KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung

Qualitätsbericht

Ausgabe 2016 · Berichtsjahr 2015

GRUSSWORT

Dr. Andreas Gassen
Vorsitzender des Vorstands der KBV

Dipl.-Med. Regina Feldmann
Stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der KBV

SEHR GEEHRTE DAMEN, SEHR GEEHRTE HERREN,

gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen haben wir Anfang 2016 das Papier „Positionen zur ambulanten Versorgungsqualität“ verfasst. Damit wollen wir aufzeigen, dass die Versorgung im ambulanten Bereich auf höchstem Niveau stattfindet und die Instrumente der Qualitätssicherung und -förderung jenen der Krankenhäuser in nichts nachstehen. Der Aufwand, den die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen hierfür betreiben, ist beachtlich. Die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte haben es häufig mit nicht eindeutigen Beschwerdebildern, Verdachtsdiagnosen und chronisch, oft mehrfach erkrankten Patienten mit langen Behandlungsverläufen und häufigen Arzt-Patienten-Kontakten zu tun. Deshalb ist es wesentlich schwieriger, über den Verlauf einer komplexen ambulanten Behandlung zu urteilen, als über eine Operation. Qualität ist im ambulanten Sektor unmöglich nur am Ergebnis zu messen. Oft sind Instrumente zur Förderung der Struktur- und Prozessqualität zu bevorzugen.

Die ambulante Qualitätssicherung und -förderung erfordert individuelle Lösungen. Denn während für manche Leistungsbereiche mehrere Tausend Genehmigungen vorliegen, sind es für andere gerade mal 200 bis 300. Für alle können Zufallsstichproben, Einzelfallprüfungen und Praxisbegehungen stattfinden, in denen festgestellt wird, ob die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten richtig dokumentieren, ihre medizinischen Geräte auf dem neuesten Stand halten, Hygienestandards erfüllen oder die richtigen Diagnosen stellen. Das erfordert viel Manpower und Koordinierung, die die niedergelassenen Ärzte und ihre Praxismitarbeiter alltäglich erbringen.

Der vorliegende Band zeigt, dass die Ärzte und Psychotherapeuten zum Ende des Berichtsjahres 2015 insgesamt 338.707 Genehmigungen zu verschiedenen Leistungsbereichen von Arthroskopie bis Zervix-Zytologie hielten. Es gab 142.147 geprüfte Patientendokumentationen, 39.157 gerätebezogene Prüfungen und 4.208 Hygieneprüfungen. Widerrufen wurden im Berichtszeitraum nur 125 Genehmigungen aufgrund negativer Prüfergebnisse und 298 wegen Wegfall einer Qualifikationsvoraussetzung. Das ist in Relation zum Gesamtaufkommen eine erfreulich geringe Zahl, zeigt aber, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen konsequent umgesetzt werden.

Mit dem aktuellen Qualitätsbericht beweisen KBV und Kassenärztliche Vereinigungen erneut, dass die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung auf höchstem Niveau stattfindet.

1 Aktuelles

7 Kennzahlen zur Qualitätssicherung Gesamtumfang für das Berichtsjahr 2015

8 Neue Qualitätssicherungsvereinbarung: Holmium-Laser-Eingriffe beim benignen Prostatasyndrom

9 Die neue KBV-Broschüre Arthroskopie von Knie und Schulter

10 Neue Qualitätssicherungsvereinbarung: Spezialisierte geriatrische Diagnostik

12 Wichtige Links zu Hygiene und Medizinprodukten

Weiterentwicklung und Aktualisierung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Schmerztherapie

13 Weiterentwicklung der Qualitätssicherung Molekulargenetik

14 Neue Qualitätssicherungsvereinbarung: PET und PET mit CT

15 Weiterentwicklung und Aktualisierung der Ultraschall-Vereinbarung

16 Regionale Qualitätsinitiativen:

17 ▪ KV Baden-Württemberg

18 ▪ KV Bayerns

19 ▪ KV Berlin

20 ▪ KV Brandenburg

21 ▪ KV Bremen

22 ▪ KV Hamburg

23 ▪ KV Hessen

24 ▪ KV Mecklenburg-Vorpommern

25 ▪ KV Niedersachsen

26 ▪ KV Nordrhein

27 ▪ KV Rheinland-Pfalz

28 ▪ KV Saarland

29 ▪ KV Sachsen

30 ▪ KV Sachsen-Anhalt

31 ▪ KV Schleswig-Holstein

32 ▪ KV Thüringen

33 ▪ KV Westfalen-Lippe

34 Einrichtungen mit weiteren Qualitätsinitiativen:

35 ▪ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

36 ▪ Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte

37 ▪ Kompetenzzentrum Kurative Mammographie

38 ▪ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

39 ▪ Kooperationsgemeinschaft Mammographie

2 Qualitätsförderung von A-Z

41 Akupunktur

43 Ambulantes Operieren

44 Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

46 Arthroskopie

48 Balneophototherapie

49 Blutreinigungsverfahren / Dialyse

51 Disease-Management-Programme

▪ Ausgewählte Qualitätszielerreichung im Verlauf
▪ Vertragsumfang

58 Fakultative Stichprobenprüfungen nach § 135 b Abs. 2 SGB V

▪ Ambulantes Operieren, Herzschrittmacher-Kontrolle, interventionelle Radiologie, Langzeit-EKG-Untersuchungen, Magnetresonanz-Angiographie, Onkologie, schlafbezogene Atmungsstörungen, Nuklearmedizin, substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

60 Fortbildungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen

Fortbildungspflicht

61 Herzschrittmacher-Kontrolle

62 Histopathologie Hautkrebs-Screening

64 HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
66 Hörgeräteversorgung
67 Hörgeräteversorgung – Kinder
69 Interventionelle Radiologie
71 Intravitreale Medikamenteneingabe
72 Invasive Kardiologie
74 Kapselendoskopie des Dünndarms
75 Koloskopie
78 Laboratoriumsuntersuchungen
79 Langzeit-EKG-Untersuchungen
80 Magnetresonanz- / Kernspintomographie
83 Magnetresonanz-Angiographie
85 Mammographie (kurativ)
87 Mammographie-Screening
90 Medizinische Rehabilitation
90 Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
92 Molekulargenetik
93 Neuropsychologische Therapie
95 Onkologie
96 Otoakustische Emissionen
97 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
98 Phototherapeutische Keratektomie
99 Psychotherapie
101 Qualitätsinitiativen
- Qualitätszirkel
- Peer Review

102 Qualitätsmanagement
- QM-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
- QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®
- Mein PraxisCheck

104 Schlafbezogene Atmungsstörungen
105 Schmerztherapie
107 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
108 Sozialpsychiatrie
109 Soziotherapie
110 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
111 Strahlendiagnostik / -therapie
- konventionelle Röntgendiagnostik
- Computertomographie
- Osteodensitometrie
- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin

117 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
119 Ultraschalldiagnostik
- Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

127 Vakuumbiopsie der Brust
129 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

3 Hintergrundinfos und Service

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

144 Glossar
150 Arztstruktur
152 Abkürzungen
153 Quellen
154 Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen
155 Impressum

1

Aktuelles

Kennzahlen zur Qualitätssicherung – Gesamtumfang für das Berichtsjahr 2015

ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DES PRÜFGESCHEHENS IM BERICHTSJAHR

167.316 AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN
inklusive angestellte und ermächtigte Ärzte

303.339 GENEHMIGUNGEN ZU VERSCHIEDENEN BEREICHEN
keine Kopfzählung

35.368 GENEHMIGUNGEN FÜR PSYCHOTHERAPIE

13.307 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN
inklusive Wiederholungen

142.147 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
Wert enthält im Einzelfall Schätzungen

6.479 FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN

14.932 FORTBILDUNGEN GEMÄSS SPEZIELLER QUALITÄTSSICHERUNGSVORGABEN
inklusive Fortbildungsprüfungen und Wiederholungen

39.157 GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN
inklusive Wartungsnachweise und Wiederholungen

4.208 HYGIENEPRÜFUNGEN
inklusive Wiederholungen

298 WIDERRUFE WEGEN WEGFALL DER QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN

125 WIDERRUFE WEGEN NEGATIVER PRÜFERGEBNISSE

Grundlage des überwiegenden Teils der Qualitätssicherungsmaßnahmen im vertragsärztlichen Bereich sind die von der KBV und dem GKV-Spitzenverband als Partner des Bundesmantelvertrags vereinbarten Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Darüber hinaus gelten für ausgewählte Leistungsbereiche Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss, zum Beispiel nach § 135 Abs. 1 oder § 135b Abs. 2 SGB V.

Für die 167.316 Ärzte und Psychotherapeuten stehen diese besonders qualitätsgesicherten Leistungsbereiche unter Genehmigungsvorbehalt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind als ihre direkten Ansprechpartner für die Erteilung der Genehmigungen verantwortlich. Dazu prüft die Kassenärztliche Vereinigung die Einhaltung von Genehmigungsvoraussetzungen, wie besondere fachliche Befähigung, gerätetechnische Vorgaben und räumliche Gegebenheiten der Praxis. Zum Ende des Berichtsjahres hielten die Ärzte und Psychotherapeuten 303.339 Genehmigungen zu verschiedenen Leistungsbereichen und zusätzlich 35.368 Genehmigungen für Psychotherapie.

Die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen ist in der Regel an die Erfüllung von Vorgaben geknüpft. Für etwa die Hälfte aller qualitätsgesicherten Leistungsbereiche ist eine auf den Einzelfall bezogene Überprüfung der erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung vorgesehen, das heißt die Prüfung der ärztlichen Dokumentation, einschließlich der bildlichen Dokumentation. Dabei reicht das Spektrum in den Leistungsbereichen von der stichprobenhaften Überprüfung von drei Prozent der Ärzte bis hin zur Vollerhebung. Bei der Anzahl der je Arzt angeforderten Patientendokumentationen liegt der Wert zwischen fünf und 42! Es werden im Rahmen der Einzelfallprüfungen mittels Stichproben jeweils definierte Aspekte der Leistungserbringung – zum Beispiel Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung, Korrelation zwischen bildgebender Diagnostik und histopathologischen Befunden – anhand der Dokumentationen überprüft. Dabei dient die stichprobenhafte Überprüfung der Dokumentationen des einzelnen Falls auch als ganz konkrete Qualitätsförderungsmaßahme.

Aufgabe der Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und deren Nutzung, mittels qualifizierter Rückmeldungen, vergleichender Ergebnisdarstellungen, Beratungsgesprächen, bis hin zur Formulierung konkreter Auflagen, die zum Erhalt der Genehmigung erfüllt werden müssen.

→ Kennzahlen zur Qualitätssicherung

In 13.307 Dokumentationsprüfungen wurden 142.147 Patientendokumentationen geprüft. Die Ergebnisse sind im jeweiligen Leistungsbereich nachzulesen. Letzte Konsequenz bei speziellen Qualitätsmängeln oder wiederholten schwerwiegenden Beanstandungen ist jedoch der Widerruf der Genehmigung. 125 Widerrufe vor diesem Hintergrund wurden berichtet. In 298 Fällen wurde die Genehmigung widerrufen, weil wichtige Vorgaben nicht mehr erfüllt waren. Diese Vorgaben, die der Sicherung der Qualität dienen, können in Abhängigkeit von den Erfordernissen einzelner Leistungsbereiche spezielle Fortbildungs- und Leistungsnachweise sein, Mindestfrequenzen, gerätebezogene Anforderungen wie Wartungsnachweise, messtechnische Kontrollen oder Hygieneprüfungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben in 6.479 Fällen die Einhaltung von Frequenzvorgaben überprüft, 14.932 Überprüfungen spezieller Fortbildungsanforderungen vorgenommen und insbesondere im Leistungsbereich Ultraschall 39.157 gerätebezogene Überprüfungen durchgeführt. 4.208 Hygieneprüfungen erfolgten zur Sicherung der Qualität der Koloskopie.

Neue Qualitätssicherungsvereinbarung: Holmium-Laser-Eingriffe beim benignen Prostatasyndrom

Die Holmium-Laser-Behandlung kann als Holmium-Laser-Enukleation oder als Holmium-Laser-Resektion der Prostata durchgeführt werden. Beide Verfahren sind als anerkannte Behandlungsmethoden Bestandteile der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zum 1. April 2016 trat zeitgleich mit der Aufnahme entsprechender Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab eine neue Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms mittels Holmium-Laser-Verfahren in Kraft.

Die Vereinbarung regelt fachliche, apparative und organisatorische Voraussetzungen sowie Anforderungen zur Dokumentation. Ein wesentlicher Bestandteil ist die verpflichtende Übermittlung einer aggregierten Jahresstatistik, in der im Rahmen der Behandlung erfasste klinische Parameter elektronisch übermittelt werden. Hierbei handelt es sich ausdrücklich nicht um Indikations- oder Dokumentationsprüfungen. Sie ist in Anlage 1 der Vereinbarung beschrieben. Die Pflicht zur Erfassung der Jahresstatistik-Daten besteht ab 1. Oktober 2016.

Eine Übergangsregelung ermöglicht einen erleichterten Zugang für Ärzte, die vor Inkrafttreten der Vereinbarung bereits Holmium-Laser-Verfahren durchgeführt haben. Hierzu sind 30 Holmium-Laser-Behandlungen innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung und eine Mindest-Maximalleistung von 50 Watt bei einem bereits zur Behandlung genutzten Laser nachzuweisen.

Eine Besonderheit gibt es im Bereich der Nachweisführung. Da eine stationäre Nachbeobachtung der Patienten nach dem Eingriff über eine Dauer von mindestens 24 Stunden erforderlich ist, werden diese Leistungen im vertragsärztlichen Bereich belegärztlich erbracht. Hier wurde berücksichtigt, dass der Nachweis im Einzelfall gegebenenfalls nur durch das Belegkrankenhaus geführt werden kann, und der Arzt entsprechend lediglich eine Erklärung abgibt.

In der Vereinbarung wird auf eine obligate regelmäßige stichprobenhafte Prüfung der Dokumentation verzichtet. Es ist eine allgemeine Legitimation der Kassenärztlichen Vereinigung zur Einsichtnahme und Prüfung von Dokumentationen festgelegt worden. Ferner wurde festgelegt, dass frühestens zwei Jahre nach Auswertung der Ergebnisse der Jahresstatistiken geprüft werden soll, ob Kriterien für anlassbezogene (Stichproben-) Prüfungen vorgegeben werden sollen.

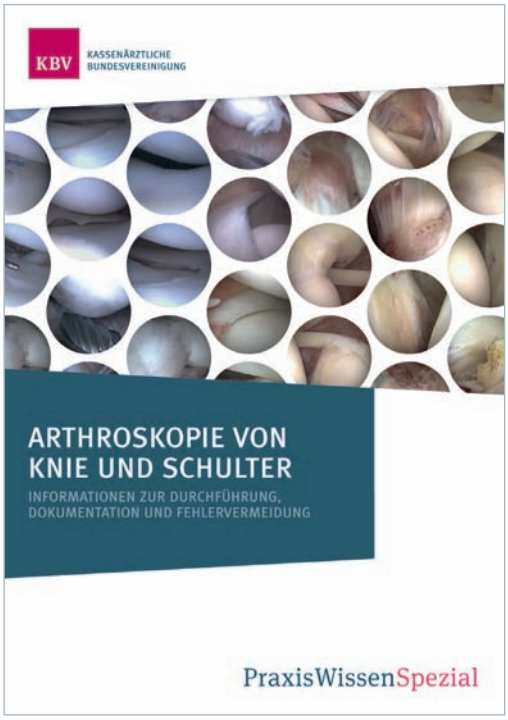
www.kbv.de/html/themen_21826.php

Neue KBV-Broschüre – Arthroskopie von Knie und Schulter

Die Arthroskopie-Vereinbarung gehört zu den ersten Qualitätssicherungsvereinbarungen, die die KBV mit dem GKV-Spitzenverband abgeschlossen hat. Anfangs lag der Fokus vor allem auf der Strukturqualität. So dürfen Vertragsärzte seit dem Jahr 1994 Arthroskopien nur dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen, wenn sie bestimmte fachliche Anforderungen erfüllen und über ausreichend praktische Erfahrung verfügen. Der Facharztstatus allein reicht nicht aus.

Inzwischen finden zusätzlich bundesweit nach einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten standardisierten Verfahren Stichprobenprüfungen statt, um so auch die Prozessqualität prüfen zu können.

Die Beanstandungsquoten bei den bundesweiten Stichprobenprüfungen sind bei den Arthroskopien im Vergleich zu anderen Qualitätssicherungsverfahren relativ hoch. Eine konkrete Fehleranalyse zeigt aber, dass ein großer Anteil davon auf eher formalen oder technischen Fehlern beruht, die leicht zu beheben sind. Aus diesem Grund hat sich die KBV entschlossen, zusammen mit Experten für arthroskopische Chirurgie eine neue Broschüre zu entwickeln, die die geltenden Regularien mit aussagekräftigen Bildern und Kommentaren aus der Behandlungspraxis kombiniert präsentiert. Die Broschüre stellt die entscheidenden Informationen für die Beurteilung der Prozessqualität in der Arthroskopie in kompakter und übersichtlicher Weise zusammen, die sowohl den ambulant tätigen Arthroskopeuren als auch den Mitgliedern der Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen eine wichtige Orientierung bieten. Sie greift die häufigsten Fehlerquellen bei der Dokumentation von Arthroskopien des Knie- und Schultergelenks auf und zeigt ganz konkret, wie diese vermieden werden können. Ärzte finden hierin zum Beispiel Hinweise, wie



sie einen Eingriff einwandfrei dokumentieren und worauf sie bei der Bilddokumentation achten sollten. Zahlreiche Abbildungen aus der täglichen Praxis sorgen für eine hohe Anschaulichkeit.

Die Broschüre ist ab dem 1. Januar 2017 bei der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen erhältlich.

www.kbv.de/html/themen_2828.php

Neue Qualitätssicherungsvereinbarung: Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Ältere Patienten mit mehreren Erkrankungen haben mitunter einen besonderen Behandlungsbedarf. An dieser Stelle setzt die spezialisierte geriatrische Diagnostik an: Geriater ermitteln den individuellen Behandlungsbedarf betroffener Patienten und erstellen darauf aufbauend einen Behandlungsplan, der vom zuweisenden Vertragsarzt durch die Einleitung und Koordination geeigneter, wohnortnaher Therapiemaßnahmen umgesetzt wird.

Zum 1. Juli 2016 ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik – Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik in Kraft getreten. Gleichzeitig wurden neue Gebührenordnungspositionen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik in den Abschnitt 30.13 des EBM aufgenommen.

Im Fokus der Qualitätssicherungsvereinbarung stehen Patienten, die das 70. Lebensjahr vollendet haben und zusätzlich mindestens zwei der folgenden geriatrischen Syndrome aufweisen oder alternativ mindestens eins der folgenden geriatrischen Syndrome und eine Pflegestufe:

- Mobilitätsstörungen einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
- komplexe kognitive, emotionale oder verhaltensbezogene Beeinträchtigung,
- Frailty-Syndrom,
- Dysphagie,
- Inkontinenz,
- therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom.

Vertragsärztlich tätige Geriater und Geriatrische Institutsambulanzen, die zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, können eine Genehmigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragen.

SPEZIALISIERTE DIAGNOSTIK

Der überweisende Vertragsarzt klärt zunächst mit dem Geriater ab, ob der Patient für eine weiterführende geriatrische Diagnostik geeignet ist und ob gegebenenfalls zusätzliche (Vor-) Befunde für das weiterführende Assessment erforderlich sind. Die patientenorientierte Vorabklärung erfolgt zwischen dem Überweiser und dem Geriater ohne Patientenkontakt. Sie dient der Klärung der Geeignetheit des Patienten für diese komplexe Diagnostik beziehungsweise der effizienten Vorbereitung der Untersuchung des Patienten in der geriatrischen Schwerpunktpraxis.

Der Geriater oder die Geriatrische Institutsambulanz ermitteln anhand geriatrischer Assessments die Selbstversorgungsfähigkeit des Patienten, Mobilität, Kognition, Emotion, Ernährung, Schmerz und instrumentelle Aktivitäten. Darüber hinaus werden die relevanten Kontextfaktoren erfasst. Dies erfolgt unter Verwendung eines Sozialassessments in mindestens fünf Bereichen, zum Beispiel soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche / außerhäusliche Aktivitäten, Pflegebedarf, Hilfsmittelbedarf. Um Funktionsstörungen und Risiken zu erkennen, können weitere syndrombezogene geriatrische Untersuchungen oder vertiefende Assessmentverfahren durchgeführt werden. Ergänzend findet eine Bewertung der geriatrischen Syndrome statt. Bei den Assessments soll je nach Bedarf mindestens ein Physiotherapeut, ein Ergotherapeut oder ein Logopäde eingebunden werden.

Aus diesen Ergebnissen und unter Berücksichtigung der Multimorbidität, aber auch des persönlichen Lebenskontextes des geriatrischen Patienten, soll ein Behandlungsplan abgeleitet werden. Dieser beinhaltet unter anderem Empfehlungen für die medikamentöse Therapie sowie gegebenenfalls zu Heil- und Hilfsmitteln. Zudem schließt der Plan auch Empfehlungen zur gegebenenfalls notwendigen weiteren Diagnostik und Überwachung ein. Der Behandlungsplan wird dann dem überweisenden Vertragsarzt und gegebenenfalls dem Hausarzt zur Verfügung gestellt, der diesen für die Einleitung und Koordination geeigneter, wohnortnaher Therapiemaßnahmen nutzt.

FACHLICHE ANFORDERUNGEN

Nachfolgend erhalten Sie einen Überblick über die fachlichen Anforderungen und weitere Regelungsinhalte, die sich eng an den Inhalten der Vereinbarung nach § 118a SGB V zu Geriatrischen Institutsambulanzen orientieren.

Die fachliche Befähigung gilt als nachgewiesen, wenn folgende Anforderungen erfüllt werden:

- Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin, Allgemeinmedizin (Hausarzt), Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie oder
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin und Geriatrie oder
- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Geriatrie oder
- Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Nervenheilkunde Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin mit der fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie bei Ärzten, die auf der Grundlage einer früheren (Muster-) Weiterbildungsordnung (vor 2003) ihre Weiterbildung absolviert haben.

Alternativ gilt die fachliche Befähigung auch als erfüllt, wenn Ärzte folgende Voraussetzungen durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachweisen:

- Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin, Allgemeinmedizin (Hausarzt) oder Physikalische und Rehabilitative Medizin und
- Behandlung von 100 Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V im Jahr vor der Antragstellung
- besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden sowie
- fünf Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung und
- Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit von zwölf Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der zwölfmonatigen Tätigkeit erfüllt. Der Nachweis gilt auch dann als erbracht, wenn eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit nachgewiesen wurde und der Arzt sich verpflichtet, in den folgenden vier Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren.

Die Anforderung zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung richtet sich sowohl an Vertragsärzte als auch an leitende Ärzte ermächtigter Geriatrischer Institutsambulanzen und an ermächtigte Krankenhausärzte. Sie müssen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung alle zwei Jahre 48 Fortbildungspunkte nachweisen.
Eine Übergangsregelung ermöglicht einen erleichterten Zugang für Ärzte, die vor dem 1. Juli 2016 mindestens ein Jahr an einem regionalen Strukturvertrag oder einem Vertrag zur besonderen Versorgung, der auch spezialisierte geriatrische Diagnostikleistungen beinhaltet, teilgenommen haben. Als fachliche Befähigung müssen sie ihre Vertragsteilnahme sowie 20 Fortbildungspunkte zu geriatriespezifischen Themen innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung nachweisen. Die Übergangsregelung endet zum 31. Dezember 2016.

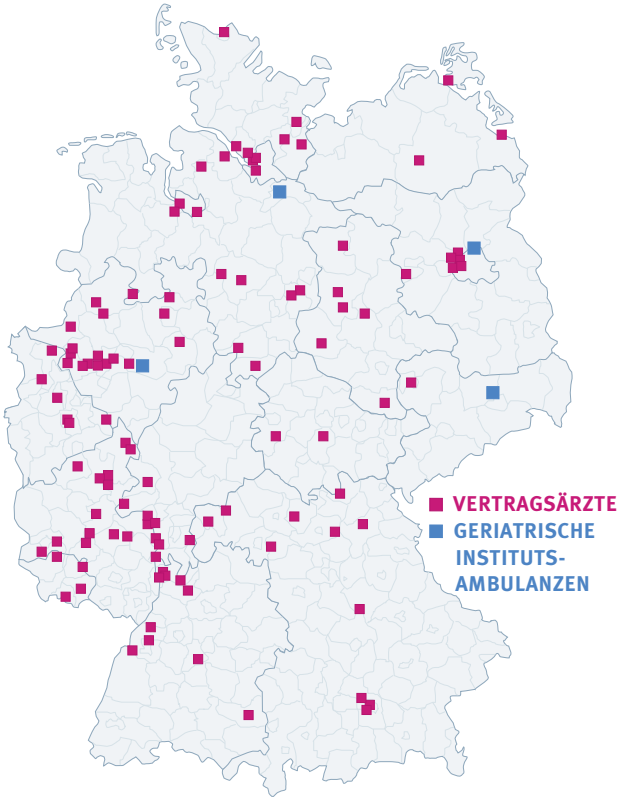
ORGANISATORISCHE ANFORDERUNGEN

- Es ist vorgesehen, dass die geriatrische Schwerpunktpraxis mit weiteren Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden) kooperiert. Diese sind im Rahmen der Assessments je nach Bedarf einzubinden.
- Um die organisatorischen Anforderungen zu erfüllen, muss der Arzt mindestens zwei Mal jährlich multiprofessionelle Qualitätszirkel, regelmäßige Schulungen der Praxismitarbeiter und patientenorientierte Fallbesprechungen mit den kooperierenden Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden) durchführen.
- Der Zugang zur Praxis und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. Barrierefreiheit im Sinne der DIN 18040-1 soll angestrebt werden, wird aber nicht verbindlich gefordert. Die Assessments können in den Räumlichkeiten der geriatrischen Schwerpunktpraxis oder in den Räumen der weiteren Berufsgruppen, die sich jedoch in unmittelbarer räumlicher Nähe befinden müssen, durchgeführt werden.

Die spezialisierte geriatrische Diagnostik soll auf Grundlage von Routinedaten evaluiert werden. Der GKV-Spitzenverband und die KBV werden dazu den Forschungsauftrag, der laut der Vereinbarung nach § 118a SGB V zu vergeben ist, um die Evaluation hinsichtlich der Teilnahme von Vertragsärzten zur spezialisierten Diagnostik erweitern.

> In den ersten drei Monaten nach Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung sind bereits 131 Vertragsärzte und vier Geriatrische Institutsambulanzen zur Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik genehmigt worden.

SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE VERTRAGSÄRZTE UND GERIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZEN – GIA



Quelle: eigene Erhebung, Copyright Geodaten: MB Research
Stand der Genehmigungen zum 30. September 2016

www.kbv.de/html/geriatrie.php

Wichtige Links zu Hygiene und Medizinprodukten

Hygiene spielt in der medizinischen Versorgung eine wichtige Rolle – egal ob im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich. Aus diesem Grund hat sich die KBV dazu entschlossen, eine Themenseite einzurichten. Diese Themenseite beinhaltet ein neues und bislang einzigartiges Angebot für Ärzte: Eine Linkliste zu Hygiene und Medizinprodukten, die im Sinne eines wachsenden Nachschlagewerks regelmäßig aktualisiert und ergänzt wird.

Ziel des Angebots ist, aktuelle und wichtige Informationen zu bündeln. Ärzte und auch das Praxispersonal können sich informieren und werden auf verschiedene unentgeltliche Angebote des Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV hingewiesen. Dort stehen beispielsweise der Hygieneleitfaden für die Arztpraxis, der Hygieneleitfaden für die psychotherapeutische Praxis, der Muster-Hygieneplan Gastroenterologie und der Fragebogen „Hygiene und Medizinprodukte – Feststellung des Status quo in der Arztpraxis“ zum Download bereit.

Zudem beinhaltet die Linkliste weitere im Internet frei verfügbare Informationen zum Beispiel zur Unterweisung, Gefährdungsbeurteilung, Erstellung eines Hygieneplans und Online-Schulungen. Um eine gezielte Suche zu erleichtern, ist die Linkliste nach Schwerpunkten geordnet.

In der nachfolgenden Liste ist eine Auswahl interessanter und wichtiger Links zum Thema Hygiene und Medizinprodukte zusammengestellt, die für Ärzte bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in der Praxis von Interesse sein könnten. Die Liste wird regelmäßig überarbeitet und aktualisiert.

- Test zum Stand der Hygiene in der Praxis
- Hygieneplan
- Hintergrundwissen/Literatur zur Erstellung eines Hygieneplans
- Händehygiene
- Desinfektionsmittel
- Medizinprodukte
- Aufbereitung von Medizinprodukten
- Qualifikation von Mitarbeitern
- Arbeitsschutz
- Abfall
- Meldepflicht
- Nosokomiale Infektionen
- Beratung
- Rechtsgrundlagen

www.kbv.de/html/hygiene.php

Weiterentwicklung und Aktualisierung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Schmerztherapie

Die seit 2005 bestehende Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 überarbeitet worden. Hier die wesentlichen Punkte:

FACHLICHE BEFÄHIGUNG

Die Anforderungen an die fachliche Befähigung wurden an die aktuellen Vorgaben der Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerztherapie angepasst. Damit verbunden ist unter anderem, dass das bisher obligatorische Eingangskolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission nur noch erforderlich ist, wenn die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerztherapie länger als 48 Monate zurückliegt.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Möglichkeit geschaffen, die zusätzlich geforderte zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in einer qualifizierten schmerztherapeutischen Ausbildungseinrichtung bei entsprechend verlängerter Gesamtdauer in Teilzeit durchzuführen. So kann diese Tätigkeit künftig auch in der Niederlassung berufsbegleitend durchgeführt werden.

EINFÜHRUNG EINER DOKUMENTATIONSPRÜFUNG

Neu eingeführt wurde die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation aller Ärzte, denen erstmals eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von schmerztherapeutischen Leistungen erteilt wird. Dazu werden von der Kassenärztlichen Vereinigung zwölf Fälle aus den ersten vier Abrechnungsquartalen zur Überprüfung durch die Schmerztherapie-Kommission angefordert. Die Prüfverpflichtung endet automatisch, wenn für einen Zeitraum von zwei Jahren 90 Prozent oder mehr der betreffenden Ärzte aus allen Kassenärztlichen Vereinigungen geprüft wurden und die Ergebnisse zu einer bundesweiten Beanstandungsrate von maximal zehn Prozent führten. Diese Festlegung von Kriterien zur Beendigung oder Fortführung der Dokumentationsprüfungen stellt ein Novum dar und ist ein weiterer Schritt zur erfolgsabhängigen Anpassung von Prüfungsverpflichtungen.
www.kbv.de/html/themen_2853.php

Weiterentwicklung der Qualitätssicherung Molekulargenetik

Molekulargenetische Untersuchungen können aufgrund der potenziell weitreichenden Folgen eines genetischen Befunds nur bei einem konkreten Verdacht auf eine Genmutation und nach erfolgter humangenetischer Beratung des Patienten durchgeführt werden. Voraussetzung der molekulargenetischen Diagnostik ist deshalb immer eine Fragestellung auf Basis einer fundierten klinischen Verdachtsdiagnose. Darüber hinaus ist eine molekulargenetische Diagnostik medizinisch nur dann indiziert, wenn sich aus dem Ergebnis ein diagnostischer Zugewinn beziehungsweise Konsequenzen ergeben. Die häufig langwierigen und teuren Analysen dienen unter anderem dem Nachweis von Veränderungen des Erbguts, die mit fallspezifischen Wahrscheinlichkeiten schwere Erkrankungen auslösen und an folgende Generationen vererbt werden können. Bei der Durchführung dieser Untersuchungen sind das Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz) und dessen untergesetzliche Normen sowie die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen zu beachten.

ERGÄNZUNG BESTEHENDER VORGABEN DURCH KBV UND GKV-SPITZENVERBAND

Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen definiert für molekulargenetische Untersuchungen aus dem Unterabschnitt 11.4.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs seit April 2012 zusätzliche Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität. Die mit dem GKV-Spitzenverband konsentierten Regelungen definieren ergänzende Anforderungen an die Indikationsstellung, die fachliche Befähigung derjenigen, die diese Untersuchungen durchführen, die Organisation sowie die ärztliche Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung molekulargenetischer Untersuchungen.

BUNDESWEITE ELEKTRONISCHE DATENERHEBUNG UND BERICHTERSTELLUNG

Ziel dieser Vereinbarung ist auch, in den Laboren einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu fördern. Dies soll durch die elektronische Erhebung von Kennzahlen, deren Analyse und das Setzen entsprechender Maßnahmen erreicht werden. Deshalb sind die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Labore verpflichtet, eine Jahresstatistik einzureichen. Aus dem Zahlenmaterial werden bundeseinheitliche Rückmeldeberichte mit Benchmarkelementen erzeugt, welche für jedes Labor erstellt werden.

Diese sollen es den Ärzten ermöglichen, die Leistungen ihres Labors aus unterschiedlichen Perspektiven mit denen anderer Labore zu vergleichen und selbstständig Optimierungsmöglichkeiten zu erkennen. Darüber hinaus ermöglichen auf die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise deren Qualitätssicherungskommission zugeschnittene Rückmeldeberichte, auffällige Labore zu identifizieren und gegebenenfalls angemessene Qualitätssicherungsmaßnahmen zu ergreifen. Von den Partnern des Bundesmantelvertrags definierte sogenannte rechnerische Auffälligkeiten werden in den Berichten für die Kassenärztlichen Vereinigungen gekennzeichnet. Betreffende Labore können in einem ersten Schritt zu einer Stellungnahme aufgefordert werden. Bleibt diese Stellungnahme aus oder ergibt sich aus der Auswertung einer Stellungnahme ein Verdacht auf Qualitätsdefizite, können weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung eingeleitet werden. Die Berichte enthalten insbesondere vergleichende Auswertungen zu den Häufigkeiten pathologischer, unauffälliger und unklarer Untersuchungsergebnisse. Weitere wichtige Qualitätsindikatoren sind die Teilnahme an obligatorischen Ringversuchen sowie die erzielten Ergebnisse, da Labore so nachweisen, dass sie korrekte Untersuchungsergebnisse erzeugen und diese auch korrekt interpretieren.

www.kbv.de/html/themen_2846.php

Neue Qualitätssicherungsvereinbarung: PET und PET mit CT

Die Positronenemissionstomographie, kurz PET, ist ein nichtinvasives diagnostisches Verfahren, mit dem Stoffwechselprozesse im Körper erfasst werden können. Dabei werden stoffwechselrelevante Moleküle mit Radionukliden markiert, bei deren Zerfall Positronen entstehen. Diese können aufgezeichnet und mit einer speziellen PET-Kamera sichtbar gemacht werden. Zum Einsatz kommt die PET vor allem in der Onkologie. Dort wird der erhöhte Stoffwechsel von Tumorzellen zur Darstellung genutzt. Als Tracer wird dabei vor allem mit radioaktivem Fluor markierte Glukose eingesetzt. Bei der PET/CT wird die PET mit der Computertomographie (CT) kombiniert. Aufgrund der hohen Sensitivität der PET und der hohen Auflösung der CT ermöglicht diese Kombination die Erstellung eines präzisen Bildes, bei dem Bereiche mit erhöhter Aktivität besonders genau lokalisiert werden können. Dies ermöglicht die Bestimmung der exakten Position, Größe, Aktivität und Ausbreitung eines Tumors.

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss bereits 2007 die PET als anerkannte Methode bei bestimmten Indikationen in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommen hatte, wurden zum 1. Januar 2016 neue Gebührenordnungspositionen zur PET beziehungsweise zur PET/CT in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen. Derzeit ist die Untersuchung bei sechs Indikationen zugelassen, darunter fünf Indikationen zum Lungenkarzinom und eine Indikation zum Hodgkin-Lymphom. Die Aufnahme weiterer Indikationen wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss geprüft.

Die Einführung der neuen Gebührenordnungspositionen wurde von der Erstellung einer Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V abhängig gemacht. Diese ist zum 1. Juli 2016 in Kraft getreten und regelt die Voraussetzungen für die Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Zusätzlich ist eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erforderlich, sofern eine CT durchgeführt wird. Grundlage für die Inhalte der Qualitätssicherungsvereinbarung war die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, die bereits Eckpunkte zur Qualitätssicherung festlegte. Die Vereinbarung richtet sich an den Arzt, der die PET durchführt. Dies ist in der Regel der Facharzt für Nuklearmedizin. Dabei kann die Durchführung auch in Kooperation, zum Beispiel mit einem Facharzt für Radiologie erfolgen, wenn die fachlichen Anforderungen für die PET einerseits und die CT andererseits nicht vom selben Arzt erfüllt werden. Die Vereinbarung beinhaltet neben fachlichen und apparativen Anforderungen auch Vorgaben an das interdisziplinäre Team. In diesem interdisziplinären Team erfolgen die Indikationsstellung, Befundbesprechungen und gegebenenfalls erforderliche Nachbesprechungen. Abhängig von der Indikation wird in der Qualitätssicherungsvereinbarung die Zusammensetzung des interdisziplinären Teams vorgegeben.

Da die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss eine stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation vorsieht, wurden in der Vereinbarung Anforderungen an die Dokumentation festgelegt. Die stichprobenartige Überprüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung richtet sich auf die Nachvollziehbarkeit der interdisziplinären Indikationsstellung. Es werden die Dokumentationen zu zwölf abgerechneten Fällen angefordert. Die eingereichten Dokumentationen werden daraufhin beurteilt, ob der Entscheidungsgang zur Indikationsstellung nachvollziehbar ist und ob das Behandlungskonzept die therapeutischen Konsequenzen der Anwendung der PET beziehungsweise PET/CT nachvollziehbar begründet. Die Überprüfung wird in die Beurteilungskategorien nachvollziehbar, eingeschränkt oder nicht nachvollziehbar eingestuft. Das Intervall zwischen den Prüfungen wurde erfolgsabhängig definiert; im Erfolgsfall findet die nächste Überprüfung nach 24 Monaten statt. Da die Indikationsstellung in einem interdisziplinären Team getroffen wird, wurde auch eine entsprechende interdisziplinäre Zusammensetzung der Qualitätssicherungskommission festgelegt.

www.kbv.de/html/themen_23680.php

Weiterentwicklung und Aktualisierung der Ultraschall-Vereinbarung

Zum 1. Oktober 2016 wurde die Ultraschall-Vereinbarung aktualisiert. Die Änderungen betreffen die technischen Prüfungen der Ultraschallgeräte, das Genehmigungsverfahren, die Stichprobenprüfungen sowie die Sicherstellung der Hygiene bei Endosonographiesonden.

Die Ultraschall-Vereinbarung war am 1. April 2009 in Kraft getreten. In ihr werden für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte qualifikatorische Voraussetzungen, technische Anforderungen an die Ultraschallsysteme sowie die Modalitäten zur Durchführung der Qualitätssicherung festgelegt. Aufgrund der hohen Relevanz der Ultraschalldiagnostik bildet die Ultraschall-Vereinbarung einen wesentlichen Bestandteil der vertragsärztlichen Qualitätssicherung.

Bei den vom Arzt bei Genehmigungsantrag nachzuweisenden Zahlen durchgeführter Ultraschalluntersuchungen wurden umfangreiche Anpassungen vorgenommen. Heterogenitäten zwischen berufsrechtlichen Vorgaben und Regelungen der Ultraschall-Vereinbarung wurden dadurch weiter abgebaut. Aufgrund der Auswertungen der Dokumentationsprüfungen der vergangenen Jahre haben die Vertragspartner beschlossen, die Prüfungen und deren Bewertungskriterien spezifischer zu gestalten und den Handlungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Qualitätsförderung zu erweitern.

FACHLICHE ANFORDERUNGEN

Ein zentrales Element bei der Überarbeitung der nachzuweisenden Zahlen durchgeführter Untersuchungen ist die Berücksichtigung bereits nachgewiesener fachlicher Kompetenz bei Beantragung eines oder mehrerer weiterer Anwendungsbereiche der gleichen Ultraschallmethode. Die Nachweiszahlen sind durch die Vorlage entsprechender Dokumente zu belegen.

Um Ultraschall-Kurse, die von den Fachgesellschaften für Ultraschallmedizin seit 2015 in einem modifizierten Format angeboten werden, weiterhin anerkennen zu können, wurden die Vorgaben an Kurse angepasst. Mit den Anpassungen können sowohl die neuen als auch bestehende Kursangebote anderer Anbieter anerkannt werden. Die Anerkennungsfähigkeit von Kursen in Modulstruktur führt dazu, dass die Kurse insgesamt flexibler gestaltet werden können und verschiedene Inhalte leichter kombinierbar werden.

Die Inhalte zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen wurden von dem bisherigen zweistufigen Schema in ein vierstufiges Schema (keine / geringe / erhebliche / schwerwiegende Beanstandung) geändert, um eine differenzierte Darstellung der Prüfergebnisse sowie der Anwendung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu erreichen. Diese können wie bisher im Ergebnis zu Auflagen führen, wie zum Beispiel einer nachzuweisenden Fortbildung, einer Wiederholungsprüfung oder zum Widerruf der Genehmigung.

Die Quote der jährlich durchzuführenden stichprobenhaften Dokumentationsprüfungen wurde erhöht. Statt bisher von drei Prozent fordert die Kassenärztliche Vereinigung jährlich von mindestens sechs Prozent der Ärzte die Dokumentationen zu fünf abgerechneten Ultraschalluntersuchungen an. Der neu hinzukommende Anteil von drei Prozent kann für schwerpunktmäßige Überprüfungen genutzt werden.

APPARATIVE ANFORDERUNGEN

Die Abnahmeprüfung neu zuzulassender Ultraschallsysteme wird zukünftig anhand der Gewährleistungserklärung durchgeführt. Das Intervall der gerätebezogenen Konstanzprüfung wurde auf sechs Jahre fixiert. Die Konstanzprüfung kann anstelle von Ultraschallbildern zukünftig auch alternativ durch Vorlage eines aussagekräftigen Wartungsprotokolls durchgeführt werden.

Insgesamt führen die Änderungen bei der Abnahme-, der Konstanz- sowie der Dokumentationsprüfung zu einer Fokussierung der Arbeit der Qualitätssicherungskommissionen auf die medizinisch-fachliche Qualitätssicherung.

Die neue Fassung der Ultraschall-Vereinbarung regelt jetzt durch klarstellende Hinweise auf bereits bestehende Hygieneanforderungen für den Bereich der Endosonographie, dass als Voraussetzung für die Genehmigungserteilung einer Endosonographiesonde der Hersteller Angaben zu mindestens einem wirksamen und materialverträglichen Desinfektionsverfahren in der Gebrauchsanweisung zur Verfügung stellt. Der Nachweis der Wirksamkeit muss dabei vom Hersteller durch ein Gutachten belegt sein.

www.kbv.de/html/ultraschall.php

Regionale Qualitätsinitiativen

KV Baden-Württemberg

www.kvbawue.de

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

KOMPETENZ IN ONKOLOGISCHEN PRAXEN: PHARMAUNABHÄNGIGE FORTBILDUNGEN FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE IN ONKOLOGISCHEN SCHWERPUNKTPRAXEN

In Baden-Württemberg nehmen mehr als 500 Ärzte an der Onkologie-Vereinbarung teil; sie garantieren mit ihren Praxisteams eine qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten in Baden-Württemberg.

In der Onkologie-Vereinbarung ist festgelegt, was ohnehin dem Selbstverständnis dieser Praxen entspricht: die kontinuierliche interne und externe Fortbildung des Praxispersonals. Ohne die ständige Fortbildung des Personals ist in Anbetracht des schnellen Wandels in der Onkologie und immer komplexerer Behandlungsverfahren eine qualifizierte Unterstützung der Ärzte kaum möglich.

Es zeigte sich in der Vergangenheit, dass es sehr schwierig ist, geeignete – vor allem pharmaunabhängige – Veranstaltungen zu finden. Deshalb bietet die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg seit vielen Jahren Fortbildungsveranstaltungen für Medizinische Fachangestellte aus onkologischen Fachpraxen an.

