arzt einen Feedbackbericht erstellt wird. In dem Bericht wird die Zielwerterfüllung der Praxis im Vergleich zum Durchschnitt der Kassenärztlichen Vereinigung dargestellt. Jährlich verschicken die Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt über 90.000 Berichte an circa 50.000 Vertragsärzte. Um festzustellen, wie die Vertragsärzte diese Rückmeldeberichte sieben Jahre nach Einführung der DMP wahrnehmen und nutzen, wurde 2010 eine schriftliche Befragung von Ärzten in vier Kassenärztlichen Vereinigungen anhand eines standardisierten Fragebogens vorgenommen. Die Fragebögen wurden zusammen mit Berichten zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 an die betreffenden Ärzte verschickt. Die Auswertungen der Antworten übernahm das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Ärzte den Informationsgehalt, den Umfang und die Verständlichkeit der Berichte überwiegend positiv bewerteten. Mehr als die Hälfte der Ärzte bespricht den Bericht mit dem Praxispersonal und nutzt ihn als Unterstützung für klinische Entscheidungen, zum Beispiel für die Medikation.

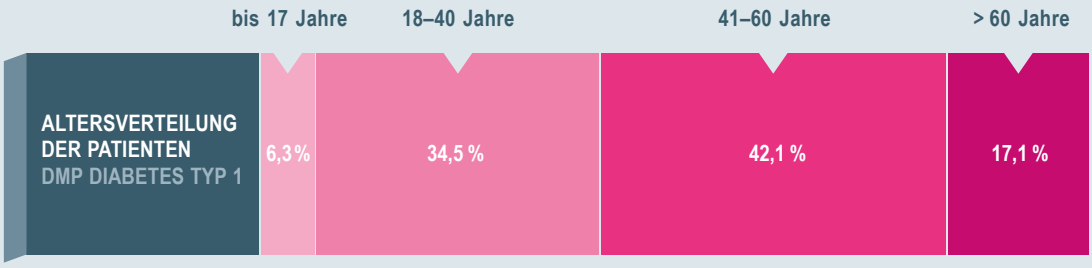
ERGEBNISSE AUS DEM DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM DIABETES MELLITUS TYP 1

Nachdem in den Vorjahren über die Programme zum Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzerkrankung berichtet wurde, werden hier die Ergebnisse des DMP Diabetes mellitus Typ 1 dargestellt.

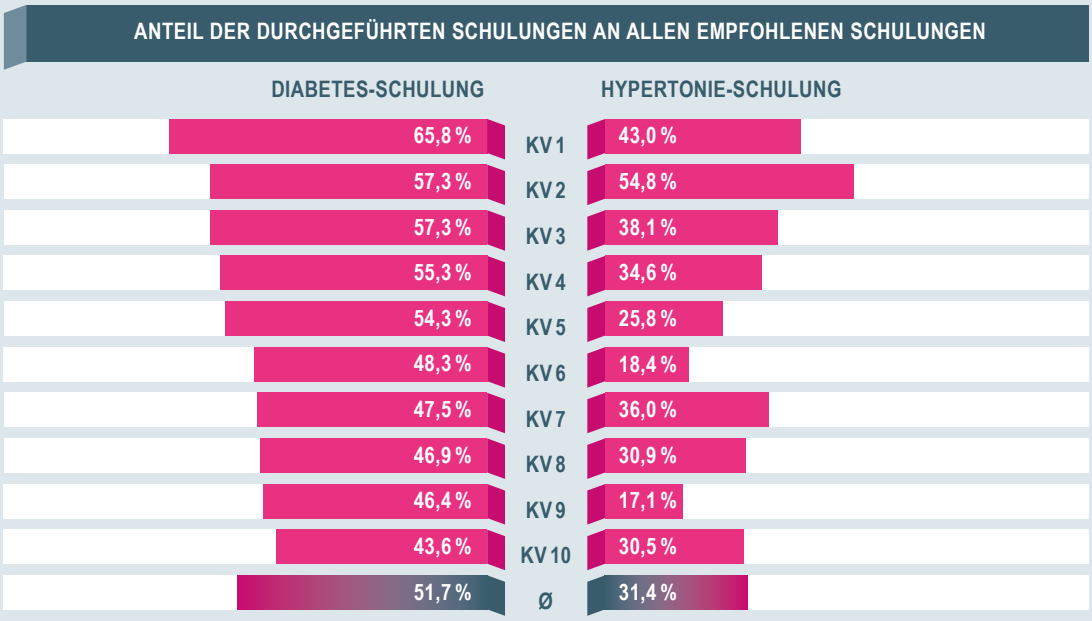
Der Typ-1-Diabetes ist eine Stoffwechselerkrankung, die meist im Kindes- oder Jugendalter beginnt und durch eine Zerstörung der Insulin produzierenden Beta-Zellen gekennzeichnet ist. 2010 waren circa 135.000 Patienten in das DMP Diabetes Typ 1 eingeschrieben. Mit einem Anteil von rund zwei Prozent an allen DMP-Einschreibungen macht das DMP Diabetes Typ 1 zwar einen relativ kleinen Teil aus, verliert dadurch jedoch keinesfalls an Bedeutung. Die im Programm vereinbarten Therapieziele sind darauf ausgerichtet, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und Begleiterscheinungen der Krankheit zu mindern.

Datenbasis

Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen von zehn Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Jahr 2009 bilden die Grundlage für die folgenden Darstellungen der Ergebnisse der Qualitätsziele aus dem DMP Diabetes mellitus Typ 1. Zwei dieser Berichte beziehen sich auf das gesamte Jahr 2009, sechs auf das zweite Halbjahr 2009. In zwei Berichten werden die Zeiträume vom 1. März 2009 bis zum 31. August 2009 beziehungsweise vom 1. April 2009 bis 30. September 2009 berücksichtigt. Aus den nicht vollständig identischen Betrachtungszeiträumen ergeben sich Unschärfen in der Vergleichbarkeit.

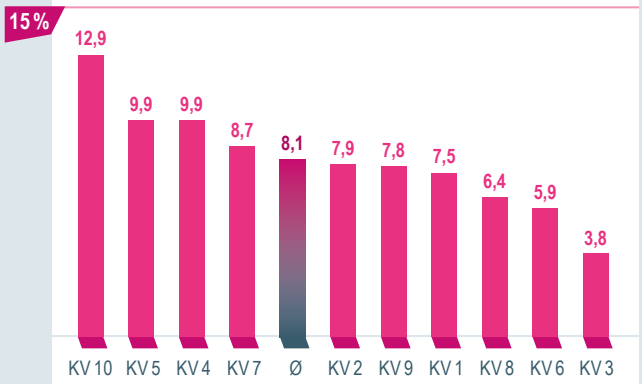


Basis: Berichte aus 2009 von 10 KVen | n = 82.442 Patienten

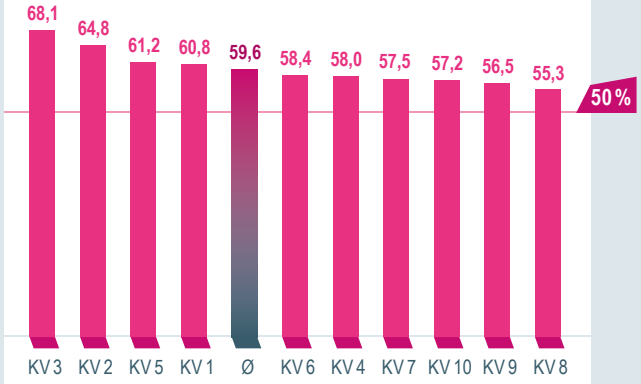


ZIELERREICHUNG IN DEN KVEN DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

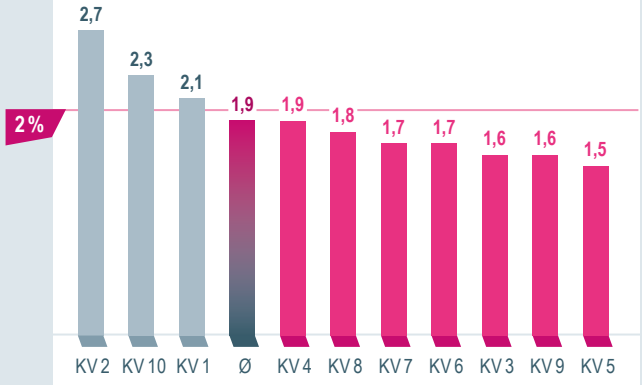
QS-Ziel: Vermeidung schwerer Hypoglykämien. **Zielwert max. 15 %**



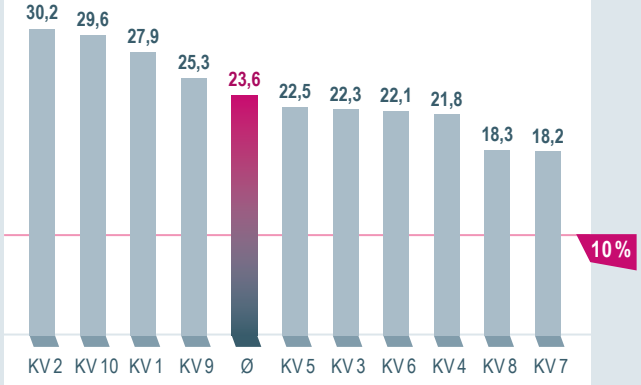
QS-Ziel: Hoher Anteil von Hypertonikern mit normotensiven Blutdruckwerten. **Zielwert min. 50 %**



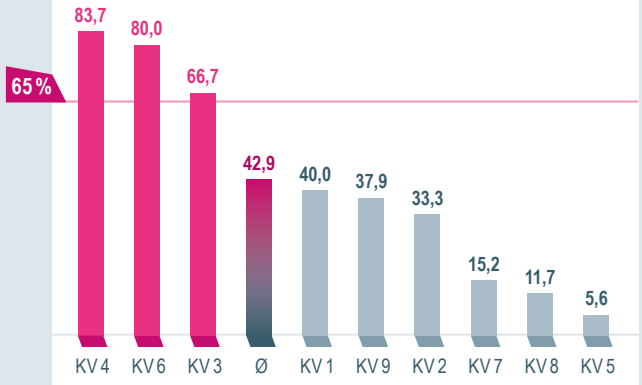
QS-Ziel: Vermeidung notfallmäßiger stationärer Aufenthalte. **Zielwert max. 2 %**



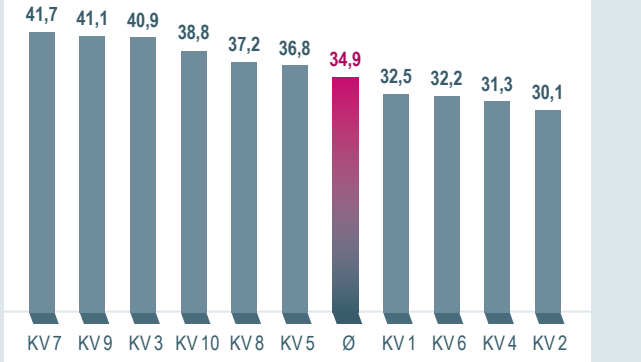
QS-Ziel: Niedriger Anteil von Patienten mit hohen HbA1c-Werten. **Zielwert max. 10 %**



QS-Ziel: Behandlung des Diabetischen Fußes in einer spezialisierten Einrichtung. **Zielwert min. 65 %**

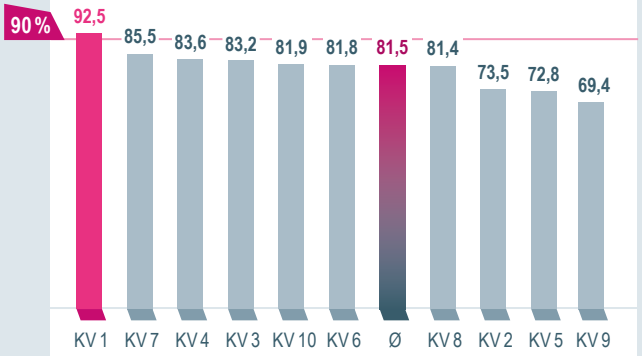


QS-Ziel: Hoher Anteil von Patienten mit Erreichung des individuell vereinbarten HbA1c-Wertes. **kein Zielwert festgelegt**

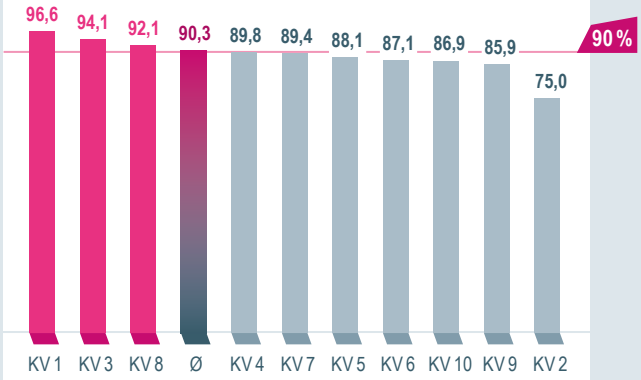


Zielwert erreicht | Durchschnittswert | Zielwert nicht erreicht | kein Zielwert festgelegt

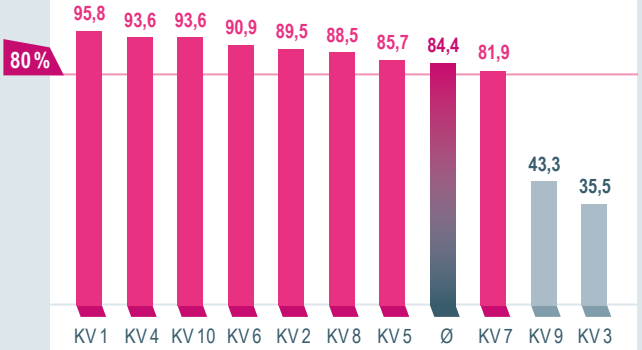
QS-Ziel: Hoher Anteil von Patienten ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Bestimmung der Albumin Ausscheidung im Urin. **Zielwert min. 90 %**



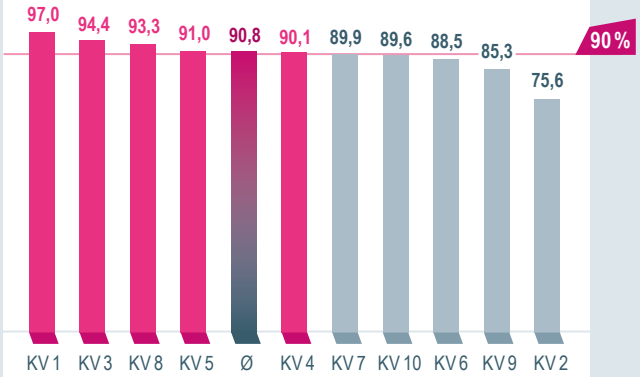
QS-Ziel: Hoher Anteil von Patienten mit einer jährlichen Erhebung des peripheren Pulsstatus. **Zielwert min. 90 %**



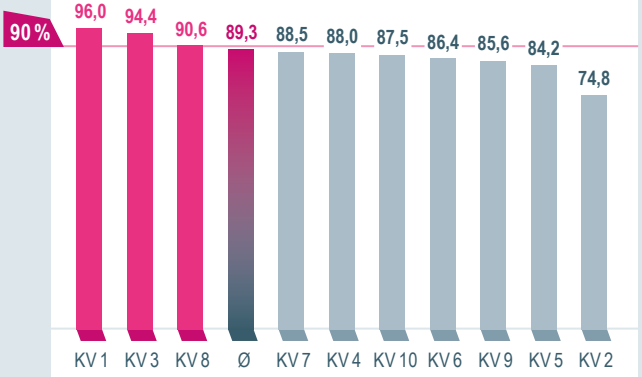
QS-Ziel: Hoher Anteil von Patienten bei denen im Falle einer persistierenden pathologischen Urin-Eiweiß-Ausscheidung die Nierenfunktion überprüft wird. **Zielwert min. 80 %**



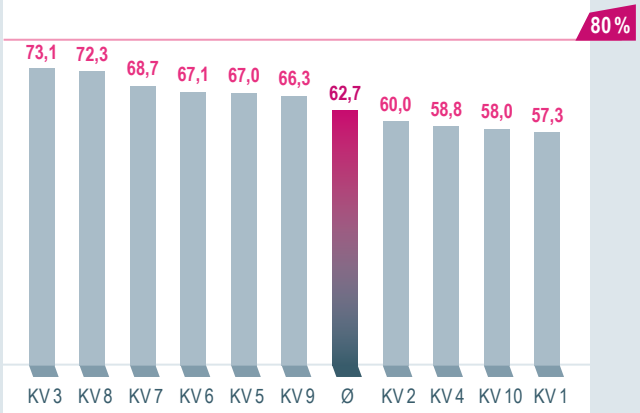
QS-Ziel: Hoher Anteil von Patienten mit einer jährlichen Erhebung des Fußstatus. **Zielwert min. 90 %**



QS-Ziel: Hoher Anteil von Patienten mit einer jährlichen Sensibilitätsprüfung. **Zielwert min. 90 %**