ONKOLOGISCHE FACHTAGE

VORTRÄGE VON FACHÄRZTEN AUS DER ONKOLOGIE

zum Beispiel aktuelle Diagnostik und Therapie von Lymphomen, des Mamma-Karzinoms oder des Prostata-Karzinoms

FACHÜBERGREIFENDE THEMEN

zum Beispiel Psychoonkologie, Vorstellung des Krebsinformationsdienstes, Nutzen von Selbsthilfegruppen, Belastungssituationen in der täglichen Praxis, Umgang mit schwierigen Patienten

Die Veranstaltungen sind als Onkologische Fachtage konzipiert, die zweimal im Jahr samstags als vierstündige Fortbildungen angeboten werden. Vormittags gibt es medizinische Inhalte mit fachspezifischem Bezug: Vorträge von Fachärzten aus der Onkologie, in der Regel aus niedergelassenen Praxen, die sich zum Beispiel mit der aktuellen Diagnostik und Therapie von Lymphomen, des Mamma-Karzinoms oder des Prostata-Karzinoms beschäftigen. Den Teilnehmern ist es dabei freigestellt, ob sie eine Veranstaltung besuchen, die dem Fachgebiet ihrer Herkunftspraxis entspricht oder ob sie etwas über andere Fachgebiete erfahren möchten. Nachmittags folgen

dann stets zwei fachübergreifende Themen. Es geht beispielsweise um Fragen der Psychoonkologie, um die Vorstellung des Krebsinformationsdienstes oder den Nutzen von Selbsthilfegruppen. Auch die eigene Belastungssituation in der täglichen Arbeit in der onkologischen Praxis wurde schon thematisiert, ebenso der Umgang mit schwierigen Patienten.

Mehrere hundert Teilnehmer bei den Veranstaltungen pro Jahr und die begleitenden Auswertungen belegen: Die Praxismitarbeiter betrachten die Fortbildungen als ihre Veranstaltungen und nehmen Zeit und Weg gerne auf sich.

21.585

KV Bayerns

www.kvb.de

AMBLYOPIESCREENING

In Bayern ist seit mittlerweile mehr als zwei Jahren das Amblyopiescreening erfolgreich etabliert. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Knappschaft in Bayern haben dazu am 1. April 2014 eine regionale Zusatzvereinbarung geschlossen. Ziel ist eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung einer vorliegenden Sehschwäche, der Amblyopie, bei Kleinkindern. Bei frühzeitiger Entdeckung können viele Sehschwächen mit Erfolg behandelt und somit Folgeerkrankungen vermieden werden. Am 1. Juni 2016 konnte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns einen weiteren Vertrag zum Amblyopiescreening im Rahmen der besonderen ärztlichen Versorgung mit der DAK-Gesundheit schließen.

Die Verträge zum Amblyopiescreening gelten für bei der Knappschaft beziehungsweise bei der DAK-Gesundheit versicherte Kinder im Alter zwischen zweieinhalb und dreieinhalb Jahren. In diesem Alter kann eine augenärztliche Vorsorgeuntersuchung einmalig durchgeführt und abgerechnet werden. Bei vorliegenden Risikofaktoren ist die Vorsorgeuntersuchung gemäß DAK-Vertrag bereits ab dem vollendeten fünften Lebensmonat, nach dem Vertrag mit der Knappschaft ab dem vollendeten sechsten Lebensmonat möglich, jeweils bis zur Vollendung des zwölften Lebensmonats. Als Risikofaktoren gelten insbesondere eine diagnostizierte Amblyopie bei Eltern oder Geschwistern, Schielen, größere Anisometropie (unterschiedliche optische Fehlsichtigkeiten am linken und rechten Auge) oder deutliche Hyperopie (Weitsichtigkeit) sowie Frühgeburt vor der 37. Schwangerschaftswoche.

An den Verträgen zum Ambylopiescreening in Bayern können im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zugelassene, angestellte und ermächtigte Fachärzte für Augenheilkunde teilnehmen. Aktuell hat der Vertrag mit der Knappschaft circa 130 augenärztliche Teilnehmer, am Vertrag mit der DAK-Gesundheit nehmen bereits rund 175 Augenärzte teil.

Mit seiner Teilnahme am Vertrag verpflichtet sich der Arzt, neben einer Anamnese des Kindes – mit ophthalmologischer Familienanamnese und Sichtung eventueller Vorbefunde des Kinderarztes – eine augenärztliche Vorsorgeuntersuchung durchzuführen, die bestimmte Untersuchungsleistungen umfasst. Dazu gehören Visusbestimmung, objektive Refraktionsbestimmung, Untersuchung auf Stellung der Modalität und morphologische Untersuchung. Mit den Sorgeberechtigten des Kindes ist ein Abschlussgespräch zu führen, in dem der Befund erläutert wird und eine Beratung zur Sehentwicklung erfolgt. Darüber hinaus füllt der Augenarzt einen standardisierten Befundbogen aus und übergibt diesen den Sorgeberechtigten zur Vorlage beim zuständigen Kinderarzt.

STRABOLOGIE

Eine weitere regionale Zusatzvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der AOK Bayern läuft in Bayern seit mittlerweile sechs Jahren erfolgreich. Ihr Ziel ist die Verbesserung der Behandlung vor allem von Schielerkrankungen im Kindesalter (Strabologie) durch die Förderung von orthoptischen Leistungen, die Verhinderung von Folgeerkrankungen durch die Einleitung einer frühzeitigen Behandlung und die Kooperation mit Kinder- und Hausärzten im Rahmen der U7a-Vorsorgeuntersuchungen. Der Vertrag gilt für bei der AOK Bayern versicherte Kinder bis zum vollendeten siebten Lebensjahr.

An der Vereinbarung können im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zugelassene und angestellte Fachärzte für Augenheilkunde teilnehmen, wenn sie zum Thema Sehstörungen im Kindesalter eine Präsenzfortbildung mit einer Gesamtdauer von mindestens drei Stunden sowie eine Online-Fachwissensprüfung auf dem Fortbildungsportal Cura Campus der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit Erfolg absolviert haben. Die Präsenzfortbildung ist alle drei Jahre, die Online-Fachwissensprüfung jährlich zu wiederholen.

Im Rahmen der verpflichtenden Kooperation mit Kinder- und Hausärzten muss der am Vertrag teilnehmende Augenarzt sicherstellen, dass ein vom Kinder- oder Hausarzt als auffällig diagnostiziertes überwiesenes Kind eine schnelle und fachlich hoch qualifizierte Behandlung erhält und die benötigten Informationen für eine effiziente Behandlung beim behandelnden Kinder- und Hausarzt eingeholt werden.

In Bayern nehmen aktuell circa 460 Augenärzte an der Zusatzvereinbarung Strabologie teil.

26.581

KV Berlin

www.kvberlin.de

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

AUSGEWÄHLTE INITIATIVEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BERLIN ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT

Auch im Jahr 2015 hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin wieder regionale Verträge über neue Behandlungskonzepte und Therapieangebote geschlossen sowie bestehende Verträge angepasst. Zu den neuen Verträgen gehören insbesondere:

- Vertrag nach § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin zum 1. Januar 2015
- Vertrag nach § 73a SGB V zur qualitätsgesicherten Reduktion des Alkoholkonsums mit der KKH zum 1. April 2015
- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus (§ 73c SGB V) mit der DAK-Gesundheit zum 1.Juni 2015

Im Folgenden werden die Inhalte und Teilnahmevoraussetzungen des Vertrags zur Behandlung von chronischen Hepatitis-C-Virus-Infektionen beschrieben.

Hepatitis C ist eine durch das Hepatitis-C-Virus verursachte Entzündung des Leberparenchyms, die zu schweren Leberschädigungen und zur Entwicklung von Leberzellkarzinomen führen kann.

VERTRAG ZUR BEHANDLUNG VON CHRONISCHEN HEPATITIS-C-VIRUS-INFEKTIONEN

Zum 1. Januar 2015 hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mit der AOK Nordost einen Vertrag nach § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin geschlossen. Dieser wurde gemeinsam mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V., dem Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V., dem Arbeitskreis Substitution Opiatabhängiger Berlin e.V. und dem Hausärzteverband Berlin und Brandenburg e.V. erarbeitet.

Ziel des Vertrags ist, die Qualität der Betreuung und der medikamentösen Behandlung von Versicherten mit einer chronischen Hepatitis-C-Virus-Infektion weiter zu verbessern, damit die Zahl erfolgreicher Therapieabschlüsse steigt. Durch in der Therapie erfahrene Ärzte sollen die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte und am individuellen Krankheitsverlauf abgestimmte Behandlung nach dem allgemein anerkannten Stand der pharmakologischen und medizinischen Erkenntnisse etabliert werden.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und muss mit einer Teilnahmeerklärung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin beantragt werden. Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin tätigen Fachärzte, die folgende fachliche Voraussetzungen erfüllen:

- Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Gastroenterologie oder
- Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin mit hepatologischem Schwerpunkt oder
- Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt mit hepatologischem Schwerpunkt oder
- Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nach § 135 Abs. 2 SGB V oder
- Zusatzbezeichnung Infektiologie (LÄK oder DGI) oder
- Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung (LÄK) und die aktive Teilnahme an der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger und
- Nachweis über die Betreuung von mindestens 25 Hepatitis-C-Patienten pro Jahr drei Jahre vor Teilnahme an dem Vertrag sowie der Nachweis der eigenständig durchgeführten Therapie der chronischen Hepatitis C bei mindestens 30 unterschiedlichen Patienten vier Jahre vor Teilnahme an dem Vertrag – gegebenenfalls ist die Mitbetreuung durch einen Supervisor notwendig – und
- Nachweis über die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen im Bereich Hepatologie/Infektiologie innerhalb der letzten drei Jahre vor Vertragsteilnahme (30 CME-Punkte) und ab Teilnahme am Vertrag jährlich 20 CME-Punkte.

Zu den Aufgaben des Arztes gehören insbesondere die umfassende Aufklärung des Patienten über die Infektionswege und das Erkrankungsbild, die Therapieplanung in Abstimmung mit dem Patienten, das regelmäßige und leitliniengerechte Monitoring sowie Abschlusskontrollen nach Beendigung der Therapie.

An diesem Vertrag nehmen bereits 65 Ärzte teil (Stand 31. Dezember 2015).

KV Brandenburg

www.kvbb.de

KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

BEDARFSGERECHTE ZUKUNFTSFÄHIGE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

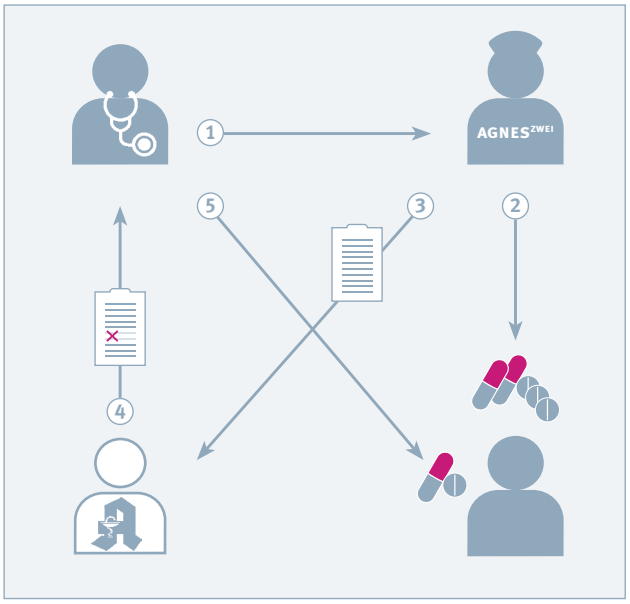
Innovative Versorgungskonzepte über die Sektorengrenzen hinweg: Diesem Credo hat sich die Arbeitsgemeinschaft Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB) verschrieben. Die IGiB ist eine seit 2009 bestehende Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der AOK Nordost und der BARMER GEK Berlin-Brandenburg getragen wird und in dieser Form einzigartig ist. Ziel ist die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung insbesondere auch in den strukturschwachen Regionen Brandenburgs. Eines der ersten umgesetzten Konzepte ist der Einsatz von speziell geschulten Fallmanagern in Arztpraxen, den agnes^{zwei}- Fachkräften. Jetzt gibt es im Erfolgsprogramm agnes^{zwei} das neue Teilprojekt Polypharmazie mit dem Ziel, die Arzneimitteltherapie sicherer zu machen und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Das Projekt Polypharmazie wurde gemeinsam mit dem Apothekerverband Brandenburg ins Leben gerufen und wird zunächst in der Pilotregion Oberspreewald-Lausitz getestet.

Unter Polypharmazie versteht man die gleichzeitige Einnahme von fünf und mehr Arzneimitteln. Im Land Brandenburg betrifft dies etwa jeden dritten Patienten. Problematisch ist dabei, dass mit jedem zusätzlich eingenommenen Arzneimittel das Risiko für das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen steigt. Darüber hinaus gefährdet die gleichzeitige Einnahme verschiedener Arzneimittel die Therapietreue und den Behandlungserfolg. Insbesondere ältere Patienten stehen vor der großen Herausforderung, ihre Medikation zu koordinieren. Der berufsübergreifende Blick auf die Gesamtmedikation des Patienten soll somit zur Verbesserung der Lebens- und Behandlungsqualität kranker Menschen beitragen.

Das neue Projekt Polypharmazie richtet sich an alle Patienten, die bei der AOK Nordost oder der BARMER GEK versichert sind und im Landkreis Oberspreewald-Lausitz wohnen. Weitere Voraussetzung sind die bestehende Betreuung durch eine agnes^{zwei}-Fachkraft sowie die dauerhafte Einnahme von mindestens fünf verschiedenen Arzneimitteln. Bei Erfolg des Projekts ist eine Ausweitung auf weitere Teile Brandenburgs geplant.

Zur Verbesserung von Betreuungsstrukturen vor allem in ländlichen Räumen wurde ein weiteres Projekt zur Strukturmigration in Angriff genommen. Grundidee: Die althergebrachten starren, heute nicht mehr sachgerechten Strukturgrenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich sollen aufgebrochen und damit die medizinische Versorgung übergreifend, hochwertig und ganzheitlich gestaltet werden. Modellregion ist dabei das Mittelzentrum Templin im Herzen der Uckermark, Partner ist die Sana Kliniken AG. Die etablierten ambulanten und stationären Angebote werden zentriert, eine zentrale Koordinierungs- und Anlaufstelle soll entstehen. In enger Abstimmung zwischen den regionalen Haus-, Fach- und Klinikärzten sowie den Pflegediensten werden dort die vielfältigen medizinischen Angebote koordiniert, und die Patienten erhalten eine umfassende Beratung. Ein erster Meilenstein wurde mit der Etablierung des KV RegioMed Zentrums Templin zur geriatrischen Versorgung bereits 2014 gelegt.

PROJEKT POLYPHARMAZIE



1. Der Arzt nennt der agnes^{zwei}-Fachkraft einen geeigneten Patienten.
2. Die agnes^{zwei}-Fachkraft sucht den Patienten auf und erfasst Medikation und Einnahmegewohnheiten, einschließlich Selbstmedikation, in einem standardisierten Erhebungsbogen.
3. Der ausgefüllte Erhebungsbogen wird an den Apotheker weitergegeben.
4. Der Apotheker führt eine erweiterte Medikationsanalyse durch und übermittelt das Ergebnis an den Arzt.
5. Der Arzt passt die Therapie gegebenenfalls an und bespricht sie mit dem Patienten.

Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg:
www.arge-igib.de

KV Bremen

www.kvhb.de

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

QUALITÄTSZIRKEL SUCHT IN BREMEN: MULTIPROFESSIONELL UND ORIGINELL

2015 war ein gutes Jahr. Wenn die Zeitungen über Sucht und Drogen schreiben, dann hat es einen ganz anderen Klang als vor einigen Jahren. Bremen ist nunmehr ein Vorreiter. Und das zu recht, wie auch Dr. John Koc meint. Der Suchtmediziner und seine Kollegen haben im Hintergrund einiges dazu beigetragen.

Der Ort der Veränderungen ist der Qualitätszirkel Sucht, den es immerhin schon mehr als 20 Jahre gibt, der sich in den vergangenen Jahren allerdings deutlich gewandelt hat. „Hier kommen alle zusammen, die etwas beitragen wollen“, so Koc. Und wenn er „alle“ sagt, dann meint er das auch so. Die Liste ist lang: Neben Ärzten sind es beispielsweise Vertreter der Drogenhilfe, der Aidshilfe, der Psychiatrie, des Jugendamtes sowie auch Vertreter aus Therapieeinrichtungen, der Justizvollzugsanstalt, Pharmakologen und Apotheker. Der Qualitätszirkel Bremen ist im wahrsten Sinne multiprofessionell.

Zehnmal im Jahr kommt der Bremer Qualitätszirkel für zwei Stunden oder auch schon mal für einen zweitägigen Workshop zusammen. Die Themen sind so vielfältig wie das Fachgebiet selbst: Behandlungsoptionen, Trauma- und Suchttherapie, Rechtliches, die Geschichte der Opiatabhängigkeit. Vielleicht ist auch dieses breite Spektrum ein Grund für den positiven Zulauf. Trafen sich vor einigen Jahren nur eine Handvoll im Zirkel, sind es heute bis zu 30 und mehr Teilnehmer. Für eine Stadt wie Bremen eine beachtliche Zahl. Der Qualitätszirkel lebt, und seine Mitglieder arbeiten Hand in Hand. Dies gilt auch im Verhältnis zu einer anderen wichtigen Einrichtung, nämlich der Qualitätssicherungskommission Substitution. Da ist man sich in Bremen über die Jahre näher gekommen. Transparenz und Kommunikation haben geholfen.

WORKSHOPS ZU VIELFÄLTIGEN THEMEN, WIE ZUM BEISPIEL

- Behandlungsoptionen
- Trauma- und Suchttherapie
- juristische Fragestellungen oder die Geschichte der Opiatabhängigkeit

Möglich ist, dass diese Rahmenbedingung dafür sorgen, dass in Bremen die Nachwuchsprobleme nicht so groß sind wie in anderen Bundesländern. Zwar scheiden auch hier substituierende Ärzte aus, es kommen aber immer wieder welche dazu. Koc: „Wir brauchen keine kostspieligen Werbekampagnen.“

1.892

KV Hamburg

www.kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

DIE ABTEILUNG QUALITÄTSSICHERUNG DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG HAMBURG

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

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

ZU DEN AUFGABEN GEHÖREN:

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

HINZU KOMMEN WEITERE AUFGABENBEREICHE, DIE DEM BEREICH QUALITÄT UND SICHERSTELLUNG ZUGEORDNET SIND:

- Ärztliche Stelle: Sie hat die Aufgabe, dem Strahlenschutzverantwortlichen und den anwendenden radiologisch tätigen Vertragsärzten Maßnahmen zur Optimierung der medizinischen Strahlenanwendung vorzuschlagen. Dies betrifft insbesondere die Verbesserung der Bildqualität, die Herabsetzung der Strahlenexposition oder sonstige qualitätsverbessernde Maßnahmen. Zudem prüft sie, ob und wie weit die Vorschläge umgesetzt werden. Aus diesem Grund hat die Ärztliche Stelle alle von Vertragsärzten betriebenen Röntgeneinrichtungen sowie strahlentherapeutische und nuklearmedizinische Einrichtungen in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.
- Qualitätsmanagement: Die Mitarbeiter der Qualitätssicherung beraten und unterstützen die Praxen insbesondere für das Qualitätsmanagement-System QEP® bei
  - der Erhebung des Ist-Zustands ihrer Praxis,
  - der darauffolgenden Festlegung von Praxiszielen und deren späterer Überprüfung,
  - der Anleitung einer Teambesprechung,
  - der Gestaltung von Organigrammen, Verfahrensanweisungen und anderen Dokumenten,
  - der Gestaltung eines Fragebogens für Patienten oder bei der Ausarbeitung einer Mitarbeiter-Umfrage.
- Genehmigung und Betreuung von Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen
- Überprüfung und Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen der Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung für Disease-Management-Programme: Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen
- Disease-Management-Programme: Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und jährliche Überprüfung der Strukturvoraussetzungen

5.014

KV Hessen

www.kvhessen.de

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

AUSBAU DES SERVICEANGEBOTS IM BEREICH HYGIENE

Das Thema Hygiene stellt einen elementaren Bestandteil des praxisinternen Qualitätsmanagements im ambulanten Bereich dar. Aufgrund der hohen Bedeutung, die die Kassenärztliche Vereinigung Hessen dem Thema zuschreibt, sowie der steigenden Anzahl an Anfragen, wurde im Jahr 2015 das bestehende Mitarbeiterteam von Hygieneexperten um Dr. med. Norbert Weykunat, Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, erweitert. Mit seiner langjährigen Erfahrung und Fachexpertise konnte die Kassenärztliche Vereinigung das kostenlose Serviceangebot für die Mitglieder weiter ausbauen.

Ein Schwerpunkt ist die Hygieneberatung in den Praxen. Im Vorfeld werden hierzu stets das Ziel und der Inhalt der Beratung abgestimmt. Im Rahmen der Beratung vor Ort besteht dann die Möglichkeit, auf die individuellen Praxisgegebenheiten einzugehen, Fragen zu beantworten und auf kritische Aspekte hinzuweisen. Gerade im Hinblick auf anstehende Begehungen durch das jeweils zuständige Gesundheitsamt, nehmen die Praxen diese Möglichkeit als Vorabcheck gerne in Anspruch.

Neben der Hygieneberatung in den Praxen werden auch Qualitätsmanagement-Beratungen vor Ort angeboten. Inhalte dieser Beratungen reichen von den elementaren gesetzlichen Anforderungen, der Frage nach geeigneten Systemen, der konkreten Umsetzung bis hin zur Zertifizierungsvorbereitung. Häufig nutzen die Praxen auch die Option, eine Qualitätsmanagement-Beratung mit einer Hygieneberatung zu verknüpfen, um die Aspekte der Hygiene optimal in das eigene Praxis-Qualitätsmanagement integrieren zu können.

Darüber hinaus kommt es vor, dass Fragen zur Hygiene oder des Qualitätsmanagements im interkollegialen Austausch, beispielsweise in Qualitätszirkelsitzungen, aufkommen oder in Ärztenetzen thematisiert werden. In diesen Fällen bietet die Kassenärztliche Vereinigung Hessen an, diese Fragen in gemeinsamen Diskussionsrunden zu besprechen oder in Vorträgen über bestimmte Teilaspekte der Hygiene oder des Qualitätsmanagements zu referieren.

Einen weiteren Schwerpunkt des Serviceangebots bildet ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsangebot zu den genannten Themenbereichen. Es wird für die Praxen zum Thema Hygiene ein modular aufgebautes Fortbildungskonzept mit unterschiedlich schwierigen Inhalten für ein zielgruppengerechtes Arbeiten sowohl für Ärzte als auch für medizinische Fachangestellte geben.

Ebenfalls zum Themenbereich Qualitätsmanagement wird die Workshopreihe „QM leben“ angeboten, in der von der Einführung über die Umsetzung bis hin zur Weiterentwicklung die verschiedenen Phasen des Qualitätsmanagements in der Praxis beleuchtet werden. Ein weiteres Angebot ist das QEP®-Einsteigerseminar, das den Praxen die Möglichkeit bietet, das Qualitätsmanagement-System QEP® zu verstehen und damit zu arbeiten. Alle Veranstaltungen sind getrennt zwischen ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen und – bis auf das QEP®-Einsteigerseminar – für unsere Mitglieder kostenfrei!

Des Weiteren werden auf der Website als Serviceangebot Informationsmaterialien und Musterdokumente zur Verfügung gestellt. Im Mitgliedermagazin „Auf den Punkt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zudem zu wechselnden Hygienethemen regelmäßig Artikel mit praktischen Hinweisen für den Praxisalltag.

Aufgrund der Mitgliedschaft im bundesweiten Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte besteht ein regelmäßiger Dialog mit Experten, um bundesweite Entwicklungen direkt weitergeben zu können.

12.675

KV Mecklenburg-Vorpommern

www.kvmv.de

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

QUALITÄTSVERSORGUNG DURCH NICHT-ÄRZTLICHE FACHKRAFT BEI CHRONISCHEN WUNDEN

Hochqualifiziertes medizinisches Fachpersonal mit erweiterten Kompetenzen im Rahmen der Übernahme von ärztlich delegierbaren Leistungen in Verbindung mit einem umfassenden Fallmanagement wird in Zukunft eine unersetzliche Komponente in der Patientenbetreuung darstellen. In einer ländlichen Region wie Mecklenburg-Vorpommern kann eine arztentlastende Struktur beim Facharzt die Versorgung von Versicherten mit ausgewählten Krankheitsbildern beziehungsweise Indikationen sinnvoll ergänzen.

Zur besonderen Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden hat die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern eine Vereinbarung mit der AOK Nordost für den Einsatz von spezialisierten Fachkräften im Auftrag von Fachärzten geschlossen. Ziel ist es, Patienten mit chronischen Wunden zuhause durch eine nicht-ärztliche, auf Wunden spezialisierte Fachkraft im Auftrag des Facharztes zu versorgen. Anspruchsberechtigt sind Versicherte mit chronischen Wunden, die trotz bisheriger mindestens sechswöchiger ambulanter Behandlung mindestens weitere sechs Wochen einer fachärztlichen Behandlung bedürfen. Zugelassene Fachärzte, die eine nicht-ärztliche Fachkraft mit Zusatzqualifikation in der Wundversorgung angestellt haben, können an dieser Vereinbarung teilnehmen.

DIE WUNDVERSORGUNG IM AUFTRAG DES FACHARZTES KANN ERFOLGEN DURCH:

- dreijährig examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen,
- Krankenschwestern und -pfleger,
- Kinderkrankenschwestern und -pfleger mit einer dreijährigen Berufserfahrung

sowie bei einer nachgewiesenen Weiterbildungsmaßnahme Chronische Wunde (Wundmentor, Wundschwester, Wundexperte) von mindestens 48 Fortbildungsstunden mit abschließender Zertifizierung – zum Beispiel durch die Initiative Chronische Wunde e. V..

Die nicht-ärztliche Fachkraft unterstützt den Facharzt bei der Identifikation des Patienten in der Praxis und der Aufnahme in die Versorgung, bei einer intensivierten Behandlung beziehungsweise langfristigen, sekundärpräventiven Begleitung des Patienten in der eigenen Häuslichkeit.

ZIELE DER FACHÄRZTLICHEN BEHANDLUNG UND DER NICHT-ÄRZTLICHEN BETREUUNG DURCH SPEZIALISIERTE WUNDEXPERTEN:

- Verkürzen der Wundbehandlung durch Optimierung der Wundversorgung und Steigerung des Wundheilungspotenzials mit dem Ziel des vollständigen Wundverschlusses und der Vermeidung schwerer Wundstadien,
- Vermeiden stationärer Aufenthalte einschließlich unnötiger Krankentransportfahrten im Zusammenhang mit der chronischen Wunde,
- Steigern der Lebensqualität des Versicherten insbesondere durch die Verbesserung der Mobilität und damit Gewährleistung der sozialen Integration zum Beispiel durch Verringern der Beschwerden, Reduzieren des Schmerzes, der Ödeme und der trophischen Störungen im betreffenden Hautareal sowie Abheilung von Wunden,
- Förderung der Selbstständigkeit und Autonomie des Patienten im Umgang mit der Grunderkrankung und Behandlung der Wunde,
- Stärken der Patientensicherheit,
- Maßnahmenplanung zur Vermeidung von Rezidiven in Kooperation mit dem Hausarzt,
- Erhöhen der Heilungsraten, Senken der Rezidivraten,
- effizienter und effektiver Umgang mit modernen, häufig hochpreisigen Wundtherapeutika,
- korrektes Kodieren der Wunddiagnosen.

Um auf den demografischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt einzugehen, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und der Neufassung des § 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V einen weiteren Schritt getan. In einigen Regionen Deutschlands wird absehbar die Bevölkerungszahl sinken und das Durchschnittsalter der Versicherten steigen.

Um die ambulante Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherzustellen, sind die bisherigen Maßnahmen zur Entlastung der Ärzte sowie zur Konzentration auf originär ärztliche Tätigkeiten auszubauen. Zu diesem Zweck wird im neuen Satz 8 die Einsatzmöglichkeit von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen delegationsfähiger Leistungen – das sind ärztlich angeordnete Hilfeleistungen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 und 3 – gestärkt. Um das bestehende Potenzial für eine Delegation ärztlicher Leistungen zur Entlastung der Ärzte voll auszuschöpfen, sollen bisherige Bedingungen, wie das Beschränken auf den hausärztlichen Versorgungsbereich, beseitigt werden.

3.179

KV Niedersachsen

www.kvn.de

KVN Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

BETREUUNGSSTRUKTURVERTRÄGE ZUR VERBESSERUNG DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Mit dem Ziel, durch eine stärkere ärztliche Koordination von Behandlungsmaßnahmen unter anderem eine erhöhte Betreuungsintensität sowie die Senkung von Wartezeiten und eine schnellere Genesung von Patienten zu erreichen, war es in Niedersachsen möglich, mit einigen Kassen jeweils eine Art Betreuungsstrukturvertrag zu vereinbaren.

In dessen Rahmen wurden verschiedene Versorgungsmodule für Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten sowie ergänzende Module für Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern und ein Modul der ambulanten Psychotherapie aufgebaut. Die Auszahlung der vorgesehenen zusätzlichen Honorare erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und des Regelleistungsvolumens. Gezahlt werden kontaktabhängige Vergütungspauschalen, die je nach Anzahl an gesicherten Diagnosegruppen / Indikationen gestaffelt ausfallen. Eine Anlage zum Vertrag weist die vergütungsrelevanten ICD-Codes wie beispielsweise Atherosklerose, chronische Nierenkrankheit, chronischer Schmerz, Diabetes oder Demenz aus. Weitere Regelungen zur Überweisungssteuerung fördern den schnellen Behandlungsverlauf, da innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Ausstellung der Überweisung die Überweisungsleistung am Patienten zu erbringen ist. Die verpflichtende Rückmeldung an den überweisenden Arzt sorgt für den reibungslosen ärztlichen Austausch.

MODUL FÜR FAMILIEN MIT KINDERN SCHWER ERKRANKTER ELTERN

Das Modul für Familien mit Kindern schwer erkrankter Eltern ermöglicht die Beratung der Familien in zwei Sitzungen à 50 Minuten und weitere Sitzungen mit einem flexiblen Beratungsangebot für enge Bezugspersonen sowie für die betroffenen Kinder. Die Leistungen können ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbringen. Auch für dieses Modul sind die in Frage kommenden ICD-Diagnosen wie zum Beispiel HIV / Aids, Depression und Schlaganfall fest umrissen.

MODUL ZUR AMBULANTEN PSYCHOTHERAPIE

Ein weiteres Modul zur ambulanten Psychotherapie hat zum Ziel, die Verbesserung der Versorgung durch eine gezielte Überweisung von Haus- oder Fachärzten in die ambulante Psychotherapie zu bewirken. Die überweisenden Ärzte erhalten für die eingehende Abklärung und die Erläuterung der Notwendigkeit einer dringlichen Überweisung sowie für die

Terminvereinbarung mit dem übernehmenden Arzt / Psychotherapeuten eine Vergütung. Der übernehmende Arzt / Psychotherapeut hingegen wird unter anderem für die Diagnosestellung und Erstellung eines Therapieplans honoriert.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass mit diesen Verträgen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten medizinischen Versorgung erheblich verbessert wird. Insbesondere die enge Vernetzung zwischen den Vertragsteilnehmern auf den verschiedenen Versorgungsebenen wird die Patientenversorgung beziehungsweise -betreuung weiter voran bringen. Es sind ohne zusätzliche Patienteneinschreibungen und übermäßige Dokumentation bei Zugrundelegung der vertragsrelevanten Diagnosen zur Vermeidung von stationären Behandlungen eine Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie einer wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln zu erwarten.

15.238

KV Nordrhein

www.kvno.de

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

STABILITÄT UND SCHLAGKRAFT

Während die vergangenen fünf Jahre vorrangig im Zeichen der ständigen Weiterentwicklung und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses standen, ist es nun immer mehr geboten, den Schwerpunkt in der flächendeckenden dauerhaften Gewährleistung eines hohen Qualitätsstandards in der Patientenversorgung zu setzen. Die Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungspflicht, die Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements sowie das individuell von jedem Mitglied angebotene Behandlungsspektrum unterliegen den bereits bekannten Kontrollmaßnahmen durch die Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Die Mitglieder präsentieren sich im Jahr 2015 äußerst kompetent und leistungsstark. Dies ist nicht nur, aber auch auf das umfangreiche Beratungsangebot der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zurückzuführen. Neben den ärztlichen Qualitätssicherungskommissionen und beratenden Ärzten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein steht eine Vielzahl von Beratern der Kassenärztlichen Vereinigung in sämtlichen Kompetenzfeldern von A wie Abrechnungsberatung bis Z wie Zweigpraxisantrag zur Verfügung. Dieses breitgefächerte Servicepaket wird gerne und in hohem Maße in Anspruch genommen. Aufgrund der großen Nachfrage veranstaltet die Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein seit 2015 zudem sogenannte Beratertage im Haus der Ärzteschaft.

Während den Kassenärztlichen Vereinigungen früher überwiegend eine Kontrollfunktion und Interessenvertretung ihrer Mitglieder zuteil wurde, zeigt sich immer mehr, dass sie aktuell und zukünftig auch in der Rolle des modernen Dienstleisters und Kooperationspartners gefragt sind.

Zunehmende gesellschaftliche Veränderungen wie der demografische Wandel in Deutschland und damit einhergehend ein sich abzeichnender Ärztemangel sowie eine ständig steigende Anzahl pflegebedürftiger Patienten, stellen immer neue Anforderungen an die Institution Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und an die tägliche Arbeit der Mitglieder.

Obwohl die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein nur die Versorgung der gesetzlich Versicherten sicherzustellen hat, hat man frühzeitig gegenüber der Landesregierung Nordrhein-Westfalen deutlich gemacht, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein auch bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen mithelfen will. In enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und dem Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen wurde eine Regelung gefunden, die zu einer sachgerechten Aufgabenverteilung bei der ärztlichen Versorgung der Flüchtlinge und Asylbewerber führte. Der neu geschlossene Rahmenvertrag startete zum 1. Oktober 2015. Durch die Unterstützung der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen kann jetzt die flächendeckende Erstversorgung der Menschen vereinfacht und beschleunigt stattfinden. Die Mitglieder erhalten durch die neuen vertraglichen Bestimmungen vor allem die nötige Sicherheit in Abrechnungs- und Verordnungsfragen. Diesem wichtigen Thema haben sich auch die Qualitätszirkeltutoren angenommen. Durch ein im Herbst stattfindendes Fortbildungswochenende mit dem Thema „Medizinische Versorgung von Menschen auf der Flucht“ nehmen sich die Tutoren der Herausforderung an und geben ihr Wissen an die Qualitätszirkelmoderatoren auf dem Moderatorentag im November in Düsseldorf weiter.

Aufgrund einer stetig älter werdenden Bevölkerung kommt der ambulanten Palliativversorgung eine immer größere gesellschaftliche Bedeutung zu. Im November 2015 fand der Kongress „Zehn Jahre ambulante Palliativversorgung in Nordrhein“ statt. Bereits vor einem Jahrzehnt wurden in Nordrhein die Strukturen für eine nahezu flächendeckende allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung geschaffen. Es ist ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Palliativärzten, Palliativ-Care-Teams, Palliativpflege- und Hospizdiensten aktiv. In der Palliativversorgung bekleidete Nordrhein-Westfalen stets eine Vorreiterrolle in Deutschland.

Im vergangenen Jahr hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein damit begonnen, sich neu zu strukturieren und eine Aufteilung der Zuständigkeiten in mehrere Geschäftsbereiche vorzunehmen. Die neue Struktur soll unserer Organisation mehr Schlagkraft und Stabilität verleihen. Transparenz und klare Verantwortlichkeiten sollen dazu beitragen, dass – wenn gefordert – kreativer, produktiver und mutiger agiert werden kann.

20.352

KV Rheinland-Pfalz

www.kv-rlp.de

KVRLP KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

QUALITÄTSFÖRDERUNG DURCH QUALITÄTSSICHERUNGS-KOMMISSIONEN

Die Arbeit der 42 Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz gerät beim Thema Qualitätsförderung häufig in den Hintergrund. Dabei sind die Qualitätssicherungskommissionen im Rahmen der Selbstverwaltung das Herzstück der Qualitätsarbeit des vertragsärztlichen Bereichs. Umfassende Qualitätsförderung setzt vor allem auf freiwillige Initiative und nicht allein auf gesetzliche Vorgaben. Für Vertragsärzte ist die Selbstverpflichtung zur Qualität eine immanente, aus ihrem freiberuflichen Selbstverständnis heraus entwickelte Aufgabe.

Die Mitglieder der Qualitätssicherungskommissionen befassen sich nicht nur mit der Sicherung der ärztlichen Qualität der Leistungen, sondern unternehmen verschiedene Anstrengungen, um die Qualität im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zu fördern. Dank des Know-hows der Kommissionsmitglieder werden Praxen dabei unterstützt, ihre Qualitätsziele zu erreichen, praktische Fragen schnell zu klären, praxisinterne Prozesse zu optimieren und damit das Qualitätsniveau nachhaltig weiterzuentwickeln.

Die Kommissionsarbeit genießt bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz. Sie dient der Überprüfung und Sicherung der Behandlungsqualität in der ambulanten Versorgung. An die 273 Mitglieder der Qualitätssicherungskommissionen werden hohe Anforderungen gestellt. Es handelt sich um ausgewiesene Fachexperten, die vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz bestellt werden.

42

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

273

MITGLIEDER (AUSGEWIESENE FACHEXPERTEN)

FREIWILLIGE INITIATIVEN ZUR QUALITÄTSFÖRDERUNG

Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz hat in den vergangenen Jahren verschiedene Initiativen für die Weiterentwicklung der Qualitätsförderung ergriffen, um ihren Mitgliedern eine passgenau konzipierte Qualitätsförderung zu ermöglichen und sie bei der Umsetzung der zahlreichen gesetzlichen Bestimmungen zu unterstützen. Bei diesen freiwilligen Maßnahmen spielen vor allem Qualitätszirkel, Seminare zu Qualitätsmanagement-Themen sowie Peer Reviews eine Rolle, da sie über verpflichtende, datengestützte und vergleichende Qualitätssicherungsverfahren hinausgehen.

Des Weiteren haben die Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz Workshops ins Leben gerufen, um das Qualitätsniveau in verschiedenen Fachgebieten aktiv anzuheben. Ein Beispiel ist der jährlich stattfindende Workshop zum Thema Sonographie der Säuglingshüfte unter Beteiligung von Prof. Dr. Reinhard Graf. Durch die seit zehn Jahren regelmäßig stattfindende Schulung der Anwender konnte eine signifikante Reduzierung der Beanstandungsquote erreicht werden.

Ebenso wurden und werden den Vertragsärzten qualitätsfördernde Informationen zur Verfügung gestellt. Ein Beispiel ist das von KV-TV Rheinland-Pfalz produzierte Video zur Sonographie der Schilddrüse, welches über den geschützten Mitgliederbereich aufrufbar ist.

ERGÄNZENDES WIRKEN VON QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSFÖRDERUNG

Eine Besonderheit in der vertragsärztlichen Qualitätsförderung ist die kollegiale Beratung. Diese Beratung durch die Qualitätssicherungskommissionen hat eine lange Tradition. Kollegiale Beratungen können jederzeit in Anspruch genommen werden. Häufig ist das der Fall, wenn die Kommission im Rahmen von vereinbarungsgemäßen Qualitätsprüfungen Mängel in der Dokumentation, beispielsweise in der technischen Bildqualität, festgestellt hat.

Im Vordergrund steht der Leitgedanke: Beratung vor Bestrafung. Verstoßen Ärzte gegen Qualitätssicherungsvereinbarungen, greifen zunächst die vorgeschriebenen behördlichen Maßnahmen. Daneben bietet die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz aber auch systematisch Beratungsgespräche zur interkollegialen Unterstützung an. Über diesen fachlichen Dialog können komplexe Informationen wesentlich besser ausgetauscht werden als dies in einem langen Schriftwechsel möglich wäre. Die persönliche Beratung lässt auch ein differenziertes Feedback zu.

7.695

KV Saarland

www.kvsaarland.de

In den Jahren 2012 bis 2014 wurde in der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ein Qualitätsmanagement-System für die Abläufe innerhalb des Hauses entwickelt, eingeführt und am 30. April 2015 einem externen Zertifizierungsaudit unterzogen. Nach bestandener Prüfung wurde am 20. Mai 2015 die Zertifizierungsurkunde im Rahmen der Vertreterversammlung offiziell an den Vorstand überreicht.

„Die Etablierung eines Qualitätsmanagement-Systems ist ein Signal an unsere Mitglieder“, so Martin Brühl, Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland: „Wir stellen die Anforderungen der Mitglieder an uns als KV und ihre Zufriedenheit noch konsequenter in den Mittelpunkt unseres Handelns. Wir nehmen die Rückmeldungen unserer Mitglieder sehr ernst und richten unsere Prozesse an ihnen aus. Die Botschaft unserer Zertifizierung soll darüber hinaus auch ein Zeichen der Anerkennung der hohen Qualität sein, die unsere Mitglieder in der ambulanten Versorgung jeden Tag gewährleisten. Auch wir als KV stellen uns mit der Zertifizierung einer kritischen Prüfung, in die alle Bereiche und Mitarbeiter mit einbezogen werden.“

Besonders stolz sei man auf die Testabrechnung im Rahmen der Online-Abrechnung, ergänzt Dr. Gunter Hauptmann, Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland. „Hier haben wir eine zentrale Qualitätsverbesserung erreicht. Durch das Erstellen einer Testabrechnung können sehr frühzeitig eventuelle Fehler erkannt werden.“

Davon profitiere der Arzt, der seine Abrechnung korrigieren könne, bevor er sie endgültig abgibt, wenn zum Beispiel ein Fehler in der Praxisverwaltungssoftware vorgelegen hat. Durch die Einführung der Testabrechnung habe sich die Zahl der Widersprüche gegen Verwaltungsakte der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland um 80 Prozent reduziert.

„Die bestandene Zertifizierung ist ein Etappenziel“, so Hauptmann weiter. „Wir werden unser Qualitätsmanagement-System kontinuierlich weiterentwickeln. Durch eine regelmäßige Überprüfung und Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen werden wir Schwachstellen identifizieren und beseitigen und unsere Stärken weiter ausbauen, zum Nutzen unserer Mitglieder.“

Ziel war es, im Rahmen der Einführung des Qualitätsmanagement-Systems effizientere, einfachere und transparentere Verwaltungsabläufe zu schaffen und auf allen Ebenen klare Verantwortlichkeiten festzulegen, um dadurch einen wirtschaftlichen und sparsamen Umgang mit Ressourcen sicherzustellen.

Die Einführung des Qualitätsmanagement-Systems verdeutlicht zudem, dass Qualitätsmanagement nicht nur eine Forderung ist, die die Kassenärztliche Vereinigung Saarland an ihre Mitglieder die saarländischen Arzt- und Psychotherapeutenpraxen richtet, sondern dass sie sich selbst auch zu diesen Standards bekennt.

QUALITÄTSMANAGEMENT-SYSTEM

- Online-Testabrechnung
- regelmäßige Überprüfung und Umsetzung von Maßnahmen
- Schwachstellen beseitigen, Stärken ausbauen
- effiziente, einfache und transparente Verwaltungsabläufe
- klare Verantwortlichkeiten
- wirtschaftlicher und sparsamer Umgang mit Ressourcen
- klare Entscheidungs- und Berichtswege
- Fehlermanagement

Als zentraler Dienstleister wurde ein neuer Bereich Innere Verwaltung etabliert. Ein Service-Center dient als erster telefonischer Ansprechpartner und stellt eine bessere Erreichbarkeit auf der einen Seite und eine Entlastung der Mitarbeiter auf der anderen Seite sicher. Anfragen können schneller beantwortet, Auskünfte schneller erteilt werden. Aufgaben wurden in und zwischen den Bereichen neu geordnet und klare Entscheidungs- und Berichtswege geschaffen.