QS-Ziel: Hoher Anteil von Patienten mit TAH. **Zielwert min. 80 %**



VERTRAGSUMFANG DER DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Kassenärztliche Vereinigung	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2				
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.500	3)	365.700
Bayerns	KV – alle Kassen	8.200	7.500	464.800
Berlin	KV – alle Kassen	1.800	1.600	135.000
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.400	3)	163.800
Bremen	KV – alle Kassen	440	400	27.200
Hamburg	KV – alle Kassen	900	700	47.900
Hessen	Vertrag mit KV ab 1.1.2011			197.000
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.000	800	95.400
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.300	3)	272.800
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.200	4.700	402.000
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.500	2.300	174.800
Saarland	KV – alle Kassen	630	600 5)	45.500
Sachsen	KV – alle Kassen	2.400	2.300	286.600
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.400	1.300 5)	171.400
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.600	1.500	85.100
Thüringen	KV – alle Kassen	1.400	1.100	126.500
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.700	3.500 4)	325.100
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1				
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	210	3)	11.100
Bayerns	KV – alle Kassen	2.400	1.400	19.000
Berlin	KV – alle Kassen	190	130	6.000
Brandenburg	KV – alle Kassen	80	3)	5.100
Bremen	KV – alle Kassen	20	20	1.200
Hamburg	KV – alle Kassen	50	40	4.000
Hessen	KV – alle Kassen	210	160	8.500
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	50	45	2.600
Niedersachsen	KV – alle Kassen	170	3)	13.400
Nordrhein	KV – alle Kassen	900	220	16.700
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	140	130	7.300
Saarland	kein Vertrag mit KV			60
Sachsen	KV – alle Kassen	130	125	9.200
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	180	125 5)	4.900
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	50	50	6.300
Thüringen	KV – alle Kassen	65	60	3.800
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	820	440 4)	16.100
DMP KORONARE HERZERKRANKUNG				
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.100	2.500	142.300
Bayerns	KV – alle Kassen	8.400	7.300	220.200
Berlin	KV – alle Kassen	1.800	1.600	68.000
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.400	3)	88.200
Bremen	KV – alle Kassen	400	360	11.300
Hamburg	KV – alle Kassen	800	650	19.100
Hessen	KV – alle Kassen	3.600	3.000	91.400
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.000	800	50.300
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.000	3)	148.900
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.300	4.500	194.000
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.400	2.100	74.900
Saarland	KV – alle Kassen	650	610 5)	22.300
Sachsen	KV – alle Kassen	2.200	1.900	106.300
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.400	1.300	75.600
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.600	1.400	44.900
Thüringen	KV – alle Kassen	1.300	1.000	64.000
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.700	3.300 4)	182.900

Kassenärztliche Vereinigung	Vertragspartner		Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte [1]	Patienten [2]
DMP BRUSTKREBS					
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen		1.100	230	8.300
Bayerns	KV – alle Kassen		2.100	1.120	19.100
Berlin	kein Vertrag mit KV				5.900
Brandenburg	KV – alle Kassen		180	[3]	5.300
Bremen	KV – alle Kassen		70	40	900
Hamburg	KV – alle Kassen		130	80	1.500
Hessen	kein Vertrag mit KV				10.800
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen		180	120	3.500
Niedersachsen	KV – alle Kassen		630	[3]	13.900
Nordrhein	KV – alle Kassen		1.050	700	14.000
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK		320	210	6.100
Saarland	KV – alle Kassen		110	110 [5]	1.600
Sachsen	KV – alle Kassen		250	200	4.500
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen		160	110	3.300
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen		400	250	5.600
Thüringen	KV – alle Kassen		150	100	3.600
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen		820	560 [4]	17.300
DMP ASTHMA BRONCHIALE | DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)					
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	Asthma	5.900	[3]	59.300
		COPD	5.500	[3]	49.000
Bayerns	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	8.900	7.500	190.000
Berlin	KV – alle Kassen	Asthma	1.400	1.000	40.900
		COPD	1.300	1.000	34.500
Brandenburg	KV – alle Kassen	Asthma	720	[3]	32.700
		COPD	730	[3]	26.900
Bremen	KV – alle Kassen	Asthma	450	310	7.300
		COPD	390	280	6.100
Hamburg	KV – alle Kassen	Asthma	750	530	13.400
		COPD	660	470	7.000
Hessen	KV – alle Kassen	Asthma	3.300	2.400	41.400
		COPD	3.100	2.200	26.600
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	Asthma	640	390	16.100
		COPD	590	380	12.500
Niedersachsen	KV – alle Kassen	Asthma	3.900	[3]	85.100
		COPD	4.600	[3]	63.300
Nordrhein	KV – alle Kassen	Asthma	4.800	3.700	76.100
		COPD	4.200	3.500	81.000
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	Asthma	2.100	1.600	14.600
		COPD	2.000	1.600	27.600
Saarland	KV – alle Kassen	Asthma	610	580 [5]	8.200
		COPD	550	530 [5]	7.100
Sachsen	KV – alle Kassen	Asthma	980	750	36.900
		COPD	920	720	24.100
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	1.200	980	34.000
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	Asthma	1.500	1.200	22.700
		COPD	1.400	1.000	14.100
Thüringen	KV – alle Kassen	Asthma	830	550	26.000
		COPD	740	510	16.500
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	Asthma	4.300	[3]	90.200
		COPD	3.900	[3]	73.000

[1]) abrechnende Ärzte nach Angaben der KV | [2]) DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG | [3]) Daten aus dem Jahr 2010 liegen nicht vor | [4]) Anzahl Praxen | [5]) Anzahl koordinierender Ärzte

2.729
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1992, Neufassung 1.4.2006

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung erbracht wurden; gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**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 Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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

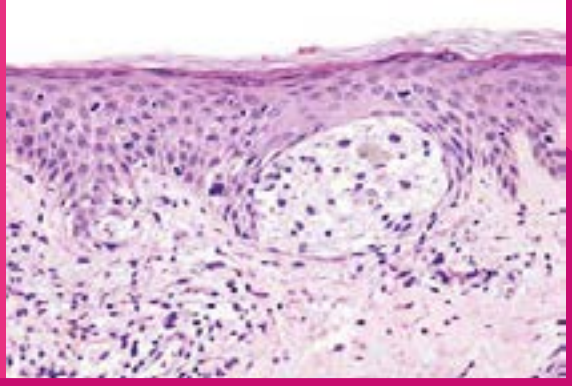
HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen, Stand 31.12.2010	329	562	91	69	32	62	182	52	249	317	152	32	118	82	83	64	253
Anzahl beschiedene Anträge	25	48	14	5	3	3	40	10	21	25	20	1	11	6	7	5	21
▸ davon Anzahl Genehmigungen	24	46	14	5	3	3	21	10	21	25	20	1	10	6	7	5	19
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1	2					19						1				2
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	0	1	2	0	3	1	7	2	7	45	14	2	6	4	3	0	0

Fortsetzung nächste Seite →

→ FORTSETZUNG HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte (2010)			56													59	
Anzahl geprüfter Ärzte			5													22	
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2			5													19	
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3			0													3	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %			8,9													32,2	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare																	
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen			5													7	
▸ geringe Beanstandungen			0													9	
▸ erhebliche Beanstandungen			0													1	
▸ schwerwiegende Beanstandungen			0													2	
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▸ keine Beanstandungen																3	
▸ geringe Beanstandungen																0	
▸ erhebliche Beanstandungen																0	
▸ schwerwiegende Beanstandungen																0	
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a			0													12	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a			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													3	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c			0													0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1			0													0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.			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	



533

ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

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; **Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien), 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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**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
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** jährliche Prüfung von vier Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu zehn im Rahmen des Hautkrebs-Screenings befundeten histopathologischen Präparaten
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION** jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse (KFE-RL) im Rahmen 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																	[1]
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	76	88	44	15	5	16	38	18	8	42	30	6	23	21	27	18	58
Anzahl beschiedene Anträge	2	10	44	4	5	16	38	18	8	42	30	6	23	1	27	18	64
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2	10	44	4	5	16	38	18	8	42	30	6	23	1	27	18	64
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

294
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN ZUR TEILNAHME AN DER VEREINBARUNG
STAND 31.12.2010

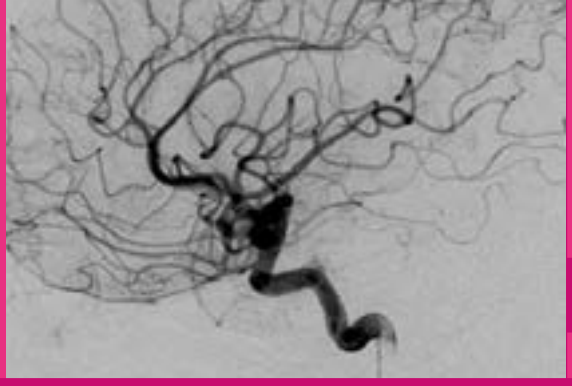
HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**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
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** jährliche Prüfung von 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
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
✔	**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																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	26	35	64	0	10	31	29	1	18	41	9	6	5	3	1	3	12
Anzahl beschiedene Anträge	1	0	17	0	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1		10		2	2	1	1	2	1		1	1	1	1	3	1
▸ davon Anzahl Ablehnungen			7				2				1					1	



433

ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN ZU DIAGNOSTISCHEN KATHETERANGIOGRAPHIEN UND/ODER THERAPEUTISCHEN EINGRIFFEN STAND 31.12.2010

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006, zuletzt geändert: 1.10.2010

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**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
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Kassenärztliche Vereinigung kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
	BERATUNG

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										1)							
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2010	7	21	1	3	1	1	3	0	10	2	0	0	2	2	2	0	13
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	5	10	1	2	1	1	3	0	12	5	0	1	2	2	2	0	14
Anzahl beschiedene Anträge	1	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
neu	1	7							1			1					1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1	2							1			1					1
▸ davon Anzahl Ablehnungen		5															
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																	

Fortsetzung nächste Seite →

→ FORTSETZUNG INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Anzahl Praxisbegehungen	0	0							0			0					0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	10	0	0	0	0	0	0	1	0		0	0	0	0		0
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen		9							1								
▸ aus sonstigen Gründen		1															
Anzahl Rückgabe	3	1	0	1	0	0	0		2	0		0	0	0	0		0
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)		2)						3)	2)								
< 100	0	10	0	0	0	0	0		5	0		0	0	0	0		0
≥ 100	4	0	1	2	1	1	3		2	2		0	2	2	2		8
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND THERAPEUTISCHE EINGRIFFE																	
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 2										1)							
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2010	54	54	13	12	9	19	37	13		59	35	6	5	3	13	7	40
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	53	45	10	11	9	23	37	13	28	42	32	6	4	3	12	6	38
Anzahl beschiedene Anträge	6	12	6	1	1	4	1	0	3	8	0	0	0	0	1	0	5
neu	6	12	1	1	1	4	1		3	8					1		5
▸ davon Anzahl Genehmigungen	6	3	1	1	1	4	1		3	8					1		5
▸ davon Anzahl Ablehnungen		9															
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	5	0	0	0	0		0	0					0		0
▸ davon Anzahl Genehmigungen			5														
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	2	0		1	0					0		0
▸ davon bestanden						2			1								
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0		0	0					0		0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	12	1	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	2	0	4
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen		4							1	4					1		1
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe		4													1		3
▸ aus sonstigen Gründen		4	1														
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	7	2	3	2	1	0	0	0	1	21	3		1	0	1	1	0
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe)		2)						3)							2)		2)
< 100	8	36	1	0	0	0	0		6	k.A.	k.A.	0	0	0	1	0	5
≥ 100	40	9	12	10	9	19	37		11	k.A.	k.A.	6	5	3	9	6	32
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																	
< 50	8	36	2	0	0	0	0		3	k.A.	k.A.	0	1	0	2	0	9
≥ 50	40	9	11	10	9	19	37		14	k.A.	k.A.	6	4	3	8	6	28

1) Drei Ärzten wurde die Genehmigung zu diagnostischen und therapeutischen Katheterangiographien entzogen und in Genehmigung zu ausschließlich diagnostischen Katheterangiographien umgewandelt. | 2) Angaben zu Frequenzprüfungen liegen noch nicht (vollständig) vor. | 3) Frequenzregelung ausgesetzt.

624
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN ZU DIAGNOSTISCHEN UND/ODER THERAPEUTISCHEN KATHETERISIERUNGEN
STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**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
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Kassenärztliche Vereinigung kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
	BERATUNG

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, anhand derer die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert wird. Sie regelt die fachlichen, organisatorischen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung. In dieser seit dem 1. Oktober 1999 geltenden bundesweiten Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Danach müssen alle Ärzte pro Jahr mindestens 150 Linksherzkatheterisierungen nachweisen, Ärzte die eine Genehmigung sowohl zu den diagnostischen als auch den therapeutischen Katheterisierungen haben, müssen 50 von diesen 150 Eingriffen aufgrund einer therapeutischen Indikation durchgeführt haben.

Qualitätssicherungsvereinbarungen im stationären Bereich existieren für diesen Leistungsbereich derzeit noch nicht. Die PCI/Koronarangiographie ist aber als eines der ersten Themen benannt worden, das von der neuen unabhängige Institution nach § 137a SGB V (AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH Göttingen) bearbeitet werden und in eine sektorengleiche Qualitätssicherungs-Richtlinie münden soll (siehe auch Seite 8).

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 1.1.2010	18	12	3	0	0	1	9	0	18	27	9	0	2	4	9	1	29
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	19	12	3	0	0	2	8	0	12	27	8	0	2	5	9	1	29
Anzahl beschiedene Anträge [1])	1	10	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0
neu	1	10				1			1					1	1		
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1	10				1			1					1	1		
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	0	0				0			0					0	0		
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0				0			1					0	0		
▸ davon bestanden									1								
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen	0	0				0			0					0	0		
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0			0	1	0	0	0	0		0	0	1	0	3
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen							1										3
▸ aus sonstigen Gründen															1		
▸ davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)							0								0		0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0			0	1	0	7	0	1		0	0	0	0	0
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)	[2])	[3])															
< 150	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
≥ 150	16	9	3	0	0	1	8	0	16	27	8	0	2	5	8	1	16
DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN																	
GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 1																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2010	54	65	19	10	15	32	71	2	51	51	22	1	17	5	2	3	43
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	54	67	20	10	16	32	81	2	50	58	20	1	19	5	2	3	47
Anzahl beschiedene Anträge [1])	1	9	1	0	1	0	10	0	4	8	0	0	4	0	0	0	5
neu	1	9	1		1		10		4	7			3				5
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1	9	1		1		10		4	7			3				5
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0	0		0		0		0	1			1				0
▸ davon Anzahl Genehmigungen										1			1				
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	

Fortsetzung nächste Seite →

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes | [2]) Bei den Frequenzprüfungen der Genehmigungen zu ausschließlich diagnostischen Katheterisierungen haben zwei Ärzte ausschließlich Leistungen außerhalb der GKV erbracht. | [3]) Angaben zu außerhalb der GKV erbrachter Leistungen liegen noch nicht vor.

→ FORTSETZUNG INVASIVE KARDIOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	1		0		0		1	0			0				0
▸ davon bestanden			1						1								
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0		0		0		0	0			0				0
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	6	0	0	0	0	4	0	3	1	0	0	0	0	0	0	3
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen		3					2		1								1
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und davon < 50 therapeutische Katheterisierungen		2							1								1
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Katheterisierungen		1					2		1	1							1
▸ aus sonstigen Gründen																	
▸ davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)		0					0		0	0							0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	0	2	0	4	0	2	0	0	0	0	0	0
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)	1)	2)											3)		4)		
< 150	6	34	1	0	0	0	0	0	1	6	4	0	0	0	0	1	6
≥ 150	48	31	18	10	15	32	68	1	48	52	16	1	17	5	2	2	40
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)	1)	2)															
< 50	4	53	1	0	0	0	0	0	1	8	3	0	2	0	0	1	10
≥ 50	50	14	18	10	15	32	68	1	48	50	17	1	12	5	2	2	36

1) Bei den Frequenzprüfungen der Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen haben neun Ärzte ausschließlich Leistungen außerhalb der GKV erbracht, bezogen auf die rein therapeutischen Katheterisierungen 24 Ärzte. | 2) Angaben zu außerhalb der GKV erbrachten Leistungen liegen noch nicht vor. | 3) Drei Ärzte nicht in Frequenzprüfung, da Genehmigung noch keine vier Quartale besteht. | 4) Eine Frequenzprüfung erfolgt erst 2011.

2.622
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN ZUR KURATIVEN UND/ODER PRÄVENTIVEN KOLOSKOPIE STAND 31.12.2010

KOLOSKOPIE

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

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
✔	**FREQUENZREGELUNG** jährlich 200 totale Koloskopien, zehn Polypektomien, jeweils ohne Beanstandungen; gilt nicht für Kinderärzte und Kinderchirurgen
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** Hygieneprüfung durch anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** von allen Ärzten Dokumentationen von 20 totalen Koloskopien und zu fünf Polypektomien, außer bei Kinderärzten und Kinderchirurgen
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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 1.1.2010	30	36	2	0	2	5	15	3	16	13	14	5	3	8	10	7	37
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2010	29	26	1	0	2	5	15	3	19	15	12	4	2	8	10	2	38
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 1.1.2010	329	525	72	72	20	60	184	41	251	241	148	34	78	56	81	54	189
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2010	339	512	74	74	20	60	185	41	256	232	141	34	78	57	83	54	191

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 beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	1
neu	0								3	2							1
▸ davon Anzahl Genehmigungen									3	2							1
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 6 Abs. 5	1								0	0							0
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1																
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	41	26	4	6	0	4	7	2	25	11	10	0	5	2	7	1	31
neu	34	24	4	6		4	7	2	25	11	10		5	2	7	1	30
▸ davon Anzahl Genehmigungen	34	24	4	6		4	6	2	25	8	10		3	2	7	1	1
▸ davon Anzahl Ablehnungen							1			3			2				
erneut gemäß § 6 Abs. 5	7	2	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
▸ davon Anzahl Genehmigungen	7	2															
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0		1	0	0	1	0	0		0	0	0	0	1
▸ davon bestanden						1			1								1
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	10	22	1	0	0	0	0	0	12	1	0	1 [1)]	1 [2)]	0	0	2	0
▸ wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7		11							3								
▸ wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3 c-e ausschließlich bei totalen Koloskopien									3				1				
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien	3	2														2	
▸ wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4 b-c ausschließlich bei Polypektomien	6								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	6								1		1					
▸ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien		3	1						5			1					
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	13	0	2	4	1	3	5	2	9	16	19	0	3	1	5	4	0

Fortsetzung nächste Seite →

[1)] Widerruf erfolgte sowohl wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung als auch wegen Unterschreitung der Mindestfrequenzen. | [2)] Ein Widerruf erfolgte wegen des Wechsels vom Facharzt- in den Hausarztsektor.