Zum Qualitätsmanagement-System gehört auch ein positiver und offener Umgang mit Fehlern. Zentrale Bausteine sind ein Fehlermanagement und eine nachhaltige Veränderung der Fehlerkultur, das heißt Fehler werden als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung betrachtet.

Darüber hinaus bedient sich die Kassenärztliche Vereinigung Saarland verschiedener Ansätze, um einen Kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) sicher zu stellen. Dazu zählen zum Beispiel die Beschreibung von Prozessen in Verfahrensanweisungen oder der Einsatz von anlassbezogenen KVP-Teams.

Die Einbindung der Mitarbeiter in die Prozessanalyse und Weiterentwicklung ist eine wichtige Grundlage des Qualitätsmanagement-Systems. Daher wurden die Schulungsmaßnahmen intensiviert. Ein Personalentwicklungskonzept wird sicherstellen, dass die Mitarbeiter den ständig wachsenden Anforderungen und den sich veränderten Rahmenbedingungen gewachsen sind.

2.152

KV Sachsen

www.kvs-sachsen.de

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN

KONSTITUIERUNG DER KOMMISSION HÖRGERÄTEVERSORGUNG IM JAHR 2015

Im Jahr 2015 wurde die Qualitätssicherungskommission Hörgeräteversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen durch drei Ärztinnen aus den Gebieten Chemnitz, Dresden und Leipzig gegründet. Dr. Ulla Müller ist die Vorsitzende der Kommission und als Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in ihrer Praxis in Naunhof tätig. Die Kommissionsmitglieder Dr. Ria Czech und Dr. Eva Maria Pilz leiten in Ehrenfriedersdorf und in Dresden ebenfalls jeweils eigene Praxen.

Seit dem 1. April 2013 gilt für die Ärzte eine Pflicht zur elektronischen Dokumentation der Hörgeräteversorgung. Für Sachsen erfolgt dies über das Online-Portal eDoku im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dabei wird sowohl vom Arzt die Hörsituation vor und nach der Verordnung eines Hörgeräts dokumentiert als auch vom Patienten selbst anhand des APHAB-Fragebogens (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) eine Einschätzung zu seiner Hörfähigkeit vor und nach der Versorgung abgegeben.

INTERVIEW MIT DR. ULLA MÜLLER ZU IHRER KOMMISSIONSTÄTIGKEIT

Warum wurde eine Kommission für die Hörgeräteversorgung eingerichtet?

Die Einrichtung der Kommission erfolgte aufgrund der Prüfung der Sinnhaftigkeit der Auswertung der APHAB-Fragebögen vor und nach Versorgung eines Patienten mit Hörgeräten. Ausschlaggebend sind der Grad der Hörstörung, die Art der Versorgung und die Hörverbesserung mit Hilfe der Hörgeräte. Diese Auswertung soll eine Vergleichbarkeit des Hörerfolgs möglich machen.

Gab es für Sie einen besonderen Anreiz in der Kommission Hörgeräteversorgung mitzuwirken?

Es liegt in meinem Interesse und im Interesse der Fachschaft, die Patienten möglichst effektiv einer Hörverbesserung zuzuführen. Die Gründung einer solchen Kommission kann es ermöglichen, effektiv und objektiv den Gewinn einer Hörgeräteversorgung zu beurteilen.

Welche Aufgaben standen zu Beginn der Kommissionsarbeit an?

In der Anfangszeit war es wichtig, die vorhandenen Möglichkeiten einer sogenannten eDokumentation hinsichtlich der Richtigkeit und der Vollständigkeit zu beurteilen. Bei den Fachkollegen, die bereits eDokumentationsbögen bearbeiten und ausfüllen, wurden stichprobenartige Prüfungen durchgeführt.

Im März 2016 konnten erstmals Stichprobenprüfungen der im eDoku-Portal erfassten Dokumentationen durchgeführt werden. Wie beurteilen Sie die Ergebnisse?

Die Ergebnisse der vorhandenen eDokumentationsbögen zeigten noch erhebliche Unvollständigkeiten und demzufolge nur beschränkte Auswertungsmöglichkeiten auf. Bisher scheinen eigene Dokumentationen nach individuellen Patientenbefragungen sinnvoller, als es die APHAB-Fragebögen sind, was zumeist an den im APHAB-Fragebogen gestellten Fragen liegt, aber auch an der zum Teil fehlenden Patientencompliance. Somit fehlt die Vergleichbarkeit zwischen den Daten, was Längsschnittanalysen wenig sinnvoll erscheinen lässt.

Welchen Einfluss hat die Dokumentation der Hörbeeinträchtigung vor und nach der Verordnung von Hörgeräten sowie die Erfassung des APHAB-Fragebogens auf die Qualität der Leistungserbringung und erachten Sie die Auswertung der Daten als sinnvoll?

Die Dokumentation vor und nach der Hörgeräteversorgung ist sehr wichtig, sowohl für den Arzt und den Patienten, als auch für den Hörgeräteakustiker im Rahmen eines Feedbacks, da der Kontakt zwischen Patient, Arzt und Akustiker zur optimalen Hörgeräteversorgung sehr wichtig ist. Allerdings halte ich den aktuellen APHAB-Fragebogen für zu ungenau. Der nachfolgende Vermerk kann von den Patienten sehr unterschiedlich interpretiert werden: „Wenn Sie eine solche beschriebene Situation noch nicht erlebt haben, versetzen Sie sich in eine ähnliche Situation.“ Es müssen Fragen mit einer Allgemeingültigkeit gefunden werden.

Gibt es hinsichtlich der Kommissionsarbeit noch Probleme / Verbesserungspotenziale?

Die Kommission könnte zum Beispiel an einem weitestgehend allgemeingültigen Fragenkatalog arbeiten, um eine bessere Auswertbarkeit zu ermöglichen.

Das Gespräch führte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.

8.179

KV Sachsen-Anhalt

www.kvsa.de

WIR VERARZTEN DICH – ÄRZTLICHER NACHWUCHS FÜR SACHSEN-ANHALT

In Anbetracht des sich verschärfenden Ärztemangels ist es immer wichtiger, Studierende mit der Option einer Tätigkeit im ambulanten Bereich vertraut zu machen und die sich bietenden beruflichen Perspektiven aufzuzeigen. Dazu führte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Jahr 2015 Informationsveranstaltungen an den Universitäten Halle und Magdeburg durch. Um interessierte Schüler, Studierende und Ärzte in Weiterbildung mit dem Wunsch zum Medizinstudium beziehungsweise einer ambulanten Tätigkeit zu informieren, nutzt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt einen Facebook-Auftritt. Dort informiert sie über aktuelle Veranstaltungen, Fördermaßnahmen und Neuigkeiten im Bereich der ärztlichen Nachwuchsförderung.

FÖRDERPROGRAMME DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SACHSEN-ANHALT – VOM STUDIUM BIS ZUR AUFNAHME DER VERTRAGSARZTTÄTIGKEIT

Unterstützung im Studium

Die Kassenärztliche Vereinigung hat ein umfangreiches Programm aufgelegt, um durch die Förderung praktischer Studienzeiten in Praxen, das Angebot von Informationsveranstaltungen und Workshops in ländlich geprägten Regionen und den direkten Kontakt mit tätigen Ärzten dazu beizutragen, die ambulante ärztliche Versorgung in den Fokus der Studierenden zu rücken. Gleich zu Beginn des Medizinstudiums setzt die Förderung ein – in der Famulatur, im Blockpraktikum und im Tertial Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr. Das hohe Interesse an den Programmen zeigt sich in der stetig wachsenden Anzahl geförderter Studierender: 435 Famulanten und 108 Blockpraktikanten wurden im Jahr 2015 finanziell unterstützt. Die Förderung im Praktischen Jahr im Tertial Allgemeinmedizin nutzten 35 Studierende.

Darüber hinaus finanziert die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt pro Semester zwei Studienplätze für Humanmedizin an der Universität Witten/Herdecke. Die Bewerber, die den Studienplatz erhalten, verpflichten sich nach Absolvierung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zur ambulanten Tätigkeit in einer Region Sachsen-Anhalt, für die ein Versorgungsbedarf besteht.

Stipendien

Im Jahr 2015 nutzten 62 Studierende die Stipendienprogramme der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt: Studierenden wird ab dem dritten Studienjahr ein monatliches Stipendium im Hinblick auf eine spätere vertragsärztliche Tätigkeit in einer Region mit Versorgungsbedarf im Land Sachsen-Anhalt angeboten.

Studierende der Klasse Allgemeinmedizin an der Martin-Luther-Universität in Halle/Wittenberg können bereits ab dem ersten Studienjahr ein Stipendium von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt erhalten. Ihnen wird eine Vereinbarung angeboten, auf deren Grundlage sie nach dem Abschluss des Studiums die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin absolvieren und anschließend in einer Region Sachsen-Anhalts mit hausärztlichem Versorgungsbedarf tätig werden. Vorteil ist, dass jeder Studierende ab dem ersten Semester einen landärztlich tätigen Mentor zugeteilt bekommt, bei dem er in den Semesterpausen Praxistage absolviert.

Ärztliche Weiterbildung

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt finanziert zwei Stellen für Ärzte in Weiterbildung in den Gebieten Augenheilkunde und Dermatologie aus Mitteln des Strukturfonds. Weitere fünf Stellen werden für Ärzte in Weiterbildung im Fachgebiet Augenheilkunde über die Sicherstellungsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt gefördert.

Daneben wird auch strukturelle und organisatorische Unterstützung durch die Koordinierungsstelle für die Weiterbildung zum Facharzt in der Allgemeinmedizin geboten. Diese fördert die Bildung von Weiterbildungsverbünden und regionalen Netzwerken, in denen die gesamte fünfjährige Weiterbildungszeit absolviert werden kann. Bei Bedarf vermittelt die Koordinierungsstelle für die Weiterbildung zum Facharzt in der Allgemeinmedizin entsprechende Weiterbildungsstellen und hilft bei der Planung.

Niederlassungsberatung und Workshops

Vor der Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit bietet die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt in der Workshopreihe Niederlassung und in der Praxisbörse Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Praxisstandort, Praxisräumlichkeiten sowie nach Kooperationsmöglichkeiten. Neben Steuerberatern, Finanzexperten und erfahrenen niedergelassenen Ärzten referieren Experten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt unter anderem zu Praxisorganisation und Abrechnung.

4.181

KV Schleswig-Holstein

www.kvsh.de

PEER REVIEW-VERFAHREN IN DER ALLGEMEINMEDIZIN

Seit Mai 2015 wird in Schleswig-Holstein das Peer Review-Verfahren in der Allgemeinmedizin als Pilotprojekt durchgeführt. Ziel des Verfahrens ist die Ermittlung, Bewertung und nachhaltige Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Verfahrenseigner ist die Ärztekammer Schleswig-Holstein.

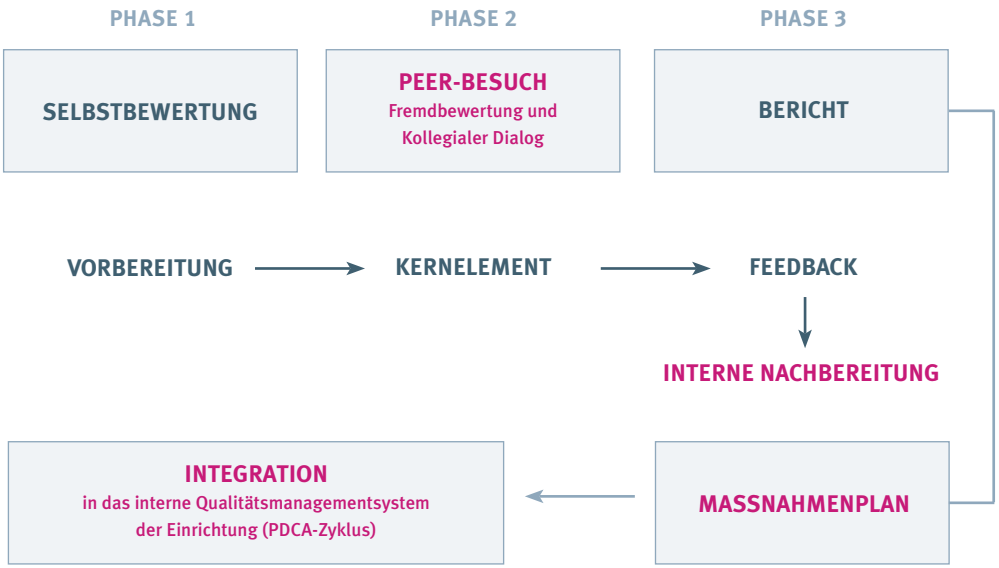
Die Eckpunkte des Verfahrens basieren auf dem Curriculum und dem Leitfaden Ärztliches Peer Review der Bundesärztekammer sowie den Empfehlungen für Praxen, Arztnetze und Qualitätszirkel – Peer Review in der vertragsärztlichen Versorgung – KBV. Bei dem Verfahren geht es um einen kollegialen Austausch über Behandlungsmethoden und -prozesse in der Arztpraxis. Die Kollegen besuchen sich in der Regel gegenseitig in der Praxis und beobachten dort einen Tag lang den Praxisalltag. Am Ende des Tages soll eine Analyse medizinischer und organisatorischer Sachverhalte erfolgen – alles auf Augenhöhe.

Bereits seit 2011 konnten beim Peer Review-Verfahren in der Intensivmedizin positive Erfahrungen gesammelt werden. 2014 wurde von Seiten der Ärztekammer Schleswig-Holstein dann der Anstoß gegeben, eine Arbeitsgruppe für die Entwicklung des Verfahrens für die Allgemeinmedizin zu gründen und diese an den Ausschuss Qualitätsmanagement der Ärztekammer Schleswig-Holstein anzugliedern. Mitglieder des Ausschusses sind das Institut für Allgemeinmedizin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, der Hausärzteverband Schleswig-Holstein, niedergelassene Hausärzte, die Ärztekammer Schleswig-Holstein und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein. 2015 wurde diese Arbeitsgruppe um Vertreter der Bundesärztekammer und der KBV erweitert um ein möglichst einheitliches Verfahren zu entwickeln.

Zur Teilnahme am Verfahren ist eine Schulung zum Peer (Ebenbürtiger, Gleichrangiger) erforderlich. Diese ist angelehnt an das Curriculum Ärztliches Peer Review der Bundesärztekammer und soll sowohl ein Verständnis für die Rolle des Besuchers als auch des Besuchten vermitteln. Dies umfasst unter anderem die Vermittlung von Kommunikationsaspekten, einen möglichen Ablauf eines Peer Review sowie die Dokumentation. Auch der Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen wird den Teilnehmern nähergebracht.

Die ersten Peer Review-Besuche in Schleswig-Holstein haben bereits stattgefunden, weitere sind in Planung. Die Rückmeldungen sind durchweg positiv. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Pilotprojekts wird von dem Institut für Allgemeinmedizin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel vorgenommen.

ABLAUF DES PEER REVIEW



Quelle: Curriculum Ärztliches Peer Review, Bundesärztekammer

5.571

KV Thüringen

www.kv-thueringen.de

kvt Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

GEMEINSAME ARZNEIMITTELINITIATIVE DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN SACHSEN UND THÜRINGEN – ARMIN STARTET AM 1. JULI 2016 DAS MEDIKATIONSMANAGEMENT

Bereits zum 1. April 2014 wurde gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Thüringen sowie mit den jeweiligen Apothekerverbänden das Modellprojekt ARMIN gestartet. Das ist bundesweit in dieser Dimension über zwei Bundesländer ein Novum.

Vorrangig sollen die Sicherheit von Arzneimitteltherapien optimiert, Anwendungsrisiken bei der Medikamenteneinnahme minimiert und damit eine optimale Arzneimittelwirkung erzielt werden.

Derzeit beteiligen sich rund 1.500 Ärzte und Apotheker in Sachsen und Thüringen an dem Modellprojekt. Es sollen möglichst viele Patienten von den Leistungen des Medikationsmanagements profitieren können, denn das Potenzial ist groß: Derzeit nehmen circa 300.000 Versicherte der AOK PLUS dauerhaft mindestens fünf Arzneimittel gleichzeitig ein und erfüllen damit die Zugangskriterien. Ab 2017 haben auch andere Krankenkassen die Chance, dem Modellvorhaben beizutreten. Die Vertragslaufzeit des Modellprojekts ist derzeit bis 2018 angesetzt. Eine Verlängerung schließen die Vertragspartner nicht aus und setzen danach auf die Überführung der Inhalte des Projekts in die Regelversorgung.

Die größte Herausforderung für alle Beteiligten war die technische Umsetzung des Projekts. Hunderte Ärzte und Apotheker müssen untereinander vernetzt werden. Die Praxis- und Apothekensoftware muss gewissermaßen eine gemeinsame Sprache lernen – immer unter Beachtung des Datenschutzes. Um die neuen Funktionalitäten ausgiebig zu testen, wurde seit Beginn des Jahres 2016 eine Pilotierungsphase mit insgesamt 80 Ärzten und Apothekern durchgeführt. In dieser Zeit wurden schon die ersten Patienten in das Modellprojekt eingeschrieben und betreut. Die ersten praktischen Erfahrungen waren durchweg positiv und zeigten den Mehrwert von ARMIN insbesondere für den Patienten. Es hat sich aber auch gezeigt, dass die zahlreichen Tests notwendig und qualitätsfördernd waren. Insbesondere technische Probleme konnten identifiziert und gelöst werden.

Das dritte und schwierigste Modul des Projekts beinhaltet das computergestützte Medikationsmanagement. Es ist das Herzstück der Initiative und sieht die Erstellung und Aktualisierung eines elektronischen Medikationsplans durch Arzt und Apotheker für Patienten mit vielen Arzneimittelverordnungen vor.

DAS MODELLPROJEKT BASIERT AUF DREI MODULEN, DIE SEIT 2014 STUFENWEISE UMGESETZT WERDEN

1. WIRKSTOFFVERORDNUNG:
- produktneutrale Verordnung von Wirkstoffen durch den Arzt
- konkrete Präparatauswahl erfolgt in der Apotheke
- bestehende Rabattverträge werden berücksichtigt

2. MEDIKATIONSKATALOG:
- enthält für versorgungsrelevante Indikationen zugelassene Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen
- Sicherstellung einer leitliniengerechten, patientenorientierten und wirtschaftlichen Versorgung

3. MEDIKATIONSMANAGEMENT:
- Überprüfung der Gesamtmedikation (einschließlich der Selbstmedikation)
- Optimierung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten
- Verbesserung der Therapietreue der Patienten

Wie läuft das Medikationsmanagement ab? Der Patient wird zunächst von seinem Hausarzt oder seiner Apotheke in ARMIN eingeschrieben. Nach der Einschreibung wird zunächst aufgenommen, welche Medikamente der Patient derzeit einnimmt oder anwendet. Das ist ein Vorteil für den Hausarzt, ohne ARMIN kennt er nur die Medikamente, die er dem Patienten selbst verschrieben hat oder von denen ihm der Patient berichtet. Den Rest muss er sich mühselig erfragen. Mit ARMIN hat er alle Informationen zur Verfügung.

Arzt und Apotheker arbeiten eng zusammen und stellen gemeinsam eine möglichst vollständige Liste der aktuellen Medikation zusammen. Nur die zur Durchführung des Medikationsmanagements zwingend erforderlichen Daten werden zwischen Arztpraxis und Apotheke über den extern dreifach gesicherten ARMIN-Server im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgetauscht. Auf diese Daten des erstellten aktuellen Medikationsplans haben ausschließlich der vom Patienten zur Betreuung ausgewählte Arzt und der jeweilige Apotheker Zugriff.

ARMIN hat eine bundesweite Vorbildwirkung und leistet einen entscheidenden Beitrag zur digitalen Vernetzung im Gesundheitswesen.

4.155

KV Westfalen-Lippe

www.kvwl.de

KVWL Kassenärztliche Vereinigung

TAG DER PATIENTENSICHERHEIT

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat im Jahr 2015 zum ersten Mal den Internationalen Tag der Patientensicherheit am 17. September ausgerufen. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nahm diesen zum Anlass, einen Fortbildungstag mit dem Schwerpunkt Patientensicherheit durchzuführen. Mehr als 100 Teilnehmer nutzten das Angebot, um gemeinsam grundlegende Voraussetzungen einer sicheren Patientenbehandlung zu analysieren und zu diskutieren. Darüber hinaus konnten sich die Besucher im Foyer der Dortmunder Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe über Produkte und Dienstleistungen zum Thema Patientensicherheit informieren.

Tag der Patientensicherheit 2015: Ausstellung im Foyer des Ärztehauses in Dortmund

Es wurden neun Workshops zu sechs Themen rund um die Arbeit in der Arztpraxis mit dem Fokus Patientensicherheit angeboten.

Im Workshop zum Thema Teamarbeit und Kommunikation haben sich die Ärzte und Praxismitarbeiter zum Beispiel damit auseinandergesetzt, wie durch Verbesserungen in der Teamstruktur und bei der Kommunikation untereinander die Qualität der Teamarbeit und somit auch die Patientensicherheit in der Praxis gestärkt werden kann.

Dringlichkeitsentscheidungen treffen und Notfälle erkennen lernen. In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer strukturelle und organisatorische Maßnahmen, die die Sicherheit der medizinischen Ersteinschätzung in ihren jeweiligen Institutionen stärken können. Mithilfe von Fallbeispielen wurden unter anderem Fragen zu den Rahmenbedingungen, zur fachlichen Unterstützung der mit der medizinischen Ersteinschätzung betrauten Gesundheitsfachpersonen oder zur optimalen Gestaltung der Arbeitsumgebung behandelt, denn eine systematische Ersteinschätzung im Praxisalltag der niedergelassenen Ärzte erhöht nicht nur die Sicherheit der Patientenbetreuung, sie führt auch zu effizienteren und effektiveren Praxisabläufen.

WORKSHOPS ZU DEN THEMEN:

- Teamarbeit und Kommunikation
- Dringlichkeitsentscheidungen treffen und Notfälle erkennen lernen
- Risikomanagement in der Arztpraxis
- Hygiene in der Arztpraxis
- Instrumente richtig aufbereiten
- Sicheres Handeln in kritischen Situationen

Zum Abschluss des Tages wurde ein Poetry-Slam durchgeführt. Bei diesem Dichterwettstreit brachten renommierte Künstler die Bedeutung des Themas Patientensicherheit in Versform auf den Punkt.

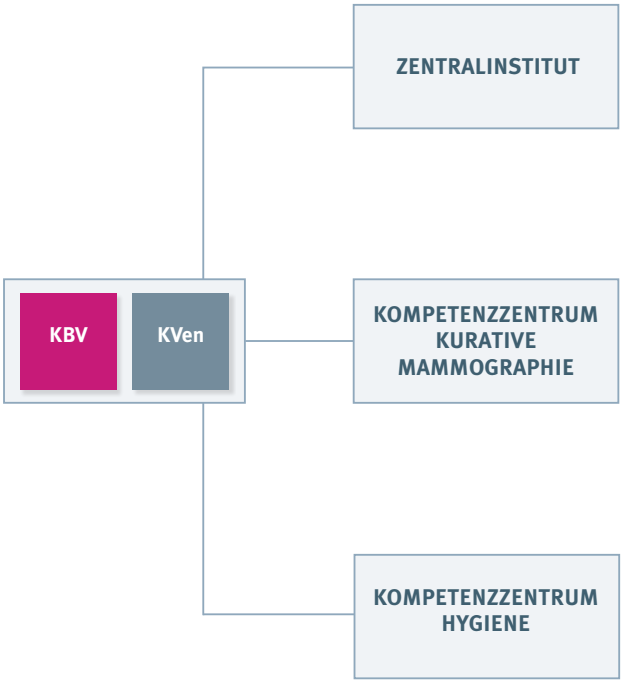
WARUM EIN POETRY SLAM ZUM THEMA PATIENTENSICHERHEIT?

In Informationsveranstaltungen und Vorträgen in Qualitätszirkeln macht die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe immer wieder die Erfahrung, dass vor allem gegenüber Fehlermeldeplattformen Vorbehalte herrschen. Zum einen muss immer wieder darüber aufgeklärt werden, dass der persönliche Datenschutz gewährleistet ist und sich hinter Critical Incident Reporting System (CIRS) kein politisches Ziel verbirgt. Zum anderen sind niedergelassene Ärzte oft Menschen, denen Individualität und selbstständiges Handeln außerordentlich wichtig sind. Deshalb sollte eine andere Art der Aufklärung und Information ausprobiert werden und neben den sonst üblichen Wegen der Wissensvermittlung und Informationsweitergabe das Thema Patientensicherheit auf innovative Art vermittelt werden. In Form eines Poetry-Slam wurde auf heitere Weise bei den niedergelassenen Ärzten und Praxismitarbeitern Verständnis für eine Fehler- und Sicherheitskultur geweckt.

Fünf Künstler hatten jeweils fünf Minuten Zeit, ihre Texte zum Thema Patientensicherheit zu präsentieren. Der Schwerpunkt der Beiträge lag dabei vor allem auf den Themen Fehlerkultur, Perfektionismus und blame-culture.

15.090

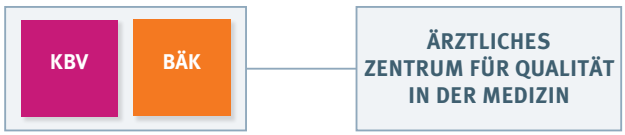
Einrichtungen mit weiteren Qualitätsinitiativen



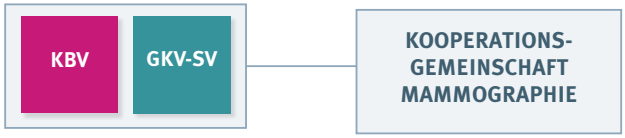
Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland in seiner Funktion als gemeinsame Forschungseinrichtung der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen hat seinen Schwerpunkt in der Durchführung und Förderung der Versorgungsforschung in der vertragsärztlichen Versorgung.

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

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



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



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

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

www.aezq.de

KEIN NEUES THEMA UND TROTZDEM HOCH AKTUELL: AUS FEHLERN LERNEN

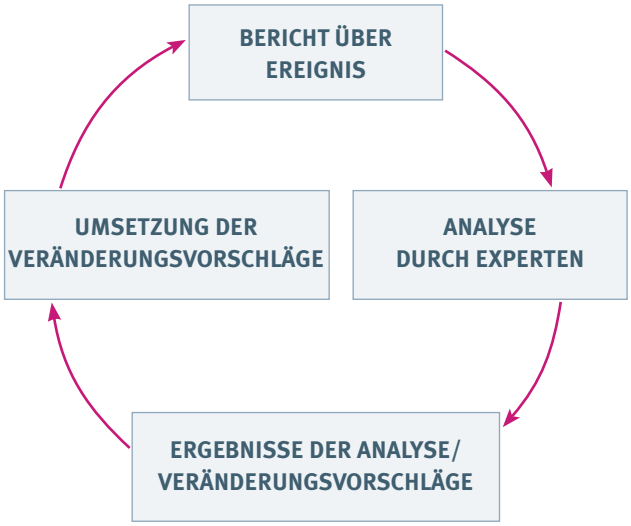
Bereits um 50 nach Christus formulierte Scribonius Largus mit der Feststellung Primum non nocere (zu Deutsch: zuerst einmal nicht schaden) ein ärztliches Grundprinzip. Auch die Idee, aus Fehlern zu lernen, um Behandlungsschäden zu vermeiden, ist nicht neu: Im vergangenen Jahrhundert dienten zum Beispiel Morbiditätskonferenzen und Obduktionen dazu, unerwünschte und möglicherweise fehlerhafte Verläufe von Eingriffen zu analysieren, um die Behandlung zu verbessern. Doch erst Untersuchungen der letzten 15 Jahre zeigen, dass Behandlungsschäden und unerwünschte Ereignisse in der Medizin in der Tat ein relativ häufiges Problem sind. Deshalb widmen sich Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens zunehmend der Förderung der Patientensicherheit und entwickeln gezielt Maßnahmen zur Vermeidung von Behandlungsfehlern.

Eine solche Maßnahme ist die Einführung von sogenannten Fehlerberichts- und Lernsystemen, auch (Critical) Incident-Reporting-Systeme (CIRS) genannt. Risikoreiche Industriezweige dienten hier als Vorbild: In der kommerziellen Luftfahrt wurde schon sehr früh erkannt, dass die systematische Aufarbeitung von kritischen Ereignissen und Fehlern wertvolle Hinweise auf relevante Probleme in den jeweiligen Systemen liefern kann.

Fehlerberichts- und Lernsysteme ermöglichen Mitarbeitern im Gesundheitswesen, anonym über sicherheitsrelevante Ereignisse aus ihrem Umfeld zu berichten. Experten analysieren die eingehenden Berichte und entwickeln Veränderungsvorschläge. Die Nutzer der Incident Reporting-Systeme können diese Vorschläge an die Gegebenheiten der eigenen Institution anpassen und umsetzen (siehe Abbildung).

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin und die KBV haben diesen Qualitätsprozess in Deutschland von Anfang an maßgeblich mitgestaltet: Bereits 2002 hat der Expertenkreis Patientensicherheit des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin gefordert, die Grundlagen für die Einrichtung von Fehlerberichts- und Lernsystemen durch die Ärztliche Selbstverwaltung zu schaffen. In diesem Sinne hat die KBV mit CIRSmedical.de im April 2005 ein internetbasiertes Critical Incident Reporting-System zur freiwilligen und anonymen Teilnahme für alle Ärzte kostenlos zur Verfügung gestellt, das seit 2006 auch von der Bundesärztekammer unterstützt und durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin organisiert wird.

ABLAUF EINES INCIDENT-REPORTING-SYSTEMS



Quelle: Rohe, Thomeczek 2007

Das Prinzip CIRS entwickelt sich stetig weiter: In den vergangenen Jahren konnten zahlreiche CIRS-Projekte zwischen dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin und Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Krankenhäusern zur Einrichtung spezifischer Berichts- und Lernsysteme verwirklicht werden. Aus der ursprünglichen Berichtsgruppe CIRSmedical.de und den spezifischen Berichtsgruppen ist so das Netzwerk CIRSmedical.de mit über 130 Partnern entstanden. Zwar nutzen vorrangig Krankenhäuser CIRS – nicht zuletzt wegen der 2015 in Kraft getretenen Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser des Gemeinsamen Bundesausschusses. Doch auch für niedergelassene Ärzte gibt es die Möglichkeit, Berichte über Fehler und Beinahe-Fehler anderen zur Verfügung zu stellen: Bei CIRSmedical.de oder bei den Berichtsgruppen des CIRS-NRW, im CIRS-Urologie oder CIRS-AINS ambulant.

Internetbasierte Critical Incident Reporting-Systeme
www.CIRSmedical.de

Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte

www.hygiene-medizinprodukte.de

Kompetenzzentrum
Hygiene und Medizinprodukte
der KV'en und der KBV

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV befasst sich seit seiner Gründung im Juli 2010 mit allen Fragen rund um das Thema Hygiene in der Arztpraxis: Erstellung eines praxiseigenen Hygieneplans, Umgang mit übertragbaren Krankheiten, Vermeidung nosokomialer Infektionen und Multiresistenzen, Aufbereitung von Medizinprodukten, Umgang mit Gefahrstoffen, Arbeitssicherheit und weiteres – also ein sehr breites Tätigkeitsspektrum. Daraus haben sich unter anderem die verschiedensten Publikationen und Angebote zur Umsetzung von Hygienevorgaben entwickelt.

Um einen Überblick über den Umsetzungsstand von Hygienemaßnahmen in der eigenen Praxis zu bekommen, hat das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte für die Arztpraxen den Fragebogen „Hygiene und Medizinprodukte – Feststellung des Status quo in der Arztpraxis“ entwickelt. Durch Beantwortung der Fragen kann der Arzt den Ist-Zustand seiner Praxis in der Etablierung von Hygienestandards selbst bewerten. Der Fragebogen ermöglicht zugleich eine Einschätzung, inwieweit die rechtlichen Anforderungen erfüllt sind und wo Verbesserungspotenzial besteht.

Im Nachgang zu dem bereits im Jahr 2014 vorgelegten Hygieneleitfaden für die Arztpraxis hat das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte einen Leitfaden publiziert, der speziell auf die Bedürfnisse psychotherapeutischer Praxen zugeschnitten ist. Die Broschüre „Hygiene in der psychotherapeutischen Praxis. Ein Leitfaden“ beschreibt verschiedene Hygieneaspekte in der ganzen Bandbreite psychotherapeutischer Versorgung, so dass jede Praxis die für sie relevanten Themen auswählen kann. Damit bietet die Broschüre auch für diese Fachgruppe ein Nachschlagewerk zum Thema Hygiene als Unterstützungs- und Serviceangebot.

Auf der Grundlage des neuen Fortbildungscurriculums: Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis für Medizinische Fachangestellte arbeitet das Kompetenzzentrum an einem Umsetzungspaket für einen Sachkundekurs über 24 Stunden. Zugelassen zu dem neuen Kurs sind Medizinische Fachangestellte mit einer Ausbildung nach der zum 1. August 2006 in Kraft getretenen Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten. Teilnehmer mit Berufsausbildung zum Arzthelfer beziehungsweise Angehörige anderer Berufsgruppen haben durch einen Eingangstest die erforderlichen Grundkenntnisse nachzuweisen. Dieser durch das Kompetenzzentrum erstellte Eingangstest steht den Teilnehmern auf der Homepage in Form eines Onlinetests zur Verfügung.

Ein weiterer Teil des Umsetzungspakets ist der vom Kompetenzzentrum erstellte Musterfoliensatz. Seine Inhalte bilden die Anforderungen an Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten entsprechend des Fortbildungscurriculums ab und dienen den Kassenärztlichen Vereinigungen als einheitliche Fortbildungsunterlage. Zum Abschluss des absolvierten Kurses erfolgen eine schriftliche Lernerfolgskontrolle im Multiple-Choice-Verfahren sowie ein Fachgespräch als praktisch-mündlicher Teil. Hierfür wurden eigens Prüfungsfragen erarbeitet.

Bundesweit und flächendeckend stehen den Arztpraxen qualifizierte Hygieneberater zur Verfügung. Diese unterstützen die Ärztinnen und Ärzte bei der Optimierung der Abläufe in ihren Praxen in Bezug auf Hygiene und Umgang mit Medizinprodukten. Die Qualifizierung der Hygieneberater in den Kassenärztlichen Vereinigungen hat für das Kompetenzzentrum eine hohe Bedeutung. Bei den regelmäßig fachbezogenen Fortbildungsveranstaltungen besuchten die Hygieneberater im Frühjahr in verschiedenen Kliniken deren jeweilige Zentrale-Sterilgut-Versorgungs-Abteilung.

Kompetenzzentrum
Hygiene und Medizinprodukte
der KV'en und der KBV

Hygiene und Medizinprodukte - Feststellung des Status quo in der Arztpraxis

Fragebogen

1. Arbeitsschutz
(siehe Kapitel 2 des Leitfadens: *Hygiene in der Arztpraxis*)

1. Haben Sie eine betriebsärztliche/ sicherheitstechnische Betreuung? ☐ja ☐nein
   Zu den Erläuterungen
2. Werden mind. 1x jährlich Unterweisungen/ Schulungen für das Personal durchgeführt und dokumentiert? ☐ja ☐nein
   Zu den Erläuterungen

2. Hygiene-Management

Allgemein
(siehe Kapitel 1.1 des Leitfadens: *Hygiene in der Arztpraxis*)

3. Ist ein auf die Praxis angepasster aktueller Hygieneplan vorhanden? ☐ja ☐nein
   Zu den Erläuterungen
4. Liegt ein aktueller Reinigungs- und Desinfektionsplan vor? ☐ja ☐nein
   Zu den Erläuterungen
5. Ist die Meldepflicht über meldepflichtige Krankheiten bekannt und erfolgt die Meldung unverzüglich? ☐ja ☐nein
   Zu den Erläuterungen

Wenn Sie eine ambulant operierende Einrichtung sind:

6. Werden die nosokomialen Infektionen (z. B. postoperative Wundinfektionen, Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen, beatmungsassoziierte Pneumonien) in der Praxis in einer Statistik erfasst? ☐ja ☐nein
   Zu den Erläuterungen

Händehygiene
(siehe Kapitel 3.1.1 des Leitfadens: *Hygiene in der Arztpraxis*)

7. Sind die Handwaschplätze korrekt ausgestattet? ☐ja ☐nein
   Zu den Erläuterungen
8. Werden die Waschlotionsspender regelmäßig gereinigt? ☐ja ☐nein
   Zu den Erläuterungen
9. Stehen an notwendigen Stellen Händedesinfektionsspender zur Verfügung? ☐ja ☐nein
   Zu den Erläuterungen

10. Werden die persönlichen Voraussetzungen fü
    Ablegen von Schmuck und Armbanduhren wä
    und rund geschnittene, keine künstlichen Fing
    Zu den Erläuterungen
11. Werden gelistete Händedesinfektionsmittel m
    trum verwendet?
    Zu den Erläuterungen
12. Werden Einmalflaschen verwendet?
    Zu den Erläuterungen
13. Wird die hygienische bzw. chirurgische Händ
    ten Tätigkeiten korrekt angewendet?
    Zu den Erläuterungen
14. Stehen für jede Tätigkeit bzw. Bereich die richt
    gung?
    Zu den Erläuterungen

Haut- und Schleimhautantiseptik
(siehe Kapitel 3.3.1 des Leitfadens: *Hygiene in der Arztpraxis*)

15. Wird die Haut- und Schleimhautdesinfektion k
    Zu den Erläuterungen

Flächenreinigung und -desinfektion
(siehe Kapitel 3.2.1 des Leitfadens: *Hygiene in der Arztpraxis*)

16. Sind Mitarbeiter und Reinigungskräfte im Umg
    Desinfektionsmitteln geschult?
    Zu den Erläuterungen
17. Werden gelistete Flächendesinfektionsmittel v
    Zu den Erläuterungen
18. Werden Desinfektionsmittel-Lösungen korrekt
    Zu den Erläuterungen
19. Erfolgt die Flächendesinfektion als Wischdesi
    Zu den Erläuterungen
20. Wird bei der Schnelldesinfektion, außer an schwer zugänglichen Stellen, auf das Sprühen verzichtet? ☐ja ☐nein
    Zu den Erläuterungen
21. Sind alle zu reinigenden bzw. zu desinfizierenden Flächen gut zu erreichen? ☐ja ☐nein
    Zu den Erläuterungen

Fragebogen zur Hygieneberatung zur Feststellung des Status quo in der Arztpraxis

Kompetenzzentrum Kurative Mammographie

www.kvb.de

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie

ARBEITSTEILUNG SCHAFFT EFFIZIENZ

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

ZENTRALE AUFGABEN DES KOMPETENZZENTRUMS QUALITÄTSSICHERUNG IN DER KURATIVEN MAMMOGRAPHIE:

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

Jede Fallsammlung umfasst 200 Mammographien von 50 Patientinnen – je vier Aufnahmen. Im Rahmen der Prüfung muss durch die Ärzte die Beurteilung der Aufnahmen nach den jeweiligen Vorgaben der Mammographie-Vereinbarung und getrennt für die rechte und linke Seite angegeben werden. Mammographierende Ärzte können die Prüfungen wahlweise anhand technisch einwandfreier Ausdrucke der primär digitalen Röntgenbilder auf transparentem Film oder unter Nutzung einer digitalen Prüfstation absolvieren. Die Ergebnisfeststellung erfolgt zeitnah durch die KBV. Zum Ende des Berichtsjahres konnten alle Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Ärzten digitale Prüfstationen gemäß § 15 der Mammographie-Vereinbarung anbieten. Analoge Prüfungen wurden in Ausnahmefällen weiterhin durchgeführt.

Entsprechend der Mammographie-Vereinbarung und der Beauftragung durch die KBV bietet das Kompetenzzentrum allen mammographierenden Ärzten im Bundesgebiet an, den

Aufbau der Bilderpools zu unterstützen und geeignete Fälle einzureichen. Hierbei ist es wichtig, dass die Aufnahmen die relevanten Kriterien der Mammographie-Vereinbarung erfüllen und technisch einwandfrei sind.

Die eingereichten Fälle werden durch ein Sachverständigengremium beurteilt. Dieses Gremium ist in seiner Zusammensetzung auf der Bundesebene einvernehmlich abgestimmt. Es prüft unter anderem die Fälle unter Beachtung der bestehenden Anforderungen auf ihre Eignung zur Aufnahme in einen Fall-Pool nach Abschnitt C und / oder D und übernimmt deren Zusammenstellung zu einer Fallsammlung. Ein besonderes Augenmerk legen die Experten hierbei auf die Qualität der analogen Ausdrucke unter dem Aspekt Gleichwertigkeit gegenüber der digitalen Darstellung.

Die Fallsammlung nach Abschnitt D wird in dem Zeitraum von zwölf Monaten aus Gründen der Vergleichbarkeit aller Prüfungsergebnisse nicht variiert. Die Fallsammlung nach Abschnitt C wird spätestens nach einer maximalen Einsatzzeit von drei Monaten durch Austausch von mindestens zehn Fällen variiert. Im Jahr 2015 hat das Kompetenzzentrum fünf analoge Fallsammlungsordner nach Abschnitt D produziert und je nach Bedarf an die Kassenärztlichen Vereinigungen versandt. Eine analoge Fallsammlung nach Abschnitt C wurde von einer Kassenärztlichen Vereinigung benötigt.

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

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung

www.versorgungsatlas.de

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Seit 2011 bietet die interaktive Internetplattform Versorgungsatlas eine öffentlich zugängliche Informationsquelle zu einer wachsenden Anzahl ausgewählter Analysen zu Prozessen und Strukturen der medizinischen Versorgung im regionalen Vergleich.

IMPFUNGEN IM HÖHEREN LEBENSALTER

Die Ständige Impfkommission empfiehlt für Personen ab 60 Jahren bestimmte Impfungen. Eine Impfung mit dem jährlich angepassten Influenzaimpfstoff jeweils zu Beginn der Grippesaison im Herbst wird empfohlen. Die Impfung gegen den bakteriellen Krankheitserreger Pneumokokken mit einem Konjugatimpfstoff wird einmalig mit Erreichen des 60. Lebensjahres empfohlen und soll dann lebenslangen Schutz bieten. Pneumokokken können schwere Atemwegserkrankungen wie zum Beispiel Pneumonien auslösen, die insbesondere im höheren Lebensalter mit erhöhter Sterblichkeit verbunden sind. Im Falle bestimmter Grunderkrankungen, insbesondere bei eingeschränkter Immunabwehr, empfiehlt die Ständige Impfkommission die Pneumokokken-Impfung bereits vor dem 60. Lebensjahr.

Untersucht wurden bei den Influenzaimpfungen die jährlichen Impfquoten bei gesetzlich Krankenversicherten im Alter ab 60 Jahre für den Zeitraum 2009 bis 2013. Die Impfraten schwanken auf Kreisebene extrem. So lagen diese 2013 zwischen 13,5 Prozent in Schwäbisch Hall und knapp 65 Prozent im Kreis Demmin. Insgesamt besteht wie in den Vorjahren ein sehr starkes Gefälle zwischen dem Norden und Nordosten sowie dem Süden Deutschlands. Die bundesweite Impfquote lag 2009 noch bei über 47 Prozent und ging seitdem bis 2012 auf 37 Prozent zurück. 2013 setzte sich der rückläufige Trend nicht fort, es wurden knapp 38 Prozent erreicht.

Für die Studie zur Pneumokokken-Impfung wurden alle Patienten in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten, die 2010 60 Jahre alt wurden und ohne schwere Vorerkrankungen waren (etwa 500.000 Personen), in eine Kohorte eingeschlossen. Untersucht wurde die Impfrate gegen Pneumokokken in einem darauf folgenden Fünfjahreszeitraum. Hier war die Impfrate in den neuen Bundesländern mit 20 Prozent besser als in den alten – etwa acht Prozent. Insgesamt wiesen Frauen eine um 20 Prozent höhere Impfrate auf als Männer.

Beide Untersuchungen zeigen den mit der Impfprävention befassten Akteuren, in welchen Regionen Bedarf besteht, die Impfraten durch zielgerichtete und an die lokalen Verhältnisse angepasste Maßnahmen nachhaltig zu verbessern.

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG VON PATIENTEN MIT DEMENZ IM REGIONALEN VERGLEICH

Im Beobachtungszeitraum von 2009 bis 2011 ließ sich eine steigende Zahl von Patienten mit Demenz feststellen. Etwa jeweils ein Viertel der Patienten mit Demenz erhielten im entsprechenden Untersuchungsjahr wenigstens eine Antidementiva-Verordnung mit leicht steigendem Trend. Es fanden sich Genderaspekte: Frauen wurden insgesamt seltener antidementiv behandelt als Männer – 23 Prozent gegenüber 28 Prozent. Die Verordnungsrate lag bei gemeinsamer hausärztlicher und neuropsychiatrisch-fachärztlicher Behandlung mit 48 Prozent deutlich über der Verordnungsrate bei ausschließlich hausärztlicher Behandlung – 24,5 Prozent. Es fanden sich keine auffälligen Unterschiede der Verordnungsraten zwischen städtischen und ländlichen Wohnregionen. Allerdings gab es ein deutliches Ost-West-Gefälle hinsichtlich der Antidementiva-Verordnungsprävalenz, bei den Verordnungen von Hypnotika / Sedativa und Antipsychotika hingegen fand sich ein West-Ost-Gefälle.

Die Untersuchung wurde darüber hinaus noch um das Analyseverfahren auf Basis von sogenannten Versorgungsgemeinschaften (Praxen, die in der Versorgung von Patienten faktisch zusammenarbeiten) erweitert. Hierbei zeigt sich, dass ein Feedback der Ergebnisse der Versorgungsforschung an die Praxen einen wertvollen Beitrag zur Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätsförderung leisten könnte. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland wird diesen Ansatz gemeinsam mit einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen erproben.

Kooperationsgemeinschaft Mammographie

www.mammo-programm.de

KOOPERATIONS GEMEINSCHAFT MAMMOGRAPHIE

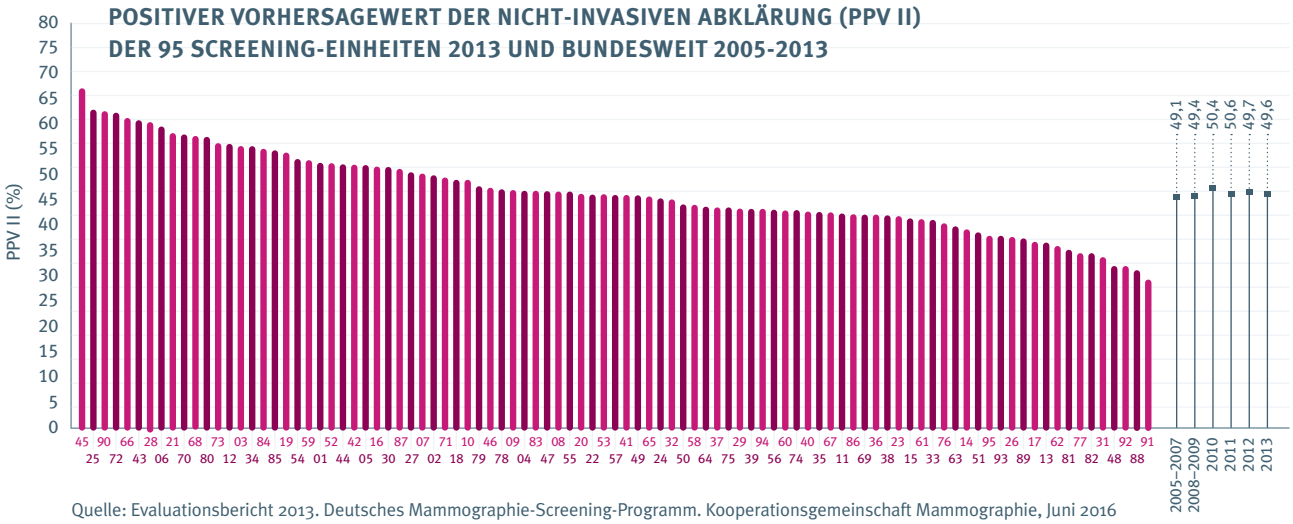
MAMMOGRAPHIE-SCREENING-PROGRAMM IN DEUTSCHLAND: EIN LERNENDES SYSTEM

In der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie werden die medizinische und organisatorische Durchführung des deutschen Mammographie-Screening-Programms sowie Vorgaben zur Sicherung und Förderung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach den Vorgaben der EU-Leitlinien (European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis) definiert. Darauf Bezug nehmend wird die detaillierte Ausgestaltung des Programms, insbesondere zur Qualitätssicherung, in der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte festgelegt.

In einem etablierten Screening-Programm erfolgt die Bewertung für einige Parameter anhand der Ergebnisse und Referenzwerte für Folgeuntersuchungen, da ein großer Teil der untersuchten Frauen zum wiederholten Mal teilnimmt. Erstuntersuchungen werden im Allgemeinen bei neu anspruchsberechtigten Frauen im Alter von 50 bis 51 Jahren durchgeführt. Diese jüngeren Frauen haben zum Beispiel ein deutlich niedrigeres Brustkrebsrisiko als der Durchschnitt aller anspruchsberechtigten Frauen.

Aus diesem Grunde wurde 2016 der Katalog der Leistungsparameter für die Überprüfung der Screening-Einheiten im Rahmen der Rezertifizierung nach Anhang 10 der Anlage 9.2 des BMV-Ä wie folgt angepasst:

- Die Grenzwerte bei der Bewertung der Ergebnisse von Erstuntersuchungen entfallen. Dafür werden fortan bei der Rezertifizierung Benchmarks aller bundesweit tätigen Screening-Einheiten verwendet. Außerdem werden zukünftig nur noch Parameter der Folgeuntersuchungen als Kernparameter gewertet. Kernparameter sind dadurch gekennzeichnet, dass ihre Ausprägung maßgeblich in der Verantwortung des oder der Programmverantwortlichen Ärzte liegt.
- Nicht mehr die Anzahl der Einladungen, sondern die Anzahl der fristgerechten Wiedereinladungen wird ausgewertet. Bei einem Anteil von 80 Prozent Folgeuntersuchungen im Programm entspricht dies einer konsequenten Weiterentwicklung in der Qualitätssicherung.
- Die Fristen für die Befundmitteilung und das Angebot eines Abklärungstermins wurden in die Kernparameter aufgenommen und die Definition der Fristen zwischen Beginn der diagnostischen Abklärung und Mitteilung des Ergebnisses geändert. Somit wird dem besonderen Augenmerk auf die Vermeidung unnötiger psychischer Belastung der Frauen durch zu lange Wartezeiten Rechnung getragen.
- Intervallkarzinome werden als gesonderte Auswertung betrachtet. Die für jede Screening-Einheit ermittelte Intervallkarzinomrate bezieht sich auf einen fünf bis sieben Jahre zurückliegenden Zeitraum und ist nicht allein durch den Programmverantwortlichen Arzt beeinflussbar.
- Alle im Rahmen der Evaluation und Qualitätssicherung aus den Screening-Einheiten erhobenen und in den Evaluations- und Qualitätsberichten präsentierten Daten sind relevant für die Bewertung der Screening-Einheiten und werden zukünftig als Leistungsparameter betrachtet. Beispielhaft für einen dadurch neu in der Rezertifizierung betrachteten Parameter ist der Positive Vorhersagewert der Abklärungsdiagnostik, kurz PPV II. Dieser zeigt, dass sich bei der Durchführung einer Stanzbiopsie der Verdacht auf Brustkrebs in der Hälfte der Fälle bestätigt.

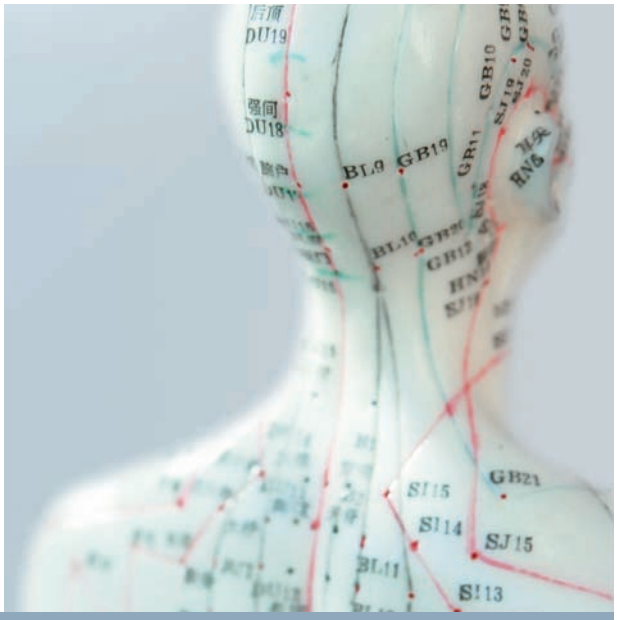


Quelle: Evaluationsbericht 2013. Deutsches Mammographie-Screening-Programm. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Juni 2016

2

Qualitätsförderung von A-Z

9.432	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
534	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
9.063	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
8.215	PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE



Akupunktur

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

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL:** mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema chronische Schmerzen
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** jährliche Prüfung von fünf Prozent der abrechnenden Ärzte; zwölf Fälle und bis zu 18 Ausnahmefälle hinsichtlich Dokumentation des Therapieplans sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung. Aussetzen der Prüfungsverpflichtung für den Zeitraum 1.Januar 2016 bis 31.Dezember 2017
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch die Partner des Bundesmantelvertrags festgelegt
- **BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	1638	1461	568	177	89	169	644	121	712	1278	409	132	371	183	274	161	1136	9.523
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	1602	1440	578	185	86	168	648	118	705	1256	403	130	373	176	270	165	1129	9.432
Anzahl beschiedene Anträge [1]	42	77	56	13	1	6	51	1	34	28	25	4	8	0	7	5	81	439
· davon Anzahl Genehmigungen	42	77	56	13	1	6	49	1	31	28	25	4	8		6	5	64	416
· davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0		1	0	17	23
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
· davon bestanden																1		1
· davon nicht bestanden																0		0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	18	6	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3	0	5	0	8	43
· aus sonstigen Gründen	18	6				2	1						3		5		8	43
· wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	0	0				0	0						0		0		0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	6	64	26	5	1	10	0	4	7	3	31	4	2	8	5	2	51	229

→ Akupunktur

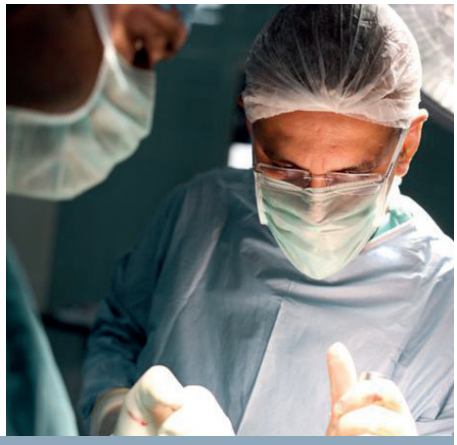
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6			3)				4)											
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Anzahl abrechnende Ärzte	1.370	1.307	547	185	83	157	591	113	662	1.166	362	132	360	160	253	137	1.111	8.696
Anzahl abrechnende Ärzte geprüft, in %	6,1	6,5	5,3	4,3	7,2	4,5	5,4	7,1	5,3	3,9	5,2	5,3	5,3	6,3	5,1	17,5	6,4	5,8
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden - Ärzte	17	77	9	3	0	1	10	0	2	18	14	1	8	3	6	8	10	187
· davon bestanden	17	67	9	3		1	7		2	17	12	1	8	0	5	5	10	164
· davon nicht bestanden	0	10	0	0		0	3		0	1	2	0	0	3	1	3	0	23
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	2	4	0	15
· davon bestanden		5									1			3	2	2		13
· davon nicht bestanden		0									0			0	0	2		2
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden - Ärzte	67	8	20	5	6	6	22	8	33	28	5	6	11	7	7	16	61	316
· davon bestanden	62	5	20	5	6	6	10	8	33	28	5	5	7	7	6	10	54	277
· davon nicht bestanden	5	3	0	0	0	0	12	0	0	0	0	1	4	0	1	6	7	39
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	6	4	16
· davon bestanden	2	0					1				1			2		5	4	15
· davon nicht bestanden	0	0					0				0			0		1	0	1
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
· davon bestanden																1		1
· davon nicht bestanden																0		0
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen - normale Fälle	1.005	497	316	94	69	81	398	89	367	522	252	77	221	150	156	249	715	5.258
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	25	66	0	0	9	0	99	0	93	29	38	11	18	30	24	33	38	513
· davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1	26			8		99		48	0	26	11	17	0	24	8	38	306
· davon nicht nachvollziehbar	0	7			0		0		20	0	12	0	0	0	0	4	0	43
· davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar	24	33			1		0		25	29	0	0	1	30	0	21	0	164
Anzahl geprüfter Dokumentationen - Ausnahmefälle	805	204	385	32	93	56	164	78	198	573	26	13	111	162	45	182	678	3.805
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	73	30	0	0	11	0	51	0	60	0	8	1	16	0	1	30	30	311
· davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1	13			11		51		17		0	1	9		1	4	19	127
· davon nicht nachvollziehbar begründet	18	0			0		0		28		8	0	5		0	6	0	65
· davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	54	17			0		0		15		0	0	2		0	20	11	119
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 ABS. 2																		
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.456	992	521	185	81	166	413	118	705	1.189	403	109	365	5)	259	116	1.137	8.215

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Die Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung liegen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vollständig vor. 4) Teilnahmen an Qualitätszirkeln der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilweise erfolgt, aber nicht nachgewiesen. 5) Die Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung liegen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor.

31.890 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

50 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

600 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN



Ambulantes Operieren

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN			3), 4)		5)													
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	4.483	5.312	2.510	782	359	963	2.501	526	2.995	2.677	1.406	445	1.924	707	1.065	514	2.485	31.654
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	4.494	5.343	2.541	784	377	900	2.646	505	2.959	2.715	1.401	454	1.910	730	1.062	573	2.496	31.890
Anzahl beschiedene Anträge 1)	423	991	213	36	18	128	431	29	448	271	118	35	83	44	46	84	517	3.915
· davon Anzahl Genehmigungen	414	980	213	36	18	128	425	29	447	270	118	35	81	44	44	84	517	3.883
· davon Anzahl Ablehnungen	9	11	0	0	0	0	6	0	1	1	0	0	2	0	2	0	0	32
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	19	0	8	0	0	5	0	3	0	3	0	0	0	0	0	38
· davon ohne Beanstandungen			15		7			5		1		3						31
· davon mit Beanstandungen			4		1			0		2		0						7
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	12	0	178	34	0	91	7	50	130	205	123	26	96	21	47	30	191	1.241
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V (FAKULTATIV)																		
siehe Tabelle Seite 59			✓															

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Die Anzahl Ärzte mit Genehmigung umfasst 1.566 Ärzte mit Genehmigung gemäß § 115 SGB V. 4) An den Operationsstandorten wurden bei Praxisbegehungen mit Beanstandungen Auflagen erteilt. 5) Praxisbegehungen erfolgen insbesondere auf Grundlage regionaler Vereinbarungen (zusätzliche Strukturvoraussetzungen).

1.109 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

§ **RICHTLINIE METHODEN VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG, ANLAGE I NR. 1: AMBULANTE DURCHFÜHRUNG DER APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN,** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 6.3.2015

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
- **KOLLOQUIUM:** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** Indikationsstellung für jeden Einzelfall zu dokumentieren und durch den Arzt pseudonymisiert zur Prüfung an beratende Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** ergänzende ärztliche Beurteilung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	129	153	32	64	22	30	48	34	98	133	76	25	39	53	30	37	93	1.096
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	129	126	33	65	20	36	53	37	109	138	75	25	42	56	33	36	96	1.109
Anzahl beschiedene Anträge [1]	17	13	2	3	2	7	9	3	24	11	8	3	5	3	4	3	5	122
· davon Anzahl Genehmigungen	17	11	2	3	2	7	8	3	24	10	8	3	5	3	4	3	4	117
· davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	1	1	2	0	0	k. A.	1	0	4	9	1	2	0	1	1	1	24

→ Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
INDIKATIONEN																		
LDL-APHERESE BEI FAMILIÄRER HYPERCHOLESTERINÄMIE IN HOMOZYGOTER AUSPRÄGUNG																		
Anzahl Erstanträge	0	0	3	0	0	0	1	0	2	2	0	0	1	0	4	2	3	18
· davon angenommen			2				1		1	2			1		1	1	2	11
· davon abgelehnt			1				0		1	0			0		3	1	1	7
Anzahl Folgeanträge	7	4	27	0	1	4	2	3	5	14	23	0	2	9	6	3	2	112
· davon angenommen	7	4	27		1	4	2	3	5	14	23		2	9	6	2	2	111
· davon abgelehnt	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	1	0	1
LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE																		
Anzahl Erstanträge	4	29	5	26	0	2	10	9	12	65	4	1	14	39	0	4	37	261
· davon angenommen	3	21	1	12		1	7	8	10	51	3	1	13	26		3	12	172
· davon abgelehnt	1	8	4	14		1	3	1	2	14	1	0	1	13		1	25	89
Anzahl Folgeanträge	56	240	27	120	3	20	46	81	105	326	23	8	113	110	10	35	113	1.436
· davon angenommen	55	240	27	116	3	20	46	81	102	326	23	8	113	109	10	33	113	1.425
· davon abgelehnt	1	0	0	4	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	2	0	11
LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER LP(A)-ERHÖHUNG																		
Anzahl Erstanträge	2	40	22	15	0	18	22	8	178	12	9	1	46	6	9	22	35	445
· davon angenommen	0	34	13	8		11	11	8	145	10	9	1	36	3	8	9	11	317
· davon abgelehnt	2	6	9	7		7	11	0	33	2	0	0	10	3	1	13	24	128
Anzahl Folgeanträge	12	122	55	24	3	45	19	28	389	31	39	12	55	23	17	63	60	997
· davon angenommen	12	121	55	24	3	44	19	28	384	31	39	12	55	23	16	61	59	986
· davon abgelehnt	0	1	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	1	2	1	11
IMMUNAPHERESE BEI AKTIVER RHEUMATOIDER ARTHRITIS																		
Anzahl Erstanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Folgeanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
· davon angenommen																2		2
· davon abgelehnt																0		0

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

4.180	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
293	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
3.516	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Arthroskopie

§ **VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG ARTHROSKOPISCHER LEISTUNGEN (ARTHROSKOPIE-VEREINBARUNG),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 1.1.2015

§ **RICHTLINIE ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG ARTHROSKOPISCHER OPERATIONEN (QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE ARTHROSKOPIE),** Rechtsgrundlage § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 3.3.2010, zuletzt geändert zum 1.1.2016

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen; abweichend von der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung sind für den Zeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017 mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte zu überprüfen, im Umfang von zwölf Fällen
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN							8)										11)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	596	879	231	67	42	87	341	58	336	399	231	91	153	66	124	91	324	4.116
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	597	903	234	70	44	84	350	55	343	415	227	96	157	66	124	91	324	4.180
Anzahl beschiedene Anträge 1)	54	175	27	4	6	6	61	1	22	33	25	10	10	2	6	4	40	486
· davon Anzahl Genehmigungen	54	172	27	4	6	6	61	1	22	33	25	10	10	2	6	4	37	480
· davon Anzahl Ablehnungen	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· davon bestanden					1													1
· davon nicht bestanden					0													0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	k. A.	2	24	1	0	5	1	4	8	16	29	5	6	2	6	4	19	132

→ Arthroskopie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V																		
PRÜFUMFANG		4)	5)		6)										10)			
Anzahl abrechnende Ärzte	395	597	150	49	30	52	229	38	217	265	123	56	113	48	78	91	192	2.723
Anzahl geprüfter Ärzte	46	54	21	4	10	6	18	5	15	40	6	6	7	3	12	16	24	293
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	41	39	20	4	10	5	10	3	15	26	5	5	7	3	10	16	19	238
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 3	5	15	1	0	0	1	8	2	0	14	1	1	0	0	2	0	5	55
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	10,4	6,5	13,3	8,2	33,3	9,6	4,4	7,9	6,9	9,8	4,1	8,9	6,2	6,3	12,8	17,6	9,9	8,7
Begründung zum Prüfumfang; sonstige Kommentare	3)						9)										12)	
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
· keine Beanstandung	10	21	20	4	7	4	1	1	7	18	1	2	4	1	7	9	8	125
· geringe Beanstandungen	5	6	0	0	0	0	3	0	7	2	1	3	1	1	3	1	4	37
· erhebliche Beanstandungen	10	6	0	0	0	1	4	0	1	2	0	0	0	1	0	2	2	29
· schwerwiegende Beanstandungen	16	6	0	0	3	0	1	2	0	4	3	0	2	0	0	4	5	46
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
· keine Beanstandung	0	6	0			1	3	0		7	1	0			0		1	19
· geringe Beanstandungen	1	5	1			0	2	0		5	0	0			1		2	17
· erhebliche Beanstandungen	1	1	0			0	1	0		0	0	0			1		1	5
· schwerwiegende Beanstandungen	3	3	0			0	2	2		2	0	1			0		1	14
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	36	3	16	0	3	1	13	4	8	17	3	3	5	2	1	7	15	137
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	1	0	0	0	2	0	3	2	1	3	2	0	2	0	1	2	2	21
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	23	3	0	0	4	2	6	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	41
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	7
· davon bestanden	1				7)										1		4	6
· davon nicht bestanden	0				7)										0		0	0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Das Fehlen einzelner inhaltlicher Anforderungen (zum Beispiel zwei oder mehr Kompartimente, fehlende Patienten-ID) wird als schwerwiegende Beanstandung gewertet. 4) Es wurden sieben Kolloquien vorgesehen, diese finden 2016 statt. 5) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I - IV/2014). 6) Zusätzlich erfolgten zwei Fortsetzungen des Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 3 c) (einmal keine Beanstandung; einmal schwerwiegende Beanstandung). 7) Das Ergebnis des Kolloquiums lag zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht vor. 8) Von den 61 Anträgen sind 25 Erstanträge. 9) Eine Prüfung wurde abgebrochen, da der Arzt in der Zwischenzeit verstarb. 10) Zusätzlich erfolgte eine Fortsetzung des Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 3 c), mit erheblichen Beanstandungen. 11) Von den 37 Anträgen sind 19 Neuanträge. 12) Prüfrate von zehn Prozent gemäß Vorstandsbeschluss der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe.

900 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

Balneophototherapie

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN			3)							4)				5)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	91	146	23	11	18	27	40	2	135	96	40	15	34	17	38	17	122	872
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	99	137	23	11	20	27	43	3	143	99	42	17	39	17	36	17	127	900
Anzahl beschiedene Anträge 1)	9	26	6	0	3	1	3	1	8	2	2	2	6	3	5	0	21	98
· davon Anzahl Genehmigungen	9	26	6		3	1	2	1	8	2	2	2	6	3	5		21	97
· davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	0	4	0	0	0	k. A.	0	0	0	0	0	1	3	2	0	4	14
WARTUNGSNACHWEISE § 8																		
Anzahl abrechnender Ärzte	84	157	23	11	20	25	43	3	112	86	37	17	33	13	34	16	112	826
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	20	31	23	11	4	11	39	3	14	20	7	17	7	4	8	7	78	304
· davon Nachweise erbracht	19	31	17	11	4	9	38	3	14	19	7	17	7	3	7	7	78	291
· davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	1	0	6	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	12
Anzahl nochmaliger Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	1	0	3	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	11
· davon Nachweise erbracht	1		3			2	2							0	k. A.			8
· davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0		0			0	1							1	k. A.			2
% abrechnende Ärzte geprüft	23,8	19,7	100,0	100,0	20,0	44,0	90,7	100,0	12,5	23,3	18,9	100,0	21,2	30,8	23,5	43,8	69,6	36,8

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Drei Ärzte konnten die Wartungsnachweise aufgrund struktureller Veränderungen nicht erbringen. 4) Ein Prüfergebnis liegt zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht vor. 5) Arzt ohne Wartungsnachweis hat seine Tätigkeit beendet.

2.465 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

252 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

Blutreinigungsverfahren / Dialyse

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

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

§ **RICHTLINIE ZUR SICHERUNG DER QUALITÄT VON DIALYSE-BEHANDLUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE),** Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert: 4.2.2016

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM:** obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG:** in der Zentrumsdialyse wird durch Vergabe von Versorgungsaufträgen sichergestellt, dass bestimmte Arzt / Patientenschlüssel gewährleistet sind (Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr): bei mehr als 30 Patienten mindestens ein zweiter Arzt, der die fachlichen Befähigungen nach § 4 erfüllt; bei mehr als 100 Patienten und je weiteren 50 Patienten zusätzlich ein weiterer Arzt, welcher ab der dritten Arztstelle ein Facharzt für Innere Medizin sein kann, der nicht über die Schwerpunktbezeichnung Nephrologie verfügt
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** bei Dialyse von Erwachsenen ist Kooperation mit einem Transplantationszentrum nachzuweisen, bei Dialyse von Kindern ist die pädiatrische und psychosoziale Betreuung und die Kooperation mit einem Transplantationszentrum für Kinder nachzuweisen
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE:** quartalsweise Auswertung der Vollerhebung mit gegebenenfalls Veranlassung einer Stichprobenprüfung, bei Beanstandungen Auflagen, gegebenenfalls Genehmigungsentzug
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und im Rahmen der Überprüfungsverfahren
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION:** behandlungsfallbezogene Vollerhebung; ab dem 1. Januar 2014 erfolgt die Erhebung aller Daten in Bezug auf den Patienten pseudonymisiert, mit der Möglichkeit einer längsschnittlichen Analyse
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** vierteljährliche Stichprobenprüfung bei auffälligen Werten, bei begründetem Verdacht und durch Zufallsauswahl
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** Auswertung der elektronischen Dokumentation extern durch Datenanalyst: vergleichende Quartalsberichte an Kassenärztliche Vereinigungen und jede Einrichtung; Jahresberichte an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG:** bei Auffälligkeiten in der Stichprobenprüfung und auf Wunsch der Einrichtung

→

→ Blutreinigungsverfahren / Dialyse

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN		3)	4)							5)		6)	7)					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	235	617	121	64	20	44	256	57	182	173	134	30	88	99	53	82	173	2.428
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	240	647	122	65	20	50	252	58	189	187	131	30	90	102	53	78	151	2.465
Anzahl beschiedene Anträge 1)	22	224	43	3	4	6	22	1	37	16	6	1	3	6	1	0	13	408
· davon Anzahl Genehmigungen	22	224	43	3	4	6	22	1	37	16	6	1	3	6	1		12	407
· davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· davon ohne Mängel					0													0
· davon mit Mängeln					1													1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	0	3	2	0	0	k. A.	1	0	2	9	1	3	3	1	5	18	48
AUS DEN TÄTIGKEITSBERICHTEN DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN § 7 ABS. 3 QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE, BERICHTSZEITRAUM 1.1. - 31.12.2015																		
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung gemäß § 2 Abs. 1 teilnehmen																		
I/2015	77	121	32	24	7	14	58	24	71	73	37	13	35	24	21	23	68	722
II/2015	78	120	32	24	7	14	58	24	71	73	37	13	35	24	22	23	68	723
III/2015	78	120	32	24	7	14	58	24	71	74	37	13	34	24	22	23	68	723
IV/2015	78	121	31	23	7	14	58	24	71	74	37	13	35	24	22	23	68	723
Anzahl der Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	3	4	11	4	4	4	5	4	77
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	14	49	3	8	12	2	17	11	29	21	8	0	5	14	3	23	33	252
MASSNAHMEN, AUCH AUFGRUND DER STICHPROBENPRÜFUNGEN GEMÄSS § 8 ABS. 1																		
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	0	49	0	8	0	0	2	0	12	0	0	0	1	0	0	1	61	134
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	6	12
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	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	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Ärzte mit Genehmigung einschließlich angestellte Ärzte (KfH, MVZ, Praxen). 4) Von 122 Ärzten mit Genehmigung sind 57 KfH-Ärzte. 5) Abnahme der Anzahl Einrichtungen gegenüber Vorjahr wegen Zusammenführung infolge der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren. Zunahme im Q III wegen Ermächtigung zur Sicherstellung der Versorgung. 6) Hohe Sitzungsfrequenz der Kommission anstelle von Stellungnahmeverfahren, da grundsätzlich alle Anträge geprüft werden. 7) Die Daten des Q III von einer Einrichtung konnten innerhalb der Frist nicht ausgewertet werden.

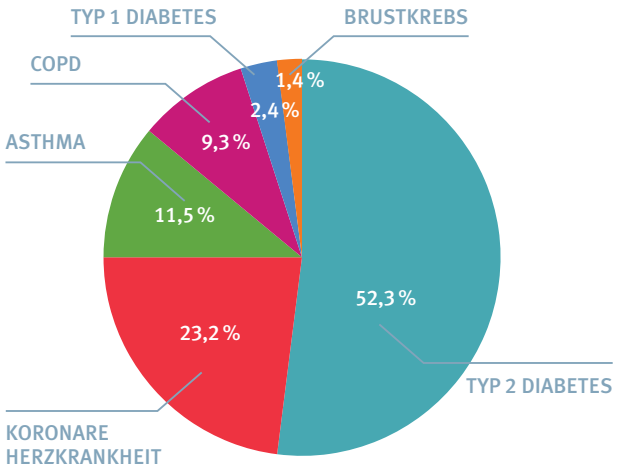
DMP Disease-Management-Programme

Ende des Jahres 2015 waren 6,6 Millionen Patienten in Disease-Management-Programme (DMP) für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Brustkrebs eingeschrieben.

Da Patienten zum Teil an mehreren DMP teilnehmen, waren per 31. Dezember 2015 circa 7,7 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen. Gegenüber dem Vorjahr ist das eine Steigerung von 2,3 Prozent (2014: circa 7,6 Millionen).

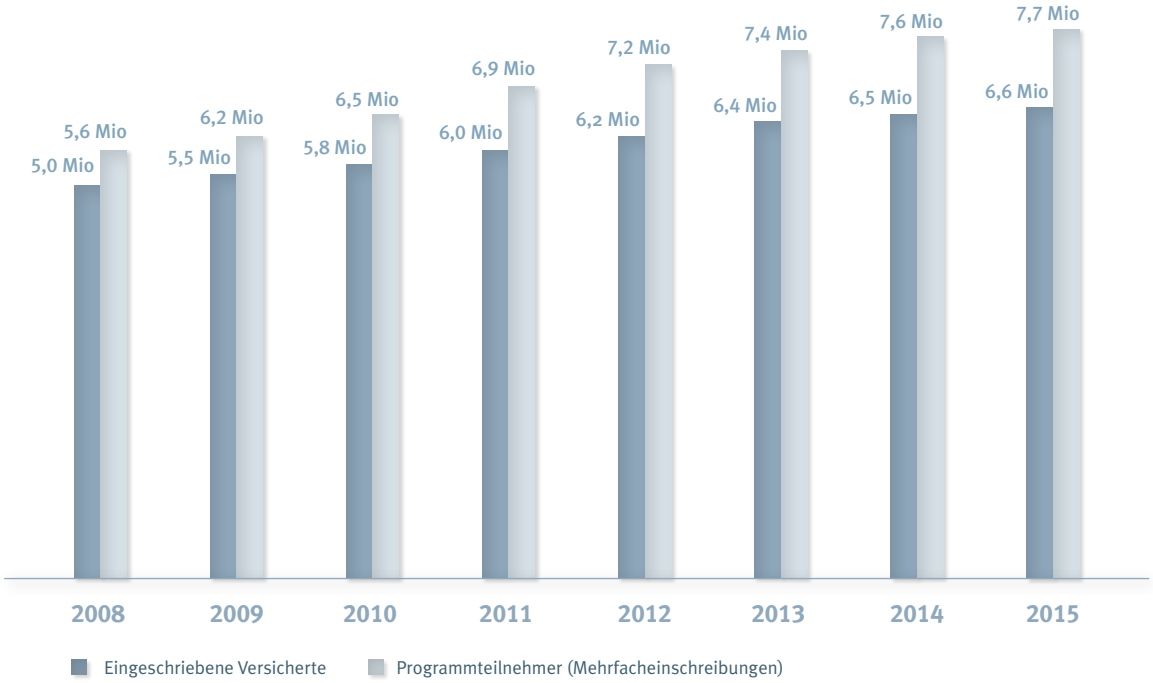
Im Gemeinsamen Bundesauschuss werden die bestehenden Programme ständig weiterentwickelt und für neue DMP sind zum Beispiel die Krankheiten chronische Herzinsuffizienz, chronischer Rückenschmerz und Depressionen in der Beratung.

STAND DER EINSCHREIBUNGEN 2015: 7.724.197 (INKLUSIVE MEHRFACHEINSCHREIBUNGEN)



Quelle: amtliche Statistik des BMG KM6 Teil II 2015

EINSCHREIBUNGEN IN DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME ENTWICKLUNG FÜR DEN ZEITRAUM 2008 BIS 2015



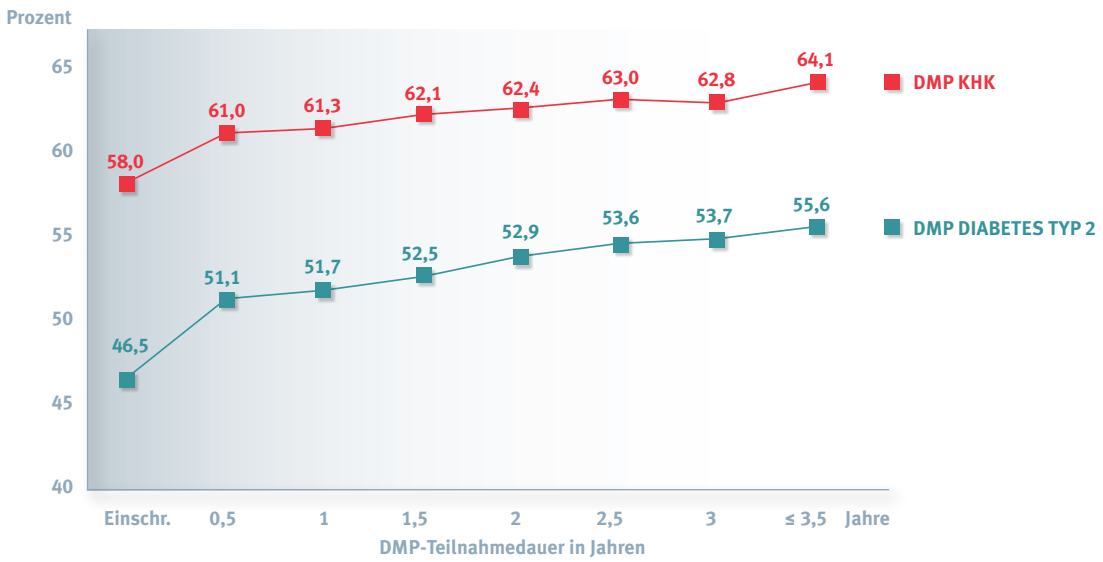
Quelle: amtliche Statistik des BMG KM6 Teil II (2008 bis 2015)

DMP Ausgewählte Qualitätszielerreichungen im Verlauf

ERGEBNISSE ZU AUSGEWÄHLTEN QUALITÄTSZIELEN DER DMP DIABETES MELLITUS TYP 1 UND TYP 2 SOWIE KORONARE HERZERKRANKUNG IM VERLAUF

HYPERTONIKER MIT NORMOTENSIVEN BLUTDRUCKWERTEN (‹ 140/90 mmHg)

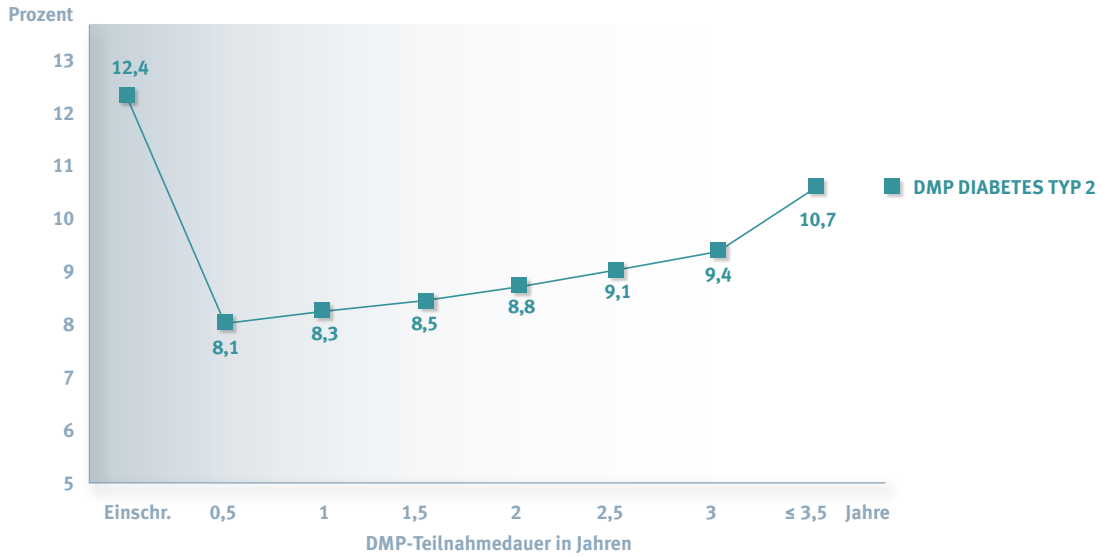
ANTEIL DER PATIENTEN, DIE IM VERLAUF IHRER DMP-TEILNAHME EINEN NORMOTENSIVEN BLUTDRUCK ERREICHTEN.



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte für 2014 aus zwölf Kassenärztlichen Vereinigungen

PATIENTEN IM DMP DIABETES TYP 2 MIT EINEM HbA1c-WERT ≥ 8,5%

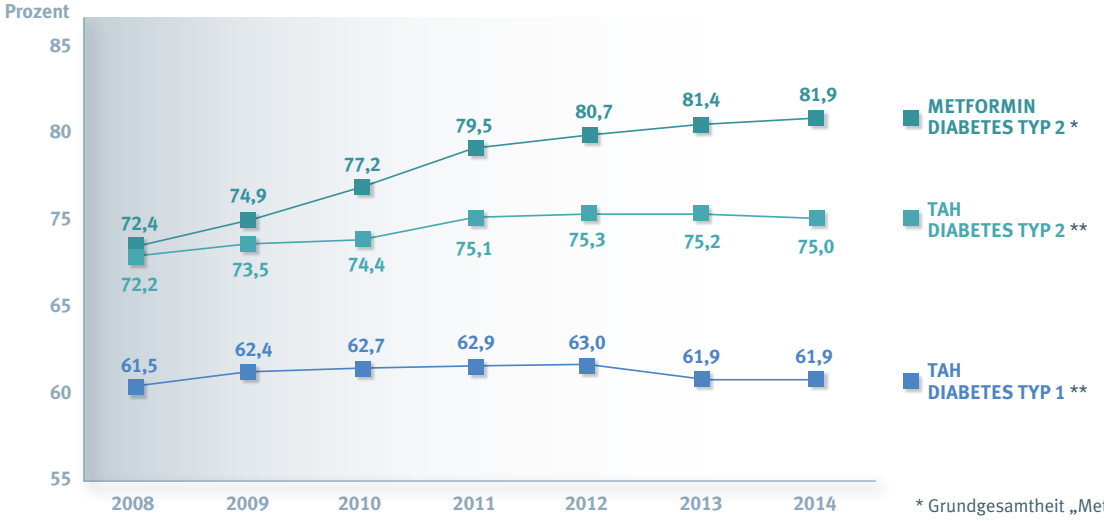
ANTEIL DER PATIENTEN MIT HbA1c-WERTEN AB 8,5% IM LAUFE DER JAHRE IHRER DMP-TEILNAHME.