→ FORTSETZUNG KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
TOTALE KOLOSKOPIE																	
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																	3)
< 200	1	62	2	0	0	0	4	0	2	23	7	1	1	0	12	0	1
≥ 200	321	463	70	72	21	62	184	44	254	232	138	37	78	64	86	64	110
DOKUMENTATIONS-PRÜFUNGEN		4)													5)		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	320	424	71	72	19	62	166	30	247	238	142	38	75	64	65	58	110
▸ davon bestanden	312	304	68	71	19	55	155	27	230	232	107	27	71	63	54	58	104
▸ davon nicht bestanden	8	49	3	1		7	11	3	17	6	35	11	4	1	11		6
Ärzte mit Genehmigung zum 1.1.2010 geprüft. in %	89,1	75,6	95,9	100,0	86,4	95,4	83,4	68,2	92,5	93,7	87,7	97,4	92,6	100,0	71,4	95,1	48,7
Begründung, falls nicht alle Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	6)	7)	8)		9)	10)		11)	12)				13)		14)	15)	3)
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	8	43	1	1	1	1	16	2	17	4	22	11	4	0	1	0	6
▸ davon bestanden	6	19	1	1	1	1	14	2	15	4	13	8	2		1		4
▸ davon nicht bestanden	2	10					2		2		9	3	2				2
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	2	k.A.	1	0	0	0	10	0	14	1	3	3	0	0	0	1	0
▸ davon bestanden	2		1				7		7	1	3						
▸ davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e							2		2			2					
▸ davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl							1		5			1				1	
POLYPEKTOMIEN																	
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																	3)
< 10	0	491	2	0	0	0	2	0	7	58	5	0	1	23	12	0	0
≥ 10	322	34	70	72	21	62	183	44	269	194	140	38	78	41	82	61	111
DOKUMENTATIONS-PRÜFUNGEN		4)													5)		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	304	424	66	72	19	62	164	33	247	230	142	38	71	64	65	59	110
▸ davon bestanden	281	344	65	72	19	62	150	33	243	224	127	34	69	64	55	59	109
▸ davon nicht bestanden	23	9	1				12		4	3	15	4	2		10		1
Ärzte mit Genehmigung zum 1.1.2010 geprüft, in %	84,7	75,6	89,2	100,0	86,4	95,4	82,4	75,0	92,5	90,6	87,7	97,4	87,7	100,0	71,4	96,7	48,7
Begründung, falls nicht alle Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	6)	7)	8)		9)	10)		11)	12)				13)		14)	15)	3)

Fortsetzung nächste Seite →

3) Wegen Reorganisation der Prüfungen und aufgrund technischer Probleme war ein höherer Prüfumfang nicht möglich. | 4) Ergebnisse der Dokumentationsprüfungen zum Teil noch offen. | 5) Drei der elf Ärzte mit nicht bestandenen Dokumentationsprüfungen Koloskopie wurden ermächtigt und sind für 2011 auf Wiedervorlage, gleiches gilt für vier der zehn nicht bestandenen Prüfungen der Polypektomien. | 6) Genehmigungen wurden im laufenden Jahr erteilt. | 7) 34 Ärzte haben neue Genehmigungen, 23 Ärzte sind im Widerspruchsverfahren, restliche Prüfungen sind terminiert. | 8) Prüfungen für 2009 dauern noch an. | 9) Erstzulassung eines Arztes zum 1.1.2010. | 10) Drei Ärzte werden 2011 geprüft. | 11) Neun Prüfungen erst 2011 möglich. | 12) Abrechnungsgenehmigung im Laufe 2010 beendet. | 13) Ein Widerruf, ein Arzt verstorben, zwei Ärzte haben Tätigkeit beendet, ein Kinderarzt ohne Abrechnungen, zwei Prüfungen verschoben. | 14) Prüfung von zehn Ärzten auf 2011 verschoben, sieben Ärzte erst 2010 zugelassen, ein Arzt ermächtigt, keine Abrechnung. | 15) Zwei Ärzte beendeten Zulassung.

→ FORTSETZUNG KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	18	18	6	0	0	5	14	0	7	12	3	0	5	0	0	0	0
▸ davon bestanden	17	16	4			5	12		6	12	3		5				
▸ davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	1								1								
▸ davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl			2				2										
PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT						[1]											
Anzahl überprüfter Einrichtungen	302	430	65	73	13	54	141	41	212	206	120	33	67	56	75	61	193
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	594	860	129	144	26	106	257	80	420	461	239	66	133	111	151	121	372
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	98,3	100,0	99,2	98,6	100,0	98,1	91,1	97,6	99,1	111,9	99,6	100,0	99,3	99,1	100,7	99,2	96,4
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten)	23	11	6	1	1	8	4	3	21	32	14	1	0	3	3	0	14
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	3,9	1,3	4,7	0,7	3,8	7,5	1,6	3,8	5,0	6,9	5,9	1,5		2,7	2,0		3,8
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen)	4	0	0	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,7								0,7	0,9							

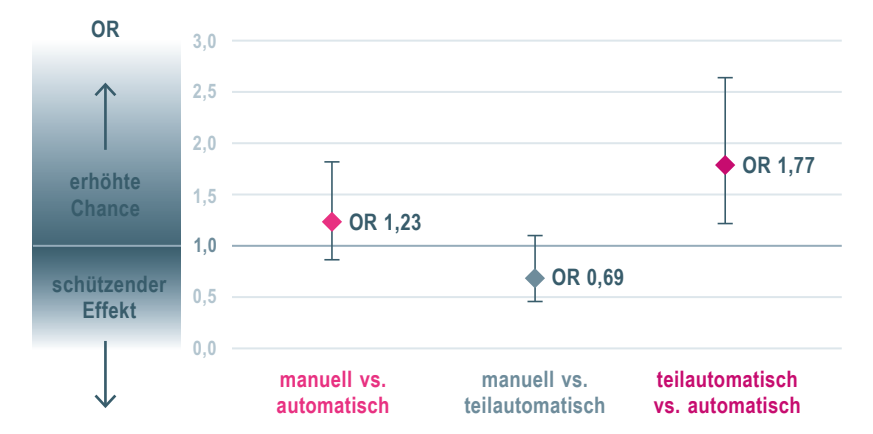
[1]) 52 Praxen im ersten Halbjahr 2010.

AKTUELLES

KEIN EINFLUSS DER AUFBEREITUNGSART AUF DIE ERGEBNISSE DER HYGIENEPRÜFUNGEN

Im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie nach § 135 Abs. 2 SGB V werden zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien halbjährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Endoskopaufbereitung in allen Vertragsarztpraxen durchgeführt. Dem Arzt ist es dabei freigestellt, ob die Koloskope manuell, teilautomatisch oder automatisch aufbereitet werden. Obwohl sich die Beanstandungsquote dieser Prüfungen über die vergangenen Jahre auf einem geringeren und konstanten Niveau stabilisiert hat, bleibt die Frage offen: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Aufbereitungsart und einer vermehrten Anzahl an Auffälligkeiten? Im Rahmen der statistischen Analyse konnte auf Daten von vier Kassenärztlichen Vereinigungen aus den Jahren 2007 bis 2009 zurückgegriffen werden. Die Praxen repräsentieren etwa 20 Prozent der bundesweit geprüften Praxen. Während der Großteil von ihnen die Endoskope automatisch reinigt (63 Prozent), werden fast ein Fünftel der Koloskope manuell (20 Prozent) und knapp 15 Prozent teilautomatisch aufbereitet. Zur Quantifizierung eines möglichen Zusammenhangs zwischen der Aufbereitungsart und Auffälligkeiten wurden Odds Ratios (OR) berechnet, die hier dargestellt sind. Aufgrund der kleinen und überwiegend nicht signifikanten Effektmaße kann jedoch vermutet werden, dass die Aufbereitungsart keinen Einfluss auf mögliche Beanstandungen hat. Flexible Endoskope können folglich sowohl mit einem manuellen, teil- als auch vollautomatischen Verfahren hygienisch korrekt aufbereitet werden.

ZUSAMMENHANG AUFBEREITUNGSART UND AUFFÄLLIGKEITEN



Quelle: KBV 2011

12.699
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN

Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie, Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1987, zuletzt geändert 9.5.1994

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Befreiung von obligatem Kolloquium möglich
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
	BERATUNG

LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN 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)							3)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	1.620	2.279	998	297	72	310	667	192	959	1.946	675	214	488	205	339	222	1.216
Anzahl beschiedene Anträge 4)	66	228	90	8	4	25	28	7	97	113	66	23	35	13	13	22	225
▸ davon Anzahl Genehmigungen	65	175	74	8	3	24	21	7	95	85	65	22	25	11	12	19	219
▸ davon Anzahl Ablehnungen	7	53	16		1	1	7		2	28	1	1	10	2	1	3	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	32	151	24	2	4	12	21	2	33	50	14	3	5	7	12	5	24
▸ davon bestanden	32	144	21	2	3	11	20	2	33	40	14	3	4	7	12	4	24
▸ davon nicht bestanden	3	7	3		1	1	1		2	10			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	323	62	69	114	1	14	5		0	0	0	16	18	6	42	2	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln																	

1) Anträge und Kolloquien zum Teil bestanden und nicht bestanden, Rückgabe der Genehmigung nach Aufforderung über Erklärung zur Einhaltung des Qualitätsmanagement-Systems (Ringversuche). | 2) Die für den Bericht 2009 übermittelten Zahlen werden von 1.266 auf 1.024 korrigiert. | 3) Kolloquien wurden zum Teil bestanden und zum Teil nicht bestanden. | 4) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderung und anderes.

18.515
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN ZUR AUSWERTUNG UND AUFZEICHNUNG
STAND 31.12.2010

LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1987, Neufassung 1.4.1992

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung erbracht wurden; gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**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 Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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

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		1)	2)														
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung, Stand 31.12.2010	1.277	4.751	202	86	119	170	260	97	1.287	1.004	905	20	245	161	485	231	575
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2010	1.656	4.743	669	431	137	293	1.493	212	1.000	2.714	789	492	544	314	457	317	2.254
Anzahl beschiedene Anträge 3)	143	915	78	13	19	44	160	29	156	180	121	24	63	30	68	44	302
▸ davon Anzahl Genehmigungen	143	910	72	13	18	44	96	29	156	180	121	24	58	30	68	44	275
▸ davon Anzahl Ablehnungen		5	6		1		64						5				27
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	1	0	0	0
▸ davon bestanden			6										7	1			
▸ davon nicht bestanden			1							1			1				

Fortsetzung nächste Seite →

1) Differenz der Angaben zu den Genehmigungen des Vorjahren ergibt sich aus der Berichtigung der Anzahl der Genehmigungsinhaber. | 2) Die sogenannte große Genehmigung setzt sich in Bayern aus zwei EDV-Codes zusammen. Bei Abfrage nach dem Code für die Aufzeichnung werden deshalb auch alle Ärzte ausgewertet die die große Genehmigung haben. | 3) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

→ FORTSETZUNG LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte			547	241				212						272			1.074
Anzahl geprüfter Ärzte			32	12				16						28			105
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2			29	12				16						28			103
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3			3	0				0						0			2
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %			5,3	5,0				7,5						10,3			9,6
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare																	
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen			14	7				7						14			39
▸ geringe Beanstandungen			6	3				5						6			54
▸ erhebliche Beanstandungen			4	1				3						0			5
▸ schwerwiegende Beanstandungen			5	1				1						8			5
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen			2														2
▸ geringe Beanstandungen			1														0
▸ erhebliche Beanstandungen			0														0
▸ schwerwiegende Beanstandungen			0														0
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a			6	5				9						6			59
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a			1	0				0						2			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			1	0				0						0			0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c			1	0				0						0			3
▸ davon bestanden			1														2
▸ davon nicht bestanden																	1
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1			0	0				0						0			0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.			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

2.625
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE KERNSPINTOMOGRAPHIE

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1985, 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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**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
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**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)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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									2)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	329	452	145	40	33	83	191	53	170	374	139	38	105	54	79	67	273
Anzahl beschiedene Anträge 1)	26	306	65	4	4	19	25	9	46	149	20	2	9	7	4	6	40
▸ davon Anzahl Genehmigungen	26	305	65	4	4	19	25	9	46	147	20	2	7	5	4	6	40
▸ davon Anzahl Ablehnungen		1								2			2	2			
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	6	2	2	1	0	0	1	0	0	2	2	1	6	3	0	2	1
▸ davon bestanden	6	2	2	1			1			2	2	1	5	1		2	1
▸ davon nicht bestanden													1	2			

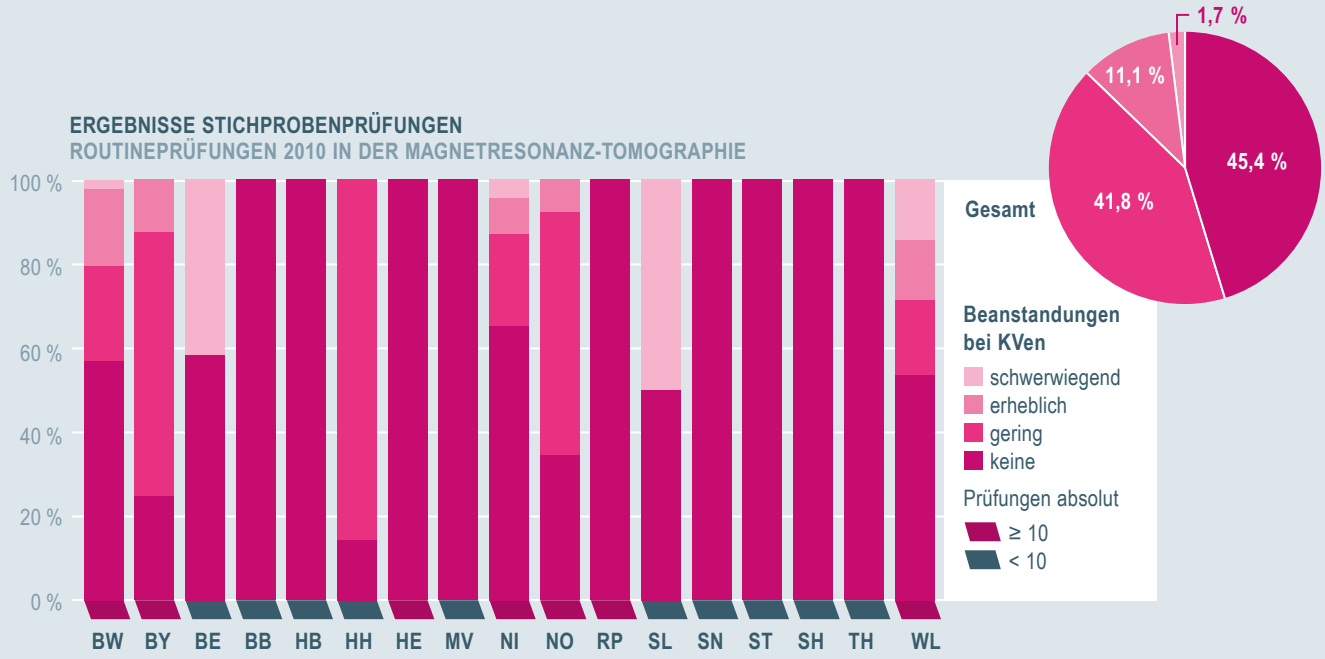
Fortsetzung nächste Seite →

MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	308	428	144	40	24	79	188	53	168	356	156	38	102	50	78	67	246
Anzahl geprüfter Ärzte	49	215	8	4	6	7	12	3	23	26	19	4	5	2	6	3	29
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	49	209	8	4	6	7	12	3	23	26	19	4	5	2	6	3	28
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	15,9	48,8	5,6	10,0	25,0	8,9	6,4	5,7	13,7	7,3	12,2	10,5	4,9	4,0	7,7	4,5	11,4
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare		3)									4)						
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen	28	52	7	4	6	1	12	3	15	9	19	2	4	2	6	3	15
▸ geringe Beanstandungen	11	131	0	0	0	6	0	0	5	15	0	0	0	0	0	0	5
▸ erhebliche Beanstandungen	9	26	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	1	0	0	0	4
▸ schwerwiegende Beanstandungen	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen		1															1
▸ geringe Beanstandungen		2															0
▸ erhebliche Beanstandungen		2															0
▸ schwerwiegende Beanstandungen		0															0

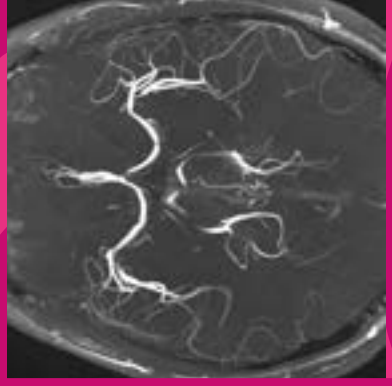
Fortsetzung nächste Seite →

1) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Geräte- und Standortänderungen. | 2) Widerrufe wegen Beendigung des Angestelltenverhältnisses erteilt. | 3) Prüfung von sechs Dokumentationen alle drei Jahre, zusätzliche Stichprobenprüfungen für die Magnetresonanzangiographie (125) und die Magnetresonanzmammographie (sechs). | 4) Prüfung von jeweils fünf Dokumentationen, da Mängel häufig systematisch sind.