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte für 2014 aus zwölf Kassenärztlichen Vereinigungen

VERORDNUNG LEITLINIENGERECHTER MEDIKAMENTE

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1 UND TYP 2

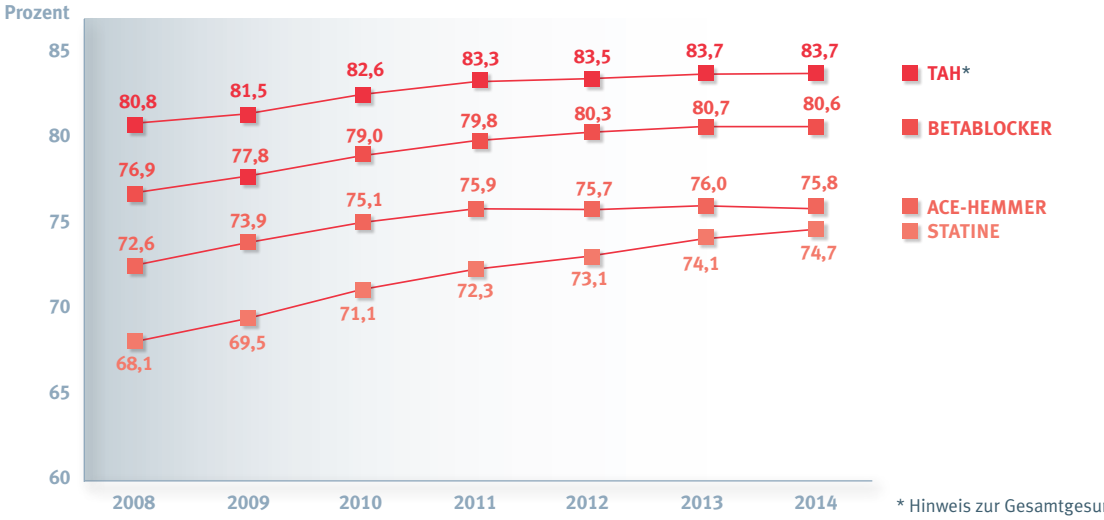


Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte der Jahre 2008 bis einschließlich 2014 aus zehn Kassenärztlichen Vereinigungen

* Grundgesamtheit „Metformin“: alle eingeschriebenen übergewichtigen Patienten mit einem oralen Antidiabetikum als Monotherapie

** Grundgesamtheit „Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)“: alle eingeschriebenen Patienten mit AVK/KHK/Schlaganfall, Herzinfarkt, Amputation bei denen keine Kontraindikation vorliegt

DMP KORONARE HERZKRANKHEIT

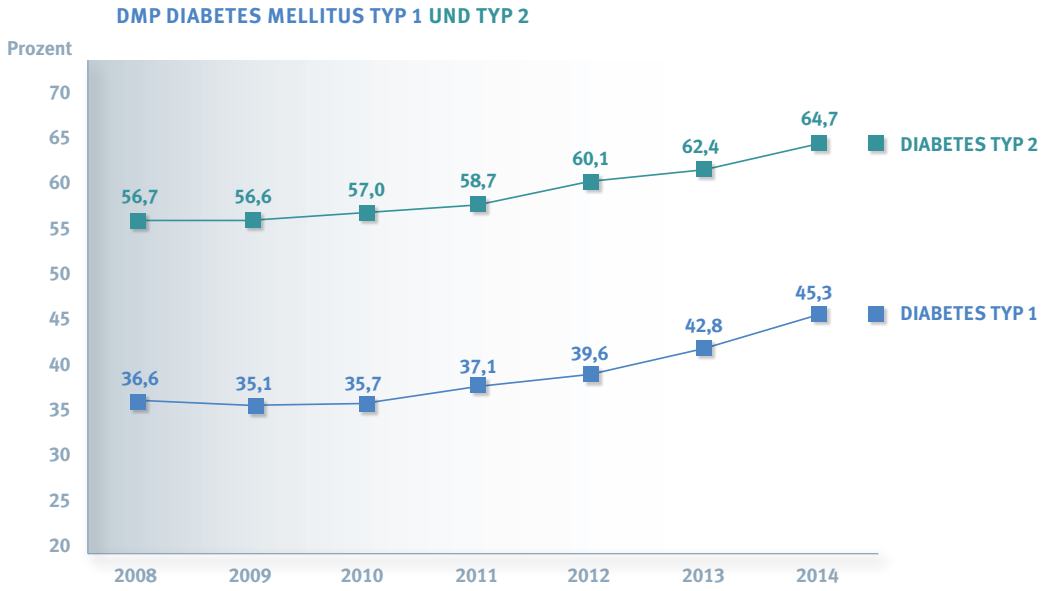


Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte der Jahre 2008 bis einschließlich 2014 aus 13 Kassenärztlichen Vereinigungen

* Hinweis zur Gesamtgesundheit „Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)“: Bei Einsatz von oralen ATC werden TAH häufig nicht verordnet

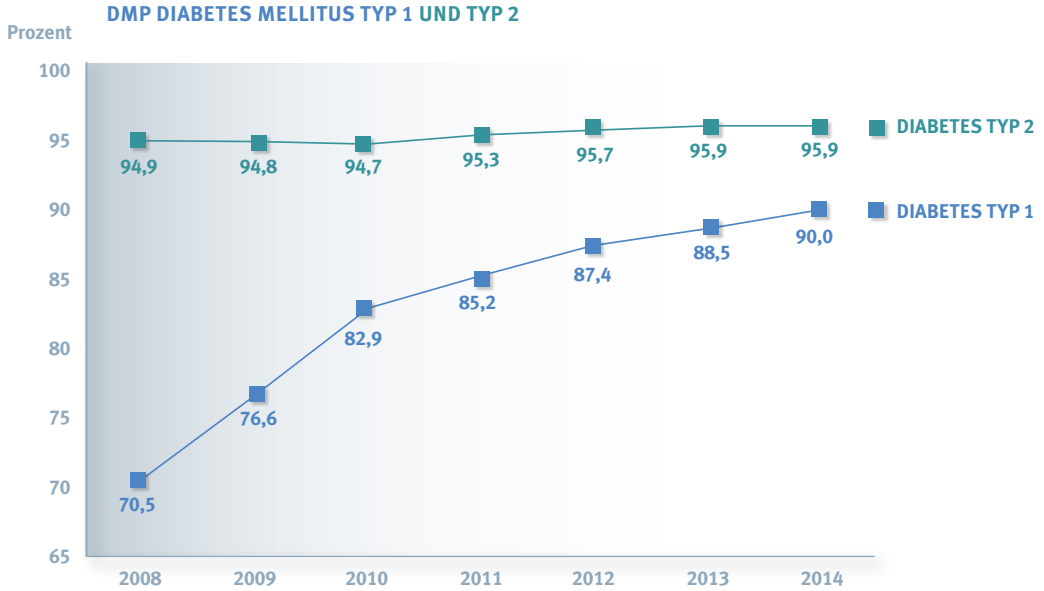
DMP Ausgewählte Qualitätszielerreichungen im Verlauf

ERREICHEN DER VEREINBARTEN INDIVIDUELLEN HbA1c-ZIELWERTE



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte der Jahre 2008 bis einschließlich 2014 aus elf Kassenärztlichen Vereinigungen für DMP Diabetes Typ2 und aus zehn Kassenärztlichen Vereinigungen für DMP Diabetes Typ1

JÄHRLICHE ÜBERPRÜFUNG DER NIERENFUNKTION



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte der Jahre 2008 bis einschließlich 2014 aus zehn Kassenärztlichen Vereinigungen für DMP Diabetes Typ2 und für DMP Diabetes Typ1

DMP Vertragsumfang

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG [1]	PATIENTEN [2]
Baden-Württemberg	KV - alle Kassen	238	17.123
Bayern	KV - alle Kassen	2.656	27.576
Berlin	KV - alle Kassen	247	8.081
Brandenburg	KV - alle Kassen	92	6.160
Bremen	KV - alle Kassen	24	1.644
Hamburg	KV - alle Kassen	55	5.378
Hessen	KV - alle Kassen	255	12.679
Mecklenburg-Vorpommern	KV - alle Kassen	58	3.167
Niedersachsen	KV - alle Kassen	204	18.458
Nordrhein	KV - alle Kassen	1.054	21.697
Rheinland-Pfalz	KV - alle Kassen außer AOK	157	9.345
Saarland	kein Vertrag mit KV		53
Sachsen	KV - alle Kassen	137	11.225
Sachsen-Anhalt	KV - alle Kassen	269	6.245
Schleswig-Holstein	KV - alle Kassen	62	8.094
Thüringen	KV - alle Kassen	94	5.488
Westfalen-Lippe	KV - alle Kassen	975	20.671
Gesamt		**6.577**	**183.084**

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG [1]	PATIENTEN [2]
Baden-Württemberg	KV - alle Kassen	6.566	471.085
Bayern	KV - alle Kassen	8.267	541.189
Berlin	KV - alle Kassen	1.982	166.394
Brandenburg	KV - alle Kassen	1.424	192.024
Bremen	KV - alle Kassen	434	33.489
Hamburg	KV - alle Kassen	914	58.204
Hessen	KV - alle Kassen	3.845	246.014
Mecklenburg-Vorpommern	KV - alle Kassen	1.044	102.726
Niedersachsen	KV - alle Kassen	4.603	345.581
Nordrhein	KV - alle Kassen	5.205	473.448
Rheinland-Pfalz	KV - alle Kassen außer AOK	2.489	202.323
Saarland	KV - alle Kassen	641	54.091
Sachsen	KV - alle Kassen	2.487	335.319
Sachsen-Anhalt	KV - alle Kassen	1.353	187.136
Schleswig-Holstein	KV - alle Kassen	1.640	107.357
Thüringen	KV - alle Kassen	1.342	150.748
Westfalen-Lippe	KV - alle Kassen	4.700	373.950
Gesamt		**48.936**	**4.041.078**

DMP Vertragsumfang

DMP BRUSTKREBS

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG [1]	PATIENTEN [2]
Baden-Württemberg	KV - alle Kassen	801	7.723
Bayern	KV - alle Kassen	2.052	18.101
Berlin	kein Vertrag mit KV		3.349
Brandenburg	KV - alle Kassen	173	4.504
Bremen	KV - alle Kassen	64	854
Hamburg	KV - alle Kassen	98	783
Hessen	kein Vertrag mit KV		10.647
Mecklenburg-Vorpommern	KV - alle Kassen	171	2.803
Niedersachsen	KV - alle Kassen	663	13.050
Nordrhein	KV - alle Kassen	898	12.481
Rheinland-Pfalz	KV - alle Kassen außer AOK	326	4.795
Saarland	KV - alle Kassen	111	1.129
Sachsen	KV - alle Kassen	424	4.118
Sachsen-Anhalt	KV - alle Kassen	152	3.173
Schleswig-Holstein	KV - alle Kassen	333	4.572
Thüringen	KV - alle Kassen	139	3.287
Westfalen-Lippe	KV - alle Kassen	836	14.850
Gesamt		**7.241**	**110.219**

DMP KHK

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG [1]	PATIENTEN [2]
Baden-Württemberg	KV - alle Kassen	6.295	200.337
Bayern	KV - alle Kassen	8.408	238.510
Berlin	KV - alle Kassen	1.852	74.187
Brandenburg	KV - alle Kassen	1.433	97.624
Bremen	KV - alle Kassen	473	13.274
Hamburg	KV - alle Kassen	878	25.081
Hessen	KV - alle Kassen	3.861	85.949
Mecklenburg-Vorpommern	KV - alle Kassen	1.045	48.942
Niedersachsen	KV - alle Kassen	4.506	176.613
Nordrhein	KV - alle Kassen	5.316	216.993
Rheinland-Pfalz	KV - alle Kassen außer AOK	2.434	78.477
Saarland	KV - alle Kassen	658	23.638
Sachsen	KV - alle Kassen	2.285	123.139
Sachsen-Anhalt	KV - alle Kassen	1.398	80.836
Schleswig-Holstein	KV - alle Kassen	1.611	51.799
Thüringen	KV - alle Kassen	1.319	75.230
Westfalen-Lippe	KV - alle Kassen	4.712	179.110
Gesamt		**48.484**	**1.789.739**

DMP ASTHMA / COPD

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ERKRANKUNG	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG [1]	PATIENTEN [2]
Baden-Württemberg	KV - alle Kassen	Asthma	6.338	88.114
		COPD	5.826	73.680
Bayern	KV - alle Kassen	Asthma	9.043	140.672
		COPD		94.803
Berlin	KV - alle Kassen	Asthma	1.515	53.595
		COPD	1.464	44.600
Brandenburg	KV - alle Kassen	Asthma	856	46.212
		COPD	856	35.057
Bremen	KV - alle Kassen	Asthma	473	8.995
		COPD	416	7.822
Hamburg	KV - alle Kassen	Asthma	808	19.763
		COPD	720	10.843
Hessen	KV - alle Kassen	Asthma	3.730	44.657
		COPD	3.460	31.242
Mecklenburg-Vorpommern	KV - alle Kassen	Asthma	661	17.400
		COPD	661	14.175
Niedersachsen	KV - alle Kassen	Asthma	4.543	100.305
		COPD	4.158	83.449
Nordrhein	KV - alle Kassen	Asthma	5.134	92.236
		COPD	4.636	102.853
Rheinland-Pfalz	KV - alle Kassen außer AOK	Asthma	2.276	18.258
		COPD	2.102	34.624
Saarland	KV - alle Kassen	Asthma	636	8.431
		COPD	561	8.501
Sachsen	KV - alle Kassen	Asthma	1.257	61.777
		COPD	1.190	34.985
Sachsen-Anhalt	KV - alle Kassen	Asthma	1.195	22.648
		COPD		16.897
Schleswig-Holstein	KV - alle Kassen	Asthma	1.540	27.887
		COPD	1.401	18.170
Thüringen	KV - alle Kassen	Asthma	943	34.905
		COPD	841	24.619
Westfalen-Lippe	KV - alle Kassen	Asthma	4.724	99.555
		COPD	4.265	78.347
Gesamt		**Asthma**	[3]	**885.410**
		COPD		**714.667**

[1] Anzahl der Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung, Stand 31. Dezember 2015 [2] DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG) [3] Summe ist nicht darstellbar, da keine durchgängige Trennung nach Asthma- und COPD-Genehmigung

Fakultative Stichprobenprüfungen § 135b Abs. 2 SGB V

GRUNDLAGEN DER OBLIGATEN PRÜFUNGEN

Die Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben nach § 135b Abs. 2 SGB V – textgleich zu ehemals § 136 Abs. 2 SGB V – ist ein seit 1989 etabliertes Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Seit dem 1. Januar 2007 wurde die bewährte Praxis weiterentwickelt und hinsichtlich bundeseinheitlicher Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen konkretisiert. Die Vorgaben der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung werden ergänzt und spezifiziert um Durchführungsbestimmungen in den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V.

In Leistungsbereichen, in denen Stichproben durchgeführt werden, sind pro Jahr in der Regel mindestens vier Prozent derjenigen Ärzte zu überprüfen, die die entsprechende(n) Leistung(en) abgerechnet haben. Die Auswahl der Ärzte erfolgt zufällig. Zusätzliche Überprüfungen können kriterienbezogen veranlasst werden, wie bei vorausgegangenen Auffälligkeiten.

Die Durchführung obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. Sie richtet für die einzelnen Leistungsbereiche Qualitätssicherungskommissionen ein. In den Stichprobenprüfungen wird die Qualität der jeweiligen Untersuchung auf Grundlage der schriftlichen und gegebenenfalls bildlichen Dokumentationen beurteilt. Den Stichprobenprüfungen sind Kriterien zur Qualitätsbeurteilung gemäß den Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V zu Grunde zu legen, die für den Bereich Radiologische Diagnostik – Röntgendiagnostik und Computertomographie – seit 1992 beziehungsweise neugefasst seit 2010, für die Kernspintomographie seit 2000 und für die Arthroskopie seit 2010 vorliegen.

Einheitlich vorgegeben werden mit der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung die Beurteilungskategorien: keine, geringe, erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen. Die Zuordnung von Mängeln zu einer Beurteilungskategorie sowie die Bildung einer Gesamtbeurteilung aus den Beurteilungen der einzelnen Fälle wurde aufgrund des großen Spektrums der überprüften Leistungsbereiche und des bereichsübergreifenden Charakters der Richtlinie dort nicht operationalisiert. Damit verbunden ist die Schwierigkeit einer direkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diesem Umstand Rechnung tragend wurden auf Initiative der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen zunächst für die Leistungsbereiche konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie bundeseinheitliche Bewertungsschemata erarbeitet, deren Anwendung ab dem 1. April 2011 in den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V geregelt ist. Für den Leistungsbereich Arthroskopie wurde ebenfalls ein Bewertungsschema entwickelt und den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt.

Die richtlinienkonforme Umsetzung der Stichprobenprüfungen wird in den Kassenärztlichen Vereinigungen durch eine Diskrepanz zwischen datenschutzrechtlichen Vorgaben nach §§ 285 und 299 SGB V sowie der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung zunehmend erschwert. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und des dort neugefassten § 299 SGB V wurden datenschutzrechtliche Vorgaben geändert und konkretisiert. Diese sind in der derzeit in Überarbeitung befindlichen Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung auszugestalten und umzusetzen.

FAKULTATIVE PRÜFUNGEN 2015

Für Leistungsbereiche, für die der G-BA keine Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie beschlossen hat, können Kassenärztliche Vereinigungen nach eigenem Ermessen Stichprobenprüfungen in ausgewählten Leistungsbereichen auf der Grundlage eigener Qualitätsbeurteilungskriterien vornehmen. Das heißt, es obliegt der Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung, ob in einem bestimmten Bereich fakultative Stichprobenprüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V durchgeführt werden. Fakultative Stichprobenprüfungen fanden 2015 in folgenden Bereichen statt: ambulantes Operieren, Herzschrittmacher-Kontrolle, interventionelle Radiologie, Langzeit-EKG, Magnetresonanz-Angiographie, Onkologie, schlafbezogene Atmungsstörungen, Nuklearmedizin, substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger.

In den Leistungsbereichen Magnetresonanz-Angiographie, substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger und Onkologie erfolgen die aktuellen fakultativen Prüfungen zusätzlich zu stichprobenbasierten Dokumentationsprüfungen auf Grundlage der jeweils geltenden Qualitätssicherungsvorgaben – Bundesmantelvertragliche Regelungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 135 Abs. 1 SGB V. Die Ergebnisse sind in diesem Kapitel unter dem jeweiligen Thema veröffentlicht.

fakultative Prüfungen nach § 135b Abs. 2	ambulantes Operieren	Herzschrittmacher-Kontrolle	Herzschrittmacher-Kontrolle	Herzschrittmacher-Kontrolle	interventionelle Radiologie	Langzeit- EKG	Langzeit- EKG	Langzeit- EKG	Langzeit- EKG	Langzeit- EKG	Magnetresonanz-Angiographie	Onkologie	schlafbezogene Atmungsstörungen	schlafbezogene Atmungsstörungen	schlafbezogene Atmungsstörungen	schlafbezogene Atmungsstörungen	Nuklearmedizin	Nuklearmedizin	Substitution
Kassenärztliche Vereinigungen	**BE**	**BE**	**MV**	**SN**	**HE**	**BE**	**BB**	**MV**	**ST**	**WL**	**BE**	**WL**	**BB**	**NO**	**ST**	**SH**	**HH**	**HE**	**BE**
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V																			
PRÜFUMFANG																			
abrechnende Ärzte	1.016	84	53	122	26	576	263	160	313	1.280	60	385	73	499	94	24	33	95	128
Anzahl geprüfter Ärzte	50	5	3	11	4	37	13	14	29	53	3	36	10	18	4	9	4	10	42
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	50	5	3	11	3	30	10	10	26	53	3	31	10	14	4	9	4	10	40
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	0	0	0	1	7	3	4	3	0	0	5	0	4	0	0	0	0	2
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	4,9	6,0	5,7	9,0	11,5	5,2	3,8	6,3	8,3	4,1	5,0	8,1	13,7	2,8	4,3	37,5	12,1	10,5	31,3
Begründung zum Prüfumfang; sonstige Kommentare	1)	2)				2)					1)		3)		4)	5)			1)
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																			
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																			
· keine Beanstandung	50	5	2	7	0	17	3	4	19	15	3	13	2	8	2	6	2	10	26
· geringe Beanstandungen	0	0	0	4	1	5	3	5	4	35	0	10	5	2	0	3	2	0	6
· erhebliche Beanstandungen	0	0	1	0	1	3	0	1	0	3	0	1	2	0	0	0	0	0	4
· schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0	1	5	4	0	3	0	0	7	1	4	2	0	0	0	4
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																			
· keine Beanstandung					0	6	2	2	3			1		3					1
· geringe Beanstandungen					0	0	0	1	0			1		1					0
· erhebliche Beanstandungen					0	0	0	1	0			1		0					0
· schwerwiegende Beanstandungen					1	1	1	0	0			2		0					1
MASSNAHMEN																			
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	6	0	1	4	0	9	10	1	7	38	0	18	5	3	2	3	0	0	15
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	4	1	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	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	9
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
· davon bestanden							1					1							
· davon nicht bestanden							0					0							
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	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	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I/2014 bis I/2015) 2) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (II/2014 bis I/2015). 3) Kolloquium veranlasst, erfolgt im Jahr 2016. 4) Keine Kopfzählung. Die Prüfung erfolgte getrennt für Polygraphie und Polysomnographie, die Werte wurden addiert. 5) Geprüft wird ausschließlich Polysomnographie.

Fortbildungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

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

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

THEMEN DER FORTBILDUNGSSEMINARE ZUR QUALITÄTSFÖRDERUNG (AUSWAHL)

- Qualitätsmanagement
- Disease-Management-Programme
- Hygiene
- Bildgebende Verfahren
- Notfallsituationen / Ärztlicher Bereitschaftsdienst
- Aktuelle weitere Themen:
  - Spezielle Schmerztherapie
  - Pharmakotherapie
  - Prävention und Umgang mit Gewaltbedrohung im Alltag von Gesundheitsberufen

Fortbildungspflicht

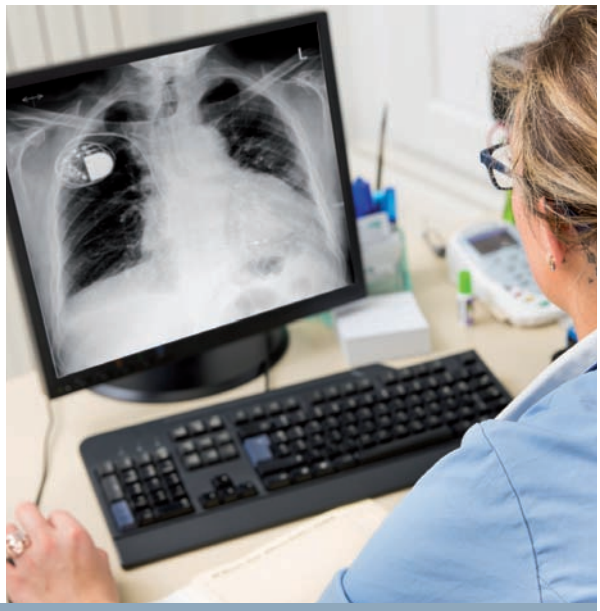
Die Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung unterliegt hohen Qualifikationsanforderungen. Voraussetzung ist eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt beziehungsweise eine abgeschlossene Ausbildung zum Psychotherapeuten – Facharztstatus beziehungsweise Fachkundenachweis – gemäß Weiterbildungsordnungen der Berufskammern. Die Dauer der Aus- und Weiterbildung liegt für Fachärzte in der Regel zwischen zwölf und 14 Jahren. Darüber hinaus sind Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowohl durch ihre Berufsordnungen als auch durch das SGB V zu einer kontinuierlichen, kompetenzsichernden Fortbildung verpflichtet. Alle fünf Jahre müssen sie gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung mindestens 250 Fortbildungspunkte, in der Regel durch ein Kammerzertifikat, nachweisen. Anders als im stationären Sektor schreibt das Gesetz bei Nicht-Erfüllung der Fortbildungspflicht Sanktionen in Form von Honorarkürzungen bis hin zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung vor.

Ebenso wie in den zurückliegenden Jahren zeigen die vorliegenden Ergebnisse für das Jahr 2015, dass Fortbildung zum Selbstverständnis der Vertragsärzte und -psychotherapeuten gehört. Im Zeitraum 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2015 unterlagen bundesweit knapp 14.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten der Nachweispflicht. Die Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen belegen: Etwa 97 Prozent der Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind ihrer Fortbildungspflicht nachgekommen. Die Erfüllungsquote in den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt zwischen 91 und 99 Prozent. Wegen Nicht-Erfüllung der Fortbildungspflicht wurde im Jahr 2015 zwölf Ärzten die Zulassung beziehungsweise Anstellungsgenehmigung entzogen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Fortbildungsaktivitäten von Vertragsärzten und -psychotherapeuten durch verschiedene Angebote, so zum Beispiel Online-Fortbildungen zu Arzneimitteln und MRSA oder die Bereitstellung didaktisch aufbereiteter Module für die strukturierte Bearbeitung von Themen in ärztlichen / psychotherapeutischen Qualitätszirkeln. Zusätzlich gibt es vielfältige Fortbildungsangebote zu den Themenbereichen Qualitätsmanagement und Qualitätszirkelarbeit in Form von Präsenzveranstaltungen.

www.kbv.de/html/fortbildung.php

2.977	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
19	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
228	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN



Herzschrittmacher-Kontrolle

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	361	579	105	76	35	66	218	54	295	339	157	36	128	89	89	58	272	2.957
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	363	557	104	74	36	68	232	55	300	345	166	39	127	90	91	60	270	2.977
Anzahl beschiedene Anträge [1]	25	87	20	7	4	10	57	6	29	45	26	4	11	6	4	7	33	381
· davon Anzahl Genehmigungen	25	80	20	7	4	10	57	6	29	44	25	4	11	6	4	7	30	369
· davon Anzahl Ablehnungen	0	7	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	12
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 5 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	0	21	9	2	8	0	5	19	0	16	2	8	5	2	0	22	119
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V (FAKULTATIV)																		
siehe Tabelle Seite 59			✓					✓					✓					

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

595	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
36	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
360	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
490	FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

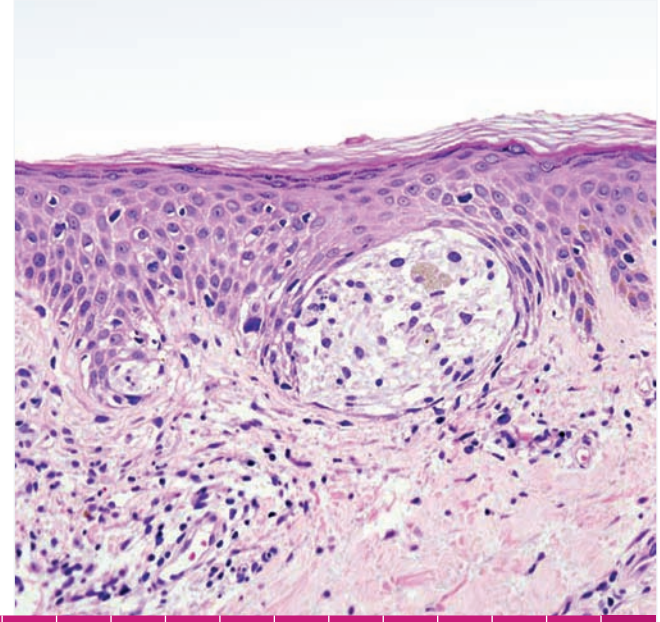
Histopathologie Hautkrebs-Screening

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

§ **RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN (KREBSFRÜHERKENNUNGS-RICHTLINIE / KFE-RL), ABSCHNITT D NR. 2,** Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderungen zum 1.7.2008, zuletzt geändert: 3.10.2009

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN										6)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	87	91	27	14	5	17	42	16	63	77	24	7	24	21	20	25	58	618
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	88	89	25	12	5	16	42	15	67	56	26	8	24	24	17	24	57	595
Anzahl beschiedene Anträge 1)	4	7	2	0	0	1	2	0	10	2	3	1	2	4	1	1	4	44
neu	4	7	2			1	2		10	2	3	1	2	4	1	1	4	44
· davon Anzahl Genehmigungen	4	7	2			1	2		10	2	3	1	2	4	1	1	4	44
· davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0			0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
erneut gemäß § 8 Abs. 6	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
· wegen Nichterreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate		2					1		1									4
· wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5		0					0		0									0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	0	3	2	0	1	1	1	2	2	1	0	2	1	5	0	5	26



→ Histopathologie Hautkrebs-Screening

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
FREQUENZREGELUNG § 5 ABS. 1 UND 2																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate aus Screening oder Kuration)	3)								5)				7)					
< 1.000	0	2	0	0	0	0	4)	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4
≥ 1.000	82	77	23	12	5	16	4)	15	28	56	25	7	23	20	18	24	55	486
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																		
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	4,6	4,4	7,4	7,1	0,0	11,8	4,8	12,5	4,8	3,9	4,2	100,0	4,2	4,8	5,0	8,0	0,0	5,8
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4	2	1	0	2	2	2	3	3	1	7	1	1	1	2	8)	36
· davon bestanden	4	4	2	1		2	2	2	3	3	1	7	1	1	1	2		36
· davon nicht bestanden	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate	40	40	20	10	0	20	20	20	30	30	10	70	10	10	10	20	0	360
· davon vollständig und nachvollziehbar	39	40	20	10		20	20	20	29	30	10	69	10	10	10	20		357
· davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
· davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	1	0	0	0		0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0		3
· davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Frequenzregelung bei fünf Ärzten aus der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg wird von der Kassenärztliche Vereinigung Bayerns geprüft, da diese in KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften tätig sind. 4) Prüfung der Frequenzregelung wurde 2015 nicht durchgeführt. 5) Die Abfrage zur Frequenzerreichung wurde umgestellt auf das Genehmigungsdatum. 6) Änderungen zum Vorjahr bei der Zählweise „Ärzte mit Genehmigung". 7) Prüfung der Frequenzregelung dauert zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch an. 8) Kommissionssitzung entfiel wegen Krankheit, Prüfungen finden 2016 statt.

301	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
51	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
510	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
291	FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
284	PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE

HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	39	37	57	1	9	34	28	2	16	36	8	6	10	3	0	3	12	301
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	37	38	57	0	9	31	28	2	15	38	13	6	10	4	0	2	11	301
Anzahl beschiedene Anträge [1]	0	4	5	0	1	0	1	0	1	4	5	0	1	1	0	0	2	25
neu		4	5		1		1		1	4	5		0	1			2	24
· davon Anzahl Genehmigungen		3	5		1		1		1	3	5			1			2	22
· davon Anzahl Ablehnungen		1	0		0		0		0	1	0			0			0	2
erneut gemäß § 8 Abs. 4		0	0		0		0		0	0	0		0	0			0	0
erneut gemäß § 10 Abs. 5		0	0		0		0		0	0	0		1	0			0	1
· davon Anzahl Genehmigungen													1					1
· davon Anzahl Ablehnungen													0					0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		0	0	1
· darunter wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3									0									0
· darunter wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4									0									0
· darunter wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4									1									1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	0	4	0	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	12

→ HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
FREQUENZREGELUNG § 10 ABS. 1 NR. 1														3)				
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:																		
< 25	6	4	1	0	3	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2	20
· davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) aufgrund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	1	4	1		1	0	0		1	0	2		0				0	10
≥ 25	31	33	53	0	6	31	27	2	14	38	8	6	9	3	0	2	8	271
FORTBILDUNG																		
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	34	37	55	0	7	30	28	2	15	38	8	6	5	3	0	2	9	279
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten (§ 10 Abs. 4)	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	4	0			0	5
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																		
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	10,3	8,1	10,5		11,1	11,8	17,9	100,0	18,8	11,1	12,5	100,0	10,0	33,3		33,3	25,0	15,0
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	3	6		1	4	5	2	3	4	1	6	1	1		1	3	45
· davon bestanden	4	3	6		1	4	3	2	3	4	1	6	1	0		1	3	42
· davon nicht bestanden	0	0	0		0	0	2	0	0	0	0	0	0	1		0	0	3
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	1	1	0		0	0	2	0	1	0	0	0	0	1		0	0	6
· davon Begründung ausreichend	1	1					2		1					1				6
· davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben	0	0					0		0					0				0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen	40	30	60		10	40	50	20	30	40	10	60	10	10		10	30	450
· davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	36	29	60		10	30	30	20	30	40	10	45	8	7		10	28	393
· davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	1
· davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	4	1	0		0	10	0	0	0	0	0	15	0	0		0	1	31
· davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	0		0	0	20	0	0	0	0	0	2	2		0	0	24
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität:																		
· darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)	0	0				0	0		0			0	0	2			0	2
· darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)	0	0				0	20		0			0	1	0			1	22
· darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9)	0	0				0	20		0			0	1	0			0	21

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Ein Fall war irrtümlich durch die Einrichtung als HIV-Fall abgerechnet worden. Wurde korrigiert, konnte dem ermächtigten Arzt nicht angelastet werden.

3.948 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

1.254 PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE

3.543 GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN

Hörgeräteversorgung

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR HÖRGERÄTEVERSORGUNG (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG HÖRGERÄTEVERSORGUNG),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012, zuletzt geändert: 1.1.2016

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	455	532	215	110	51	130	281	82	371	518	194	54	221	111	133	98	372	3.928
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	460	524	221	113	51	128	287	83	368	520	190	55	228	115	128	95	382	3.948
Anzahl beschiedene Anträge 1)	19	60	29	12	2	9	29	3	16	33	6	3	19	3	6	4	37	290
· davon Anzahl Genehmigungen	19	59	29	12	2	9	29	3	15	33	6	2	18	3	3	4	37	283
· davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	0	0	7
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	12	0	0	0	2	5	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	22
· davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen		0				0	0		0									0
· davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung		12				1	5		0									18
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	5	15	9	0	8	3	2	12	22	10	0	11	4	8	0	5	114

→ Hörgeräteversorgung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 ABS. 1, NR. 1					4)		5)	6)				6)						
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	459	510	221	110	14	128	142	83	368	512	190	55	234	115	108	95	81	3.425
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	106	0	0	8	0	0	0	0	4	0	0	118
Anzahl Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 8 ABS. 1, NR. 2																		
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	459	39	11	108	1	96	32	1	14	268	6)	2	7)	8)	2	89	60	1.182
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	3	7	2	0	0	60	0	0	0	0	0			0	0	0	72
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	3)	2	0	0	2	6	0	0	0	0	0			0	0	0	10

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung (Nachfrist) dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an. 4) Überprüfung der messtechnischen Kontrollen dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an. 5) Ein Widerruf wegen fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung erfolgt in 2016. 6) Nachweise zur Fortbildungsverpflichtung wurden 2014 vollständig erbracht. 7) Gemäß Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen wird die Erfüllung der gesonderten Fortbildungsverpflichtung nicht geprüft. 8) Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an.

340 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

71 PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE

297 GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN

Hörgeräteversorgung – Kinder

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR HÖRGERÄTEVERSORGUNG BEI SÄUGLINGEN, KLEINKINDERN UND KINDERN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG HÖRGERÄTEVERSORGUNG KINDER), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2012, zuletzt geändert: 1.1.2016

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

→

→ **Hörgeräteversorgung – Kinder**

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN							4)											
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	16	91	2	2	2	18	61	5	36	18	4	2	16	5	12	3	32	325
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	18	95	10	2	2	18	64	5	37	18	4	2	16	5	7	3	34	340
Anzahl beschiedene Anträge 1)	2	16	10	0	1	11	7	0	2	4	1	0	1	0	1	0	8	64
· davon Anzahl Genehmigungen	2	15	10		0	11	7		2	4	1		1		0		8	61
· davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0		1	0	0		0	0	0		0		1		0	3
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
· davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnische Kontrollen						0	0											0
· davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung						1	1											2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	8	0	0	0	2	1	0	1	0	5	0	4	21
MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 ABS. 1, NR. 1																		
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	18	95	10	2	0	18	30	5	37	13	4	2	17	5	6	3	3	268
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0		0	28	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	29
Anzahl Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 8 ABS. 1, NR. 2																		
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	18	3	0	2	1	12	3	5)	5	10	1	0	6)	3)	1	3	2	61
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0			0	0	0	10
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	3)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			0	0	0	1

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Überprüfung dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an. 4) Davon sechs Neuanträge. 5) Nachweise zur Fortbildungsverpflichtung wurden 2014 vollständig erbracht. 6) Gemäß Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen wird die Erfüllung der gesonderten Fortbildungsverpflichtung nicht geprüft.

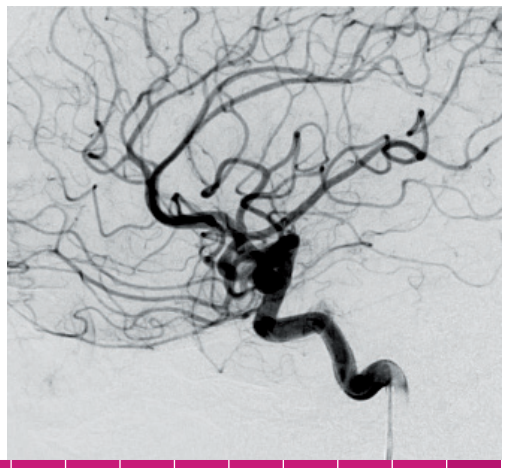
341	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
4	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
48	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
281	FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

Interventionelle Radiologie

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN																		
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 1																	4), 5)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	6	7	0	2	0	2	2	0	8	6	0	0	2	0	1	0	15	51
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	6	5	0	2	0	4	3	0	7	8	0	0	1	0	0	0	19	55
Anzahl beschiedene Anträge 1)	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3	8
neu							1		2	2							3	8
· davon Anzahl Genehmigungen							0		2	2							3	7
· davon Anzahl Ablehnungen							1		0	0							0	1
erneut gemäß § 7 Abs. 6							0		0	0							0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0		0		0	0	0	0	0			0				0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0		0		0	0	0	0	0			0				0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0		0		1	0	0	4	0			0				0	5
· wegen Nichterreichen Mindestzahl: < 100 diagnostische Katheterangiographien						1			3									4
· aus sonstigen Gründen						0			1									1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	2	2		0		0	0	0	1	0			1		0		0	6
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)																		
< 100	0	5	0	0	0	2	1	0	2	4	0	0	0	0	0	0	1	15
≥ 100	6	0	0	2	0	1	1	0	4	2	0	0	1	0	0	0	9	26



→ **Interventionelle Radiologie**

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND KATHETERGESTÜTZTE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE																		
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 2					3)												4), 5)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	41	36	7	9	8	18	24	15	37	27	24	6	4	2	9	3	27	297
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	38	34	8	9	8	15	24	14	32	34	21	5	4	2	9	2	27	286
Anzahl beschiedene Anträge 1)	3	0	2	0	0	1	1	0	1	6	0	0	0	0	2	0	6	22
neu	3		2			1	1		1	6					2		6	22
· davon Anzahl Genehmigungen	3		1			1	1		1	6					0		6	19
· davon Anzahl Ablehnungen	0		1			0	0		0	0					2		0	3
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0		0			0	0		0	0					0		0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	0	0	0	0	0	0	0					0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
· wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen	0						0										0	0
· wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe	2						0										1	3
· wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen und < 50 therapeutische Eingriffe	0						2										0	2
· aus sonstigen Gründe	0						0										0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	2	2	0	0	0	2	0	1	2	1	3	1	0	0	0	1	1	16
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 100	3	20	0	0	2	10	3	k.A.	2	7	6	0	0	0	0	0	1	54
≥ 100	32	14	8	9	6	2	16	k.A.	18	20	15	5	4	4	7	2	24	186
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 50	3	20	0	0	2	6	3	k.A.	2	11	6	0	0	0	0	1	4	58
≥ 50	32	14	8	9	6	6	16	k.A.	16	16	15	5	4	4	7	1	21	180
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V																		
siehe Tabelle Seite 59							✓											

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Zwei Ärzte haben 2016 aufgrund der 2015 nicht erreichten Frequenzvorgaben ihre Genehmigung zurückgegeben. 4) Eine Genehmigung zur diagnostischen Katheterangiographie nach Widerruf der Genehmigung zur therapeutischen Katheterisierung. 5) Für zwei weitere Ärzte wird die Erfüllung der Frequenzvorgaben erst 2016 überprüft.

1.610 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
85 PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE
850 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Intravitreale Medikamenteneingabe

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

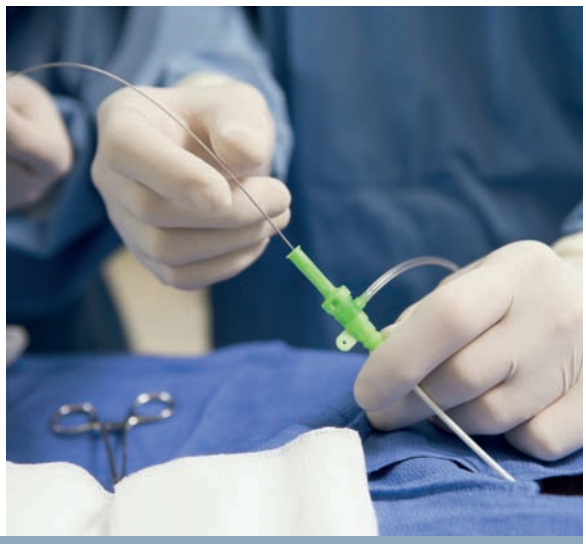
- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zur räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen
- **KOLLOQUIUM:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN							4)										6)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2014	147	245	45	43	33	34	15	35	140	158	88	32	70	27	35	23	149	1.319
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2015	197	277	74	49	38	45	56	35	162	178	102	42	73	33	53	26	170	1.610
Anzahl abrechnende Ärzte	167	246	60	38	32	34	44	32	135	132	85	34	74	32	38	26	139	1.348
Anzahl beschiedene Anträge 1)	68	170	31	6	6	15	78	0	57	21	20	10	13	6	23	3	95	622
· davon Anzahl Genehmigungen	68	169	31	6	5	15	78		54	21	20	10	12	6	19	3	94	611
· davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0	0	1	0	0		3	0	0	0	1	0	4	0	1	11
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	0	2	0	0	5	3	0	1	0	6	0	11	0	1	0	0	29
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 ABS. 2 (ERSTÜBERPRÜFUNG)																		
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in % (nur prüfende KVen)	10,9			11,6		20,6			9,3		11,4	12,5	10,0	11,1	11,4	17,4	8,1	9,3
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	16	3)	7)	5	7)	7	5)	7)	13	7)	10	4	7	3	4	4	12	85
· davon Anforderungen erfüllt	12			5		7			12		3)	4	7	3	4	4	12	70
· davon Anforderungen nicht erfüllt	4			0		0			1		3)	0	0	0	0	0	0	5
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen	160	3)	7)	50	7)	70	5)	7)	130	7)	100	40	70	30	40	40	120	850
darunter Anzahl Dokumentationen in denen die Anforderung nach:											3)							
· § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	16			0		0			0			1	0	0	0	0	7	24
· § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	2			0		0			0			0	0	0	0	0	0	2
· § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	1			0		0			0			0	0	0	0	0	0	1
· § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	3			0		0			6			0	0	0	0	0	1	10
· § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	4			0		0			1			0	2	0	0	0	0	7

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Überprüfung dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an. 4) Davon 73 Neuanträge, einige dieser Genehmigungen wurden rückwirkend und befristet bis 31. Dezember 2014 erteilt (im Rahmen der Übergangsregelung). 5) Dokumentationsprüfung wurde nicht durchgeführt. 6) Die 94 Genehmigungen enthalten 21 Neuanträge. 7) Überprüfung beginnt 2016.

686 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

674 FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)



Invasive Kardiologie

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN																		
GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 2										4)							5)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	17	8	2	0	0	5	7	2	12	23	3	0	2	5	6	1	24	117
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	16	4	2	0	0	4	7	2	11	18	4	0	1	5	6	1	23	104
Anzahl beschiedene Anträge 1)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
neu	1										1						1	3
· davon Anzahl Genehmigungen	0										1						1	2
· davon Anzahl Ablehnungen	1										0						0	1
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	1										0						0	1
· davon Anzahl Genehmigungen	1																	1
· davon Anzahl Ablehnungen	0																	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0			0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0			0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0			0	0	0	0	1	0		0	0	0	0	2	4
· wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen		1								1							2	4
· aus sonstigen Gründen		0								0							0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	3	3	0			1	0	0	1	0	1		0	0	0	0	1	10

Invasive Kardiologie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN																		
FREQUENZREGELUNG										3)						4)		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																		
< 150	1	0	0			0	0	0	1	1	1		0	0	0	1	5	10
≥ 150	14	4	2			3	7	2	10	17	3		1	5	6	0	18	92
DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN																		
GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 1																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	71	87	24	11	19	34	92	2	74	68	26	1	21	5	5	2	43	585
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	75	91	24	10	20	34	91	3	69	70	21	1	21	5	4	2	41	582
Anzahl beschiedene Anträge 1)	8	20	6	0	1	3	1	1	11	15	1	0	1	0	2	0	1	71
neu	8	20	6		1	3	1	1	11	15	1		1		2		1	71
· davon Anzahl Genehmigungen	8	19	6		1	3	1	1	11	15	1		1		0		1	68
· davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0		0		2		0	3
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0		0		0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	1
· bestanden						1												1
· nicht bestanden						0												0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	2	0	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	10
· wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen	0	0					1			1							1	3
· wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen	0	2					0			1							0	3
· wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen	1	0					1			1							1	4
· aus sonstigen Gründen	0						0			0							0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	1	4	1	1	0	2	1	0	9	0	5	0	1	0	1	0	1	27
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																		
< 150	7	1	1	0	2	1	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	5	23
≥ 150	68	85	23	10	16	33	88	2	66	71	21	1	18	5	4	2	36	549
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)																		
< 50	2	1	2	0	2	1	6	1	8	0	1	0	0	0	0	0	6	30
≥ 50	67	85	22	10	18	33	84	2	61	71	20	1	18	5	4	2	35	538

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Die 15 Genehmigungen enthalten vier Erstanträge. 4) Eine Genehmigung zur diagnostischen Katheterisierung nach Widerruf der Genehmigung zur therapeutischen Katheterisierung.

993 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

Kapselendoskopie – Dünndarm

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN FÜR DIE DÜNNDARM-KAPSELENDOSKOPIE ZUR ABKLÄRUNG OBSKURER GASTROINESTINALER BLUTUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG DÜNNDARM-KAPSELENDOSKOPIE),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2014

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen (nachzuweisen zum Beispiel durch Herstellererklärung); organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM:** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FREQUENZREGELUNG:** zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien: Nachweis der Auswertung von zehn Untersuchungen, gegebenenfalls auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** wenn applizierender Arzt und auswertender Arzt nicht identisch sind gelten Vorgaben zur Übermittlung von aufgezeichnetem Material sowie Rückmeldung eines definierten Auswerteberichts
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen durch die Qualitätssicherungskommission gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION:** zusammenfassende Jahresstatistik mit detaillierten aggregierten Daten zu sämtlichen Interventionen (Erst- und Wiederholungsuntersuchungen), zu führen vom applizierenden Arzt
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** Dokumentationsprüfungen auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder bei Hinweisen auf mögliche Qualitätsdefizite in der Jahresstatistik
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche Benchmarkberichte an teilnehmenden Arzt, Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung und Partner des Bundesmantelvertrags

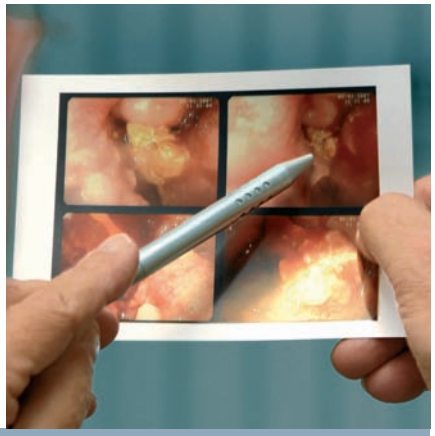
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN APPLIKATEUR																3)	4)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2014	63	82	16	5	4	5	22	4	45	48	12	6	11	10	13	8	41	395
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2015	76	95	24	7	4	6	27	6	46	62	21	6	18	11	22	12	56	499
Anzahl beschiedene Anträge 1)	16	36	8	2	0	1	6	3	34	13	9	0	7	2	9	6	22	174
· davon Anzahl Genehmigungen	15	33	8	2		1	5	3	32	13	9		7	2	9	6	22	167
· davon Anzahl Ablehnungen	1	3	0	0		0	1	0	2	0	0		0	0	0	0	0	7
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	7	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	12
GENEHMIGUNGEN AUSWERTER																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2014	61	82	16	5	4	5	21	4	45	48	12	6	11	10	13	8	41	392
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2015	74	93	24	7	4	6	26	6	46	62	21	6	18	11	22	12	56	494
Anzahl beschiedene Anträge 1)	16	37	8	2	0	1	6	3	34	13	9	0	7	2	9	6	22	175
· davon Anzahl Genehmigungen	15	34	8	2		1	5	3	32	13	9		7	2	9	6	22	168
· davon Anzahl Ablehnungen	1	3	0	0		0	1	0	2	0	0		0	0	0	0	0	7
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 1)	0	7	0	0	0	0		1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	12

→ Kapselendoskopie – Dünndarm

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GERÄTETECHNISCHE ANGABEN § 10 ABS. 1, NR. 2																		
Anzahl genehmigte Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4, applizierende Ärzte	78	100	24	7	3	6	24	6	45	60	22	6	17	11	22	12	58	501
Anzahl genehmigte Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4, auswertende Ärzte	76	98	24	7	3	6	23	6	45	60	22	6	17	11	22	12	58	496
Anzahl abrechnende Ärzte	76	63	15	7	k. A.	6	15	4	36	k. A.	k. A.	6	k. A.	11	19	12	33	303
JAHRESSTATISTIK GEMÄSS § 8																		
Anzahl Jahresstatistiken	46	72	7	3	4	2	17	4	37	46	14	5	10	5	7	8	38	325

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Eine Genehmigung wurde widerrufen, weil die Voraussetzungen für die Übergangsregelung nicht erfüllt waren. 4) Die 22 Genehmigungen enthalten jeweils 15 Neuanträge.

2.554	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
1.112	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
22.240	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
2.123	FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
4.027	HYGIENEPRÜFUNGEN



Koloskopie

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

§ **RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN (KREBSFRÜHERKENNUNGS-RICHTLINIE / KFE-RL), ABSCHNITT D NR. 2,** Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderungen zum 1.7.2008, zuletzt geändert: 1.1.2017

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

→

→ Koloskopie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																	[8]	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2014	17	16	1	0	1	4	5	1	19	3	2	3	0	6	8	4	15	105
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2015	15	15	0	0	1	3	0	1	19	0	2	2	0	4	8	2	13	85
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2014	342	486	80	72	23	62	200	43	252	234	143	34	81	53	75	49	202	2.431
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2015	341	474	87	79	21	68	204	46	255	242	155	34	82	53	76	49	203	2.469
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) [1]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	4	8
neu											1	1	1		1		4	8
· davon Anzahl Genehmigungen											1	0	0		1		4	6
· davon Anzahl Ablehnungen											0	1	1		0		0	2
erneut gemäß § 6 Abs. 5											0	0	0		0		0	0
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) [1]	34	72	14	7	1	3	9	3	54	18	25	1	5	1	3	1	36	287
neu	34	72	14	7	1	3	9	3	54	18	24	1	5	1	3	1	0	250
· davon Anzahl Genehmigungen	34	72	13	7	1	3	9	3	50	18	23	1	2	1	3	1		241
· davon Anzahl Ablehnungen	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	1	0	3	0	0	0		9
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
· davon Anzahl Genehmigungen											0							0
· 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	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	4	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	11
· wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0	0								0				0			0	0
· wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e ausschließlich bei totalen Koloskopien	2	0								0				0			0	2
· wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 200 totale Koloskopien	1	0								0				0			0	1
· wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c ausschließlich bei Polypektomien	2	0								0				0			1	3
· wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 10 Polypektomien	0	2								0				0			0	2
· sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängel gemäß § 6 Abs. 4 b-c bei Polypektomien	0	0								0				0			1	1
· wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien	0	1								1				1			0	3
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	1	17	5	0	0	5	0	0	23	9	11	2	1	1	3	2	2	82

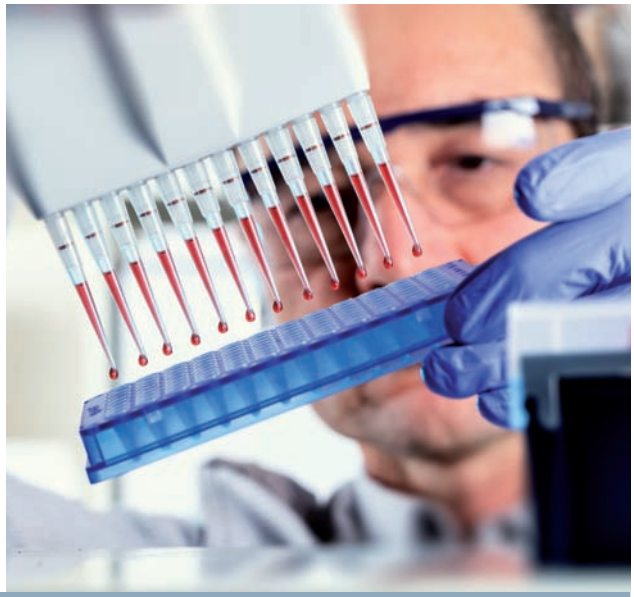
→

→ Koloskopie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
TOTALE KOLOSKOPIE																		
FREQUENZREGELUNG	3), 4)	5)						6)					6)				8), 9)	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																		
< 200	1	4	1	0	0	0	10	4	5	32	0	0	3	3	4	1	0	68
≥ 200	54	485	13	79	22	55	196	43	250	214	124	36	76	54	84	50	220	2.055
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	54	415	14	39	0	26	68	14	129	62	55	14	48	7)	27	4	64	1.033
· davon bestanden	52	313	13	39		24	64	11	128	60	48	14	46		24	4	63	903
· davon nicht bestanden	2	24	1	0		2	4	3	1	2	7	0	2		3	0	1	52
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	2	23	0	0	0	2	1	1	1	0	2	0	1	7)	2	0	2	37
· davon bestanden	2	5)				2	1	1	0		0		1		1		2	10
· davon nicht bestanden	0					0	0	0	1		2		0		1		0	4
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	4	5)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	7)	0	1	4	11
· davon bestanden	2										0					0	3	5
· davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	2										2					0	1	5
· davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	1										0					1	0	2
POLYPEKTOMIEN																		
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																		
< 10	0	7	1	0	0	0	2	5	0	19	0	0	1	3	0	1	1	40
≥ 10	55	482	13	79	22	51	204	42	255	224	124	36	78	54	88	50	219	2.076
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	54	415	14	39	0	26	68	15	129	62	55	14	47	7)	27	4	64	1.033
· davon bestanden	47	313	13	39		26	64	13	111	62	52	14	44		27	4	64	893
· davon nicht bestanden	7	24	1	0		0	4	2	17	0	3	0	3		0	0	0	61
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	9	9	0	0	0	0	1	0	4	0	1	0	0	7)	2	0	5	31
· davon bestanden	6	5)					1		4		0				2		4	17
· davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	3						0		0		1				0		1	5
· davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0						0		0		0				0		0	0
PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT																		
Anzahl überprüfter Einrichtungen	288	440	60	78	13	48	130	39	190	177	101	32	73	53	73	50	156	2.001
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	570	880	120	151	26	96	260	75	379	399	199	63	145	104	146	102	312	4.027
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	99,0	100,0	100,0	96,8	100,0	100,0	100,0	96,2	99,7	112,7	98,5	98,4	99,3	98,1	100,0	102,0	100,0	100,6
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	15	19	1	0	2	3	9	1	18	29	29	1	15	9	4	0	9	164
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	2,6	2,2	0,8	0,0	7,7	3,1	3,5	1,3	4,7	7,3	14,6	1,6	10,3	8,7	2,7	0,0	2,9	4,1
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	3	1	0	0	0	1	0	0	4	2	1	0	3	0	1	0	1	17
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,1	0,5	0,5	0,0	2,1	0,0	0,7	0,0	0,3	0,4

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben /Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Überprüfung der Dokumentation und der Frequenz sind organisatorisch verbunden. Frequenzangaben erfolgen in dem Jahr, in dem Ärzte in der Dokumentationsprüfung sind. 4) Hygieneprüfung: sechs Wiederholungsprüfungen in 2016. 5) Prüfergebnisse liegen bei Ende der Datenerhebung nicht vollständig vor, Ergebnisse der Wiederholungsprüfungen liegen noch nicht vor. 6) Prüfung der Nachweise zur Frequenzerfüllung sind bei Ende der Datenerhebung nicht abgeschlossen. 7) Hauptprüfungsjahr war 2014, nächste Prüfsequenz 2016. 8) Von den 36 Genehmigungen erfolgten fünf wegen Neuantrags. Hygieneprüfung: von den zehn Folgeprüfungen findet eine in 2016 statt. 9) Der erforderliche Widerruf wegen erneut nicht bestandener Hygieneprüfung wird 2016 erfolgen.

11.964 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG



Laboratoriums-untersuchungen

§ **RICHTLINIEN DER KBV FÜR DIE DURCHFÜHRUNG VON LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN IN DER KASSENÄRZTLICHEN / VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG – ANHANG ZU ABSCHNITT E DER RICHTLINIE,** Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V (Gültigkeit: seit 1.10.1987, zuletzt geändert: 9.5.1994) i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN	3)	4)	5)															
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	1.504	2.119	857	256	125	287	608	176	1.013	1.882	657	204	495	206	333	214	1.218	12.154
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	1.464	2.090	827	238	122	279	586	179	994	1.906	655	199	494	199	305	205	1.222	11.964
Anzahl beschiedene Anträge 1)	80	193	406	14	7	15	16	4	90	107	46	43	31	9	8	5	258	1.332
· davon Anzahl Genehmigungen	72	182	385	14	6	14	15	4	89	84	43	42	27	9	8	5	233	1.232
· davon Anzahl Ablehnungen	8	11	21	0	1	1	1	0	1	23	3	1	4	0	0	0	25	100
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	49	47	31	0	7	6	12	1	21	49	7	4	4	0	6	1	38	283
· davon bestanden	44	45	26		6	6	11	1	18	41	7	4	0		6	1	34	250
· davon nicht bestanden	3	2	8		1	0	1	0	4	8	0	0			0	0	4	31
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	k. A.	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	7	71	0	0	20	k. A.	8	41	0	45	11	27	16	28	0	34	308

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Zwei Anträge wurden während des Kolloqiums zurückgezogen. 4) Anträge werden im Unterschied zum Vorjahr nun auf Arztebene gezählt, nicht mehr je GOP. 5) Im Rahmen der 31 Kolloquien haben drei Ärzte teilweise bestanden, teilweise nicht bestanden.

29.627 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

146 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

1.752 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Langzeit-EKG-Untersuchungen

§ **VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON LANGZEIT-ELEKTROKARDIOGRAPHISCHEN UNTERSUCHUNGEN,** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1992; zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN		3)	4)															5)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2014	1.837	5.378	922	326	119	319	835	243	1.737	3.279	908	499	641	351	527	366	2.400	20.687
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2015	1.883	2.807	933	368	124	325	872	249	1.767	3.105	930	500	646	364	547	378	2.434	18.232
Anzahl beschiedene Anträge 1)	170	1.065	103	32	7	41	305	31	257	267	124	23	57	25	51	41	389	2.988
· davon Anzahl Genehmigungen	169	1.008	102	32	7	40	303	31	256	267	124	22	57	25	50	41	370	2.904
· davon Anzahl Ablehnungen	1	57	1	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	19	84
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
· davon bestanden													3					3
· davon nicht bestanden													1					1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	3	91	13	0	41	6	23	101	0	101	21	39	10	39	0	37	525
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V (FAKULTATIV)																		
siehe Tabelle Seite 59			✓	✓				✓						✓			✓	

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Umstellung in der Zählweise bei der Anzahl Genehmigungen, die Anträge enthalten 390 Statuswechel et cetera, davon 383 Genehmigungen. 4) 37 erneute Bescheide im Rahmen von Status- und Standortwechsel. 5) Zusätzlich haben bundesweit 11.395 Ärzte eine Genehmigung nur zur Aufzeichnung (11.343 zum 31. Dezember 2014).

3.479	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
208	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
2.496	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Magnetresonanz- / Kernspintomographie

§ **VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON UNTERSUCHUNGEN IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (KERNSPINTOMOGRAPHIE-VEREINBARUNG),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015.

§ **RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE),** Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001, zuletzt geändert zum 1.1.2016.

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM:** obligat für definierte Arztgruppen; gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei der Magnetresonanz-Tomographie der Mamma: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; Kolloquium bei Unterschreiten der Mindestfallzahl
- **FREQUENZREGELUNG:** Magnetresonanz-Tomographie der Mamma: jährlich 50 Fälle
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** erfolgen aufgrund der Ergebnisse der Kernspinuntersuchung der Mamma histologische Abklärungen, ist die Korrelation der Ergebnisse dieser Untersuchung mit der prospektiven Diagnostik zu prüfen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** Stichprobenprüfung, Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle). Aussetzen der Prüfungsverpflichtung für den Zeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017.
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
ALLGEMEINE KERNSPINTOMOGRAPHIE																		
GENEHMIGUNGEN										8)							11)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	413	534	179	74	40	108	255	64	294	450	173	54	132	65	100	75	324	3.334
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	429	560	197	77	45	108	263	68	304	475	180	52	139	67	95	76	344	3.479
Anzahl beschiedene Anträge 1)	62	493	136	10	6	22	33	8	61	126	42	3	19	5	7	5	124	1.162
· davon Anzahl Genehmigungen	62	489	130	10	6	22	33	8	60	126	42	3	18	5	3	5	118	1.140
· davon Anzahl Ablehnungen	0	4	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0	6	22
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	6	0	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	2	16
· davon bestanden	6			3			1			1			1	2			2	16
· davon nicht bestanden	0			0			0			0			0	0			0	0
Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	80	5	7	0	13	0	4	18	0	35	5	10	3	8	0	5	193

363 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

338 FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

Magnetresonanz-/Kernspintomographie der Mamma

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA																		
GENEHMIGUNGEN		4)	5)						6)	8)	9)			10)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	65	58	10	5	4	7	25	2	35	49	8	8	22	8	11	8	34	359
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	68	59	9	7	4	7	24	2	34	51	7	8	21	8	10	7	37	363
Anzahl beschiedene Anträge 1)	9	42	1	2	0	0	0	0	7	17	0	0	0	0	1	0	18	97
· davon Anzahl Genehmigungen	9	35	1	2					7	13					1		18	86
· davon Anzahl Ablehnungen	0	7	0	0					0	4					0		0	11
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	7	6	0	3	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	0	1	23
· davon bestanden	7	6		3					1	4					1		1	23
· davon nicht bestanden	0	0		0					0	0					0		0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	1	20	2	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	1	1	2	32
FREQUENZREGELUNG																		
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2																		
· mindestens 50 Untersuchungen	54	53	9	7	k. A.	7	24	k. A.	26	29	7	8	16	8	8	5	37	298
· weniger als 50 Untersuchungen	10	1	0	0	k. A.	0	0	k. A.	2	17	0	0	5	0	1	2	2	40
ALLGEMEINE UND KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA																		
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V																		
PRÜFUMFANG																		
Anzahl abrechnende Ärzte	415	512	154	77	43	122	261	64	315	442	167	52	137	70	94	74	311	3.310
Anzahl geprüfter Ärzte	44	18	8	3	4	6	11	4	16	24	9	3	6	4	6	4	38	208
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	37	17	8	3	4	6	11	4	14	24	7	3	6	4	6	4	37	195
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	7	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	13
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	8,9	3,3	5,2	3,9	9,3	4,9	4,2	6,3	4,4	5,4	4,2	5,8	4,4	5,7	6,4	5,4	11,9	5,9
Begründung zum Prüfumfang; sonstige Kommentare									7)								12)	
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
· keine Beanstandungen	27	11	7	3	4	6	11	4	9	22	6	2	5	4	6	3	31	161
· geringe Beanstandungen	7	4	1	0	0	0	0	0	4	2	1	1	1	0	0	1	6	28
· erhebliche Beanstandungen	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
· schwerwiegende Beanstandungen	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
· keine Beanstandungen	5	0							1		0						1	7
· geringe Beanstandungen	2	1							1		1						0	5
· erhebliche Beanstandungen	0	0							0		0						0	0
· schwerwiegende Beanstandungen	0	0							0		1						0	1

→ Magnetresonanz-/Kernspintomographie der Mamma

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
ALLGEMEINE UND KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA																		
MASSNAHMEN																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	30	0	1	0	0	0	0	0	4	11	3	1	0	0	0	1	6	57
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	6
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
· davon bestanden	3)																	
· davon nicht bestanden	3)																	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Ergebnisse der Kolloquien liegen zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht vor. 4) Anzahl abrechnende Ärzte aus dem Quartal III/2014. 5) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I -IV/2014). 6) Frequenzprüfungen zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht abgeschlossen. 7) Eine Prüfung ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. 8) Von den 126 Genehmigungen gehen 47 auf einen Neuantrag zurück, von den 13 sind es vier. 9) Anzahl abrechnende Ärzte aus dem Quartal III/2014. 10) Eine Prüfung zum MRT der Mamma. 11) Es sind von den 118 Genehmigungen 25 Neuanträge, von den 18 Genehmigungen (Mamma) fünf Neuanträge. 12) Gemäß Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe werden mindestens zehn Prozent der Ärzte geprüft.

2.744	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
568	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
6.816	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Magnetresonanz-Angiographie

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR MR-ANGIOGRAPHIE (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR MR-ANGIOGRAPHIE),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007, zuletzt geändert: 1.10.2015

§ **RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE),** Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001, zuletzt geändert zum 1.1.2016

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM:** bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** jährlich mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte; Dokumentation zu zwölf Fällen und allen (maximal 30) Angiographien der Venen, Prüfung insbesondere zur Indikationsstellung; gesonderte Darstellung der Ergebnisse aus Dokumentationsprüfungen von Untersuchungen der Hirngefäße (ab 1. Oktober 2015)
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN										6)							10)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	347	390	131	61	41	96	181	44	235	337	156	37	107	49	76	58	243	2.589
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	366	408	150	65	42	95	203	49	262	353	160	37	116	50	74	59	255	2.744
Anzahl beschiedene Anträge 1)	53	375	94	5	4	19	33	7	44	89	34	2	16	3	6	2	115	901
neu	53	375	94	5	4	19	33	7	44	89	34	2	16	3	6	2	115	901
· davon Anzahl Genehmigungen	53	363	92	5	4	19	33	7	44	85	34	2	15	3	3	2	114	878
· davon Anzahl Ablehnungen	0	12	2	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	3	0	1	23
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
· davon bestanden		1											0					1
· davon nicht bestanden		0											1					1
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	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	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	74	6	1	0	9	0	2	15	0	30	2	7	2	5	0	0	153

→ Magnetresonanz-Angiographie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7											7)	8)						
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Anzahl abrechnende Ärzte	329	390	60	64	36	92	203	47	256	302	147	37	110	49	71	55	253	2.501
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	74	89	22	13	8	26	46	10	52	64	27	8	21	10	16	12	55	553
· davon bestanden	72	59	12	13	8	26	46	10	32	45	24	8	19	8	14	12	55	463
· davon nicht bestanden	2	30	4	0	0	0	0	0	15	19	3	0	2	2	2	0	0	79
abrechnende Ärzte geprüft, in %	22,5	22,8	36,7	20,3	22,2	28,3	22,7	21,3	20,3	21,2	18,4	21,6	19,1	20,4	22,5	21,8	21,7	22,1
Begründungen zum Prüfumfang		3)	4)						5)									
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	2	2	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	9)	2	1	0	12
· davon bestanden		1							2	1			2		2	1		9
· davon nicht bestanden		1							0	0			0		0	0		1
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)																		
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (ohne Venen)	888	1.092	173	156	96	306	552	120	619	780	323	96	261	114	216	140	621	6.553
darunter Dokumentationen																		
· in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	866	964	167	156	96	306	552	118	549	774	315	96	258	108	216	138	621	6.300
· in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	871	1.081	171	156	96	306	552	118	550	774	315	96	258	101	216	138	621	6.420
· in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	871	1.092	171	156	96	306	552	118	550	774	315	96	258	101	216	138	621	6.431
· davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen	871	1.082	171	156	96	305	552	118	549	774	315	96	258	108	212	138	621	6.422
· davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	17	10	2	0	0	1	0	2	10	6	8	0	3	6	4	2	0	71
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (Venen)	7	21	14	2	0	0	7	4	2	11	39	0	33	0	21	8	93	262
darunter Dokumentationen																		
· in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	7	21	1	2			7	4	1	11	33		28		21	8	93	237
· in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	7	21	1	2			7	4	0	11	33		28		21	8	93	236
· in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	7	21	1	2			7	4	0	11	33		28		21	8	93	236
· davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen	7	21	1	2			7	4	1	11	33		28		21	8	93	237
· davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	0	0	13	0			0	0	1	0	6		5		0	0	0	25
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V (FAKULTATIV)																		
siehe Tabelle Seite 59			✓															

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Stichprobengröße wird auf Basis der Genehmigungszahlen festgelegt. 4) Sechs Prüfverfahren per Vorstandsbeschluss eingestellt, da falsche GOP zum Ansatz gebracht wurde. 5) Fünf Prüfungen sind zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. 6) Von den 85 Genehmigungen gehen 32 auf einen Neuantrag zurück. 7) Aus verfahrenstechnischen Gründen wurde die Stichprobengröße anhand der abrechnenden Ärzte im Quartal III/2014 (134) bemessen. 8) Wiederholungsprüfungen aus Stichprobenprüfung 2014. 9) Zwei 2015 veranlasste Wiederholungsprüfungen werden 2016 durchgeführt. 10) Von den 114 Genehmigungen gehen zwölf auf einen Neuantrag zurück.

2.402	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
1.080	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
10.800	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
928	PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE

Mammographie (kurativ)

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR KURATIVEN MAMMOGRAPHIE (MAMMOGRAPHIE-VEREINBARUNG),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert: 1.10.2016

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN			3), 4)					5)									6)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	311	386	101	63	23	42	167	37	251	314	125	36	121	73	73	75	228	2.426
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	318	385	96	62	24	41	165	37	239	302	129	34	122	71	76	72	229	2.402
Anzahl beschiedene Anträge 1)	32	208	92	7	2	5	15	2	33	64	11	1	9	4	3	4	53	545
neu	32	208	91	7	2	5	15	2	14	64	11	1	9	4	3	4	53	525
· davon Anzahl Genehmigungen	31	206	84	7	2	5	13	2	14	58	11	1	9	2	2	4	51	502
· davon Anzahl Ablehnungen	1	2	7	0	0	0	2	0	0	6	0	0	0	2	1	0	2	23
erneut	0	0	1	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	20
· davon Anzahl Genehmigungen			1						19									20
· davon Anzahl Ablehnungen			0						0									0
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· davon bestanden						1												1
· davon nicht bestanden						0												0

→ Mammographie, kurativ

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG NACH ABSCHNITT C			4)					5)										
Erstprüfungen	25	25	11	3	3	1	19	1	14	16	3	1	7	4	4	6	10	153
· davon bestanden	21	18	6	3	2	1	10	1	11	12	3	1	2	1	2	4	8	106
· davon nicht bestanden	4	7	5	0	1	0	9	0	3	4	0	0	5	3	2	2	2	47
Wiederholungsprüfungen	4	10	2	3	1	0	4	0	1	8	2	0	10	1	1	1	3	51
· davon bestanden	2	6	2	2	1		4		1	5	2		7	1	1	0	1	35
· davon nicht bestanden	2	4	0	1	0		0		0	3	0		3	0	0	1	2	16
FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG NACH ABSCHNITT D (FORTBILDUNGSPRÜFUNG)																		
Anzahl Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	121	164	38	14	3	14	60	11	59	128	85	26	53	23	32	23	74	928
reguläre Prüfungen	117	158	37	13	3	14	60	11	58	127	85	26	53	23	31	23	70	909
· davon bestanden	114	154	33	12	3	14	59	11	55	122	83	25	52	21	28	20	65	871
· davon nicht bestanden	3	4	4	1	0	0	1	0	3	5	2	1	1	2	3	3	5	38
Wiederholungsprüfungen	4	6	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	4	19
· davon bestanden	4	6	0	1					1	0					1		2	15
· davon nicht bestanden	0	0	1	0					0	1					0		2	4
Anzahl Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	1	3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· davon bestanden		0																0
· davon nicht bestanden		1																1
Anzahl Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· davon bestanden								1										1
· davon nicht bestanden								0										0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG NACH ABSCHNITT E																		
Anzahl Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	127	188	47	22	23	15	50	15	72	154	49	0	84	14	60	10	90	1.020
· davon erfüllt	120	182	39	21	23	13	44	15	56	145	40		82	14	57	10	89	950
· 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	2	1	1	1	0	0	6	0	7	0	1		0	0	0	0	1	20
· davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	5	5	7	0	0	2	0	0	9	9	8		2	0	3	0	0	50
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	5	1	0	0	0	0	6	0	8	0	0	2	1	0	3	0	0	26
· davon erfüllt	5	1					5		6			2	1		3			23
· davon nicht erfüllt	0	0					1		2			0	0		0			3
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	5	2	7	0	0	2	0	0	5	8	0	0	1	0	4	0	0	34
· davon erfüllt	4	1	7			0			5	8			1		4			30
· davon nicht erfüllt	1	1	0			2			0	0			0		0			4
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	1	0	1	0	0	0	k. A.	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	8

→ **Mammographie, kurativ**

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
RÜCKGABE / BEENDIGUNG VON GENEHMIGUNGEN ODER WIDERRUFE § 14 ABS. 5																		
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [1]	0	0	11	0	1	5	0	2	0	7	7	0	7	4	3	0	3	50

[1] Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2] Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3] Das erforderliche Kolloquium erfolgt 2016. [4] Es sind nach Abschnitt C drei freiwillige Prüfungen enthalten. [5] Es sind nach Abschnitt D zwei freiwillige Prüfungen enthalten. [6] Von den 51 Genehmigungen gehen vier auf einen Neuantrag zurück.

Mammographie-Screening

§ **VERSORGUNG IM RAHMEN DES PROGRAMMS ZUR FRÜHERKENNUNG VON BRUSTKREBS DURCH MAMMOGRAPHIE-SCREENING,** Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert: 5.2.2016

§ **RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN (KREBSFRÜHERKENNUNGS-RICHTLINIE / KFE), ABSCHNITT B NR. III,** Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert: 1.7.2016

PROGRAMMVERANTWORTLICHER ARZT

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

→

→ Mammographie-Screening

PROGRAMMVERANTWORTLICHER ARZT

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

BEFUNDUNG VON SCREENING-MAMMOGRAPHIEN

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

→

→ **Mammographie-Screening**

BIOPSIEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE

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

HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN, STAND 31.12.2015 [1]																		
Screeningeinheiten [2]	10	14	4	4	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	12	95
Programmverantwortliche Ärzte	18	25	8	8	6	4	12	8	15	17	8	2	11	7	8	3	22	182
· davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	7	15	4	8	5	4	2	8	4	12	4	1	8	5	7	3	6	103
kooperierende Ärzte	187	134	38	27	22	13	70	24	140	108	48	11	64	28	30	34	120	1.098
· Befunder von Mammographieaufnahmen	69	104	22	17	11	7	41	13	81	63	29	9	39	18	22	22	78	645
· histopathologische Beurteilung	23	30	9	10	4	6	16	5	32	29	10	2	12	8	8	4	22	230
· Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	28	28	5	0	5	0	13	5	27	16	9	1	8	2	3	6	21	177
· davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	28	13	5	0	2	0	13	1	23	16	9	1	7	2	3	6	21	150

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

44.662 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

Medizinische Rehabilitation

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR VERORDNUNG VON LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION,** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.3.2005, Außerkraftsetzung zum 1.4.2016

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des veranlassenden Arztes
- **KOLLOQUIUM:** gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL:** Nachweis der Teilnahme an einem Fortbildungskurs mit definiertem Inhalt

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	7.389	9.823	1.093	822	491	713	2.478	876	3.565	3.590	1.917	660	2.180	1.248	1.721	1.318	3.939	43.823
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	7.360	9.949	1.093	870	494	749	2.546	887	3.633	3.906	1.919	665	2.250	1.244	1.710	1.342	4.045	44.662
Anzahl beschiedene Anträge [1]	235	689	218	50	20	92	195	14	276	279	110	14	152	38	79	65	339	2.865
· davon Anzahl Genehmigungen	235	689	117	50	20	88	193	14	270	279	110	14	144	38	76	65	336	2.738
· davon Anzahl Ablehnungen	0	0	101	0	0	4	2	0	6	0	0	0	8	0	3	0	3	127
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	86	101	2	0	12	0	3	119	1	108	9	71	42	79	5	18	656

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

Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)

VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR SPEZIELLEN DIAGNOSTIK UND ERADIKATIONSTHERAPIE IM RAHMEN VON METHICILLIN-RESISTENTEN STAPHYLOCOCCUS AUREUS (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG MRSA), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2016

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu organisatorischen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM:** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** Beteiligung an einem MRSA-Netzwerk; optional von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannte MRSA-Fallkonferenzen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen, gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION:** Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährlich erstellter quartalsbezogener Evaluationsbericht der KBV auf Basis von patientenbezogenen pseudonymisierten Abrechnungsdaten, vorzulegen jeweils zum 31. August des Folgejahrs, erstmals für das Berichtsjahr 2015, an das Bundesministerium für Gesundheit und definierte Ausschüsse

→

→ MRSA

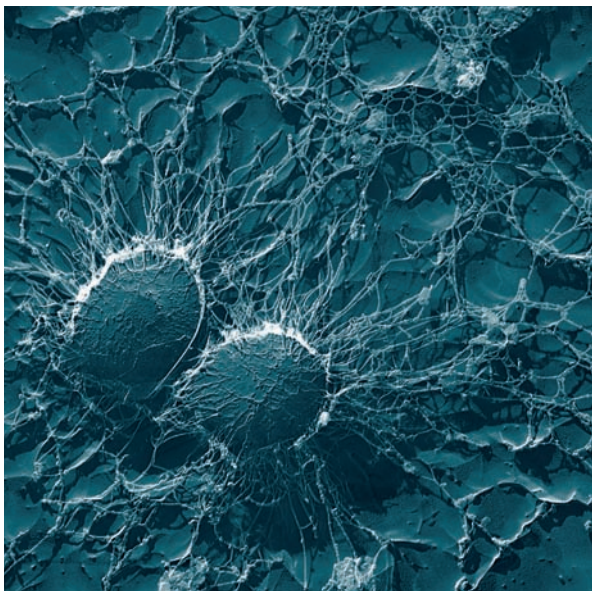
Resistente Keime sind nicht nur ein Problem von Krankenhäusern und Pflegeheimen. Durch die zunehmende Zahl von Patienten, die sich mit einem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) infizieren, wächst der Behandlungsbedarf auch im ambulanten Bereich. Im Jahr 2012 hatten deshalb die KBV und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

Mit Wirkung zum 1. Juli 2016 haben die Partner des Bundesmantelvertrags die bereits im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildeten Inhalte wie geplant als Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V abgebildet. Dadurch ändert sich für die Ärzte kaum etwas. Möglich sind nun zusätzliche Berichtsinhalte und der von der KBV erstellte jährliche Evaluationsbericht für das Bundesministerium für Gesundheit wird nun auch an den Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses sowie an den Gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung zur Kenntnis gegeben, erstmals zum 31. August 2016 für das Berichtsjahr 2015.

Ärzte, die diese Gebührenordnungspositionen abrechnen wollen, müssen gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung eine Zusatzweiterbildung Infektiologie nachweisen, oder die Teilnahme an einem Fortbildungsseminar der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Ambulanten MRSA-Versorgung. Als Nachweis gilt ebenfalls ein von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkanntes Online-Training mit anschließender Lernzielkontrolle.

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

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



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

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

725 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

Molekulargenetik

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR ERBRINGUNG VON MOLEKULARGENETISCHEN UNTERSUCHUNGEN BEI MONOGENEN ERKRANKUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG MOLEKULARGENETIK),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012, zuletzt geändert: 1.7.2015

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	111	85	31	9	1	47	26	16	52	74	102	10	31	10	16	13	65	699
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	113	89	37	9	2	48	25	16	53	75	101	10	30	12	18	15	72	725
Anzahl beschiedene Anträge [1]	6	16	11	0	1	5	1	1	7	9	10	0	5	4	2	2	14	94
· davon Anzahl Genehmigungen	6	16	11		1	5	1	1	7	8	7		5	4	2	2	14	90
· davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0		0	0	0	0	0	1	3		0	0	0	0	0	4
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	0	3	0	0	4	k. A.	1	5	3	11	0	6	2	2	0	5	42
JAHRESSTATISTIK GEMÄSS § 8																		
Anzahl Jahresstatistiken	13	k. A.	8	3	1	4	2	3	11	15	5	1	11	6	3	2	3	91

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

186 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

14 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

168 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Neuropsychologische Therapie

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN							3)										4)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	18	31	4	4	1	6	25	4	23	16	6	1	2	1	13	2	13	170
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	24	32	4	5	2	6	23	4	24	18	7	2	3	1	15	3	13	186
Anzahl beschiedene Anträge 1)	5	5	0	1	0	1	11	0	1	2	1	1	1	1	2	1	1	34
· davon Anzahl Genehmigungen	2	5		1		1	6		1	2	1	1	1	1	2	1	1	26
· davon Anzahl Ablehnungen	3	0		0		0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	4	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Genehmigungen enthalten auch Verlängerungen von Ermächtigungen. 4) Die Genehmigung erfolgte aufgrund eines Statuswechsels.

→ **Neuropsychologische Therapie**

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	HB	HH	NI	NO	SH	WL	ALLE
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V								
PRÜFUMFANG								
Anzahl abrechnende Ärzte	18	2	7	14	18	10	11	80
Anzahl geprüfter Ärzte	2	1	2	4	2	2	1	14
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	2	1	2	4	2	2	1	14
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	11,1	50,0	28,6	28,6	11,1	20,0	9,1	17,5
Begründung zum Prüfumfang; sonstige Kommentare			1)		2)			
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)								
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2								
· keine Beanstandungen	2	0	2	2	2	2	0	10
· geringe Beanstandungen	0	0	0	2	0	0	1	3
· erhebliche Beanstandungen	0	1	0	0	0	0	0	1
· schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0	0	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	0	0	2	0	0	0	2
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	1
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	0	1	0	0	0	0	1
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	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

1) In der Stichprobenprüfung wurde festgestellt, dass in einem Fall eine Voraussetzung für die Abrechnung fehlte. Daher erfolgte eine Honorarrückforderung. 2) Rechnerisch wären 0,68 Ärzte zu prüfen. Gemäß Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein werden zwei Ärzte wegen der Vergleichbarkeit geprüft.

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

Im Berichtsjahr konnten sieben der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen ihrer Prüfungsverpflichtung nachkommen. Von den 102 Ärzten mit Genehmigung in den prüfenden Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Quartal III 80 Ärzte mindestens eine Leistung dieses Bereichs abgerechnet, davon wurden 14 Ärzte geprüft – das entspricht 17,5 Prozent. Eine Prüfrate von vier Prozent aller Ärzte mit Genehmigung (bundesweit) wäre mit acht geprüften Ärzten erreicht.

Von den bisher nicht prüfenden Kassenärztlichen Vereinigungen wird von Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen auf die derzeitige Konstituierung der gemeinsamen Qualitätssicherungskommission verwiesen. In Berlin ist es bisher wegen der geringen Anzahl nicht gelungen, Ärzte für die Bildung einer Qualitätssicherungskommission zu benennen. Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen-Anhalt sehen die Anzahl der Ärzte mit Genehmigung als noch zu gering, um aussagekräftige Prüfungen durchführen zu können. Diese Einschätzung teilt auch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und verweist auf § 4 Absatz 1 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie.

3.714	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
673	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
13.460	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
2.504	PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE

Onkologie

§ **VEREINBARUNG ÜBER DIE QUALIFIZIERTE AMBULANTE VERSORGUNG KREBSKRANKER PATIENTEN (ONKOLOGIE-VEREINBARUNG),** Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2016

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																	9)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	511	410	250	119	37	121	197	58	415	422	124	28	229	98	127	77	371	3.594
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	532	429	258	124	39	123	201	58	411	466	129	31	228	93	125	79	388	3.714
· darunter Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen	k. A.	69	30	6	8	12	21	6	135	45	0	3	7)	4	2	7)	14	355
· darunter Anzahl Ärzte in Praxen die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0	15	231	25	0	63	0	9	276	236	0	1	7)	0	0	7)	388	1.244
Anzahl beschiedene Anträge 1)	34	69	46	6	3	18	16	2	34	40	17	4	10	2	9	5	45	360
· davon Anzahl Genehmigungen	33	69	45	6	3	18	15	2	34	35	16	4	9	2	4	4	44	343
· davon Anzahl Ablehnungen	1	0	1	0	0	0	1	0	0	5	1	0	1	0	5	1	1	17
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	14	17
· davon bestanden								1		1							14	16
· davon nicht bestanden								0		1							0	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	8	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	0	5	0	2	22
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	1	22	11	1	0	15	k. A.	2	19	6	9	2	7	5	1	0	19	120

→ Onkologie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION § 10										6)			8)				10)	
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	41	29	20	10	6	11	16	5	411	38	18	4	10	8	10	7)	0	637
· davon bestanden	21	25	17	8	4	6	15	4)	5)	36	13	3	10	6	9			173
· davon nicht bestanden	20	4	3	2	2	5	1	4)	5)	2	5	1	0	2	1			48
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 7 1. - 3.																		
Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1. - 3. erbracht haben	495	3)	215	124	35	117	186	4)	411	466	129	27	197	3)	125	7)	388	2.915
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V (FAKULTATIV)																		
siehe Tabelle Seite 59																	✓	

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Überprüfung der Fortbildungsverpflichtungen ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. 4) Angaben zu Dokumentationsprüfungen und Fortbildungsverpflichtung liegen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor. 5) In Niedersachsen kontinuierliche Erfassung aller Dokumentationen mittels ONkeyLINE. Überprüfung durch (automatische) Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen. Beanstandungsrate kann nicht ermittelt werden. 6) Zusätzlich gilt die nordrheinische Vereinbarung. 7) Aufgrund regionaler Vereinbarungen liegt ein Teil der hier abgefragten Angaben nicht vor, eine Darstellung der aus Sicherstellungsgründen zugelassenen Praxen war ebenfalls nicht möglich, in Thüringen erfolgt keine Dokumentationsprüfung im Sinne der Onkologie-Vereinbarung. 8) Die Dokumentationsprüfung erfolgt auf der Grundlage regionaler Vereinbarungen. Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung unvollständig. 9) Die 44 Genehmigungen enthalten 36 Neuanträge. 10) Fortbildungsverpflichtung und Frequenzregelung basieren auf gesonderten Vereinbarungen (Änderungsvereinbarung zur Ergänzungsvereinbarung).

✓ 3.808 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	433	596	214	84	54	128	265	70	365	496	174	51	158	86	127	76	359	3.736
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	432	602	227	88	54	127	278	71	358	518	180	53	160	88	125	79	368	3.808
Anzahl beschiedene Anträge 1)	46	75	33	6	1	13	34	3	31	31	16	2	9	1	7	8	32	348
· davon Anzahl Genehmigungen	46	74	33	6	1	13	34	3	31	31	16	2	9	1	5	8	30	343
· davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	5
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	0	14	2	0	9	0	2	10	6	10	0	7	1	5	0	8	74

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

325 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR PHOTODYNAMISCHEN THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG PDT),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001, zuletzt geändert: 1.7.2014

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** Prüfung richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: je Arzt zehn Erstdokumentationen jährlich; nach Erfüllen der Anforderungen bei Prüfungen in zwei aufeinander folgenden Jahren: zweijähriges Prüfintervall. Aussetzen der Prüfungsverpflichtung für den Zeitraum 1. Juli 2011 bis 31. Dezember 2016
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	36	48	15	9	3	9	13	7	36	37	9	8	23	6	19	5	48	331
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	34	47	16	9	3	9	13	7	32	38	8	8	23	6	19	5	48	325
Anzahl beschiedene Anträge [1]	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	7
neu		5								1							1	7
· davon Anzahl Genehmigungen		5								1							1	7
· davon Anzahl Ablehnungen		0								0							0	0
erneut gemäß § 6 Abs. 6		0								0							0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1	6

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

152 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

Phototherapeutische Keratektomie

§ **VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR PHOTOTHERAPEUTISCHEN KERATEKTOMIE (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG PTK),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007; zuletzt geändert zum 1.7.2014

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** Prüfung richtet sich auch auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: alle zwei Jahre, mindestens zehn Prozent der Ärzte, zehn Prozent der Fälle insgesamt, je Arzt höchstens zehn Fälle. Aussetzen der Prüfungsverpflichtung für den Zeitraum 1. Juli 2014 bis 31. Dezember 2016
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
- **BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	16	36	6	1	0	1	6	1	15	26	4	2	5	2	3	5	30	159
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	15	35	6	1	0	1	6	1	14	25	3	2	5	2	3	2	31	152
Anzahl beschiedene Anträge [1]	0	10	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	16
· davon Anzahl Genehmigungen		10	2							1							3	16
· davon Anzahl Ablehnungen		0	0							0							0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	6

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

Psychotherapie

§ **VEREINBARUNG ÜBER DIE ANWENDUNG VON PSYCHOTHERAPIE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG (PSYCHOTHERAPIE-VEREINBARUNG),** Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt als Anlage 1 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.10.2016

§ **RICHTLINIE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG DER PSYCHOTHERAPIE (PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIE),** Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: seit 18.4.2009 (zuvor Richtlinie des Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen seit 23.9.1967), zuletzt geändert: 6.1.2016

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Psychologische Psychotherapeuten	2.087	2.630	1.589	306	288	797	1.840	220	1.384	2.327	606	204	741	297	488	293	1.508
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	730	796	287	99	56	146	440	57	517	549	203	54	212	97	118	119	462
Ärztliche Psychotherapeuten	1.079	1.010	535	97	86	201	595	69	425	820	215	71	158	55	193	71	404
Kinder- und Jugendpsychiater	122	159	59	22	21	65	41	12	123	136	34	10	32	22	50	19	111
Psychiater (Nervenärzte/ Neurologen/Psychiater)	615	882	367	146	73	224	346	112	545	738	267	74	306	155	199	152	498
Gesamt	4.633	5.477	2.837	670	524	1.433	3.262	470	2.994	4.570	1.325	413	1.449	626	1.048	654	2.983

Zahlen aus dem BAR Stand: 31.12.2015

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.

GUTACHTERVERFAHREN

Das Antragsverfahren und damit die rechtssichere Anerkennung der Leistungspflicht der Krankenkassen für die ambulante psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wird in wesentlichen Elementen verändert. Die Änderungen als Teil einer umfassenden Strukturreform treten voraussichtlich zum 1. April 2017 in Kraft. Im Folgenden wird das aktuell gültige Gutachterverfahren dargestellt.