→ 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	26	230	1	0	0	0	0	0	7	17	0	0	1	0	3	0	15
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	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	28	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	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	0
▸ davon bestanden	1																
▸ 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	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																	
KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA																	
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	57	47	9	3	1	6	20	1	26	39	8	8	16	8	11	10	28
Anzahl beschiedene Anträge	7	43	5	0	0	0	5	1	5	16	1	1	1	1	1	0	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	7	42	5				1	1	5	13	1	1		1	1		4
▸ davon Anzahl Ablehnungen		1					4			3			1				
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	6	8	3				1	0	5	6	1	1	0	1	0		1
▸ davon bestanden	6	8	3				1		5	6	1	1		1			1
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
FREQUENZREGELUNG																	
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	51	42	6	3	1	6	19	0	24	35	7	7	16	8	8	10	24
▸ mindestens 50 Untersuchungen	45	21	5	2	1	6	18		24	31	7	2	16	7	6	8	24
▸ weniger als 50 Untersuchungen	6	21	1	1			1			4		5		1	2	2	



2.019
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN STAND 31.12.2010

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

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

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** jährlich 20 Prozent der abrechnenden Ärzte; Dokumentation zu zwölf Fällen und allen (maximal 30) Angiographien der Venen, insbesondere zur Indikationsstellung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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 1.1.2009	256	308	88	28	29	72	122	40	149	259	113	30	71	42	65	53	190
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	271	324	99	30	33	72	133	42	152	270	122	31	79	44	67	54	196
Anzahl beschiedene Anträge [1])	20	215	49	5	4	12	17	7	29	100	16	1	11	2	6	2	25
neu	20	215	24	5	4	12	17	7	29	100	16	1	11	2	6	2	25
▸ davon Anzahl Genehmigungen	18	211	24	5	4	12	11	7	29	99	16	1	9	2	4	2	25
▸ davon Anzahl Ablehnungen	2	4					6			1			2		2		
erneut gemäß § 7 Abs. 10			25														
▸ davon Anzahl Genehmigungen			25														
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden										1	1						
▸ davon nicht bestanden		1															

Fortsetzung nächste Seite →

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

→ FORTSETZUNG MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	13	3	0	0	0	5	0	0	7	0	1	0	2	1	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	245	307	102	24	31	66	130	42	150	239	118	30	72	42	63	53	185
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	62	130	14	5	6	16	22	6	30	53	27	7	13	8	16	11	37
▸ davon bestanden	55	122	14	5	6	12	22	6	29	53	25	6	13	5	16	9	37
▸ davon nicht bestanden	7	8				4			1		2	1		3		2	
abrechnende Ärzte geprüft, in %	25,3	42,3	13,7	20,8	19,4	24,2	16,9	14,3	20,0	22,2	22,9	23,3	18,1	19,0	25,4	20,8	20,0
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 20 % der abrechnenden Ärzte lag			2)					3)									
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	7	1	0	0	0	4	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden	4)	1				2		2			2						
▸ davon nicht bestanden	4)					2											
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon nicht bestanden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MÄNGELANALYSE																	
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (ohne Venen)	722	1.504	k.A.	60	72	156	k.A.	96	360	576	313	84	78	96	156	123	453
darunter Anzahl Dokumentationen																	
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	681	1.479		60	72	156		94	358	562	307	82	5)	96	156	123	452
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	698	1.503		60	72	156		92	358	562	306	84	5)	96	156	123	452
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	702	1.504		60	72	156		96	358	562	307	84	5)	96	156	123	452
Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	694	1.478		60	72	152		86	358	562	307	84	76	87	156	111	452
Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	28	26				4		10	2	14	6		2	9		12	1
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (Venen)	81	120	k.A.	0	0	2	k.A.	1	74	46	52	35	9	8	0	8	21
darunter Anzahl Dokumentationen																	
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	56	120				2		1	72	42	49	16	5)	8		8	21
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	76	0				2		1	72	42	49	16	5)	8		8	21
▸ in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	77	0				2		1	72	42	49	16	5)	8		8	21
Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	78	0				2		1	72	42	49	16	9	8		7	21
Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	3	120							2	4	3	19				1	

2) 2010 wurde die Prüfung für die 67 Ärzte, die 2009 abgerechnet haben, durchgeführt (20,9 %). | 3) Stichprobenziehung erfolgt durch gemeinsame Kommission der Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein, insgesamt wurden 38 von 171 abrechnenden Ärzten geprüft (22,2 %). | 4) Noch keine Angaben zu den Ergebnissen der Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9 möglich. | 5) Angaben ab 2011 möglich.

2.395
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN STAND 31.12.2010

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
	FREQUENZREGELUNG
✔	**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG** 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 1.1.2010	323	408	114	64	21	57	142	35	226	306	129	41	123	69	66	76	231
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	317	405	115	55	22	57	141	30	226	301	127	41	118	70	68	74	228
Anzahl beschiedene Anträge [1]	54	173	74	0	1	13	17	1	25	115	12	0	7	4	7	2	18
neu	54	173	23		1	13	15	1	22	115	12		6	2	7	2	18
▸ davon Anzahl Genehmigungen	46	171	18		1	13	10	1	21	107	11		5	1	5	2	17
▸ davon Anzahl Ablehnungen	8	2	5				5		1	5	1		1	1	2		1
erneut			51				2		3				1	2			
▸ davon Anzahl Genehmigungen			51				2		2				1	1			
▸ davon Anzahl Ablehnungen									1					1			
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden									1		2						
▸ davon nicht bestanden																	
BEURTEILUNG VON MAMMOGRAPHIEAUFNAHMEN (FALLSAMMLUNG) IM RAHMEN DES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS NACH ABSCHNITT C																	
1. Prüfungen	16	27	10	2	0	1	15	1	14	25	6	0	3	2	6	2	12
▸ davon bestanden	11	20	5	1			10	1	12	12	5		3	1	3	1	8
▸ davon nicht bestanden	5	7	5	1		1	5		2	13	1			1	3	1	4
Wiederholungsprüfungen	6	11	4	2	0	2	2	0	6	10	1	0	0	2	0	3	7
▸ davon bestanden	3	9	4			2	2		4	3	1			1		2	2
▸ davon nicht bestanden	3	2		2					2	7				1		1	5
KONTROLLIERTE SELBSTÜBERPRÜFUNG IM RAHMEN DER AUFRECHTERHALTUNG DER GENEHMIGUNG NACH ABSCHNITT D																	
Anzahl Ärzte, die an der regulären Selbstüberprüfung teilgenommen haben	45	56	20	2	2	0	8	2	42	44	16	4	15	20	29	13	47
▸ davon bestanden	41	56	19	2	2		8	2	42	42	16	4	14	20	27	12	47
▸ davon nicht bestanden	4		1							2			1		2	1	
Wiederholungsprüfung	5	4	0	4	0	0	2	1	10	6	3	0	3	0	0	1	8
▸ davon bestanden	4	4		4			2	1	7	5	3		2			1	4
▸ davon nicht bestanden	1								3	1			1				4
Anzahl Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	[2]
▸ davon bestanden																1	
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fortsetzung nächste Seite →

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes. | [2]) Kolloquien werden 2011 durchgeführt.

→ 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							[1]										
Anzahl Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	173	137	49	15	22	21	50	6	54	128	50	36	37	27	54	22	101
▸ davon erfüllt	153	128	41	13	20	21	41	6	47	116	48	k.A.	34	25	43	19	99
▸ 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	4		1	2			3		1	5		k.A.					2
▸ davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	16	9	7		2		6		6	7	2	k.A.	3	2	11	3	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	1	0	2	0	0	0	k.A.	0	2	3	1	k.A.	0	1	8	0	3
▸ davon erfüllt	1		2						2		1			1	8		3
▸ davon nicht erfüllt									1	3							
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7 b innerhalb drei Monaten	9	9	9	0	0	0	k.A.	0	4	3	5	k.A.	2	1	0	3	0
▸ davon erfüllt	8	8	6						3	3	4		2	1		2	
▸ davon nicht erfüllt	1	1	3						1		1					1	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	0	1	7	0	0	0	k.A.	0	0	0	1	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	1	0	1	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	1	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	1	24	9	9	0	0	k.A.	5	7	0	11	1	11	1	3	4	0

[1]) Wiederholungsprüfungen in Angaben zu regulären Prüfungen umfasst.

770
PROGRAMMVERANTWORLICHE ODER KOOPERIERENDE ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN ZUR BEFUNDUNG VON MAMMOGRAPHIEN IM MAMMOGRAPHIE-SCREENING
STAND 31.12.2010

MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: seit 1.1.2004. **Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien), Abschnitt B Nr. 4–7,** 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. **Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993, Neufassung 1.1.2007

PROGRAMMVERANTWORTLICHER ARZT

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: fachliche Vorrausetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung); fachliche Vorraussetzungen 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 Ultraschallkontrolle; vier Wochen angeleitete Tätigkeit; Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Zertifizierung der apparativen (Röntgen und Ultraschall), der räumlichen und organisatorischen Anforderungen (insbesondere der Qualifikation der radiologischen Fachkräfte) durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie
✔	**EINGANGSPRÜFUNG** Beurteilung einer speziellen Screening-Fallsammlung (50 Fälle) in Analogie 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; 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle); 30 Stanzbiopsien unter Ultranschallkontrolle
✔	**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG** 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

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 Tägtigkeit; für unbefristete Genehmigung: 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** jährlich nach Erteilen der unbefristeten Genehmigung Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
✔	**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
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
✔	**FREQUENZREGELUNG** jährlich 20 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
✔	**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)
✔	**BERATUNG** im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING	
✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlanforderungen: Beurteilung von 100 Mammakarzinomen und 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb der letzten zwei Jahre; Prüfung von apparativen und räumlichen Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
✔	**FREQUENZREGELUNG** jährliche Beurteilung von 100 Läsionen der Mamma im Rahmen des Mammographie-Screenings
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
✔	**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
✔	**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							[1]										
programmverantwortliche Ärzte	20	25	8	4	3	4	12	4	15	18	8	2	10	7	7	3	19
davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	5	15	4	4	3	4	0	4	3	8	3	2	7	5	6	2	3
kooperierende Ärzte																	
Befunder von Mammographie-aufnahmen	69	99	21	15	12	6	37	13	74	52	25	9	28	16	24	24	77
histopathologische Beurteilung	20	31	10	7	4	3	15	5	34	25	16	3	11	9	8	4	26
Erbringung von Stanzbiopsien	28	40	7	1	3	0	17	1	24	36	13	0	5	3	3	3	23
▸ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	26	15	7	1	3		17	1	24	21	4		5	3	3	3	23
ermächtigte Krankenhausärzte	101	45	14	10	4	0	53	9	67	48	45	10	21	28	24	8	71

[1]) Genehmigung zur Vakuumbiopsie noch nicht alle auf Grundlage der Vereinbarung nach § 135 Abs. 2, da Übergangsregelung bis Juni 2011.

AKTUELLES

Für die Evaluation und Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings ist die in gemeinsamer Trägerschaft von den gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegründete Kooperationsgemeinschaft Mammographie zuständig, die hierzu regelmäßig veröffentlicht.

Der zuletzt erschienene Evaluationsbericht der Jahre 2005–2007 und der Qualitätsbericht ebenfalls der Jahre 2005–2007 stehen im Internet bereit:

www.mammo-programm.de/fachinformationen/fachinformationen.php

39.984
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN ZU VERORDNUNG
STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
	BERATUNG

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																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	7.279	9.148	911	724	481	657	2.167	755	3.230	2.816	1.661	580	1.935	1.247	1.781	1.208	3.404
Anzahl beschiedene Anträge [1])	492	1.361	131	32	33	55	197	7	201	423	145	29	137	65	48	66	354
▸ davon Anzahl Genehmigungen	492	1.348	124	30	32	55	197		200	423	137	29	133	65	46	66	340
▸ davon Anzahl Ablehnungen		13	7	2	1				1		8		4		2		14
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	2	28	0	15	24	40	0	33	5	78	6	69	39	68	26	0

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

3.605
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN ZUR TEILNAHME AN DER VEREINBARUNG
STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
✔	**FREQUENZREGELUNG** Fachärtze 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 druchschnittlich 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
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** jährliche Prüfung von acht Prozent der teilnehmenden Ärzte zu jeweils 20 Fällen
✔	**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL** Nachweis von 50 Fortbildungspunkten aus der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen mit onkologischen Inhalten; jährlich zweimalige Teilnahme an industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen; jährlich mindestens eine onkologische Fortbildung des Praxispersonals
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
	BERATUNG

ONKOLOGIE 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)	1)				1)		1)	1)		3)	1)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2010	129		229	99	30	127	205	49			167	31	245	118	144		379
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	403	301	246	109	48	121	206	46	333	643	161	31	217	110	150	89	391
▸ darunter Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen		91	14	15	9	8	13	1	28	24		2			9		
▸ darunter Anzahl Ärzte in Praxen die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden		15	240	35	0	75		21	0	517		0			15		
Anzahl beschiedene Anträge	327	559	24	10	19	126	21	5	28	653	4	3	7	6	23	13	26
▸ davon Anzahl Genehmigungen	274	301	18	10	19	124	13	3	28	643	3	3	4	6	12	13	25
▸ davon Anzahl Ablehnungen	53	258	6			2	8	2		10	1		3		11		1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	3	0	0	6	2	0	0	2	0	0	0
▸ davon bestanden							3			4	1			1			
▸ davon nicht bestanden										2	1			1			
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Mängel								1									
▸ davon mit Mängeln																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	5	0	1	14	0	1	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	0	1	0	0	130	2	2	0	20	0	3	31	4	6	2	13

1) Wegen regionaler Sonderregelung (bisher) nicht differenzierbar, welcher Arzt auf Grund von Sicherstellungsproblemen eine Genehmigung erhalten hat und/oder was Jung- und Neupraxen sind. | 2) Rückgaben beziehen sich auf zuvor bestehende regionale Vereinbarung | 3) Bundesvereinbarung wurde in Thüringen nicht umgesetzt, ab 1. Januar 2010 besteht eine eigene kassenartübergreifende Vereinbarung. Daraus folgend 75 Aufhebungen und 75 Neubescheide. Aus Frequenzprüfung acht Rückstufungsbescheide von Ebene zwei in Ebene eins und elf Aufhebungsbescheide.

STATUS QUO

Ziel dieser zum 1. Oktober 2009 neugefassten Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch wird in der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung eine Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt. Im Rahmen einer möglichst umfassenden Behandlung krebskranker Patienten wird eine wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Behandlung durch dazu besonders qualifizierte Ärzte angestrebt, denen die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich obliegt. Dies umfasst auch eine enge und dauerhafte Kooperation mit anderen an der Behandlung direkt oder indirekt beteiligten Vertragsärzten, einen ständigen Erfahrungsaustausch mit Tumorzentren sowie einer kontinuierlichen onkologischen Fortbildung. Damit soll gesichert werden, dass krebskranke Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen sowie den geltenden Leitlinien ambulant versorgt werden können. Onkologisch qualifizierter Arzt im Sinne dieser Vereinbarung ist der Vertragsarzt, der die ambulante Behandlung nicht nur ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan – unabhängig von notwendigen Überweisungen – leitet und mit den durch Überweisung hinzugezogenen Ärzten koordiniert.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist für den Arzt freiwillig. Die Behandlung krebskranker Patienten kann jeder Arzt in Ausübung seines Fachgebietes durchführen. Allerdings stehen die Kostenerstattungen für die Zusatzleistungen nur den Ärzten offen, die sich verpflichtet haben, den Vertrag zu erfüllen.

3.449

ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
	BERATUNG

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																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	404	550	195	69	48	120	240	60	317	496	156	51	139	81	112	71	340
Anzahl beschiedene Anträge [1])	47	54	11	7	2	6	25	2	25	24	16	2	17	2	6	5	20
▸ davon Anzahl Genehmigungen	47	53	11	7	2	6	25		25	24	16	2	16	2	6	5	15
▸ davon Anzahl Ablehnungen		1											1				5
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	0	4	0	3	0	4	8	0	5	0	20	1	4	0	2	3	0

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

371
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN STAND 31.12.2010

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

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Prüfung richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: je Arzt zehn Erstdokumentationen jährlich; nach Erfüllen der Anforderungen bei Prüfungen in zwei aufeinander folgenden Jahren: zweijähriges Prüfintervall
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Vertragspartner
✔	**BERATUNG** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Bereits 2001 schlossen die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Photodynamischen Therapie am Augenhintergrund. Sie regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung dieser Behandlung. Zwischenzeitlich wird jedoch für die mit dieser Therapie behandelten Indikationen vermehrt ein anderes Verfahren eingesetzt, so dass viele Ärzte die für eine Prüfung vorgesehenen Fälle von zehn Behandlungsdokumentationen nicht mehr vorweisen können. Hinzu kommt, dass die Beanstandungsquoten von anfangs 18 Prozent auf nun seit Jahren durchgängig acht Prozent gesunken sind. Vor diesem Hintergrund haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband darauf verständigt, die in der Vereinbarung vorgesehenen Dokumentationsprüfungen zunächst für zwei Jahre auszusetzen.

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 1.1.2010	43	54	20	13	3	10	14	9	38	45	12		20	6	20	5	51
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	44	51	19	13	3	10	14	9	38	47	12	7	23	5	20	5	51
Anzahl beschiedene Anträge	2	1	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	4	0	0	0	4
neu	2	1	1						1	2		1	4				4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2	1	1						1	2		1	4				4
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0						0	0		0	0				0
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0						0	0		0	0				
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5 S. 3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																	
Ärzte mit Überprüfung nach einem Jahr	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	7	0	0	0	0
1. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5	1									2			7				
2. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5 S. 1	1									0			0				
3. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5 S. 2	1									0			0				
Ärzte mit Überprüfungen nach zwei Jahren	6	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0	0	0	4	0	3	11
1. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5	6								5	2				4		3	11
2. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5 S. 1	0								0	0				0		0	0
3. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5 S. 2	0								0	0				0		0	0

157

ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✔	**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
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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		1)													2)		3)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	18	37	5	1	1	1	7	0	12	29	3	1	1	1	2	5	33
Anzahl beschiedene Anträge	1	4	0	0	1	0	0	0	2	4	1	1	0	0	0	0	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1	4			1				2	4	1	1					3
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0			0				0	0	0	0					0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0		0		0		0	0	0	0		0		0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0		0		0		0	0	0	0		1		0	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																	
abrechnende Ärzte	7	36	k.A.	1	0	0	1		5	k.A.	0	0	1	2	2	4	9
Anzahl geprüfter Ärzte	6	10	k.A.	0			0		5	0	0	0	0	2	0	0	13
▸ davon ohne Beanstandungen	4	3							5					2			7
▸ davon mit Beanstandungen	2																6
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 5	0													0		0	0
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0								0					0		0	0

1) Prüfergebnisse liegen zum Teil noch nicht vor. | 2) Dokumentationsprüfungen werden alle zwei Jahre durchgeführt, das nächste Mal 2011. | 3) Angabe zu abrechnenden Ärzten bezieht sich auf Praxen.

29.147
AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPEUTEN, KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN, KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER, NERVENÄRZTE / NEUROLOGEN / PSYCHIATER UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN
STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** obligates Gutachterverfahren für Langzeittherapien, für Kurzzeittherapien Befreiung möglich
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION** jährliche Auswertung der Gutachterverfahren; Bericht an Gutachter und Vertragspartner
	BERATUNG

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).