Das Gutachterverfahren ist ein Instrument der Prozessqualität. Gemäß Abschnitt F § 25 der Psychotherapie-Richtlinie muss jede Psychotherapie bei der Krankenkasse des Patienten von diesem beantragt werden. Gemäß Abschnitt F § 25 Abs. 1 der Richtlinie ist dieser Antrag vom Therapeuten grundsätzlich in einem Bericht an einen Gutachter zu begründen. Befreiungsmöglichkeiten von dieser Berichtspflicht sind in Abschnitt F § 26a der Richtlinie für eine Kurzzeittherapie bis 25 Behandlungsstunden definiert.

→ **Psychotherapie**

VERFAHREN	BERICHTS-JAHR	ANZAHL (OBER-)GUTACHTER		ANZAHL (OBER-)GUTACHTEN		NICHTBEFÜRWORTUNG DER ANTRÄGE IN %	ÄNDERUNG DER ANTRÄGE IN %
tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	2011	86 14	Gutachter [1] Obergutachter	164.857 1.776	Gutachten Obergutachten	4,0 24,7	11,2 19,1
	2012	97 13	Gutachter [2] Obergutachter	158.978 1.762	Gutachten Obergutachten	4,0 28,2	10,5 20,0
	2013	88 14	Gutachter [3] Obergutachter	159.035 1.824	Gutachten Obergutachten	4,0 24,3	10,7 23,9
	2014	94 13	Gutachter [4] Obergutachter	163.478 1.624	Gutachten [4] Obergutachten	4,0 24,9	11,2 22,4
	2015	100 13	Gutachter [5] Obergutachter	170.957 1.824	Gutachten [5] Obergutachten	3,7 25,9	10,5 21,0
Verhaltenstherapie	2011	73 9	Gutachter [6] Obergutachter	151.546 729	Gutachten Obergutachten	3,0 18,5	6,2 37,4
	2012	72 6	Gutachter [7] Obergutachter	153.073 507	Gutachten Obergutachten	3,2 20,3	7,5 38,7
	2013	75 8	Gutachter [8] Obergutachter	172.067 1.029	Gutachten Obergutachten	3,2 19,0	7,1 25,4
	2014	88 7	Gutachter [9] Obergutachter	187.501 1.080	Gutachten [9] Obergutachten	3,3 19,1	8,1 44,2
	2015	81 7	Gutachter [10] Obergutachter	155.137 1.235	Gutachten [10] Obergutachten	4,6 15,7	10,5 41,8

[1]) davon elf Gutachter mit 24.055 Gutachten für Kinder und Jugendliche [2]) davon 17 Gutachter mit 25.630 Gutachten für Kinder und Jugendliche [3]) davon 18 Gutachter mit 21.422 Gutachten für Kinder und Jugendliche [4]) davon 17 Gutachter mit 24.666 Gutachten für Kinder und Jugendliche [5]) davon 18 Gutachter mit 27.529 Gutachten für Kinder und Jugendliche [6]) davon elf Gutachter mit 16.084 Gutachten für Kinder und Jugendliche [7]) davon 14 Gutachter mit 23.577 Gutachten für Kinder und Jugendliche [8]) davon 14 Gutachter mit 25.663 Gutachten für Kinder und Jugendliche [9]) davon 18 Gutachter mit 28.450 Gutachten für Kinder und Jugendliche [10]) davon 18 Gutachter mit 32.664 Gutachten für Kinder und Jugendliche

Eine Langzeittherapie ist immer gutachterpflichtig. Das Gutachterverfahren dient dazu, festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und den -Vereinbarungen festgelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Verfahren im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt. Gemäß § 12 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarungen sind die Gutachter verpflichtet, eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutachtungen zu erstellen.

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

Gemäß § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung benennt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel alle fünf Jahre Gutachter von den jeweiligen Bewerberlisten. Mit einer Neuberufung von Gutachtern ist im Frühjahr 2019 zu rechnen.

Qualitätsinitiativen

QUALITÄTSZIRKEL

Vertragsärztliche Qualitätszirkel gelten seit über 20 Jahren als eine anerkannte, auf ärztlicher Eigeninitiative beruhende Methode der Qualitätssicherung und Fortbildung. Im Austausch mit Kollegen reflektieren Ärzte und Psychotherapeuten ihre Versorgungstätigkeit mit dem Ziel der kontinuierlichen Weiterentwicklung von Qualität und Patientensicherheit. Qualitätszirkel bieten Ärzten und Psychotherapeuten einen geschützten Raum für eine selbstbestimmte Fortbildung ohne Einflussnahme Dritter. Sie fördern den Transfer von Wissen in die Praxis. Qualitätszirkel basieren auf dem Gedanken des Peer Reviews. Das Lernen voneinander steht im Fokus der Zirkelarbeit. Die Teilnehmenden profitieren vom Erfahrungsschatz ihrer Kollegen.

Die KBV unterstützt Qualitätszirkel durch ein Konzept der Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkel-Tutoren und -Moderatoren, das im KBV-Handbuch Qualitätszirkel niedergelegt ist. Mehr als 30 thematische Module wie zum Beispiel Patientenfallkonferenz, Pharmakotherapie, Patientensicherheit, Hygienemanagement inklusive didaktischer Materialien stehen zur Verfügung.

Im Jahr 2015 wurden die neuen Module:
- Aspekte einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung,
- Barrieren identifizieren – auf dem Weg zur barrierearmen Praxis,
- Kultursensibilität in der Patientenversorgung und
- Anwendung von Coaching-Techniken im Qualitätszirkel

veröffentlicht.

Sie stehen im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen für Qualitätszirkel-Moderatoren und -Interessierte zum Download zur Verfügung.

Bundesweit engagieren sich mehr als 6.800 Moderatoren in circa 8.900 Qualitätszirkeln, an denen etwa 61.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten teilnehmen. Dabei ist die Anzahl hausärztlicher, fachärztlicher und psychotherapeutischer Zirkel gegenüber dem Vorjahr nahezu gleich geblieben, während die Zahl fachgebietsübergreifender Zirkel zurückgegangen ist. Leichte Anstiege sind bei den sektorenübergreifenden und berufsgruppenübergreifenden Zirkeln zu verzeichnen.

Das Themenspektrum der Qualitätszirkelarbeit ist breit gefächert und reicht von Arzneimitteltherapiesicherheit bis Zytologie. Wissens- und Kompetenzzuwachs aus der Zirkelarbeit – verbunden mit konkretem Nutzen für den Praxisalltag und die Patientensicherheit – entsteht immer wieder durch die Arbeit am konkreten Patientenfall. Die Methode der Patientenfallkonferenz findet daher häufige Anwendung.

Wie eine solche Patientenfallkonferenz erfolgreich im Zirkel durchgeführt werden kann, zeigt ein neu entwickeltes Video-Tutorial auf KVon, dem Web-TV der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der Train-the-Trainer-Ansatz des Qualitätszirkel-Konzepts der KBV liegt auch dem Projekt Interprofessionelle Qualitätszirkel in den Frühen Hilfen zugrunde, das mit Förderung durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen gemeinsam mit der Kinder- und Jugendhilfe umgesetzt wird. Qualitätszirkel mit Kinder- und Jugendärzten beziehungsweise Gynäkologen oder Hausärzten und Vertretern der Kinder- und Jugendhilfe bieten eine Plattform, um beide Leistungsbereiche – SGB V und SGB VIII – stärker zu vernetzen. Das gemeinsame Ziel ist es, Kindern in belasteten Familien frühzeitig Hilfen zuteilwerden zu lassen, um eine Kindeswohlgefährdung zu vermeiden.

Nach dem Erfolg dieses Projekts in Baden-Württemberg arbeiten aktuell die Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein und Westfalen-Lippe am Rollout interprofessioneller Qualitätszirkel in den Frühen Hilfen. Die KBV unterstützt das Vorhaben.

www.kv-on.de/html/22232.php
www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php

PEER REVIEW

Peer Review mit Vor-Ort-Besuch in der Praxis durch Fachkollegen stellt die strukturierte, kritische (Selbst-)Reflexion in den Mittelpunkt. Das Lernen voneinander auf freiwilliger Grundlage dient unmittelbar der Weiterentwicklung der Qualität der Patientenversorgung und der Patientensicherheit. Die KBV unterstützt die Etablierung dieser Methode in der ambulanten Versorgung durch Empfehlungen für Praxen, Arztnetze und Qualitätszirkel sowie die Förderung von Projekten. Im Jahr 2015 waren das insbesondere die Umsetzung des KBV-Konzepts im Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz in Nürnberg im Rahmen eines Pilottests und die Beteiligung am Projekt Peer Review in der Allgemeinmedizin der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Der Pilottest in Nürnberg ist erfolgreich abgeschlossen und von allen Beteiligten positiv bewertet worden. 13 Ärzte wurden zu Peers ausgebildet. Während der Projektlaufzeit haben elf Reviews stattgefunden. Wesentliche Ergebnisse des Pilottests waren:
- Peer Review wurde als Instrument der Qualitätsförderung und des Lernens bekannt gemacht.
- Das Arztnetz hat ein eigenes, auf die Erfordernisse des Netzes abgestelltes Peer-Review-Verfahren entwickelt.
- Die Kompetenz der Netzärzte, das eigene Handeln kritisch zu reflektieren und im wertschätzenden Gespräch mit Fachkollegen auf Augenhöhe zu analysieren, wurde gestärkt.
- Die beteiligten Praxen haben Verbesserungspotenzial, zum Beispiel im Hinblick auf praxisinterne Prozesse, das Arzt-Patienten-Gespräch, das Hygiene- und Notfallmanagement sowie den Schutz von Patientendaten identifiziert.

www.kbv.de/html/10848.php

Qualitätsmanagement

NEUE QUALITÄTSMANAGEMENT-RICHTLINIE BESCHLOSSEN

Seit über zehn Jahren wenden Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten einrichtungsintern Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 SGB V an. Um die Versorgungsqualität in der eigenen Praxis konsequent weiterzuentwickeln, sollen bestehende Abläufe und Strukturen analysiert und fortdauernde Verbesserungen daraus abgeleitet werden. Alle Maßnahmen des Qualitätsmanagements folgen dabei dem Ziel, ein Höchstmaß an Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit zu gewährleisten und die eigenen Praxisabläufe transparent, sicher und effizient zu gestalten.

Die spezifischen Anforderungen an einrichtungsinternes Qualitätsmanagement schreibt der Gemeinsame Bundesausschuss seit 2005 in eigenen Richtlinien fest. Am 17. Dezember 2015 wurde eine sektoreneinheitliche Qualitätsmanagement-Richtlinie für die stationäre, vertragsärztliche sowie vertragszahnärztliche Versorgung beschlossen. Sobald diese in Kraft tritt, gelten für Praxen und Krankenhäuser gleiche Bestimmungen zu Grundelementen, Methoden und Instrumenten von Qualitätsmanagement.

Zu den Grundelementen gehören Patientenorientierung und Patientensicherheit, Mitarbeiterorientierung und Mitarbeitersicherheit, Prozessorientierung, Kommunikation und Kooperation, Informationssicherheit und Datenschutz sowie Verantwortung und Führung.

Im Einzelnen verpflichtet die Richtlinie, folgende Methoden und Instrumente anzuwenden: Messen und Bewerten von Qualitätszielen, Erhebung des Ist-Zustands und Selbstbewertung, Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, Prozess- beziehungsweise Ablaufbeschreibungen, Schnittstellenmanagement, Checklisten, Teambesprechungen, Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen, Patientenbefragungen, Beschwerdemanagement, Patienteninformation und -aufklärung, Risikomanagement, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme. Neu ist die Verpflichtung, regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchzuführen. Außerdem sollen bei allen operativen Eingriffen, an denen mindestens zwei Ärzte beteiligt sind oder Eingriffen, die unter Sedierung erfolgen, Checklisten im OP-Saal angewendet werden.

Als spezielle Anwendungsbereiche für Qualitätsmanagement-Methoden und -Instrumente werden Notfallmanagement, Hygienemanagement, Arzneimitteltherapiesicherheit, Schmerzmanagement und Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen beziehungsweise Sturzfolgen aufgeführt. Hier soll ein besonderes Augenmerk auf die Verbesserung der Patientensicherheit gelegt werden.

AUSZUG QUALITÄTSMANAGEMENT-RICHTLINIE, § 4 METHODEN UND INSTRUMENTE

- Messen und Bewerten von Qualitätszielen
- Erhebung des Ist-Zustands und Selbstbewertung
- Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Prozess- beziehungsweise Ablaufbeschreibungen
- Schnittstellenmanagement
- Checklisten
- Teambesprechungen
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Patienteninformation und -aufklärung
- Risikomanagement

QUALITÄTSMANAGEMENT-STICHPROBE 2015 AUSGESETZT

Seit 2007 ist mit circa 26.000 Stichproben der Einführungs- und Entwicklungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gemäß § 8 der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet worden. Die Ergebnisse sind seit Jahren stabil. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass sich der überwiegende Anteil der Befragten in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung eines etablierten Qualitätsmanagement-Systems befindet. Aus diesem Grund und unter Berücksichtigung des Umsetzungsaufwands wurde mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss am 27. November 2015 die Stichprobenprüfung für das Jahr 2015 ausgesetzt. Die dadurch gewonnenen Ressourcen werden für die Beratung der Praxen und medizinischen Versorgungszentren genutzt.

SERVICEBROSCHÜRE PRAXISWISSEN

Die 2015 bei der KBV erschienene Servicebroschüre „Praxiswissen: Qualitätsmanagement in der Praxis“ verschafft einen Überblick über Ziele, Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagement und enthält praktische Umsetzungstipps, kurze Checklisten und Hinweise auf weiterführende Informationen und Unterstützungsangebote.

www.kbv.de/html/publikationen.php

QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®

Zur Unterstützung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bei der Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagement-Systems hat die KBV gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Berufsverbänden und Medizinischen Fachangestellten das Qualitätsmanagement-Verfahren QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® entwickelt. QEP ist spezifisch auf die Abläufe und Bedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zugeschnitten und kann von ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen, interdisziplinären Kooperationsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren unterschiedlicher Größe genutzt werden. Bausteine sind der QEP-Qualitätsziel-Katalog, das QEP-Einführungsseminar, das QEP-Manual und das QEP-Zertifizierungsverfahren.

- QEP-Fachtagung für QEP-Trainer, -Visitoren, -Multiplikatoren und zertifizierte Praxen im September 2015
- Über 32.000 Teilnehmer an QEP-Einführungsseminaren
- Etwa 600 Praxen und Medizinische Versorgungszentren mit 1.500 Ärzten und Psychotherapeuten nach QEP® zertifiziert (Stand: Dezember 2015)
- Über 2.500 Ärzte und Psychotherapeuten haben das QEP-Zertifizierungsverfahren einmal erfolgreich durchlaufen
- Ein Drittel aller Praxen und Medizinischen Versorgungszentren nutzen QEP als Grundlage für ihr internes Qualitätsmanagement (freiwillige Angabe aus der Stichprobe gemäß Qualitätsmanagement-Richtlinie für 2014, n = 1.867)
- QEP-Newsletter mit über 6.500 Abonnenten

ONLINE-TEST: Mein PraxisCheck

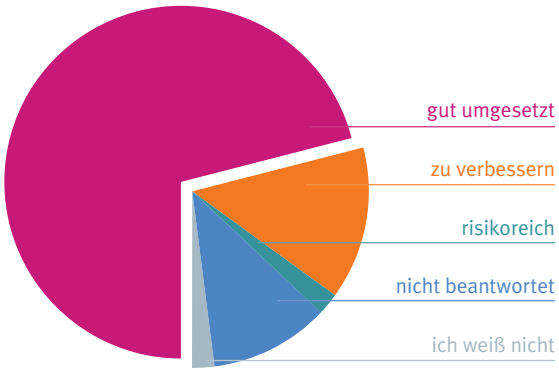
Mein PraxisCheck ist ein nützliches Instrument im Qualitätsmanagement. Mit dem Online-Test können Praxen und Medizinische Versorgungszentren schnell und einfach überprüfen, wie gut ihre Informationssicherheit, ihr Hygiene- und ihr Impfmanagement sind. Anhand von wenigen Fragen und Antworten können die Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und deren Praxisteams aufgezeigt bekommen, was bereits gut funktioniert und was noch verbessert werden kann. Ein sofortiger Ergebnisbericht gibt praktische Tipps und Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten im Praxisalltag. Die Teilnahme ist anonym und kostenfrei. Das Serviceangebot wurde gemeinsam mit Vertragsärzten und anderen Experten entwickelt. Die Fragen, Bewertungen und Empfehlungen basieren auf QEP®.

MEIN PraxisCheck

- Über 67.000 Zugriffe (Stand: 10.6.2016)
- davon 49 Prozent Hygiene, 33 Prozent Informationssicherheit, 18 Prozent Impfmanagement (Stand: 10.6.2016)
- Fragen beantworten, Tipps erhalten, Ergebnisbericht downloaden
- Vergleich mit anderen Nutzern (Benchmarking)
- weitere Themen in Planung: Qualitätsmanagement und Vermeidung von Wundinfektionen

www.kbv.de/praxischeck

BEISPIEL: IMPFDOKUMENTATION: (n=3.829)



Benchmarking: Das herausgerückte Segment der Tortengrafik entspricht jeweils der vom Anwender gewählten Antwortkategorie; hier im Beispiel das Segment „gut umgesetzt“.

3.711	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
41	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
492	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Schlafbezogene Atmungsstörungen

§ QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR DIAGNOSTIK UND THERAPIE SCHLAFBEZOGENER ATMUNGSSTÖRUNGEN,

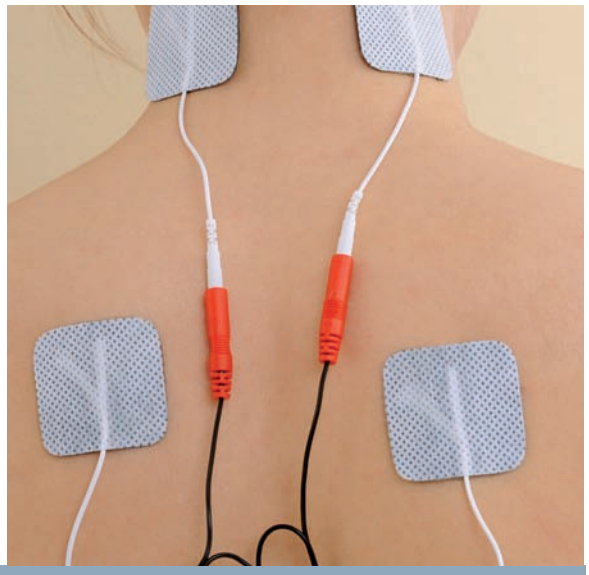
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2005

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2014	439	545	144	85	37	91	221	56	333	511	221	39	127	78	107	72	450	3.556
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2015	461	596	159	89	39	94	234	60	336	499	237	42	139	80	113	77	456	3.711
· davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	413	534	129	67	37	87	212	54	283	448	217	35	134	57	89	74	380	3.250
· davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	38	60	15	17	2	7	22	2	31	46	19	7	5	20	22	3	76	392
· davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	10	2	0	5	0	0	k. A.	4	22	5	1	0	0	3	2	0	0	54
Anzahl beschiedene Anträge [1]	44	135	20	5	4	5	22	6	37	63	22	1	18	5	12	7	45	451
· davon Anzahl Genehmigungen	44	135	20	5	4	5	21	6	36	62	20	1	18	5	11	7	44	444
· davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	0	1	7
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· davon bestanden									1									1
· davon nicht bestanden									0									0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	0	12	5	1	0	4	k. A.	2	6	4	24	0	6	3	3	0	31	101
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V (FAKULTATIV)																		
siehe Tabelle Seite 59				✓						✓				✓	✓			

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

1.173	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
101	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
656	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
1.113	PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE



Schmerztherapie

§ **QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR SCHMERZTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG CHRONISCH SCHMERZKRANKER PATIENTEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG SCHMERZTHERAPIE),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2005, zuletzt geändert: 1.10.2016

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **KOLLOQUIUM:** obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung und gegebenenfalls bei Patienten, die länger als zwei Jahre in Dauerbehandlung sind
  Ab 1. Oktober 2016 gilt: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; wenn der Abschluss der entsprechenden Zusatzweiterbildung länger als 48 Monate zurückliegt
- **FREQUENZREGELUNG:** bei schmerztherapeutischen Einrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkranke Patienten pro Quartal
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** mindestens halbjährliche Information über den Behandlungsverlauf an den Hausarzt; Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen; konsiliarische Beratung der kooperierenden Ärzte; schmerztherapeutische Einrichtungen: kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL:** pro Jahr acht (schmerztherapeutische Einrichtungen zwölf, ab 1. Oktober 2016 gilt zusätzlich: handelt es sich um Einzelpraxen: zehn) interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung in schmerztherapeutischen Einrichtungen; tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** Dokumentationsprüfung auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung; ab 1. Oktober 2016 gilt zusätzlich: Dokumentationsprüfung bei Ärzten, die ihre Genehmigung zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2018 erstmals erhalten
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu sammeln und jährlich auszuwerten; Zusammenstellung an Partner des Bundesmantelvertrags auf Anforderung

→

→ Schmerztherapie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN										4)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	163	166	68	68	16	27	76	26	45	141	70	17	77	32	38	29	83	1.142
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	162	171	67	74	16	28	79	27	52	143	69	17	84	35	36	29	84	1.173
Anzahl beschiedene Anträge 1)	14	39	23	6	1	2	8	1	7	8	5	0	7	3	6	0	12	142
· davon Anzahl Genehmigungen	14	32	14	6	0	1	8	1	6	4	4		7	3	2		11	113
· davon Anzahl Ablehnungen	0	7	9	0	1	1	0	0	1	4	1		0	0	4		1	29
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	14	2	6	0	2	3	1	4	7	3	0	0	3	2	0	11	58
· davon bestanden		10	2	6		2	3	1	4	6	2			3	2		9	50
· davon nicht bestanden		4	0	0		0	0	0	0	1	1			0	0		2	8
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· davon ohne Beanstandungen								1										1
· davon mit Beanstandungen								0										0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs. 2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	7	6	0	0	0	0	0	0	4	5	0	0	0	4	0	4	30
Anzahl Kolloquien gemäß § 5 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG																		
Anzahl Prüfungen gemäß § 7 Abs. 2	8	0	0	0	0	27	5	6	25	13	k. A.	0	3	0	14	0	0	101
· davon Anforderungen erfüllt	6					27	4	6	24	8			3		14			92
· davon Anforderungen nicht erfüllt	2					0	1	0	1	5			0		0			9
Anzahl geprüfte Dokumentationen	80					135	60	30	125	120	k. A.		36		70			656
· davon ohne Beanstandungen	3)					131	29	15	120	90			36		56			477
· davon mit Beanstandungen	3)					4	31	15	5	30			0		14			99

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Ergebnisse werden ausschließlich arztbezogen ermittelt. 4) Von 13 Prüfungen waren zwei Wiederholungsprüfungen, mit je fünf Patientendokumentationen.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

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

Für die Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität gründete der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 137a SGB V ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut, welches in seinem Auftrag tätig wird. Am 1. Januar 2016 hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen die Aufgaben der Institution nach § 137a SGB V übernommen, mit denen bis Ende 2015 noch das Göttinger AQUA-Institut betraut war. Trägerin des Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen ist die gleichnamige Stiftung privaten Rechts, deren Errichtung der Gemeinsame Bundesausschuss am 21. August 2014 beschlossen hat.

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

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

Der Regelbetrieb und damit die verpflichtende Datenerhebung für die beteiligten Ärzte (invasiv tätige Kardiologen) haben am 1. Januar 2016 begonnen. Bundesweit erbringen im vertragsärztlichen Bereich rund 660 Ärzte in etwa 370 Praxen circa 90.000 Herzkatheteruntersuchungen und gegebenenfalls perkutane Koronarinterventionen. Die Dokumentation erfolgt elektronisch. Vertragsärzte übermitteln die verschlüsselten Daten quartalsweise an die Datenannahmestelle der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung pseudonymisiert die Angaben zur Praxis, die Betriebsstättennummer, und leitet die Daten mit dem jeweiligen Praxispseudonym an eine Vertrauensstelle weiter. Diese pseudonymisiert wiederum die patientenidentifizierenden Daten.

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

Das Qualitätssicherungsverfahren soll zukünftig um die Patientenperspektive ergänzt werden. Daher wurde das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen am 21. April 2016 mit der Entwicklung einer Patientenbefragung beauftragt.

Zur Bewertung der Ergebnisse und Einleitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gründen die Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen sogenannte Landesarbeitsgemeinschaften. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer Funktion als Datenannahmestelle ihre Arbeit bereits aufgenommen haben, stehen die Gründungen der Landesarbeitsgemeinschaften derzeit noch aus.

Im Dezember 2016 soll das zweite Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen werden. Das Qualitätssicherungsverfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen“ fußt größtenteils auf Sozialdaten und einer fallbezogenen Dokumentation in Krankenhäusern. Die einzige Dokumentationspflicht im vertragsärztlichen Bereich besteht in einer einmal jährlich stattfindenden einrichtungsbezogenen Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement. Aufgrund der komplexen Zusammenführung der stationär und ambulant erhobenen Daten mit Sozialdaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten wird es zunächst eine sogenannte Erprobungs-Richtlinie geben, die am 1. Januar 2017 in Kraft treten soll und fünf Jahre gilt. Von dem Qualitätssicherungsverfahren werden etwa 8.000 operativ tätige Vertragsärzte wie Chirurgen, Orthopäden, Gynäkologen sowie Urologen in etwa 5.500 Einrichtungen betroffen sein.

www.kbv.de/html/themen_2854.php

811 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

Sozialpsychiatrie

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

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- **FREQUENZREGELUNG:** Voraussetzung zur Abrechnung der Pauschale sind im Behandlungsfall mindestens drei Kontakte je Quartal, wovon mindestens ein Kontakt durch eine Person der in diesem Bereich kooperierenden komplementären Berufe (zum Beispiel Heilpädagoge) erfolgen muss. Zudem gilt eine Obergrenze von 400 Behandlungsfällen im Quartal für den ersten Arzt je Praxis, für jeden weiteren Arzt gilt die Obergrenze von 320, regionale Versorgungsdefizite erlauben Abweichungen
- **KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** Gewährleistung der interdisziplinären Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste; kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten, gegebenenfalls konsiliarische Beratung
- **FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL:** regelmäßige, mindestens einmal im Monat stattfindende patientenorientierte Fallbesprechungen, unter Einbeziehung der komplementären Berufe (Kooperationen)

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN			3)															
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	75	112	52	16	10	43	35	9	106	130	26	7	22	10	37	17	74	781
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	77	124	52	17	10	45	35	8	115	135	27	6	22	10	34	18	76	811
Anzahl beschiedene Anträge 1)	6	16	50	1	0	3	0	0	14	6	1	0	2	0	2	0	7	108
· davon Anzahl Genehmigungen	5	16	50	1		3			13	6	1		2		2		7	106
· davon Anzahl Ablehnungen	1	0	0	0		0			1	0	0		0		0		0	2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	2	4	0	0	3	0	1	4	0	0	1	2	0	2	0	2	21

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Die 50 Genehmigungen enthalten vier Neuanträge.

1.766 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

Soziotherapie

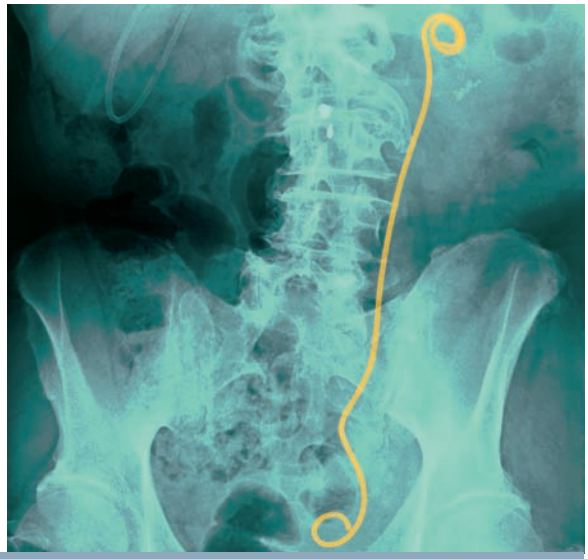
§ **RICHTLINIEN ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG VON SOZIOTHERAPIE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG (SOZIOTHERAPIE-RICHTLINIE),** Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002, zuletzt geändert: 20.5.2016

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN														3)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2014	460	226	166	28	51	42	46	39	87	120	139	41	105	19	66	21	59	1.715
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2015	454	232	168	27	49	45	46	37	87	119	148	45	114	51	65	22	57	1.766
Anzahl beschiedene Anträge 1)	17	9	18	2	1	3	4	0	8	6	11	5	17	30	1	2	6	140
· davon Anzahl Genehmigungen	17	8	18	2	1	3	4		8	6	11	4	15	30	1	2	6	136
· davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0		0	0	0	1	2	0	0	0	0	4
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	2	12	3	0	0	0	2	2	2	2	0	4	0	1	0	4	34

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Wachsende Anzahl Genehmigungsempfänger eventuell wegen Erweiterung der Facharztgruppen und Institutsambulanzen (Neufassung § 4 Ab. 2 und 3).

1.126 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG



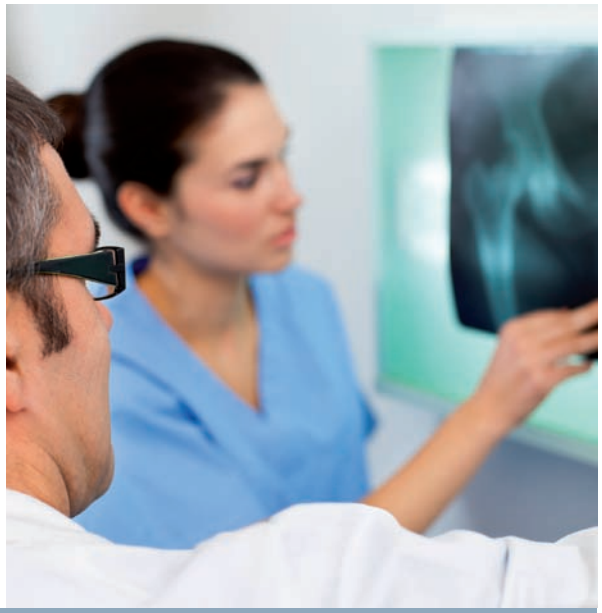
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN			3)														4)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	163	268	19	8	16	29	68	16	118	124	65	24	24	22	30	14	110	1.118
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	158	274	12	7	18	29	71	15	121	132	66	25	24	23	28	12	111	1.126
Anzahl beschiedene Anträge 1)	15	30	3	0	1	0	6	0	17	12	2	3	0	1	0	0	5	95
· davon Anzahl Genehmigungen	15	21	2		1		6		16	12	2	3		1			5	84
· davon Anzahl Ablehnungen	0	9	1		0		0		1	0	0	0		0			0	11
Anzahl Kolloquien (Antragstellung)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	0	7	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	12

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Die Genehmigungen enthalten keinen Neuantrag. 4) Die fünf Genehmigungen enthalten zwei Neuanträge.



Strahlendiagnostik / -therapie

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

§ **RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER RADIOLOGISCHEN DIAGNOSTIK - KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK UND COMPUTERTOMOGRAPHIE (QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE RADIOLOGIE),** Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert: 1.1.2016

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- **KOLLOQUIUM:** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung (Osteodensitometrie: vor 2003) erlangt wurde
  - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
  - Strahlentherapie und Nuklearmedizin: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
  - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
  - Strahlentherapie und Nuklearmedizin: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:**
  - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik
  - Strahlentherapie und Nuklearmedizin: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
    - Computertomographie: wegen guter und sehr guter Ergebnisse können durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss die Stichprobenprüfungen seit 2011 ausgesetzt werden. Diese Regelung gilt bis 2014, erneut 2016 und 2017.
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:**
  - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: jährliche Auswertung der Stichprobenprüfungen an Gemeinsamen Bundesausschuss
  - Strahlentherapie und Nuklearmedizin: gegebenenfalls bei Stichprobenprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen, jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG:**
  - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: gegebenenfalls bei Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen
  - Strahlentherapie und Nuklearmedizin: gegebenenfalls bei Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

→

20.684	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
1.308	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
15.696	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

→ Strahlendiagnostik /-therapie · konventionelle Röntgendiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK																		
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 5		4)	5)														15)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	2.709	3.473	610	488	273	511	1.474	401	2.085	2.535	987	338	966	537	655	529	2.225	20.796
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	2.701	3.447	635	498	280	505	1.456	407	2.041	2.448	962	339	959	508	657	515	2.326	20.684
Anzahl beschiedene Anträge 1)	306	4.205	317	48	7	55	159	13	291	292	105	37	62	19	28	32	436	6.412
· davon Anzahl Genehmigungen	302	3.735	308	48	7	46	157	13	281	291	104	30	48	14	27	32	428	5.871
· davon Anzahl Ablehnungen	4	470	9	0	0	9	2	0	10	1	1	7	14	5	1	0	8	541
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	30	0	7	1	0	3	1	0	1	0	9	0	0	14	10	0	21	97
· davon bestanden	28		3	1		3	1		1		9			9	10		19	84
· davon nicht bestanden	2		4	0		0	0		0		0			5	0		2	13
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· davon ohne Beanstandungen			0															0
· davon mit Beanstandungen			1															1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3	2	1	0	0	9	0	0	4	1	0	0	2	0	4	0	0	26
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	3	1.187	67	38	0	70	0	7	119	75	129	26	50	29	21	2	34	1.857
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V																		
PRÜFUMFANG																		
Anzahl abrechnende Ärzte	2.425	3.025	613	348	232	495	1.475	354	1.950	2.384	902	289	839	401	608	435	1.884	18.659
Anzahl geprüfter Ärzte	149	163	31	15	8	136	89	17	85	122	40	12	38	18	115	22	248	1.308
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	143	138	25	15	8	136	70	17	79	122	37	12	38	17	95	19	232	1.203
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	6	25	6	0	0	0	19	0	6	0	3	0	0	1	20	3	16	105
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	5,9	4,6	4,1	4,3	3,4	27,5	4,7	4,8	4,1	5,1	4,1	4,2	4,5	4,2	15,6	4,4	12,3	6,4
Begründung zum Prüfumfang; sonstige Kommentare	3)				7), 8)	9)			10)		11)		12)		13), 14)		16)	
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Ergebnisse Routineprüfungen abrechnender Ärzte gemäß § 4 Abs. 2																		
· keine Beanstandungen	116	53	3	14	5	68	44	7	18	109	25	8	36	12	61	14	162	755
· geringe Beanstandungen	21	60	12	1	3	57	13	10	57	11	11	3	1	2	27	5	56	350
· erhebliche Beanstandungen	5	15	3	0	0	7	9	0	4	2	1	0	0	2	2	0	11	61
· schwerwiegende Beanstandungen	1	10	7	0	0	4	4	0	0	0	0	1	1	1	5	0	3	37
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
· keine Beanstandungen	6	7	0				8		2		2			1	15	0	7	48
· geringe Beanstandungen	0	12	2				4		3		0			0	2	2	7	32
· erhebliche Beanstandungen	0	5	1				6		1		1			0	0	0	1	15
· schwerwiegende Beanstandungen	0	1	3				1		0		0			0	3	1	1	10
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	27	3	29	0	0	62	1	10	65	12	13	4	2	4	39	5	79	355
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	13	0	3	0	8	0	0	2	1	0	0	0	10	0	2	39

→

→ Strahlendiagnostik /-therapie · konventionelle Röntgendiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK																		
MASSNAHMEN			6), 6a)															
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	31	16	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	3	0	1	0	55
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	39	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	48
· davon bestanden	1	35	2												2	1	2	43
· davon nicht bestanden	0	4	0												0	0	0	4
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Zusätzlich erfolgte in einem Fall eine Fortsetzung des Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 3 c), mit erheblichen Beanstandungen. 4) Hier werden Genehmigungserteilungen und Rückgaben jeglicher Art abgebildet. 5) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I - IV/2015). Eine Prüfung erfolgte als Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 3 c), mit schwerwiegender Beanstandung. 6) Ein Kolloquium ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. 6a) Als zusätzliche Maßnahme erfolgten zwei Praxisbegehungen, davon eine mit Mängeln. 7) Die Vorgaben zum Prüfumfang wurden 2014 übererfüllt. 8) Bei drei Prüfverfahren wurden zusätzliche Dokumentationen angefordert 9) Differenzierung zwischen Routineprüfung und kriterienbezogener Prüfung derzeit nicht möglich. Prüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der Kassenärztlichen Vereinigung organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote. 10) Zusätzlich erfolgte in fünf Fällen eine Fortsetzung des Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 3 c), mit erheblicher Beanstandung. 11) In Rheinland-Pfalz ist die Kommission für diagnostische Radiologie/Computertomographie in Personalunion auch Ärztliche Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese prüft zeitgleich nach Röntgenverordnung (§ 17a RöV) und nach Vertragsarztrecht (§ 135b Abs. 2 SGB V). Die Ergebnisse werden getrennt berichtet. 12) Eine weitere Prüfung wurde aus Krankheitsgründen per Vorstandsbeschluss bis 2016 ausgesetzt. 13) Zusätzlich erfolgte in zwei Fällen eine Fortsetzung des Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 3 c), ohne Beanstandungen. 14) Prüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der Kassenärztlichen Vereinigung organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote als andere Kassenärztlichen Vereinigungen. 15) Die 428 Genehmigungen enthalten 135 Neuanträge. 16) Vorstandsbeschluss Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe: Prüfung von mindestens zehn Prozent der Ärzte.

4.352	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
180	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
2.160	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

→ Strahlendiagnostik /-therapie · Computertomographie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
COMPUTERTOMOGRAPHIE																		
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 7			4)							7)							11)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	537	641	258	105	53	152	284	80	322	576	223	68	205	81	128	113	385	4.211
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	550	623	262	107	61	154	292	81	390	597	228	68	214	86	127	110	402	4.352
Anzahl beschiedene Anträge 1)	76	416	207	12	4	24	28	7	78	155	28	6	23	11	18	8	137	1.238
· davon Anzahl Genehmigungen	76	402	206	12	4	23	28	7	77	154	27	6	23	10	15	8	132	1.210
· davon Anzahl Ablehnungen	0	14	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	3	0	5	28
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
· davon bestanden						1								1				2
· davon nicht bestanden						0								1				1
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	88	42	10	0	14	0	6	26	1	22	5	12	5	15	0	6	253

→ Strahlendiagnostik /-therapie · Computertomographie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
COMPUTERTOMOGRAPHIE																		
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V																		
PRÜFUMFANG			5)															
Anzahl abrechnende Ärzte	500		161	102	54	149	292	78	324	386	212	54	203		90	106	339	3.050
Anzahl geprüfter Ärzte	25		10	4	2	30	15	3	13	16	9	3	9		18	5	18	180
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	25		8	4	2	30	15	3	13	16	9	3	9		18	5	18	178
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	2
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	5,0	entfällt	5,0	3,9	3,7	20,1	5,1	3,8	4,0	4,1	4,2	5,6	4,4	entfällt	20,0	4,7	5,3	5,8
Begründung zum Prüfumfang; sonstige Kommentare		3)				6)					8)			9)	10)			
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
· keine Beanstandungen	24		1	4	2	22	15	2	11	14	8	3	9		18	4	17	154
· geringe Beanstandungen	1		3	0	0	3	0	1	2	0	1	0	0		0	1	1	13
· erhebliche Beanstandungen	0		1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	5
· schwerwiegende Beanstandungen	0		3	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0		0	0	0	6
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
· keine Beanstandungen			1															1
· geringen Beanstandungen			0															0
· erheblichen Beanstandungen			0															0
· schwerwiegenden Beanstandungen			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	1		5	0	0	0	0	2	2	2	1	0	0		0	1	1	15
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0		3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	3
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0		5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	5
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
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

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Die Ärztliche Stelle bei der Kasssenärztlichen Vereinigung hat im Bereich Computertomographie 176 Ärzte gemäß § 17a RÖV geprüft (keine beziehungsweise geringe Mängel). Auf Prüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V wurde verzichtet. 4) Die 206 Genehmigungen enthalten 46 Neuanträge. 5) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I - IV/2015). Zusätzlich erfolgte eine Praxisbegehung, ohne Erfolg. 6) Prüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der Kassenärztlichen Vereinigung organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote. 7) Die 154 Genehmigungen enthalten 40 Neuanträge. 8) Die Kommission für diagnostische Radiologie/Computertomographie ist in Personalunion auch Ärztliche Stelle. Diese prüft nach Röntgenverordnung (§17a RöV) sowie nach Vertragsarztrecht (§135b Abs. 2 SGB V). Die Ergebnisse werden getrennt berichtet. 9) Eine zwischenzeitliche Wiederaufnahme der Prüfungen begrenzt für ein Jahr konnte aus organisatorischen Gründen nicht umgesetzt werden. 10) Prüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der Kasssenärztlichen Vereinigung organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote. 11) Die 132 Genehmigungen enthalten 23 Neuanträge.

✓ 1.255 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

→ Strahlendiagnostik /-therapie · Osteodensitometrie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
OSTEODENSITOMETRIE																		
✓ **GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 8**																	3)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	189	183	45	31	5	15	67	12	95	129	93	20	114	28	22	33	189	1.270
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	180	174	50	34	10	17	66	11	90	122	84	23	119	26	21	35	193	1.255
Anzahl beschiedene Anträge 1)	15	39	10	4	4	2	10	1	11	5	11	4	15	1	4	2	34	172
· davon Anzahl Genehmigungen	14	35	6	4	4	2	2	1	11	5	11	4	13	1	1	2	33	149
· davon Anzahl Ablehnungen	1	4	4	0	0	0	8	0	0	0	0	0	2	0	3	0	1	23
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	1	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	1	0	1	2	12
· davon bestanden	1		1		2				2	2				1		1	2	12
· davon nicht bestanden	0		0		0				0	0				0		0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	5	43	1	1	0	0	0	2	7	10	20	1	6	3	1	1	8	109

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Die 33 Genehmigungen enthalten zwölf Erstanträge.

✓ 1.221 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

→ Strahlendiagnostik /-therapie · Strahlentherapie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
STRAHLENTHERAPIE																		
✓ **GENEHMIGUNGEN § 9**			3)							4)							5)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	174	153	63	25	13	32	68	17	115	126	65	20	40	25	36	29	149	1.150
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	172	162	63	24	15	30	70	19	114	188	66	20	45	25	33	27	148	1.221
Anzahl beschiedene Anträge 1)	36	111	42	0	2	3	2	2	19	119	5	3	4	1	1	2	27	379
· davon Anzahl Genehmigungen	36	99	42		2	3	2	2	19	119	5	2	4	1	1	2	26	365
· davon Anzahl Ablehnungen	0	12	0		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	14
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
· davon bestanden																	1	1
· davon nicht bestanden																	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	28	4	1	0	2	0	0	10	1	4	2	1	1	4	0	8	66

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Von den 42 Genehmigungen gehen vier auf einen Neuantrag zurück. 4) Von den 119 Genehmigungen gehen zwölf auf einen Neuantrag zurück. 5) Von den 26 Genehmigungen gehen sieben auf einen Neuantrag zurück.

1.439	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
14	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
168	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

→ Strahlendiagnostik /-therapie · Nuklearmedizin

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
NUKLEARMEDIZIN																		
GENEHMIGUNGEN § 10			3)							4)							5)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	224	250	71	24	18	45	97	23	123	218	83	21	43	25	38	32	158	1.493
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	212	241	70	24	18	41	94	24	116	210	81	19	43	26	37	32	151	1.439
Anzahl beschiedene Anträge 1)	15	248	39	3	1	16	1	1	12	77	7	5	1	1	4	2	35	468
· davon Anzahl Genehmigungen	15	213	38	3	1	16	1	1	12	76	7	5	1	1	3	2	32	427
· davon Anzahl Ablehnungen	0	35	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	41
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	4
· davon bestanden				1					2								1	4
· davon nicht bestanden				0					0								0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	1	136	13	3	0	12	0	0	6	0	9	4	0	0	4	0	12	200
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V (FAKULTATIV)																		
siehe Tabelle Seite 59						✓	✓											

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Von den 38 Genehmigungen gehen zehn auf einen Neuantrag zurück. 4) Von den 77 Genehmigungen gehen 13 auf einen Neuantrag zurück. 5) Von den 32 Genehmigungen gehen fünf auf einen Neuantrag zurück.