Gutachterverfahren

Das Gutachterverfahren ist ein Instrument der Prozessqualität psychotherapeutischer Behandlungen. Gemäß Abschnitt F § 26 der Psychotherapie-Richtlinie muss jede Psychotherapie bei der Krankenkasse des Patienten von diesem beantragt werden.

GUTACHTERSTATISTIKEN IM ZEITVERLAUF 2006–2010

Verfahren		Anzahl (Ober-)Gutachter	Anzahl (Ober-)Gutachten	Nichtbefürwortung der Anträge in %	Änderung der Anträge in %
tiefenpsychologisch 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			
		13 Obergutachter	1.621 Obergutachten	22,9	17,8
Verhaltenstherapie	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			
		9 Obergutachter	551 Obergutachten	21,5	29,4

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 GKV-Spitzenverband 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.

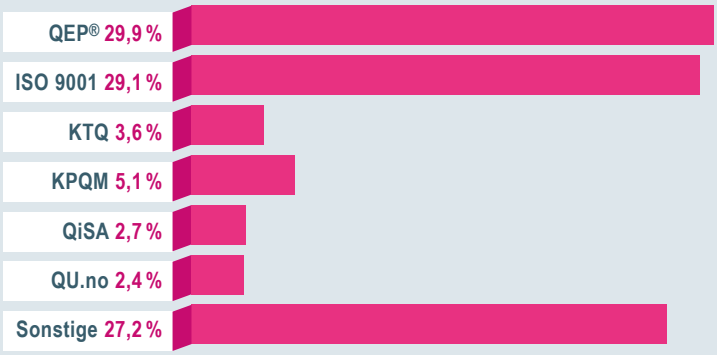
Qualität und Entwicklung in Praxen®

MEHR INFOS UNTER:
www.kbv.de/qep

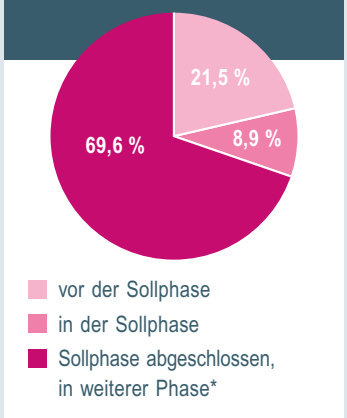
QUALITÄTSMANAGEMENT
QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®

Sechs Jahre nach Inkrafttreten der gesetzlichen Verpflichtung, für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen, haben die Akteure dieses Thema fest in ihre tägliche Arbeit integriert. Die Stichprobenprüfungen, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu jährlich durchführen, bestätigen die flächendeckende Umsetzung der Anforderungen der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses. Im Jahr 2010 forderten die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits zum vierten Mal 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf, den Einführungs- und Entwicklungsstand ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements schriftlich darzulegen. Nach einer vorläufigen Auswertung der Ergebnisse aus den Kassenärztlichen Vereinigungen (Stand Mai 2011) lag die Rücklaufquote der Fragebögen bei 94 Prozent (2009: 95 Prozent, 2008: 87 Prozent). Die Befragten, darunter auch 29 ärztliche Leiter von Medizinischen Versorgungszentren und 217 ermächtigte Krankenhausärzte, machten folgende Angaben zum Entwicklungsstand ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements:

EINGESETZTE QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEME 2.015 PRAXEN



STICHPROBENZIEHUNG 2010: PHASENANTEILE DER RÜCKMELDUNGEN 3.168 PRAXEN



* weiter als nach Qualitätsmanagement-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses gefordert

QEP QUALITÄTSZIEL-KATALOG®

Mit dem QEP-Qualitätsziel-Katalog® 2010 kam im April die zweite, aktualisierte Version heraus. Neben zahlreichen inhaltlichen Ergänzungen wurden dabei auch die Anforderungen an Medizinische Versorgungszentren sowie veränderte gesetzliche Erfordernisse berücksichtigt. Durch die Integration der Qualitätsindikatoren des AQUIK-Sets (Näheres dazu im Qualitätsziel-Katalog) stehen interessierten Anwendern zusätzlich Messgrößen für die Bewertung von Versorgungsqualität zur Verfügung. Seit Inkrafttreten der gesetzlichen Verpflichtung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagement-Verfahrens wurden bisher mehr als 560 Zertifizierungen und Rezertifizierungen durchgeführt. Mehr als 30.000 Ärzte, Psychotherapeuten und nichtärztliche Mitarbeiter haben an QEP-Einführungsseminaren teilgenommen. Stand: Mai 2011

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

QUALITÄTSZIRKEL

THEMENGEBIETE DER QUALITÄTSZIRKEL AUSWAHL

- ADHS
- Ambulantes Operieren
- Antibiotikaresistenz
- Chronische Erkrankungen
- Depression und Angst
- Epilepsie
- Evidenzbasierte Medizin / Leitlinien
- Gefäßkrankheiten
- Geriatrie
- Hypertonie
- Infektiologie
- Integrierte Versorgung
- IT-Themen
- Kardiologie
- Mammographie
- Onkologie
- Osteoporose
- Palliativmedizin
- Patientensicherheit
- Pharmakotherapie
- Qualitätsmanagement
- Schmerztherapie
- Suchtmedizinische Grundversorgung
- Zytologie

Bundesweit sind aktuell mehr als 8.400 Qualitätszirkel aktiv, von denen etwa 7.500 die Qualitätsstandards der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV erfüllen. Die Qualitätszirkel haben etwa 70.000 Teilnehmer und werden von etwa 8.500 ausgebildeten Qualitätszirkel-Moderatoren betreut, denen 149 Qualitätszirkel-Tutoren beratend zur Seite stehen.

Jährlich durchgeführte nationale Qualitätszirkel-Tutorentreffen, Fortbildungsveranstaltungen für Qualitätszirkel-Tutoren (15 Tutoren wurden 2009/2010 durch die KBV neu ausgebildet) und der regelmäßige Erfahrungsaustausch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vervollständigen das Serviceangebot der KBV. In Zusammenarbeit mit Qualitätszirkel-Tutoren und Wissenschaftlern wurde 2010/11 das Qualitätszirkel-Konzept der KBV durch die beiden Dramaturgien (Curricula) „Selbstbewertung und Zertifizierung nach QEP®“ und „Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt“ ergänzt.

DRAMATURGIE „MÖGLICHKEITEN DER INTERVENTION BEI HÄUSLICHER GEWALT“
BEISPIELAUFBAU UND -INHALTE

GRUNDLAGEN:
- Arbeitsziele
- Themenhintergrund
- Definitionen
- Daten- und Informationsbeschaffung
- Setting.

MODERATIONSMEDIEN:
- Powerpoint-Präsentationen
- Einschätzungsbogen
- Moderationsplakate
- Arbeitsblätter, Checklisten
- Hilfsangebote.

ABLAUF:

1. **Einführung:** Warm-up, Einführung in das Thema, Lesearbeit
2. **Fallarbeit/Aufgreifkriterien:** Wissensvermittlung, gerichtsfeste Dokumentation
3. **Kommunikation Arzt-Patient:** Fragetechniken, Rollenspiel, Entwicklung eines Ablaufschemas der Patientenbetreuung

Arbeitsmaterial: MED-DOC-CARD© der Institute für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf und an der Uniklinik Köln. www.uniklinik-duesseldorf.de/img/ejbfile/MED_DOCCARDgesamt.pdf?id=8543

2.817
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN ZUR POLYGRAPHIE UND/ODER POLYSOMNOGRAPHIE
STAND 31.12.2010

SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

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

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; bei Genehmigungen zur Polysomnographie zusätzliche Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen und organisatorischen Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung erbracht wurden; gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**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 Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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

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 31.12.2010	360	432	96	78	27	91	170	45	257	365	196	38	98	65	88	59	352
▸ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	314	385	82	59	25	86	149	41	211	325	178	31	95	46	69	56	280
▸ davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	39	46	14	19	2	5	21	4	31	36	16	7	3	16	17	3	72
▸ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	7	1							15	4	2			3	2		
Anzahl beschiedene Anträge [1])	37	35	7	7	4	17	17	0	20	35	23	0	11	4	10	6	30
▸ davon Anzahl Genehmigungen	37	34	7	7	4	17	16		19	32	20		10	3	8	5	30
▸ davon Anzahl Ablehnungen		1					1		1	3	3		1	1	2	1	

Fortsetzung nächste Seite →

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

→ FORTSETZUNG SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	1	0	4	0	1	1	0	2	0	11	0	3	2	5	2	0
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte				55													
Anzahl geprüfter Ärzte				12													
▸ Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2				12													
▸ kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3				0													
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %				21,8													
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare																	
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen				6													
▸ geringe Beanstandungen				3													
▸ erhebliche Beanstandungen				3													
▸ schwerwiegende Beanstandungen				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				6													
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a				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													
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c				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													
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	–	–	–	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	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

1.012
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN ZUR TEILNAHME AN DER VEREINBARUNG
STAND 31.12.2010

SCHMERZTHERAPIE

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

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung und gegebenenfalls bei Patienten, die länger als zwei Jahre in Dauerbehandlung sind
✔	**FREQUENZREGELUNG** bei schmerztherapeutischen Einrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkranke Patienten pro Quartal
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** 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
	BERATUNG

STATUS QUO

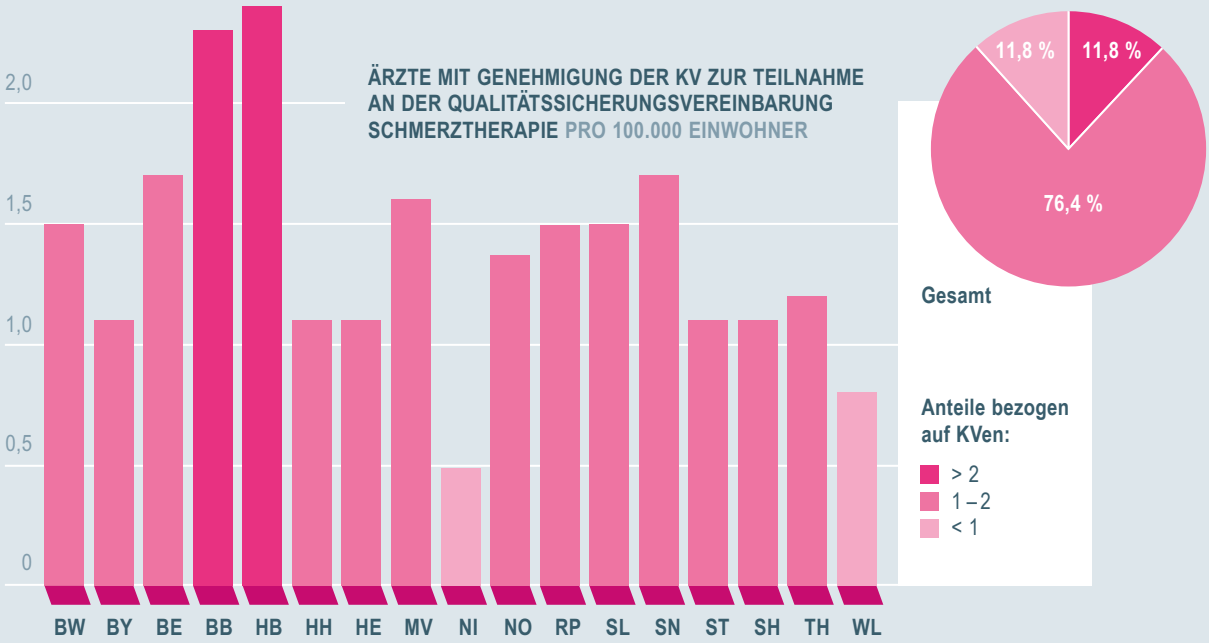
Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei verschiedenen Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (zum Beispiel operativen Eingriffen), nach vorangegangenen Traumen und ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können aufgrund der bestehenden medizinischen Fachkompetenz der Vertragsärzte in der Regelversorgung adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen, für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist:

- chronisch schmerzkranke Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen eigenständigen Krankheitswert erlangt hat. Diese Verselbstständigung des Schmerzleidens führt zu psychopathologischen Veränderungen. Der Schmerz wird für diese Patienten zum Mittelpunkt ihres Denkens und Verhaltens.
- chronisch schmerzkranke Patienten, bei denen der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden ist (zum Beispiel bei einem inkurablen Grundleiden).

SCHMERZTHERAPIE 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 31.12.2010	158	137	57	58	16	20	66	26	43	135	61	15	69	26	32	27	66
Anzahl beschiedene Anträge [1])	16	13	27	5	1	2	17	1	5	9	6	1	9	1	0	1	6
▸ davon Anzahl Genehmigungen	16	9	22	5	1	1	10	1	5	7	4	1	7	1		1	5
▸ davon Anzahl Ablehnungen		4	5			1	7			1	2		2				1
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	15	6	5	1	1	8	0	3	7	6	1	0	1		4	4
▸ davon bestanden		11	5	5	1	1			3	7	4	1		1		1	4
▸ davon nicht bestanden		4	1								2					3	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs. 2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	2	9	0	0	0	3	1	1	3	0	0	1	1	0	0	5
VERSORGUNG																	
Anzahl Kolloquien gemäß § 5 Abs. 7	0	2	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden		[2])															
▸ davon nicht bestanden		[2])															
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG												[3])					
Anzahl Prüfungen (Ärzte) gemäß § 7 Abs. 2	142	0	0	0	1	7	11	8	22	11	0	70	3	0	17	1	0
▸ davon ohne Beanstandungen	114				1	7	4	6	20	9		53	3		15		
▸ davon mit Beanstandungen	28						7	2	2	2		17			2	1	

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes. | [2]) Ergebnisse der Kolloquien liegen noch nicht vor. | [3]) Prüfungen beziehen sich auf Behandlungsfälle, nicht auf Ärzte.



626
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION** höchstens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung und wiederholt nach weiteren fünf Jahren werden teilnehmende Ärzte / Praxen und Patienten / Bezugspersonen befragt. Diese Evaluationsdaten werden den Vertragspartnern und teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt
	BERATUNG

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 31.12.2010	70	84	38	12	9	29	27	5	79	114	20	5	16	4	29	15	70
Anzahl beschiedene Anträge [1])	7	14	32	1	2	4	2	0	12	10	0	1	1	0	1	2	3
► davon Anzahl Genehmigungen	6	14	28	1	2	4	2		11	10		1	1		1	2	3
► davon Anzahl Ablehnungen	1		4						1								
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

1.735

ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
	BERATUNG

SOZIOTHERAPIE 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 Verordnung Stand 31.12.2010	459	307	166	27	48	44	48	29	79	122	140	34	85	3	62	22	60
Anzahl beschiedene Anträge [1])	15	75	18	3	2	2	1	1	10	10	9	2	4	0	2	1	2
► davon Anzahl Genehmigungen	15	75	17	3	2	2	1	1	10	10	9	2	4		2	1	2
► davon Anzahl Ablehnungen			1														
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	3	1	1	1	9	0	1	2	0	6	1	0

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

989

989
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
DER KVEN STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
	BERATUNG

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																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	144	238	27	10	9	29	51	16	90	112	57	20	23	20	29	13	101
Anzahl beschiedene Anträge [1])	14	32	4	0	2	2	2	0	9	12	6	1	0	2	2	2	10
► davon Anzahl Genehmigungen	14	32	4		2	2	2		9	12	6	1		2	2	2	9
► davon Anzahl Ablehnungen																	1
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	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	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderung und anderes.

22.067
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN ZUR KONVENTIONELLEN RÖNTGEN-DIAGNOSTIK STAND 31.12.2010

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, Erstfassung 2.1.1956. **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 und räumlichen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**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: gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**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)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION** ► konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss ► Strahlentherapie und Nuklearmedizin: gegebenenfalls bei Dokumentationsprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen, jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
✔	**BERATUNG** ► konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung ► Strahlentherapie und Nuklearmedizin: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung 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																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	2.687	3.583	792	423	260	502	1.542	397	1.894	3.729	1.044	325	925	549	640	533	2.242
Anzahl beschiedene Anträge [1]	345	3.588	148	22	14	56	78	16	206	150	126	22	37	15	34	41	239
▸ davon Anzahl Genehmigungen	332	3.298	132	22	14	56	74	16	192	147	126	22	34	15	28	41	239
▸ davon Anzahl Ablehnungen	13	290	16				4		14	3			3		6		
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	9	8	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	10	9	0	4
▸ davon bestanden	9	4	4										12	5	99		4
▸ davon nicht bestanden		4	1										1	5			
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	11	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	10	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	8	95	72	40	11	4	0	16	65	27	115	14	26	11	28	39	0
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	2.323	3.194	645	304	202	440	1.317	329	1.908	2.400	917	325	787	420	607	465	1.961
Anzahl geprüfter Ärzte	184	1.134	32	20	9	203	67	14	78	161	249	16	35	20	222	45	215
▸ Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	180	1.054	28	20	9	203	55	14	76	150	233	16	35	18	200	45	201
▸ kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	4	80	4	0	0	0	12	0	2	11	16	0	0	2	22	0	14
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	7,7	33,0	4,3	6,6	4,5	46,1	4,2	4,3	4,0	6,3	25,4	4,9	4,4	4,3	32,9	9,7	10,2
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		[2]								[3]					[4]		
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen abrechnender Ärzte gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen	122	124	5	13	2	99	29	0	24	79	173	14	21	6	69	5	143
▸ geringe Beanstandungen	48	657	9	5	1	60	9	10	49	50	37	1	11	9	84	38	40
▸ erhebliche Beanstandungen	9	235	6	1	2	28	18	4	3	17	13	1	3	3	18	2	9
▸ schwerwiegende Beanstandungen	1	38	8	1	4	16	0	0	0	4	10	0	0	0	29	0	9
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▸ keine Beanstandungen	3	10	0				1		0	6	9			0	6		4
▸ geringe Beanstandungen	0	48	1				3		2	4	6			0	12		6
▸ erhebliche Beanstandungen	1	11	0				6		0	1	1			0	3		3
▸ schwerwiegende Beanstandungen	0	11	3				1		0	0	0			2	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	43	1.000	2	1	7	0	5	14	54	4	67	2	14	13	105	2	58
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	10	1	0	2	7	0	2	6	6	0	0	0	50	0	0

Fortsetzung nächste Seite →

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes. [2]) Prüfung von sechs Dokumentationen alle drei Jahre. Sechs Kolloquien sind noch ausstehend, siehe auch Folgeseite. | [3]) Prüfungen zur konventionellen Röntgendiagnostik und Computertomographie werden zusammen durchgeführt. Ergebnisse zu drei Routineprüfungen liegen noch nicht vor. | [4]) In einer Routineprüfung nur sieben Dokumentationen geprüft, da in vier Quartalen keine weitere Leistung erbracht wurde.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
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	165	2	0	5	4	6	0	0	0	20	0	0	4	0	0	4
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	28	2	1	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	3
▸ davon bestanden		21	2	1					1		1						3
▸ davon nicht bestanden		1							1		1						
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	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	_	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln			1														
COMPUTERTOMOGRAPHIE																	
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 7									1)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	477	478	231	82	48	137	245	73	214	499	186	50	163	77	109	101	338
Anzahl beschiedene Anträge 2)	109	287	63	4	6	23	40	8	43	144	23	2	17	3	10	10	61
▸ davon Anzahl Genehmigungen	104	283	62	4	6	23	39	8	43	143	23	2	16	3	10	10	61
▸ davon Anzahl Ablehnungen	5	4	1				1			1			1				
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	0	2	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden	2		2				1										
▸ davon nicht bestanden							1										
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	5	6	12	3	0	0	5	0	0	17	0	7	3	12	12	0
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	342	435	157	69	33	99	233	63	214		184	48	156	71	80	79	284
Anzahl geprüfter Ärzte	22	209	8	4	4	23	12	2	10		21	3	7	3	22	5	30
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	21	208	7	4	4	23	12	2	10		21	3	7	3	22	5	30
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3	1	1	1	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	6,1	47,8	4,5	5,8	12,1	23,2	5,2	3,2	4,7		11,4	6,3	4,5	4,2	27,5	6,3	10,6
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare		3)								4)							

Fortsetzung nächste Seite →

1) Widerruf wegen Beendigung des Angestelltenverhältnisses. | 2) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes. | 3) Prüfungen von sechs Dokumentationen alle drei Jahre. | 4) Prüfungen zur konventionellen Röntgendiagnostik und Computertomographie werden zusammen durchgeführt.

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	21	191	1	4	4	21	12	1	5		20	3	6	1	12	1	30
▸ geringe Beanstandungen	0	17	2	0	0	0	0	1	4		0	0	1	1	7	3	0
▸ erhebliche Beanstandungen	0	1	2	0	0	2	0	0	1		1	0	0	0	1	1	0
▸ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	2	0	0	0	0	0	0		0	0	0	1	2	0	0
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▸ keine Beanstandungen	1	0	0														
▸ geringe Beanstandungen	0	1	0														
▸ erhebliche Beanstandungen	0	0	1														
▸ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0														
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	18	7	0	1	0	0	1	5		1	0	1	1	10	1	0
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	1	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	3	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	1	2	0	0	0	0	0	0		1	0	0	1	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	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
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
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																	

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									[1]								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	371	372	74	49	9	59	110	45	188	209	144	20	166	58	53	98	266
Anzahl beschiedene Anträge [2]	51	68	33	3	1	9	9	2	30	17	16	0	5	1	7	7	44
▸ davon Anzahl Genehmigungen	50	61	31	3		9	9	2	30	17	16		5	1	5	7	44
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1	7	2		1										2		
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	6	8	0	0	3	0	1	7	6	0		0	1	5	0	0
▸ davon bestanden		6	7			3		1	7	6				1	5		
▸ davon nicht bestanden			1														
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	4	7	6	0	0	0	0	1	0	15	0	3	1	8	5	0
STRAHLENTHERAPIE																	
GENEHMIGUNGEN § 9										[3]							
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	153	131	45	21	12	29	54	14	77	140	58	8	32	15	29	23	138
Anzahl beschiedene Anträge [2]	31	119	31	0	2	6	10	0	10	67	8	1	9	3	2	3	32
▸ davon Anzahl Genehmigungen	31	97	31		2	6	10		10	65	7	1	9	3	2	3	32
▸ davon Anzahl Ablehnungen		22								2							
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0		0	0	0		0	0	1	0	0	0	0	0	2
▸ davon bestanden																	2
▸ 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	0	8	9	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	1	0	1	0
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte											46						
Anzahl geprüfter Ärzte											14						
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2											14						
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3											0						
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %											30,4						
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]						
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen											1						
▸ geringe Beanstandungen											10						
▸ erhebliche Beanstandungen											3						
▸ schwerwiegende Beanstandungen											0						

Fortsetzung nächste Seite →

[1] Widerruf wegen der Beendigung des Angestelltenverhältnisses. | [2] Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes. | [3] Ein Antrag wurde noch nicht beschieden. | [4] Prüfungen beziehen sich auf Praxen nicht auf Ärzte.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▸ keine Beanstandungen																	
▸ geringe Beanstandungen																	
▸ erhebliche Beanstandungen																	
▸ schwerwiegende Beanstandungen																	
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a											13						
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a											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						
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c											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						
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs."											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						
▸ davon ohne Mängel																	
▸ davon mit Mängeln																	
NUKLEARMEDIZIN																	
GENEHMIGUNGEN § 10									[1]								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	241	273	68	22	16	56	97	23	97	236	88	16	44	24	40	31	165
Anzahl beschiedene Anträge [2]	52	236	29	1	2	21	5	0	19	85	13	2	2	0	3	1	25
▸ davon Anzahl Genehmigungen	52	215	28	1	2	21	4		19	81	13	2	2		3	1	25
▸ davon Anzahl Ablehnungen		21	1				1			4							
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	0	1	0	0	0	0		3	0	0	0	0		0	0	2
▸ davon bestanden	2		1						3								2
▸ davon nicht bestanden									1								
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	14	27	1	0	2	0	0	1	0	5	2	3	0	1	4	0

Fortsetzung nächste Seite →

[1]) Kolloquium zum Teil bestanden, zum Teil nicht bestanden. | [2]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte						42					83						
Anzahl geprüfter Ärzte						7					26						
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2						7					23						
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3						0					3						
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %						16,7					27,7						
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											[2]						
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen						5					0						
▸ geringe Beanstandungen						2					9						
▸ erhebliche Beanstandungen						0					14						
▸ schwerwiegende Beanstandungen						0					0						
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▸ keine Beanstandungen											2						
▸ geringe Beanstandungen											0						
▸ erhebliche Beanstandungen											1						
▸ schwerwiegende Beanstandungen											0						
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a						0					24						
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a						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					0						
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c						0					0						
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1						0					0						
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.						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						

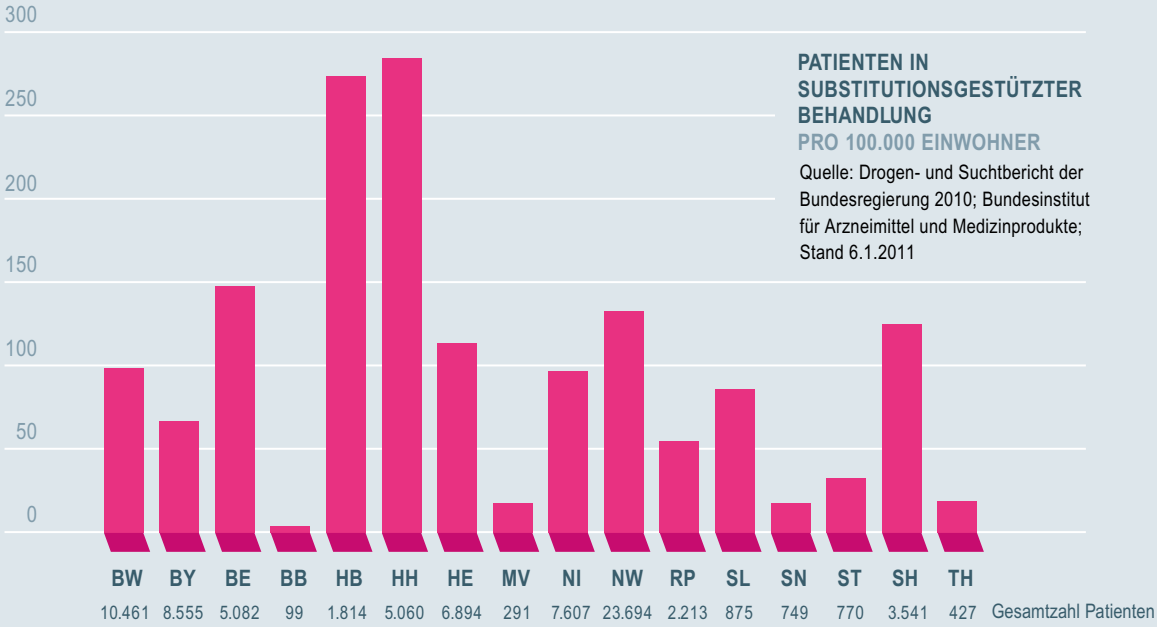
[2]) Prüfungen beziehen sich auf Praxen nicht auf Ärzte.

2.793
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

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
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✔	**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG** Anzeige inklusive Dokumentation aller Fälle zu Beginn der Behandlung an Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen; pro Quartal Prüfung von mindestens zwei Prozent der abgerechneten Fälle; alle 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



PATIENTEN IN SUBSTITUTIONSGESTÜTZTER BEHANDLUNG
PRO 100.000 EINWOHNER

Quelle: Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2010; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; Stand 6.1.2011

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN		1)					2)			3)						4)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	346	322	177	20	75	124	179	26	407	424	91	15	46	40	125	27	349
Anzahl beschiedene Anträge 5)	5	49	9	0	6	6	35	4	25	107	13	0	12	4	2	6	8
▸ davon Anzahl Genehmigungen	5	46	7		6	6	35	4	25	94	13		12	4	2	5	8
▸ davon Anzahl Ablehnungen		3	2							13						1	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	3	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	11	4	2	0	2	6	0	7	10	k.A.	33	3	2	1	2	1	8
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	107	131	23	3	11	14	26	16	127	73	19	0	18	44	56	17	115
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
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9 ABS. 3																	
Anzahl geprüfter Ärzte	k.A.	194	33	5	95	74	k.A.	9	180	k.A.	54	16	14	22	53	18	368
Anzahl geprüfter Fälle	827	447	368	16	123	398	303	47	657	482	139	82	68	73	180	40	646
▸ keine Beanstandungen	641	263	301	14	79	254	154	31	551	341	100	57	61	48	108	34	586
▸ geringe Beanstandungen	156		46	2	42	143	26	10	87	71	33	24	7	22	48	3	31
▸ erhebliche Beanstandungen	30	184	18	0	2	1	5	6	1	35	2	1	0	3	18	1	0
▸ schwerwiegende Beanstandungen	0		3	0	0	0	21	0	18	14	4	0	0	0	6	0	29
5-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN-PATIENTEN § 9 ABS. 5																	
Anzahl geprüfter Fälle	495	10	242	1	132	318	110	26	281	21	250	14	3	126	251	55	274
▸ davon ohne Beanstandungen	411	10	212	1	69	229	48	26	247	21	188	9	3	95	189	42	248
▸ davon mit Beanstandungen	84		30		63	89	19		34		62	5		31	62	8	26
2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN-PATIENTEN § 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
▸ davon ohne Änderung der Behandlung																	
▸ davon mit Änderung der Behandlung																	

1) Weitere Dokumentationsprüfungen sind noch offen, Ergebnisse werden zwei Kategorien zugeordnet. | 2) 43 Fälle der Fünf-Jahresüberprüfungen wurden zurückgestellt, 97 der Dokumentationsprüfungen wurden ebenfalls zurückgestellt beziehungsweise nach § 8 Abs 3 oder 4 abgebrochen. | 3) Dokumentationsprüfungen sind zum Teil noch offen. | 4) Zwei der geprüften Fälle nach § 9 Abs. 3 und fünf der nach § 9 Abs. 5 zurückgestellt. | 5) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

78.252
ÄRZTE MIT MINDESTENS EINER GENEHMIGUNG DER KVEN
STAND 31.12.2010

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1.4.2009, zuletzt geändert 1.7.2011; zuvor 1. Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005 (Anlage V Untersuchung der Säuglingshüfte); Erstfassung 1.4.1986

✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG zusätzliche Abnahmeprüfung der verwendeten Ultraschallsysteme (B-Modus) durch Vorlage aktueller Bilddokumentationen
✔	**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
	FREQUENZREGELUNG
✔	**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG** 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 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 Ärzte, jeweils zwölf Fälle) ► Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte: zweijährliche Prüfung aller Ärzte zu mindestens zwölf Fällen (48 Bilddokumentationen, zwölf schriftliche Dokumentationen); bei Mängeln engere Prüfintervalle
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / 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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 1.1.2010	10.012	13.336	2.893	1.313	839	1.620	5.732	1.145	6.541	9.957	4.093	1.232	3.000	1.583	2.546	1.768	8.184
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2010	10.260	13.900	2.945	1.379	866	1.678	5.854	1.178	7.301	10.125	4.175	1.262	3.044	1.608	2.608	1.799	8.270
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	867	3.229	493	131	102	297	545	73	745	883	340	87	222	129	180	311	1.857
▸ davon Anzahl Genehmigungen [1])	829	2.892	406	131	73	266	525	73	735	664	340	87	222	120	142	302	1.761
▸ davon Anzahl Ablehnungen [1])	95	337	87		29	31	192		23	219	5	24	59	9	38	66	96
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	3.546	8.486	1.232	k.A.	277	803	1.955	159	2.587	3.805	897	239	909	191	828	1.124	5.748
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3.242	7.581	1.031		206	730	1.363	156	2.181	2.794	892	193	705	182	302	939	5.551
▸ davon Anzahl Ablehnungen	304	905	201		71	73	592	3	406	1.011	5	46	204	9	526	185	197
Anzahl Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	226	367	56	30	10	65	70	4	101	339	62	8	4	101	73	51	210
▸ davon bestanden	200	324	44	28	10	62	65	4	93	317	53	6	4	92	63	45	178
▸ davon nicht bestanden	26	43	12	2		3	5		8	22	9	2		9	10	6	32
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
▸ davon bestanden					1	2									2		
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	0	1	0	0	0	19	8	1	17	535	1	0	19	0	11	21	17
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	k.A.	356	199	0	24	91	119	39	310	0	k.A.	57	141	95	69	0	0
ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2010																	
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	385	474	62	39	30	42	205	28	231	185	241	37	118	42	69	41	221
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	195	630	51	26	22	59	67	18	135	213	89	30	77	27	53	26	145
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	231	917	47	26	22	25	136	18	150	136	112	31	77	29	38	20	181
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	415	1.278	161	80	33	81	273	72	315	336	170	54	207	117	180	91	362
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.088	2.205	431	132	109	337	1.159	47	684	1.156	370	94	631	76	193	353	572
3.3 Schilddrüse, B-Modus	3.684	6.089	994	541	264	637	2.291	415	2.338	2.656	1.696	416	1.304	718	889	640	3.499
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	623	1.250	166	112	14	97	722	63	500	370	292	71	188	128	137	97	425
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	105	214	158	n.a.	42	44	270	2	59	166	AB 21.2	4	24	n.a.	53	33	203
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	53	100	21	n.a.	1	9	56	5	66	3	144	3	4	6	n.a.	17	41
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	5	19	n.a.	5	0	n.a.	n.a.	AB 4.3	0	AB 21.4	0	2	n.a.	n.a.	6	8
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	244	388	70	29	24	68	181	30	165	170	87	21	80	26	46	35	169
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	1	1	0	n.a.	1	0	n.a.	n.a.	AB 4.5	0	0	0	2	n.a.	0	0	2
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.496	2.117	403	86	49	249	1.600	69	822	779	475	90	675	21	201	259	1.509
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	14	20	363	n.a.	36	0	n.a.	n.a.	AB 5.1	43	0	11	1	n.a.	66	2	42
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.131	1.573	425	168	114	153	754	76	816	743	406	157	313	202	218	180	924
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.012	9.135	1.424	729	477	720	3.341	499	4.361	3.847	2.629	764	1.685	762	1.553	933	4.944
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	37	19	1.298	n.a.	0	0	n.a.	6	AB 7.1	327	AB 7.3	76	48	5	236	17	72

Fortsetzung nächste Seite →

[1]) Genehmigungen/Ablehnungen der Anträge (Ärzte) umfassen Teilgenehmigungen/Teilablehnungen. | n.a. = nicht abfragbar | 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
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	33	18	1.296	n.a.	0	0	n.a.	n.a.	AB 7.1	3	13	76	8	n.a.	AB 7.2	14	77
7.4 Abdomen u. Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.181	1.403	444	n.a.	67	84	450	79	525	24	641	323	16	94	AB 7.1	115	1.433
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	2.711	7.735	772	530	228	504	894	107	1.628	2.148	971	390	1.365	92	180	307	1.296
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	191	470	726	84	k.A.	78	n.a.	1	AB 8.1	509	211	63	133	n.a.	108	81	343
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.563	3.141	606	293	133	304	917	211	1.018	757	535	168	591	295	343	298	1.115
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.494	3.096	585	292	130	301	919	204	944	810	519	142	544	289	332	294	1.085
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	885	1.200	214	41	53	164	670	30	655	368	306	119	83	135	179	188	657
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften), B-Modus	994	2.285	444	129	90	157	530	87	775	608	480	117	332	128	184	175	813
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.614	1.667	203	136	80	137	580	90	627	615	390	121	311	115	207	141	624
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.032	885	233	89	89	106	648	43	687	905	366	89	224	66	170	76	418
12.1 Haut, B-Modus	7	6	0	0	1	2	8	n.a.	11	13	AB 12.2	1	1	4	2	1	11
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	28	15	12	0	1	2	8	3	11	0	8	8	10	n.a.	AB 12.1	5	11
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.162	2.678	334	144	101	168	867	78	943	959	521	166	228	127	211	132	1.096
20.2 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	1.133	1.868	271	114	88	130	765	49	1.041	789	AB 20.3	179	219	108	233	134	1.013
20.3 CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	18	AB 20.2	266	114	0	130	n.a.	n.a.	143	24	567	0	9	n.a.	AB 20.2	134	0
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	232	606	64	10	28	12	122	9	58	379	72	29	34	9	44	3	88
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	335	716	72	32	30	51	212	39	261	252	160	55	73	25	51	41	186
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	701	888	187	110	63	97	510	62	516	521	252	58	186	80	115	88	451
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	153	113	71	35	51	17	106	13	100	435	121	24	35	10	76	57	48
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	543	754	181	97	51	60	578	48	434	484	226	45	160	63	91	64	376
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	13	AB 20.8	181	97	0	60	n.a.	50	AB 20.8	16	AB 20.8	0	12	n.a.	AB 20.8	64	1
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowue Mediastinum	479	611	151	110	58	55	530	43	473	364	225	57	150	32	87	82	359
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	220	359	85	14	20	37	185	9	203	186	72	53	90	11	23	30	181
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	554	2.949	155	107	9	95	527	63	443	274	265	66	182	91	104	93	334
21.2 Doppler-Echokardiographie, (einschlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	108	363	146	37	39	0	n.a.	n.a.	AB 21.1	22	154	4	46	n.a.	45	34	188
21.3 Doppler-Echokardiographie, (einschlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	50	183	20	n.a.	2	9	40	6	AB 21.1	2	130	4	4	6	AB 21.2	18	37
21.4 Doppler-Echokardiographie, (einschlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	2	AB 21.2	18	n.a.	4	0	n.a.	n.a.	AB 21.1	0	59	1	2	n.a.	AB 21.2	4	8
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	95	169	51	18	10	29	42	13	81	97	24	23	16	6	22	15	85
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	405	697	89	43	26	61	259	18	378	280	161	92	185	44	72	68	360

Fortsetzung nächste Seite →

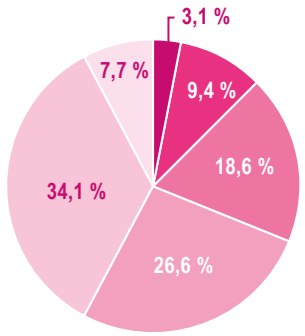
AB x.y = entspricht Anwendungsbereich x.y

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG																	
US-SYSTEME DIE BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER VEREINBARUNG VERWENDET WURDEN GEMÄSS § 16 ABS. 6 (ÜBERGANGSREGELUNG)		1)						2)									
Anzahl gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2	10.808	33.719	4.740	1.058	814	1.764	7.691	1.195	1.818	7.213	6.080	496	4.679	1.275	2.435	1.824	k.A.
Stichtag	31.3. 2011	30.6. 2010	31.3. 2011	31.3. 2011	31.3. 2011	31.3. 2011	28.8. 2010	28.2. 2011	25.2. 2011	31.3. 2011	18.5. 2011	15.2. 2011	31.3. 2011	31.3. 2011	24.2. 2011	20.3. 2011	
APPARATIVE AUSSTATTUNG § 9 (ABNAHMEPRÜFUNGEN)																	
Anzahl abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c, Stand 31.12.2010	1.636	4.255	118	300	71	81	555	104	1.770	1.756	202	156	156	417	267	572	2.559
Anzahl 2010 geprüfter Ultraschallsysteme gemäß § 2c	1.584	2.944	118	300	71	53	296	104	1.770	1.235	202	156	156	248	239	557	2.559
▸ davon ohne Beanstandungen	1.236	2.418	117	287	71	51	192	104	1.378	1.231	202	146	145	205	235	542	1.483
▸ davon mit Beanstandungen	348	526	1	13		2	104		392	4		10	11	43	4	15	1.076
bei Beanstandungen – Baujahr des Systems: 3)															k.A.		
▸ vor 1990	137	0	0	0		0	0		23	0		0	1	0		0	183
▸ 1990 – 1994	145	10	0	0		1	3		68	0		0	6	0		1	373
▸ 1995 – 1999	38	50	0	2		0	3		71	0		1	3	0		9	302
▸ 2000 – 2004	16	92	0	4		1	13		78	3		0	0	17		3	102
▸ 2005 – heute	9	374	1	7		0	85		131	1		9	0	26		2	116
▸ (bisher) keine Angabe des Baujahrs	0	0	0	0		0	0		21	0		0	1	0		0	0

Fortsetzung nächste Seite →

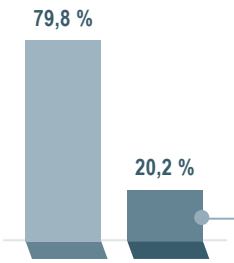
1) Anzahl gemeldeter Ultraschallsysteme sind Geräte/Schallkopfkombinationen. | 2) Gemeldete Ultraschallsysteme (Übergangsregelung) nicht von allen Bezirksstellen angegeben. | 3) Baujahr = Baujahr der Hauptkomponente.

GERÄTEPRÜFUNGEN ULTRASCHALL ERGEBNISSE UND VERTEILUNG



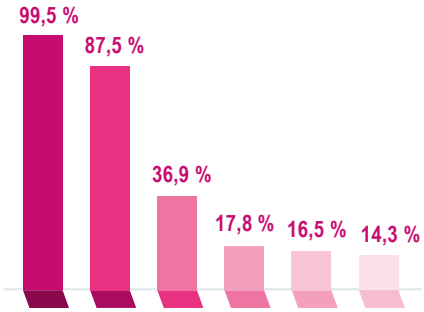
Verteilung der gemeldeten Ultraschallsysteme nach Baujahren
Stand 31.3.2010

- vor 1990
- 1990–1994
- 1995–1999
- 2000–2004
- 2005–heute
- keine Angaben zum Baujahr



Ergebnisse der Abnahmeprüfung 2010

- ohne Beanstandungen
- mit Beanstandungen



Beanstandungen in Abhängigkeit vom Baujahr der Geräte.
Angaben zu 7.597 Prüfungen

- vor 1990
- 1990–1994
- 1995–1999
- 2000–2004
- 2005–heute
- keine Angaben zum Baujahr

Quelle: KBV 2011

→ FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
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)																	
▸ davon wegen Beanstandungen in der Wiederholungsprüfung																	
▸ davon wegen Nichtvorlegen von Dokumentationen																	
ÜBERPRÜFUNG DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 11																	
PRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 2			ab 2011		1)		nach §136 Abs. 2		ab 2011	2) 5)	nach §136 Abs. 2	3)	4)			ab 2011	5)
Anzahl geprüfter Ärzte	330	378		46	30	51	49	48		40	310	47	89	59	63		7
▸ davon bestanden	254	174		31	27	18		5		27		43	68	30	51		7
▸ davon nicht bestanden	76	204		15	3	33		43		13		4	21	29	12		
Ärzte mit Genehmigung zum 1.1.2010 geprüft, in %	3,3	2,8		3,5	3,6	3,1	0,9	4,2		0,4	7,6	3,8	3,0	3,7	2,5		0,1
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	1.650	1.890		230	144	385	588	240		200	3.720	235	1.056	295	315		35
▸ davon ohne Beanstandungen	1.276	1.027		176	129	250		95		140		215	899	242	255		35
▸ davon mit Beanstandungen	374	863		54	15	135		145		55		20	157	53	60		
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																	
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung 6)	169	189		15	1	k.A.		5		k.A.		k.A.	0	12	1		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit 6)	60	0		4	0	k.A.		12		k.A.		1	12	11	7		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden 6)	76	115		5	0	k.A.		17		k.A.		k.A.	6	13	9		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-) Diagnose 6)	66	169		4	4	k.A.		k.A.		k.A.		k.A.	1	12	1		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen 6)	100	171		16	1	k.A.		1		k.A.		k.A.	0	19	2		
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																	
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6 6)	228	514		18	5	k.A.		72		k.A.		k.A.	22	53	3		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund 6)	116	451		23	0	k.A.		2		k.A.		4	0	23	2		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund 6)	86	0		18	0	k.A.		47		k.A.		k.A.	3	30	9		

Fortsetzung nächste Seite →

1) Zusätzliche Mängel in den Prüfungen nach § 11: fünfmal keine Trennung zwischen Bild- und Schriftdokumentation, zweimal keine Bilddokumentation eingereicht. 2) Prüfergebnisse von fünf Dokumentationen (ein Arzt) offen. | 3) Bei den 20 beanstandeten Fällen wurde fünfmal die graphische Registrierung der Doppler-Kurven beanstandet, fünfmal war die Dokumentation nach der Mutterschafts-Richtlinie nicht ausreichend, fünfmal die Bildqualität unzureichend und fünfmal lagen keine graphischen Registrierungen zu GOP 33061 vor. | 4) Die Differenzierung bei den Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung war 2010 nur für 25 Prozent der geprüften Unterlagen möglich. | 5) Höherer Prüfumfang war aus organisatorischen Gründen bisher nicht möglich. | 6) Mehrfachnennungen sind möglich.

→ 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							nach §136 Abs. 2				nach §136 Abs. 2						
Anzahl geprüfter Ärzte	2	0		0	0	0	196	0		0	3	4	11	3	53		0
▸ davon bestanden	2											3	7	3	35		
▸ davon nicht bestanden												1	4	0	18		
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	10						2.354				36	20	97	15	265		
▸ davon ohne Beanstandungen	10											18	61	15	175		
▸ davon mit Beanstandungen												2	36		90		
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																	
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung [1]												k.A.	11		2		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungs-bedingungen bzw. Beurteilbarkeit [1]												k.A.	3		6		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organ-spezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden [1]												k.A.	3		5		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose [1]												k.A.	0		0		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen [1]												k.A.	0		2		
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																	
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6 [1]												1	5		1		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund [1]												1	0		6		
▸ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund [1]												k.A.	0		4		
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	0	0		0	0	0	k.A.	1		0	k.A.	k.A.	0	0	2		0
▸ davon bestanden								1							2		
▸ davon nicht bestanden																	
Widerrufe der Abrechnungs-genehmigung – Anzahl Ärzte	0	0		0	0	0	7	0		0	1	0	0	0	0		0

Fortsetzung nächste Seite →

[1]) Mehrfachnennungen sind möglich.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte							5.734				3.873						
Anzahl geprüfter Ärzte							245				313						
▸ Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2							49				310						
▸ kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3							196				3						
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %							0,9				8,0						
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)										
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▸ keine Beanstandungen							38				157						
▸ geringe Beanstandungen							2				80						
▸ erhebliche Beanstandungen							9				20						
▸ schwerwiegende Beanstandungen							0				53						
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▸ keine Beanstandungen							41				3						
▸ geringe Beanstandungen							52				0						
▸ erhebliche Beanstandungen							74				0						
▸ schwerwiegende Beanstandungen							29				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							166				153						
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a							18				42						
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							17				16						
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c							4				2						
▸ davon bestanden							2				1						
▸ 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							7				1						
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.							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						

Fortsetzung nächste Seite →

1) Insgesamt 4,3 Prozent der abrechnenden Ärzte geprüft.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG DER SÄUGLINGSHÜFTE																	
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2010	995	1.275	219	126	77	133	k.A.	91	624	1.064	396	125	306	113	205	144	674
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	992	1.342	203	136	80	134	580	90	627	1.120	390	121	313	114	208	141	642
Anzahl beschiedene Anträge [1]	81	84	7	10	5	13	39	2	56	70	8	1	19	2	11	14	181
neu	73	84	6	10	5	13	39	2	55	70	8	1	19	2	11	13	181
▸ davon Anzahl Genehmigungen	72	67	6	10	5	13	33	2	46	66	8	1	19	2	4	12	181
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1	17					6		9	4					7	1	
erneut gemäß § 11 Abs. 3 S. 5	8	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		0	1	0
▸ davon Anzahl Genehmigungen	7								1							1	
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1		1														
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	10	3	0	0	0	1	0	2	1	2	0	0	0	2	0	3	0
▸ davon bestanden	9	2				1		2	1	2				2		2	
▸ davon nicht bestanden	1	1														1	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	26	9	11	0	0	3	2	1	11	0	13	3	0	1	0	14	35
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	56	13	10	0	4	6	8	2	16	10	0	12	9	0	1	2	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																	
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG GEMÄSS § 8 I. V. M. § 3																	
Ärzte mit Genehmigung zum 1.1.2010 geprüft, in % [2]	20,7	37,9	43,8	15,1	79,2	27,1	8,4 [3]	2,2	32,4	2,9	42,2	21,6	51,0	29,2	22,4	36,1	36,4
Beurteilungen																	
Stufe II (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis....Stufe II)																	
▸ 0	89	205	39	11	42	14	39	0	77	10	114	8	108	28	22	15	51
▸ 1	27	77	22	1	9	3	1	0	32	2	0	10	12	2	6	11	19
▸ 2	39	84	10	1	4	5	0	0	26	3	7	6	4	2	10	6	34
▸ 3	5	25	5	0	2	4	1	0	9	2	6	0	6	0	7	2	7
▸ 4	10	18	5	0	1	2	0	0	3	2	3	1	2	0	0	0	6
▸ 5	7	18	3	0	0	1	0	0	4	0	2	2	0	0	1	2	12
▸ > 5	29	56	12	6	3	7	8	2	36	14	35	0	24	1	0	16	116
Stufe III (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis....Stufe III)																	
▸ 0	195	464	88	19	61	35	49	2	146	30	125	25	148	33	45	47	184
▸ 1	4	15	5	0	0	1	0	0	11	0	1	0	0	0	1	3	18
▸ 2	5	2	1	0	0	0	0	0	10	1	0	2	5	0	0	1	17
▸ 3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	10
▸ 4	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1	6
▸ 5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1
▸ > 5	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	35	0	0	0	0	0	9
Ergebnis Dokumentationsprüfung gemäß § 9 – Anzahl Ärzte																	
▸ sachgerecht gemäß § 9	141	351	65	13	54	22	40	0	153	14	123	23	120	32	37	33	96
▸ Wiederholungsprüfung 6 Monate	54	115	22	6	6	13	9	2	31	16	2	2	25	0	8	15	90
▸ Wiederholungsprüfung 3 Monate	10	12	4	0	1	1	0	0	16	1	40	2	11	1	1	4	34
▸ Widerruf	1	5	5	0	0	0	0	0	2	0	2	0		0	0	0	25

Fortsetzung nächste Seite →

[1]) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes. | [2]) Zum Teil geringer Prüfumfang im Vergleich zu den erteilten Genehmigungen, da es eine Reihe von Ärzten gibt, die diese Leistungen nicht erbringen und abrechnen. | [3]) Bezug sind Ärzte mit Genehmigung zum 31.12.2010.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
WIEDERHOLUNGSPRÜFUNG GEMÄSS § 11 ABS. 2																	
Beurteilungen																	
Stufe II (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis....Stufe II)					0												
▸ 0	20	18	6	15		2	9	18	2	47	28	4	8	0	4	5	0
▸ 1	11	11	8	2		2	0	7	8	9	0	0	1	0	0	3	0
▸ 2	10	7	3	2		3	3	6	9	10	6	1	1	1	2	7	2
▸ 3	1	1	0	0		0	1	0	1	0	2	1	0	0	0	2	1
▸ 4	2	1	1	0		0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
▸ 5	6	3	1	2		0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1
▸ > 5	12	3	5	3		2	6	7	7	2	6	3	1	0	0	4	3
Stufe III (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis....Stufe III)					0												
▸ 0	52	42	20	24		9	19	34	17	51	34	8	11	1	6	19	0
▸ 1	5	1	2	0		0	0	2	2	8	0	0	0	0	0	0	1
▸ 2	3	1	1	0		0	0	1	2	9	4	0	0	0	0	0	3
▸ 3	0	0	1	0		0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	0
▸ 4	1	0	0	0		0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
▸ 5	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
▸ > 5	1	0	0	0		0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	2	3
Ergebnis Wiederholungsprüfung gemäß § 11 Abs. 2 – Anzahl Ärzte																	
▸ sachgerecht gemäß § 9	26	34	16	19		7	12	30	15	48	33	4	10	1	6	13	0
▸ erneute Wiederholungsprüfung 6 Monate	25	8	4	5		2	7	8	11	20	1	4	1	0	0	6	0
▸ Widerruf	11	2	4	0		0	0	0	4	0	9	2	0	0	0	3	8
ERNEUTE WIEDERHOLUNGSPRÜFUNG GEMÄSS § 11 ABS. 3 S. 4																	
Beurteilungen																	
Stufe II (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis....Stufe II)				0	0								0		0		
▸ 0	5	1	3			4	0	1	0	33	2	1		1		0	0
▸ 1	5	1	3			0	0	0	0	0	0	0		0		3	0
▸ 2	12	1	1			4	0	0	3	0	0	0		0		0	0
▸ 3	2	0	0			0	0	1	0	0	0	0		0		0	0
▸ 4	1	0	0			0	0	0	0	0	0	0		0		1	0
▸ 5	2	0	1			0	0	0	0	0	0	1		0		0	0
▸ > 5	10	2	1			0	1	0	2	0	0	0		0		2	2
Stufe III (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis....Stufe III)				0	0										0		
▸ 0	30	5	7			8	1	1	1	33	0	2		0		4	0
▸ 1	5	0	1			0	0	0	0	0	0	0		0		0	1
▸ 2	1	0	0			0	0	0	1	0	0	0		0		1	0
▸ 3	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0		0		1	0
▸ 4	1	0	1			0	0	0	0	0	0	0		0		0	1
▸ 5	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0		0		0	0
▸ > 5	0	0	0			0	0	1	0	0	2	0		1		0	0
Ergebnis erneute Wiederholungsprüfung gemäß § 11 Abs. 3 S. 4 – Anzahl Ärzte																	
▸ sachgerecht gemäß § 9	23	3	7				0	1	2	33	0	1		0		4	0
▸ Widerruf	14	2	2				1	1	6	0	2	1		1		2	2

258

ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2011

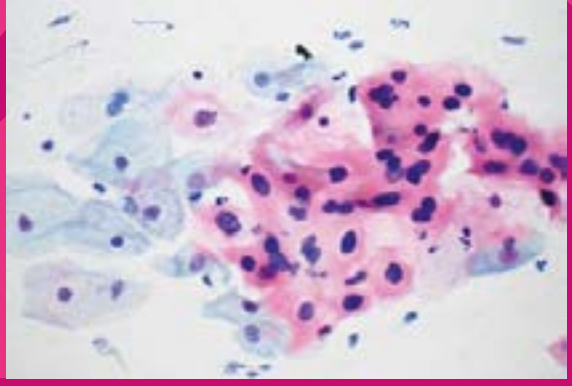
✔	**AKKREDITIERUNG** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✔	**KOLLOQUIUM** gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
✔	**FREQUENZREGELUNG** jährliche Durchführung von 25 Vakuumbiopsien
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**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
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✔	**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

Neben Gewebeentnahmen (Stanzbiopsien) unter Ultraschall- oder Röntgenkontrolle ist die Vakuumbiopsie ein weiteres Verfahren, um die Dignität eines suspekten Befunds der Brust zu klären. Ihren Stellenwert hat sie ebenso in der Operationsplanung und der Entscheidung zu einer eventuellen Vorbehandlung. Begleitend zur Einführung dieser Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab wurde auf Grundlage von § 135 Abs. 2 SGB V eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung erstellt, in der unter anderem die Stufe-3-Leitlinie „Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland“ Berücksichtigung fand. Die Vereinbarung präzisiert als Genehmigungsvoraussetzung Fallzahlanforderungen, apparative Anforderungen (zum Beispiel eine automatische Nadelführung) sowie Vorgaben zur Durchführung (zum Beispiel die Erstellung von Kontrollaufnahmen, die Überprüfung der Korrelation von histopathologischem Befund und Bildgebung) und zur Dokumentation. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich eine Auflistung durchgeführter Vakuumbiopsien mit Angaben zur Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund vorzulegen. Außerdem legt sie eine Mindestzahl jährlich durchzuführender Vakuumbiopsien fest.

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 31.12.2010	40	35	19	6	6	5	9	0	36	25	10	5	14	11	6	4	27
Anzahl beschiedene Anträge	19	4	5	0	1	1	9	0	4	31	0	1	3	0	3	0	6
neu	19	4	5		1	1	9		4	31		1	3		3		6
▸ davon Anzahl Genehmigungen	19	4	5		1	1	9		4	25		1	3		3		6
▸ davon Anzahl Ablehnungen										6							
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0		0
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0		0
▸ davon Anzahl Genehmigungen																	
▸ davon Anzahl Ablehnungen																	
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	0	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0		0
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	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	0	0	0	0	0	0	0	0
▸ davon wegen nicht erreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4																	
▸ davon wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5																	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	7	0	0	0	0		0	0	0	0	1	0	0	0	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG § 9																	
PRÜFUMFANG																	
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	ab 2011	ab 2011	ab 2011	6	ab 2011	ab 2011	ab 2011		ab 2011	ab 2011	ab 2011	ab 2011	ab 2011	ab 2011	ab 2011	ab 2011	ab 2011
▸ davon bestanden				6													
▸ davon nicht bestanden																	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a				0													
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5 b				0													
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
MÄNGELANALYSE																	
Anzahl geprüfter Dokumentationen				60													
▸ davon vollständig und nachvollziehbar				58													
▸ davon vollständig aber nicht nachvollziehbar				2													
▸ davon nicht vollständig aber nachvollziehbar				0													
▸ davon weder vollständig noch nachvollziehbar				0													
PRÜFUMFANG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien) [1]			ab 2011				ab 2011		ab 2011		ab 2011				ab 2011	ab 2011	ab 2011
▸ < 25	24	3	k.A.	0	0	0				5		0	2	4			
▸ ≥ 25	9	28	k.A.	6	5	5				7		5	11	6			

[1]) Prüfungen der Frequenzen noch nicht abgeschlossen.



1.054
ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KVEN STAND 31.12.2010

ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Vereinbarungen von Qualifikationsmaßnahmen zu zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1.10.2007; zuvor 1. 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
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG
✔	**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			1)								2)			3)			4)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2010	149	157	59	16	17	34	67	11	90	116	53	42	31	22	52	27	111
Anzahl beschiedene Anträge 5)	9	25	11	2	0	3	1	1	10	4	2	2	3	0	6	2	11
neu	9	25	11	2		3	1	1	10	4	2	2	3		6	2	11
▸ davon Anzahl Genehmigungen	5	20	7	2		3		1	10	4	2	2	3		6	2	8
▸ davon Anzahl Ablehnungen	4	5	4				1										3
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0		0		0

Fortsetzung nächste Seite →

1) Vier der sieben ausgesprochenen Genehmigungen sind erneute Genehmigungen. | 2) Ergebnisse der Wiederholungsprüfungen liegen noch nicht vor; Kolloquien stehen noch aus. | 3) Praxisbegehung erfolgte auf Grundlage der Durchführungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung. | 4) Widerrufe erfolgten sowohl aufgrund von Mängeln in der Jahresstatistik als auch aufgrund von Mängeln in der Präparateprüfung. | 5) Beschiedene Anträge umfassen zum Teil auch Status-, Standortänderungen und anderes.

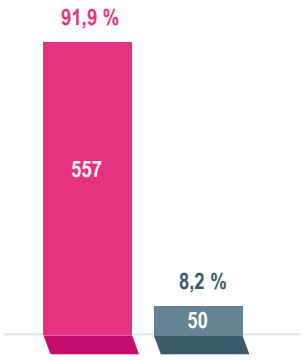
→ FORTSETZUNG ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

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	6	8	4	2		3	1	1	4	4	2	1	3		5	2	6
▸ davon bestanden	4	3	2	2		3		1	1	4	1	1	3		5	2	3
▸ davon nicht bestanden	2	5	2				1		3		1						3
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
▸ davon ohne Mängel														1			
▸ davon mit Mängeln																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	2
▸ Mängel in der Dokumentations-/ Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6																	2
▸ Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4																	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	5	3	3		1	2	5	1	4	32	9	2	2	1	3	1	14
ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7																	
PRÜFUMFANG		1)					1)				1)						2)
abrechnende Ärzte	144	158	62	14	14	34	63	11	102	116	51	42	30	21	46	16	112
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 – Ärzte	84	152	45	14	14	16	63	5	43	60	21	20	19	11	16	10	14
▸ davon bestanden	83	146	33	14	12	15	60	5	40	54	13	19	18	7	16	9	13
▸ davon nicht bestanden	1	6	12		2	1	3		3	6	8	1	1	4		1	1
abrechnende Ärzte geprüft, in %	58,3	96,2	72,6	100	100	47,1	100	45,5	42,2	51,7	41,2	47,6	63,3	52,4	34,8	62,5	12,5
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 – Ärzte	0	4	0	0	0	0	5	0	0	6	9	6	2	0	0	0	0
▸ davon bestanden										3	1	5	2				
▸ davon nicht bestanden										3	0	1					
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
▸ davon bestanden																	
▸ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

Fortsetzung nächste Seite →

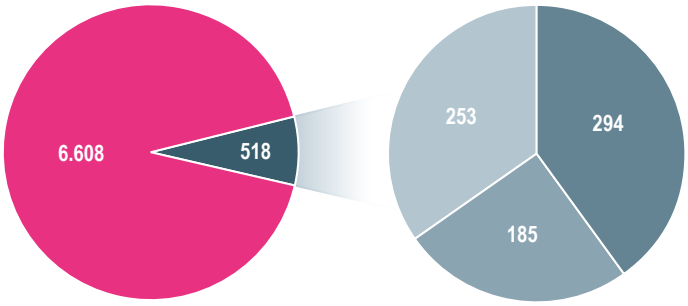
1) Wiederholungsprüfungen werden 2011 durchgeführt. | 2) Höherer Prüfumfang war aus organisatorischen Gründen nicht möglich.

BEANSTANDUNGEN IN DER ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION



Prüfungen (Ärzte)

- bestanden
- nicht bestanden



Prüfungen (Präparate und zugehörige Dokumentationen)

- ohne Beanstandungen
- mit Beanstandungen

darunter bei Beanstandungen (Mehrfachnennungen sind möglich)

- nicht ausreichende technische Präparatequalität
- nicht zutreffende/unvollständige Präparatebeurteilung
- unvollständige Dokumentation

Quelle: KBV 2011

→ 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	1.008	1.824	516	168	168	192	756	60	516	648	252	240	190	132	192	132	132
▸ davon ohne Beanstandungen	1.007	1.752	429	168	144	146	748	28	452	645	205	237	180	87	133	127	120
▸ davon mit Beanstandungen	1	72	87		24	46	8	32	64	3	47	3	10	45	59	5	12
bei Beanstandungen																	
▸ darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität [1])	0	48	76		0	46	0	18	41	2	31	0	8	1	23	0	0
▸ darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung [1])	1	60	39		12	0	6	10	18	0	0	3	0	11	8	5	12
▸ darunter mit unvollständiger Dokumentation [1])	0	60	40		13	0	2	6	29	1	16	0	2	44	28	0	12
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0		0					0			
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation										36	12	72	20		0	0	0
▸ davon ohne Beanstandungen										36	12	60	18				
▸ davon mit Beanstandungen												12	2				
bei Beanstandungen																	
▸ darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität [1])												1	1				
▸ darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung [1])												8	0				
▸ darunter mit unvollständiger Dokumentation [1])												5	1				
PRÜFUNG DER JAHRESSTATISTIK § 8 ABS. 4																	
	[2])	[3])			[2])		[2])			[2]) [4])	[5])				[2])		[6])
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	127	128	46	10	12	28	38	10	80	116	39	31	24	21	27	15	151
▸ davon ohne Auffälligkeiten		79	39	10		28		10	80		11	24	24	12		15	116
▸ davon mit Auffälligkeiten		40	7								28	7		9			35
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	0	40	7	0		0	0	0	0		28	0	0	9		0	35
▸ davon ausreichend begründete Stellungnahmen											25			9			29
▸ davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen											3						6
Anzahl Kolloquien				0		0	0	0	0		3	0	0	0		0	2
▸ davon bestanden																	1
▸ davon nicht bestanden – Auflage																	1
▸ davon nicht bestanden – Widerruf																	

[1]) Mehrfachnennungen sind möglich. | [2]) Ergebnisse der Prüfungen der Jahresstatistik liegen noch nicht vor. | [3]) Daten zu den Jahresstatistiken 2009 liegen noch nicht vor, Einträge beziehen sich auf 2008, liegen aber auch nicht vollständig vor. | [4]) Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken bezieht sich auf betroffene Ärzte, nicht auf Labore. | [5]) Ein Arzt hat keine Jahresstatistik eingereicht, Kolloquien stehen noch aus. | [6]) Geprüfte Statistiken beziehen sich auf 2008 und 2009, da erst 2010 die Beurteilungskriterien verbindlich festgelegt wurden.

ARZTSTRUKTUR

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten ► Schwerpunktbezeichnungen	Summe	Vertragsärzte	Partnerärzte	Angestellte Ärzte	Ermächtigungen
Allgemeinärzte	35.227	33.100	133	1.954	40
Praktische Ärzte / Ärzte	6.824	6.468	8	250	98
Anästhesisten	3.838	2.833	28	233	744
Augenärzte	5.672	5.091	45	403	133
Chirurgen	6.004	3.966	57	177	1.804
► Gefäßchirurgie	733	335	5	21	372
► Kinderchirurgie	65	34	0	3	28
► Plastische Chirurgie	179	127	1	4	47
► Thoraxchirurgie	100	11	1	0	88
► Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	35	14	0	0	21
► Unfallchirurgie	2.590	1.701	30	71	788
► Visceralchirurgie	641	156	3	4	478
Dermatologen	3.654	3.257	88	184	125
Frauenärzte	11.550	9.753	156	651	990
► Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	105	85	1	13	6
► Gynäkologische Onkologie	243	94	4	3	142
► Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	90	36	1	3	50
HNO-Ärzte	4.304	3.896	39	163	206
► Audiologie	7	5	0	1	1
► Phoniatrie	14	13	0	1	0
► Phoniatrie und Pädaudiologie	85	64	0	5	16
Hautärzte	3.722	3.243	81	279	119
Internisten	23.401	19.492	253	1.181	2.475
► Angiologie	542	371	6	27	138
► Diabetologie	55	44	0	2	9
► Endokrinologie (und Diabetologie)	380	260	9	15	11
► Gastroenterologie	1.866	1.128	46	76	616
► Geriatrie	9	7	0	1	1
► Hämatologie	169	103	0	11	55
► Hämatologie und internistische Onkologie	1.082	771	13	42	256
► Infektiologie	2	0	0	0	2
► Infektions- und Tropenmedizin	10	4	0	2	4
► Kardiologie	2.830	1.974	64	150	642
► Lungen- und Bronchialheilkunde	21	15	0	0	6
► Nephrologie	1.612	1.332	40	110	130
► Pneumologie	1.200	910	12	50	228
► Rheumatologie	666	510	4	25	127
Kinderärzte	7.080	5.720	113	412	835
► Infektiologie	2	1	0	0	1
► Kinderendokrinologie und -diabetologie	21	10	0	0	11
► Kindergastroenterologie	14	3	0	1	10
► Kinderhämatologie	7	1	0	0	6
► Kindehämatologie und -onkologie	70	24	0	1	45
► Kinderkardiologie	320	222	2	8	88
► Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	16	10	0	0	6
► Kindernephrologie	20	10	0	0	10
► Kinderneuropsychiatrie	7	7	0	0	0
► Kinderpneumologie	46	35	0	0	11
► Kinderrheumatologie	3	0	0	0	3
► Neonatologie	606	331	8	9	258
► Neuropädiatrie	344	182	3	4	155
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.507	3.385	0	25	87
Kinder- und Jugendpsychiater	868	774	0	55	39
Laborärzte	1.008	905	0	47	56
► Mikrobiologie	1	0	0	0	1
Lungenärzte	201	188	1	3	9
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	1.139	1.053	0	38	48
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	5.551	4.747	62	167	575
► Forensische Psychiatrie	21	17	0	1	3
► Kinderneuropsychiatrie	17	16	0	0	1
Neurochirurgen	774	620	0	45	109
Nuklearmediziner	799	701	0	55	43
Orthopäden	6.088	5.247	148	265	428
Pathologen	877	718	0	87	72
► Neuropathologie	4	3	0	0	1
Ärztliche Psychotherapeuten	5.420	5.247	14	37	122
Psychologische Psychotherapeuten	13.801	13.457	0	211	133
Radiologen / Diagnostische Radiologen	4.239	3.043	72	374	750
► Kinderradiologie	72	25	0	3	44
► Neuroradiologie	237	136	6	7	8
► Strahlentherapie	65	51	0	4	10
Urologen	3.042	2.635	51	110	246
Übrige Arztgruppen	844	713	0	50	81
Summe Arztgruppen	155.780	136.995	1.261	7.272	10.242

Stand: 31. Dezember 2010

ABKÜRZUNGEN

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom
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
BKK-VAG	Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
BVA	Bundesversicherungsamt
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Atemwegserkrankung)
CT	Computertomographie
DMP	Disease-Management-Programm
DNA	Desoxyribonukleinsäure
EKG	Elektrokardiographie
EKV	Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen
ERCP	endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	Versorgungsstrukturgesetz
HbA1c	Maß für den Blutzuckerwert
HIV	human immunodeficiency virus (Humanes Immundefizienz-Virus)
HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IKK	Innungskrankenkasse
ISO 9001	Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem der Internationalen Organisation für Normung (International Organization for Standardization)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KHK	koronare Herzerkrankung
KKH	Kaufmännische Krankenkasse (Halle) Allianz
KPQM	Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
kt/v	Parameter zur Bestimmung der Dialysequalität
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
NW	Nordrhein-Westfalen
OR	Odds Ratios
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
RiLiBÄK	Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
TAH	Thrombozytenaggregationshemmern
UlzeraCvi	Ulzerationen bei chronisch venöser Insuffizienz
US	Ultraschall
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (Erprobungsmodell in Mecklenburg-Vorpommern)

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

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Bundesministerium für Gesundheit. Amtliche Statistik KM6 Teil II 2008, 2009, 2010
- Bundesversicherungsanstalt. Tätigkeitsberichte 2006 und 2007
- Drogen und Suchtbericht der Bundesregierung 2010
- Kassenärztliche Vereinigungen

ANSCHRIFTEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

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

KV BAYERNS
Elsenheimerstraße 39
80687 München
Tel. (0 89) 5 70 93 - 0
Fax (0 89) 5 70 93 - 21 05
www.kvb.de

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

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

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

KV HAMBURG
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Tel. (0 40) 2 28 02 - 0
Fax (0 40) 2 28 02 - 4 20
www.kvhh.de

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

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

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

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

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

KV SAARLAND
Faktoreistraße 4
66111 Saarbrücken
Tel. (06 81) 40 03 - 0
Fax (06 81) 40 03 - 3 50
www.kvsaarland.de

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

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

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN
Bismarckallee 1 – 6
23795 Bad Segeberg
Tel. (0 45 51) 8 83 - 0
Fax (0 45 51) 8 83 - 2 09
www.kvsh.de

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

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

IMPRESSUM

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

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

Redaktion:
Gabriele Sander

Dezernat 2
Dezernat 7
Dezernat Kommunikation

Gestaltung:
www.malzwei.de

Fotos:
Berufsverband der Augenärzte: Augeninfo Bilddatenbank | axentis.de: Georg Lopata, Berlin | Christof Rieken, Berlin | Clipdealer: rezkrr | Dr. Katrin Marquardt, Schwerin | Dr. Otto Hillebrand, Bad Zwischenahn | Fotolia.com: Aamon, Alfred Wekelo, Carolina K Smith MD, Corbis, Engine Images, ISO K° photography, mankale, Maria. P., Monkey Business, picsfive, Sven Bähren | iStockphoto: Alexander Raths, began fatur, Beyza Sultan Durna, meshaphoto | Klinikum Ernst von Bergmann, Robert Kühlmann, Potsdam | KV Schleswig-Holstein | malzwei.de | Matthias Krüger, Berlin | Michael Timm, München | photothek.net: T. Koehler | Shotshop.com: Franz Pfluegl, JB, marcus, Studio 77–28, Thomas von Stetten | wikimedia | wikipedia: SBarnes | Your Photo Today: A1PIX

Druck:
Lochmann Grafische Produktion GmbH

Copyright:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
November 2011

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