2.870	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
1.643	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
9.340	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

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

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

→ Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN	3), 4)	5), 6)	7), 8)			9), 10)	11), 12)										13)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	325	441	162	28	72	119	133	29	395	474	83	14	55	41	121	30	394	2.916
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	315	439	162	29	67	108	128	30	420	493	89	13	58	40	120	27	332	2.870
· Anzahl abrechnender – aktiver Ärzte (z. B. IV. Quartal 2015)	243	234	128	10	56	82	128	24	275	326	62	13	31	31	111	23	342	2.119
Anzahl beschiedene Anträge 1)	6	37	41	3	5	6	18	2	24	98	7	0	5	2	5	1	7	267
· davon Anzahl Genehmigungen	6	37	41	3	5	6	18	2	24	92	7		5	2	5	1	7	261
· davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0		0	0	0	0	0	6
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· davon ohne Beanstandungen	1																	1
· davon mit Beanstandungen	0																	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	10	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	16	0	1	2	0	14	0	1	13	6	1	1	0	1	6	1	69	132
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	135	177	19	6	10	12	25	18	157	76	34	0	22	54	57	17	126	945
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2	1	1	0	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	9
· davon Einrichtungen nach § 12	1	1	0			0	1		1	2								6
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9 ABS. 3																		
Anzahl geprüfter Ärzte	4)	352	42	7	47	58	109	15	157	202	36	13	12	31	60	17	443	1.601
Anzahl geprüfter Fälle	823	654	416	16	251	373	630	55	636	503	180	88	54	65	173	26	833	5.776
· keine Beanstandungen	697	432	340	13	94	298	375	48	594	242	168	58	52	52	111	22	801	4.397
· geringe, erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	126	179	76	3	157	28	113	7	42	261	12	30	2	13	62	4	32	1.147
5-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 9 ABS. 5																		
Anzahl geprüfter Fälle	433	0	139	7	70	384	310	34	635	4	109	49	0	88	256	26	462	3.006
· davon ohne Beanstandungen	303		124	7	32	344	192	32	596	3	93	44		72	202	21	421	2.486
· davon mit Beanstandungen	130		15	0	38	27	44	2	39	1	16	5		16	54	5	41	433
2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 ABS. 6																		
Anzahl geprüfter Fälle	0	0	37	0	0	0	0	0	3	13	0	0	1	0	0	0	0	54
· davon ohne Änderung der Behandlung			37						3	13			1					54
· davon mit Änderung der Behandlung			0						0	0			0					0
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b ABS. 2 SGB V																		
siehe Tabelle Seite 59			✓															

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Ärzte mit Genehmigung und abrechnende Ärzte ohne Konsiliarärzte. 4) Zur Anzahl geprüfter Ärzte ist keine Angabe möglich. 5) 43 Fälle aus Dokumentationsprüfungen sind zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht geprüft. 6) Die Genehmigungszahlen enthalten 177 Konsiliarärzte. 7) Enthalten sind acht Erstanträge. 8) Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I/2014 - I/2015). 9) 47 beziehungsweise sieben Fälle der Prüfungen befinden sich in der Nachprüfung. 10) Die 2-Jahres-Überprüfung erfolgt durch die ermächtigte Ambulanz, Einhaltung wird durch die Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der zwei Prozent-Stichprobe überprüft. 11) 128 Ärzte mit Genehmigungen enthalten nicht Institutsermächtigungen. 12) Bei den Dokumentationsprüfungen wurden 133 Fälle noch nicht bestuft, neun beendet zu Lasten der GKV. Bei den 5-Jahres-Überprüfungen wurden 67 Fälle noch nicht bestuft und sieben beendet zu Lasten der GKV. 13) Die Bestufung „erhebliche Beanstandung“ wird in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe nicht verwendet.

84.346 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

3.012 PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE

15.165 GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN

Ultraschalldiagnostik

§ VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR ULTRASCHALLDIAGNOSTIK (ULTRASCHALL-VEREINBARUNG),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; zuletzt geändert: 1.10.2016

- **AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen
- **EINGANGSPRÜFUNG:** Abnahmeprüfung der verwendeten Ultraschallsysteme (B-Modus) durch Vorlage aktueller Bilddokumentationen; ab 1.Oktober 2016 ist dies ersetzt durch die Überprüfung der Hersteller- / Gewährleistungserklärung; bei systematischen Untersuchungen der fetalen Morphologie obligate online-basierte Eingangsprüfung
- **KOLLOQUIUM:** obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- **REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE:** alle vier Jahre Konstanzprüfung der im B-Modus arbeitenden Ultraschallgeräte; ab 1.Oktober 2016 beträgt das Intervall sechs Jahre, dabei kann die Konstanzprüfung durch Vorlage aussagefähiger Wartungsprotokolle erfolgen
- **PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; ab 1. Oktober 2016 gilt eine Spezifizierung an die Anforderungen für die Aufbereitungshinweise für Endosonographiesonden
- **EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:**
  - jährliche Prüfung von mindestens drei Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu fünf Fällen als Zufallsstichprobe; ab 1. Januar 2017 gilt: jährliche Prüfung von insgesamt mindestens sechs Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu fünf Fällen, dabei können für maximal die Hälfte des Prüfvolumens durch die Partner des Bundesmantelvertrags Festlegungen für die schwerpunktmäßige Überprüfung spezifischer Bereiche getroffen werden; zusätzlich kann die Kassenärztliche Vereinigung anlassbezogene Stichprobenprüfungen durchführen; bei Beanstandungen engere Prüfintervalle
  - Stichprobenprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen im Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle) sind anrechenbar
  - Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte: Prüfung der ersten zwölf Fälle nach Genehmigungserteilung, zwei Jahre nach Genehmigungserteilung Prüfung von zwölf Fällen, danach fünfjährliche Prüfung aller Ärzte zu mindestens zwölf Fällen; bei Mängeln engere Prüfintervalle, gegebenenfalls Verpflichtung zur Fortbildung
- **RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** statistische Auswertung und Ergebnisanalyse zur Abnahmeprüfung, Prüfung der ärztlichen Dokumentation und Konstanzprüfung, insbesondere zur Dokumentationsprüfung der Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Kriterien werden durch Partner des Bundesmantelvertrags festgelegt; bei Dokumentationsprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
- **BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN							5)					9)						
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2014	10.949	15.019	3.062	1.517	904	1.827	5.785	1.212	8.247	12.282	4.570	1.263	3.295	1.658	2.753	1.817	8.396	84.556
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2015	11.155	14.954	3.096	1.571	908	1.825	5.880	1.238	8.373	11.171	4.615	1.282	3.348	1.789	2.780	1.841	8.520	84.346
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) 1)	1.312	4.377	1.339	188	71	245	692	101	1.093	1.331	405	90	215	144	249	232	2.582	14.666
neu	1.312	4.377	1.339	188	71	245	692	101	1.093	1.331	405	90	215	144	249	232	2.581	14.665
· davon Anzahl Genehmigungen	1.018	3.938	1.271	188	69	234	640	101	1.073	1.320	397	80	196	141	147	217	2.453	13.483
· davon Anzahl Ablehnungen	294	439	68	0	2	19	52	0	57	11	8	29	19	3	102	15	128	1.246
erneut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
· davon Anzahl Genehmigungen																	1	1
· davon Anzahl Ablehnungen																	0	0

→ Ultraschalldiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN												9)						
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	4.004	11.589	5.328	k. A.	277	980	2.155	243	3.901	4.306	1.186	340	776	349	763	901	10.365	47.463
neu	4.004	11.589	5.328		277	980	2.155	243	3.901	4.306	1.186	340	776	349	763	901	10.364	47.462
· davon Anzahl Genehmigungen	3.047	10.076	5.146		192	941	1.406	178	3.708	3.859	1.178	245	719	343	451	718	10.113	42.320
· davon Anzahl Ablehnungen	957	1.513	182		85	39	749	65	193	447	8	79	57	6	312	183	251	5.126
erneut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
· davon Anzahl Genehmigungen																	1	1
· davon Anzahl Ablehnungen																	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	245	433	16	26	13	44	35	2	82	196	41	4	2	66	64	21	279	1.569
· davon bestanden	218	371	16	26	12	41	28	2	67	179	34	4	2	62	58	19	234	1.373
· davon nicht bestanden	27	62	0	0	1	3	7	0	15	17	7	0	0	4	6	2	45	196
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	5
· davon bestanden															3	1	1	5
· davon nicht bestanden															0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	4	2	10	0	0	28	1	0	12	44	0	2	4	0	6	0	24	137
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) 2)	13	188	153	18	5	187	1	75	322	1	352	84	133	15	114	75	142	1.878
ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2015																		
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	403	462	64	38	21	46	201	22	300	296	258	42	102	40	84	47	212	2.638
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	200	414	36	20	26	43	100	24	155	287	100	24	74	27	40	22	148	1.740
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	248	705	30	24	31	41	112	26	96	297	124	23	70	28	56	14	183	2.108
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/ oder B-Modus	449	716	178	53	30	79	272	63	322	502	182	44	211	85	107	85	334	3.712
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.398	2.502	423	161	126	302	676	61	979	1.598	434	105	621	93	266	374	621	10.740
3.3 Schilddrüse, B-Modus	4.305	6.319	1.035	616	294	710	2.485	419	3.106	4.727	1.944	497	1.494	756	1.054	739	3.969	34.469
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	650	1.193	185	124	31	106	464	64	541	607	314	69	199	127	93	96	379	5.242
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	158	255	38	46	31	54	234	6	378	222	AB 21.2	9	63	n.a.	56	23	128	1.701
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	59	73	23	8	3	10	27	8	57	AB 4.1	132	3	16	9	13	15	37	493
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	4	4	0	4	0	3	0	192	AB 4.2	AB 21.4	0	1	n.a.	0	1	2	214
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	297	397	81	49	29	43	195	34	221	306	113	25	95	26	66	38	197	2.212
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	4	1	0	0	0	0	0	0	AB 4.5	AB 4.5	k. A.	0	4	0	0	0	2	11
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.807	2.454	411	148	84	287	1.365	110	1.187	1.702	576	101	729	25	246	355	2.250	13.837
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	15	9	7	0	18	1	16	0	AB 5.1	AB 5.1	k. A.	11	5	n.a.	65	2	29	178
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.231	1.278	452	196	119	197	811	86	998	1.335	453	143	339	217	245	199	1.068	9.367
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.501	9.383	1.595	782	438	855	3.426	524	5.139	7.156	2.868	776	1.902	750	1.516	1.023	5.109	49.743
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	226	32	67	5	32	2	29	6	1.777	119	k. A.	53	40	6	37	18	41	2.490
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	129	32	57	2	52	1	10	10	AB 7.2	AB 7.2	k. A.	AB 7.3	19	0	6	13	40	371

→

Ultraschalldiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2015																		
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.234	1.304	348	88	33	71	487	77	656	AB 7.1	628	276	203	91	165	119	532	6.312
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	3.543	12.419	727	555	151	468	1.374	118	2.237	4.081	1.132	440	1.341	92	202	405	1.774	31.059
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	468	432	184	70	88	87	41	43	AB 8.1	443	k. A.	154	179	n.a.	54	90	319	2.652
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.558	3.914	630	301	133	373	877	216	1.145	1.541	581	167	605	300	382	294	1.150	14.167
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.450	3.746	609	300	132	333	870	206	1.078	1.487	562	135	546	296	390	291	1.123	13.554
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.215	1.463	432	217	111	257	729	157	878	1.273	464	130	403	264	327	238	929	9.487
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	755	1.030	188	37	52	147	563	25	587	618	285	126	79	123	163	139	587	5.504
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften), B-Modus	1.077	1.807	452	133	92	170	527	100	829	928	499	124	350	130	223	187	829	8.457
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.081	1.469	214	132	86	147	568	85	695	1.126	415	123	316	113	239	142	623	7.574
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.255	5.236	279	121	99	121	758	51	940	1.211	379	118	276	73	240	80	494	11.731
12.1 Haut, B-Modus	11	5	0	0	1	1	6	6	18	26	AB 12.2	2	3	9	2	2	4	96
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	84	20	1	0	1	1	5	6	AB 12.1	AB 12.1	7	9	25	9	2	13	1	184
20.1 CW-Doppler - extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.263	1.992	307	167	96	165	783	70	1.062	1.118	528	160	206	126	238	125	1.013	9.419
20.2 CW-Doppler - extremitätenver-/entsorgende Gefäße	1.236	1.697	177	122	74	109	596	44	1.138	868	574	140	181	94	223	127	745	8.145
20.3 CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße	95	AB 20.2	177	122	0	109	60	1	AB 20.2	286	AB 20.2	3	121	n.a.	2	17	4	997
20.4 CW- oder PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems	281	289	89	14	29	7	132	12	258	259	80	24	40	7	50	10	103	1.684
20.5 PW-Doppler - intrakranielle hirnversorgende Gefäße	395	544	77	38	31	55	213	36	283	352	163	67	73	25	60	44	211	2.667
20.6 Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße	878	1.353	218	139	70	124	488	69	664	787	287	68	210	100	156	81	480	6.172
20.7 Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße	218	204	39	38	43	30	122	11	147	394	123	31	70	16	74	53	77	1.690
20.8 Duplex-Verfahren - extremitätenver- / entsorgende Gefäße	770	1.109	210	126	55	68	484	54	545	706	236	50	174	74	112	66	378	5.217
20.9 Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße	101	AB 20.8	210	126	1	68	78	1	AB 20.8	47	AB 20.8	3	132	n.a.	2	14	4	787
20.10 Duplex-Verfahren - abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	873	989	208	132	66	59	517	48	642	673	284	69	164	45	128	100	436	5.433
20.11 Duplex-Verfahren - Gefäße des weiblichen Genitalsystems	269	431	114	18	29	58	235	9	275	423	95	62	124	13	31	51	285	2.522
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	613	3.061	182	120	27	96	401	65	492	896	271	66	198	91	79	91	332	7.081
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	158	670	37	22	33	53	232	3	AB 4.2	109	149	20	63	n.a.	50	24	125	1.748
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	60	146	24	8	4	9	24	9	58	AB 21.1.	122	4	15	9	13	17	38	560
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	2	AB 21.2	4	0	3	0	4	0	AB 4.4	AB 21.2.	52	3	2	n.a.	0	1	2	73
22.1 Duplex-Verfahren - Fetales Kardiovaskuläres System	119	154	59	17	12	42	56	12	94	141	35	29	21	12	25	22	99	949
22.2 Duplex-Verfahren - Fetomaternales Gefäßsystem	510	639	125	56	41	120	295	31	492	516	191	94	235	75	100	122	461	4.103

→ Ultraschalldiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG							6)										14)	
VERWENDETE ULTRASCHALLSYSTEME																		
Anzahl gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2	14.851	28.455	15.036	1.430	841	1.805	24.680	1.357	13.277	11.483	8.405	1.847	6.684	4.847	2.490	3.803	16.500	157.791
Stichtag	31.3.16	31.12.15	31.3.16	31.3.15	31.3.15	31.3.15	11.3.15	31.3.16	31.3.15	17.3.16	31.3.15	24.3.16	31.3.16	31.3.15	31.3.15	31.3.15	31.3.15	
APPARATIVE AUSSTATTUNG § 9 (ABNAHMEPRÜFUNGEN)																		
Anzahl abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c, Stand 1.1.2015	13.800	24.391	7.994	1.279	839	1.404	6.603	1.283	11.294	9.890	249	1.684	6.086	4.677	2.186	3.031	19.333	116.023
Anzahl abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c, Stand 31.12.2015	14.448	30.754	10.792	1.362	920	1.632	7.721	1.456	12.432	11.113	8.303	1.773	6.661	5.247	2.283	3.359	20.904	141.160
KONSTANZPRÜFUNGEN NACH § 13 ABS. 3: 4 JAHRE NACH ABNAHMEPRÜFUNG (§ 9)																		
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme gemäß § 2c	3500	3)	201	209	26	228	23	54	1420	290	7)	182	1684	219	244	285	1160	9.725
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 11																		
PRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 2																		
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Anzahl geprüfter Ärzte	334	447	84	49	28	55	186	45	251	402	104	49	96	47	94	73	222	2.566
· davon Anforderung erfüllt	278	342	72	23	27	33	113	38	166	308	83	46	87	43	78	58	118	1.913
· davon Anforderung nicht erfüllt	56	105	12	26	1	22	73	7	45	94	21	3	9	4	16	15	104	613
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	3,1	3,0	2,7	3,2	3,1	3,0	3,2	3,7	3,0	3,3	2,3	3,9	2,9	2,8	3,4	4,0	2,6	3,0
Begründung zum Prüfumfang, sonstige Bemerkungen			4)								8)			10)			11)	
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)																		
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	1.670	2.235	420	245	140	675	930	225	1.046	1.989	520	247	475	235	470	365	1.110	12.997
· davon ohne Beanstandungen	1.263	1.106	301	115	138	480	565	158	813	1.185	296	212	375	150	390	170	439	8.156
· davon mit Beanstandungen	407	1.129	119	130	2	195	365	67	233	804	224	35	100	85	80	195	671	4.841
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																		
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	36	68	2	23	0	k. A.	128	6	31	102	11	4	15	10	23	37	139	635
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	5	0	3	17	2	k. A.	0	3	1	43	k. A.	4	0	0	0	0	27	105
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	131	136	98	39	0	k. A.	130	6	52	158	67	0	38	54	92	33	356	1.390
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-) Diagnose	72	70	48	4	0	k. A.	103	0	51	143	50	0	17	24	62	42	207	893
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	91	102	5	25	0	k. A.	196	1	49	233	50	0	9	2	66	42	251	1.122
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																		
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	108	357	6	25	2	k. A.	48	12	96	187	43	27	9	26	101	81	9	1.137
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	283	327	100	4	0	k. A.	322	1	111	529	66	0	44	19	3	41	669	2.519
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	61	472	7	0	0	k. A.	139	52	69	272	56	0	42	44	3	10	13)	1.227

→ Ultraschalldiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 11																	[12], [14]	
WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 5																		
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Anzahl geprüfter Ärzte	72	117	15	4	11	0	30	6	21	45	29	1	7	4	23	0	61	446
· davon bestanden	63	102	11	4	9		16	6	21	33	20	1	5	3	21		47	362
· davon nicht bestanden	9	15	4	0	2		14	0	0	12	9	0	2	1	2		14	84
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)																		
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	360	585	75	20	55		150	30	104	174	145	5	25	20	115		305	2.168
· davon ohne Beanstandungen	261	453	38	5	47		80	24	88	91	43	4	22	8	105		151	1.420
· davon mit Beanstandungen	99	132	37	15	8		70	6	16	83	102	1	3	12	10		154	748
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																		
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	4	7	8	5	4		26	1	0	12	8	0	2	2	5		14	98
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	1	0	2	1	2		0	1	0	1	k. A.	0	0	0	0		6	14
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	51	37	29	3	0		14	0	9	21	51	0	0	9	19		59	302
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-) Diagnose	26	3	28	0	0		22	0	1	36	38	0	0	7	6		30	197
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	25	8	0	1	0		22	0	5	47	32	0	0	0	6		33	179
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																		
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	14	91	4	0	7		24	0	0	11	8	1	0	7	35		1	203
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	55	14	25	5	0		68	0	8	40	57	0	0	0	0		151	423
· darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	40	46	5	0	0		11	5	1	21	28	0	1	10	3		[13]	171
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	5	17	0	0	0	0	1	0	0	0	7	0	0	2	2	0	20	54
· davon bestanden	4	12					1				6			2	2		15	42
· davon nicht bestanden	1	5					0				1			0	0		5	12
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung - Anzahl Ärzte	5	17	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	o	5	30

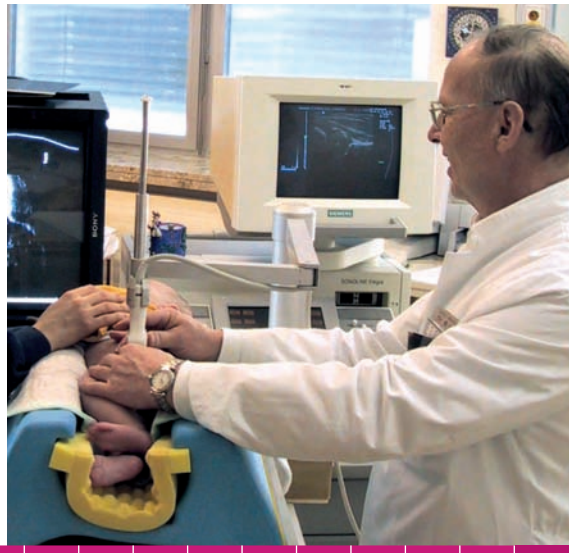
[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Konstanzprüfungen werden ab 1. Januar 2016 durchgeführt. [4]) Vorgabe zum Prüfumfang wurde wegen Ausscheidens von Kommissionsmitgliedern und der dadurch fehlenden Fachexpertise für bestimmte Organsysteme nicht eingehalten. [5]) Die Genehmigungen enthalten 205 erneute Genehmigungen und 185 Teilgenehmigungen. [6]) 2015 wurden vorrangig Abnahmeprüfungen durchgeführt, weniger Konstanzprüfungen. Die geringe Anzahl nicht mehr zugelassener Geräte verweist auf die Bereitschaft zum Gerätewechsel in den Praxen. [7]) 2015 wurde bei allen Ultraschallsystemen gemäß § 2c eine Abnahmeprüfung durchgeführt, welche die Konstanzprüfung ersetzt. [8]) Der Fokus lag auch 2015 auf den Abnahmeprüfungen, daher geringer Umfang Dokumentationsprüfung. Für 2016 wird ein Prüfumfang von 3,7 Prozent anvisiert. [9]) Die 29 Ablehnungen enthalten 19 Teilablehnungen. Bezogen auf Anwendungsbereiche wurde in 16 Fällen die fachliche Befähigung erteilt, zunächst keine Genehmigung. [10]) Prüfumfang wurde festgelegt auf Basis der Anzahl abrechnender Ärzte. [11]) Die geforderte Prüfrate wurde nicht erreicht, da durch die Wiederholungsprüfungen die Qualitätssicherungskommissionen überlastet waren. Zwölf zusätzliche Kommissionsärzte wurden für 2016 gewonnen. [12]) 16 der erforderlichen Wiederholungsprüfungen finden erst 2016 statt. [13]) Eine Differenzierung zwischen normalen und pathologischen Befunden erfolgt nicht. [14]) Es wurden zusätzlich 57 Beratungsgespräche im Zusammenhang mit der Dokumentationsprüfung durchgeführt.

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

7.627 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

1.384 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

20.308 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN



Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																	5)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	1.063	1.470	210	124	83	151	567	87	703	1.147	412	118	304	109	235	148	635	7.566
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	1.081	1.469	214	132	87	149	568	85	695	1.154	415	123	316	113	239	163	624	7.627
Anzahl beschiedene Anträge 1)	85	194	14	6	5	25	28	5	49	103	26	8	24	6	17	9	60	664
neu	85	194	14	6	5	25	28	5	49	103	26	8	23	6	17	9	60	663
· davon Anzahl Genehmigungen	79	188	14	6	5	25	23	5	49	101	26	8	23	6	16	9	60	643
· davon Anzahl Ablehnungen	6	6	0	0	0	0	5	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	20
erneut gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
· davon Anzahl Genehmigungen									1				1					2
· davon Anzahl Ablehnungen									0				0					0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· davon bestanden					1													1
· davon nicht bestanden					0													0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	0	0	2	0	0	2	2	0	3	0	0	0	2	0	0	3	3	17
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	24	8	4	0	28	0	7	27	1	23	3	11	2	11	2	25	176

→ Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
INITIALPRÜFUNGEN																		
Anzahl abrechnende Ärzte	800	1.070	180	83	68	111	409	85	563	922	272	122	298	109	188	97	595	5.972
Anzahl geprüfter Ärzte	53	78	28	8	4	13	7	3	30	42	14	8	26	5	22	9	40	390
· davon ohne Beanstandungen	39	49	20	7	4	8	4	2	16	27	13	8	12	5	12	8	20	254
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	6	21	6	1	0	4	0	1	13	12	1	0	8	0	5	1	11	90
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	8	8	2	0	0	1	3	0	1	3	0	0	6	0	5	0	9	46
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	4	17	7	0	2	0	0	1	4	10	2	0	6	0	2	7	2	64
· davon ohne Beanstandungen	4	12	5		1			1	2	8	0		4		1	6	0	44
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	0	4	0		1			0	2	2	2		2		0	0	2	15
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0	0		0			0	0	0	2		1		0	0	0	3
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2		0							0	0	0		0		0	0		0
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 - Aussetzung der Genehmigung	0	1	2						0	0	0		1		1	1	0	6
· Anzahl Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben		0	3			1			0		0		0		0	0		4
· Anzahl Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben		2	4						0		0		1		0	0		7
PRÜFUNGEN INNERHALB 2 JAHREN																		
Anzahl geprüfter Ärzte	10	4	9	1	0	21	0	8	60	50	33	3	10	0	0	9	24	242
· davon ohne Beanstandungen	7	4	8	1		14		5	57	31	31	1	6			6	18	189
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	0	1	0		6		3	2	15	2	2	3			2	3	41
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	1	0	0	0		1		0	1	4	0	0	1			1	3	12
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	0	0	2	0	0	0	0	3	10	48	9	2	1	0	0	1	9	85
· davon ohne Beanstandungen			2					2	7	35	8	2	0			0	3	59
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b			0					1	2	9	1	0	1			1	4	19
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen			0				0	0	0	2	1	0	0			0	0	3
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2			0					0	0	0	0	0	0			0	0	0
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 - Aussetzung der Genehmigung			0					0	1	4	0	0	0			0	2	7
· Anzahl Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben						4			0	4	0		0			0	1	9
· Anzahl Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben									0	0	0		0			0	0	0

→ Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN				3)										4)				
PRÜFUNGEN INNERHALB 3 JAHREN GEMÄß ÜBERGANGSREGELUNG																		
Anzahl geprüfter Ärzte	155	180	6	27	54	10	46	16	120	0	0	13	55	32	29	11	0	754
· davon ohne Beanstandungen	132	123	5	27	33	1	35	12	85			13	42	31	14	11		564
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	15	53	1	0	15	7	2	4	25			0	8	1	7	0		138
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	8	4	0	0	6	2	9	0	10			0	5	0	8	0		52
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	34	101	9	0	0	0	3	2	8	21	0	0	14	2	42	3	0	239
· davon ohne Beanstandungen	17	69	7				1	2	4	12			8	2	23	2		147
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	12	27	2				2	0	2	7			6	0	12	0		70
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	8	0	0				2	0	0	2			3		0	0		15
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0							0	0			0		0	0		0
· davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 - Aussetzung der Genehmigung	5	5							2	0			1		7	1		21
· Anzahl Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	21	0							3	0			2		1	0		27
· Anzahl Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	1	3							0	0			1		0	0		5
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	0	0	45	0	1	8	1	2	28	9	3	0	2	0	3	0	5	107
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)																		
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	3.029	4.560	732	432	682	528	641	396	2.784	1.731	680	312	1.234	492	611	480	984	20.308
· davon regelrecht (Stufe I)	2.573	3.806	630	420	495	403	471	298	2.348	1.390	511	279	1.026	479	191	439	780	16.539
· davon eingeschränkt (Stufe II)	428	697	95	12	168	125	170	88	418	322	159	32	169	13	404	36	137	3.473
· davon unzureichend (Stufe III)	28	57	7	0	19	0	0	10	18	19	10	1	39	0	16	5	67	296
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	0	0	4	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Bei Dokumenationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2																		
· davon Mängel ausschließlich in der Bildqualität	27	600	5		2			7	15	14	9	1	30		12	5	61	788
· davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	0	13	0		2			0	1	1	0	0	2		2	0	5	26
· davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	1	141	2		15			3	2	4	1	0	7		2	0	1	179

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) In Stufe II die zwölf Mängel sind ausschließlich der Bilddokumentation. 4) In Stufe II die 13 Mängel sind ausschließlich der Bilddokumentation. 5) Von den 60 Genehmigungen gehen 17 auf einen Neuantrag zurück.

310	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
174	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
1.470	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
279	FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

Vakuumbiopsie der Brust

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	44	40	14	8	5	5	21	12	33	32	8	6	15	10	10	8	35	306
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	44	41	12	9	5	6	24	12	34	34	7	6	14	10	10	8	34	310
Anzahl beschiedene Anträge 1)	10	5	2	2	0	1	0	1	4	10	0	1	0	0	0	0	5	41
neu	10	5	2	2		1		1	4	10		1				0	5	41
· davon Anzahl Genehmigungen	10	5	2	2		1		1	4	10		1					3	39
· davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0		0		0	0	0		0					2	2
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0	0	0	0		0		0	0	0		0				0	0	0
erneut gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0		0		0	0	0		0				0	0	0
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
· davon wegen nicht erreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4									2									2
· davon wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5									0									0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 2)	0	2	2	1	0	0	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	3	16

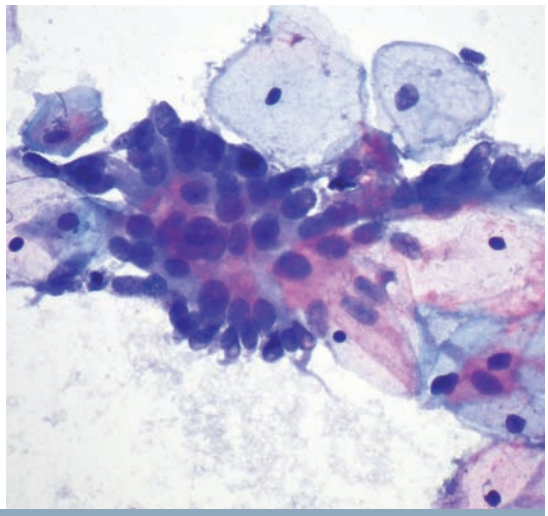
→ Vakuumbiopsie der Brust

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG § 9									6)			7)	8)					
PRÜFUMFANG UND ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	33	30	3	4)	2	5	5)	0	28	6	2	4)	9	1	1	6	32	158
· davon bestanden	20	29	2		2	5			11	6	2		9	1	1	6	21	115
· davon nicht bestanden	13	1	1		0	0			2	0	0		0	0	0	0	11	28
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	75,0	75,0	21,4		40,0	100,0		0,0	84,8	18,8	25,0		60,0	10,0	10,0	75,0	91,4	51,6
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	12	0	0		0	0		0	1	0	0		1	1	0	0	0	15
· davon bestanden	2								1				1	1				5
· davon nicht bestanden	3)								0				0	0				0
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5 b	1	0	0		0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	0	1
· davon bestanden	1																	1
· davon nicht bestanden	0																	0
Anzahl vorgezogener Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	0	0	0		0	0		0	0	0	0		0	0	1	0	0	1
· davon bestanden															1			1
· davon nicht bestanden															0			0
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen	330	300	30		20	50			140	60	20		100	20	20	60	320	1.470
· davon vollständig und nachvollziehbar	223	293	29		10	50			116	60	20		95	20	19	59	293	1.287
· davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	3	0		0	0			2	0	0		1	0	1	1	3	11
· davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	80	4	0		10	0			11	0	0		3	0	0	0	4	112
· davon weder vollständig noch nachvollziehbar	27	0	1		0	0			11	0	0		1	0	0	0	20	60
FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)	3)																	
< 25	10	4	1	0	0	0	0	0	3	3	0	1	3	3	1	1	4	34
≥ 25	29	37	11	8	5	5	24	0	27	26	6	5	10	7	8	7	30	245

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben /Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 3) Zehn Wiederholungsprüfungen und Frequenzregelung zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. 4) Die Dokumentationsprüfungen fanden 2014 statt, erneute Prüfungen 2016. 5) Zum Zeitpunkt der Datenerhebung dauerten die Dokumentationsprüfungen an. 6) 15 Prüfungen sind zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch offen. 7) Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland führt keine Prüfungen bei Ärzten durch, die eine Genehmigung im Mammographie-Screening haben. 8) Zum Zeitpunkt der Datenerhebung dauerten die Überprüfungen der Frequenzerfüllung an.

942	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG
325	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)
3.885	GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN
458	PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri



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

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

→

→ Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2014	130	142	54	18	17	36	57	13	100	121	45	41	30	17	39	20	96	976
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	122	141	53	19	16	39	52	12	98	116	46	37	26	17	33	19	96	942
Anzahl beschiedene Anträge [1]	1	8	12	1	0	5	0	1	14	3	6	0	1	0	2	0	10	64
neu	1	8	12	1		5	0	1	14	3	6		1		2		10	64
· davon Anzahl Genehmigungen	1	6	11	1		4		1	14	2	5		1		2		10	58
· davon Anzahl Ablehnungen	0	2	1	0		1		0	0	1	1		0		0		0	6
erneut gemäß § 7 Abs. 7	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
Anzahl Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	1	5	2	0	0	4	0	1	6	2	4	0	2	0	0	0	1	28
· davon bestanden	1	2	0			4		1	3	1	1		2				0	15
· davon nicht bestanden	0	3	2			0		0	3	1	3		0				1	13
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
· Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6							0											0
· Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4							1											1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen [2]	k. A.	4	3	0	0	1	k. A.	2	6	7	4	4	5	1	6	1	4	48
ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7																		
PRÜFUMFANG UND ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)																		
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 - Ärzte	49	[3]	30	17	0	0	[4]	5	44	48	21	15	12	11	10	5	38	305
· davon bestanden	49		26	17				5	43	48	17	14	10	11	9	5	38	292
· davon nicht bestanden	0		4	0				0	1	0	4	1	2	0	1	0	0	13
Prüfungen (§ 7 Abs. 3) bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in %	37,7		55,6	94,4	0,0	0,0		38,5	44,0	39,7	46,7	36,6	40,0	64,7	25,6	25,0	39,6	31,3
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 - Ärzte	0	5	1	0	0	2	0	0	2	2	0	0	2	0	3	0	3	20
· davon bestanden		5	1			2			2	2			0		1		3	16
· davon nicht bestanden		0	0			0			0	0			2		2		0	4
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
· davon bestanden											1	1			1			3
· davon nicht bestanden											0	0			0			0
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

→

→ Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7																		
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)									[5]									
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																		
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	588	0	360	204	0	0		60	528	576	252	180	120	132	129	60	456	3.645
· davon ohne Beanstandungen	575		334	204				60	492	576	241	171	117	132	109	60	456	3.527
· davon mit Beanstandungen	13		26	0				0	36	0	11	9	3	0	20	0	0	118
bei Beanstandungen																		
· darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	0		17						4		11	3	0		18	0		53
· darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung	0		26						20		0	3	2		9	0		60
· darunter mit unvollständiger Dokumentation	13		23						13		0	3	1		8	0		61
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6																		
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	0	60	12	0	0	24		0	24	24	0	0	24		36	0	36	240
· davon ohne Beanstandungen		60	12			24			21	24			9		13		36	199
· davon mit Beanstandungen		0	0			0			3	0			15		23		0	41
bei Beanstandungen																		
· darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität									3				14		17			34
· darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung									0				1		15			16
· darunter mit unvollständiger Dokumentation									0				0		5			5
PRÜFUNG DER JAHRESSTATISTIK § 8 ABS. 4																		
Anzahl abrechnender Labore (2014)	99	105	40	10	11	21	52	9	59	84	27	37	18	13	28	12	67	692
vorgelegte Jahresstatistiken bezogen auf abrechnende Praxen, in %	99,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	61,5	88,9	100,0	100,0	100,0	83,8	105,6	100,0	100,0	116,7	100,0	96,4
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	98	105	40	10	11	21	32	8	59	84	27	31	19	13	28	14	67	667
· davon ohne Auffälligkeiten	65	74	40	10	9	21	31	7	30	69	15	25	15	10	24	14	63	522
· davon mit Auffälligkeiten	33	31	0	0	2	0	1	1	29	15	12	6	4	3	4	0	4	145
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	15	31			0	0	1	0	17	15	8	6	1	3	4	0	4	105
· davon ausreichend begründete Stellungnahmen	15	31					1		0	15	7	6	0	3	3		4	85
· davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	0					0		0	0	1	0	1	0	1		0	3
Anzahl Kolloquien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
· davon bestanden											0							0
· davon nicht bestanden - Auflage											1							1
· davon nicht bestanden - Widerruf											0							0

[1]) Angaben zu Anträgen und Rückgaben /Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. [2]) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. [3]) Vollständige Überprüfung 2014, wieder 2016. [4]) Dokumentationsprüfungen fanden 2014 statt, erneute Prüfungen 2016. [5]) An Stelle von Aufforderungen zu Stellungnahmen werden Mitteilungen zu den Auffälligkeiten versandt.

3

Hintergrundinfos und Service

Ambulante Qualitätssicherung

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

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

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

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

Mindestfrequenzen, obligate Aus- und Fortbildungsnachweise und selbstverständlich auch Dokumentationsüberprüfungen, in der Regel durch eine Stichprobe.

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

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

Schematischer Aufbau eines Genehmigungsverfahrens und dessen Folgeverpflichtungen

ARZTBEZOGENE ANFORDERUNG

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

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE ANFORDERUNG

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

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:
Aus- und Fortbildungsnachweise, Kooperationsbescheinigungen

BESCHEID ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

GENEHMIGUNGSERHALT
FOLGEVERPFLICHTUNGEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

AUFLAGENPRÜFUNGEN JE NACH VERTRAGLICHER REGELUNG

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

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

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

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

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG NACH § 95d SGB V

QUALITÄTSMANAGEMENT NACH § 135a ABS. 2 SGB V

Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

ARBEIT DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN BEI ALLEN QUALITÄTSGESICHERTEN VERFAHREN

1.

Überprüfungen im Rahmen einer Genehmigungserteilung zu einem Verfahren (Genehmigungserteilung)

2.

Überprüfungen der Auflagen, die der Aufrechterhaltung einer Genehmigung zugrunde liegen (Genehmigungserhalt)

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

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstandes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und / oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Besondere Verantwortung haben die Kommissionen zudem bei den, je nach Thema variierenden, stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen. Diese Prüfungen sind in der Regel folgenbewehrt. Im Vordergrund steht aber der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen des geprüften Arztes. Möglich sind aber auch Empfehlungen der Qualitätssicherungskommissionen an die Kassenärztlichen Vereinigungen von zum Beispiel kürzeren Prüfintervallen bis hin zu einem Genehmigungsentzug. Insgesamt arbeiten bundesweit über 3.260 Ärzte neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit in diesen Kommissionen. Mitglieder aus den Krankenkassen sind selten.

AKKREDITIERUNG / PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

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

Der Aufwand der Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Bereich variiert von Jahr zu Jahr und ist abhängig von den in dem jeweiligen Jahr in Kraft getretenen oder geänderten Vereinbarungen. Diese können gegebenenfalls eine neue Genehmigung, zum Beispiel auch für Teilbereiche, notwendig machen. 2015 wurden allein für diese Aufgabe etwa 44.000 solcher Verwaltungsakte von den Kassenärztlichen Vereinigungen bearbeitet.

EINGANGSPRÜFUNG

In besonders sensiblen Bereichen wurde über die Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung vereinbart. Dies betrifft im vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung. 2015 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 232 Prüfungen. Seit 2012 gilt für die Sonographie der Säuglingshüfte, dass die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen nach Genehmigungserteilung von den Kommissionen überprüft werden. 2015 erfolgte dies bei 390 Ärzten.

KOLLOQUIUM / BERATUNG

Die Durchführung von Kolloquien obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Sie hat unter anderem die Aufgabe, für Leistungsbereiche mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers im Rahmen eines Kolloquiums zu prüfen, wenn entweder trotz der vorgelegten Zeugnisse begründete Zweifel bestehen, oder ein Kolloquium obligat vorgesehen ist. Der Vertragsarzt hat dann die Möglichkeit, seine fachliche Befähigung in diesem kollegialen Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen. Des Weiteren kann ein Kolloquium, auch in Form einer Beratung, dazu dienen, die zum Beispiel in einer Stichprobenprüfung beanstandeten Dokumentationen mit dem betroffenen Arzt zu erörtern und gegebenenfalls Hinweise für eine Verbesserung der Leistungserbringung zu geben. Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung fanden im Jahr 2015 etwa 2.100 Mal statt, wobei der größte Teil, etwa 1.600, im Leistungsbereich Ultraschalldiagnostik durchgeführt wurde. Etwa 290 Kolloquien fanden im Laborbereich statt.

FREQUENZREGELUNGEN

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

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

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEISE / RINGVERSUCHE / ABNAHME-, KONSTANZPRÜFUNGEN

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

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

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

Durch Gewährleistungserklärungen und regelmäßige Konstanzprüfungen, die sich auch auf Wartungsnachweise erstrecken können, werden Ultraschallgeräte in Bezug auf die Einhaltung technischer Vorgaben überprüft. Damit wird jedes einzelne der fast 160.000 Ultraschallgeräte von jedem der etwa 84.350 Vertragsärzte zusätzlich zu den Stichprobenprüfungen geprüft. Mit diesem nicht unerheblichen Aufwand wird das Ziel verfolgt, die Qualität im Bereich Ultraschall auf einem hohen Level zu halten und weiter zu optimieren.

PRAXISBEGEHUNGEN / HYGIENEPRÜFUNGEN

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

sich die Wiederholungsprüfungen seit Jahren in einem Bereich von drei bis vier Prozent stabilisiert.

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

EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

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

In den Leistungsbereichen

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

werden nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung bundesweit von mindestens vier Prozent aller abrechnenden Ärzte jeweils zwölf Dokumentationen geprüft. Dieser Mindestprüfumfang wird in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich überschritten. Darüber hinaus wurden auf Grundlage regionaler Vereinbarungen 2015 zusätzliche Stichprobenprüfungen in den folgenden Bereichen durchgeführt:

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

Auch diese Prüfungen finden nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung statt. Die Ergebnisse dieser obligaten und fakultativen Prüfungen sind von der KBV jährlich an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln und werden hier auf den Seiten 58 und 59 dargestellt. Für die Dialyse gilt eine gesonderte Qualitätssicherungs-Richtlinie, nach der eine Vollerhebung stattfindet. Auch diese Ergebnisse werden – unter Einbindung eines externen Datenanalysten – an den Gemeinsamen Bundesauschuss berichtet.

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

- Akupunktur,
- Histopathologie im Hautkrebs-Screening,
- HIV-Infektionen /Aids-Erkrankungen,
- Hörgeräteverordnung (Jugendliche / Erwachsene – Kinder),
- Holmium-Laser bei bPS (ab 2016),
- intravitreale Medikamenteneingabe,
- Kapselendoskopie des Dünndarms,
- Koloskopie,
- Magnetresonanz-Angiographie,
- Mammographie (kurativ – Screening),
- Molekulargenetik,
- Onkologie,
- PET und PET/CT (ab 2016),
- photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- phototherapeutische Keratektomie,
- Schmerztherapie,
- Ultraschalldiagnostik,
- Ultraschalldiagnostik – Säuglingshüfte,
- substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Vakuumbiopsie,
- Zytologie Zervix.

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION

Durch die Bereitstellung von Feedbackberichten kann ein Arzt seine eigene Behandlungsqualität mit derjenigen von anderen Praxen vergleichen. Dies geschieht in anonymisierter Form. Dazu werden die von den Ärzten erstellten Dokumentationen ausgewertet und an den Arzt zurückgemeldet. Dieses Rückmeldesystem hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung in der Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme (DMP). Für alle DMP hat die KBV den Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu leicht zu handhabende Softwaretools zur Erstellung dieser Berichte zur Verfügung gestellt. Die Dialyseberichte erstellt ein externer Dienstleister zentral.

Darüber hinaus erhalten koloskopierende Ärzte jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen aus Früherkennungsuntersuchungen durch das von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung.

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

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

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

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

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

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAXIS

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

BEREICHE MIT GENEHMIGUNGSVORBEHALT

- Akupunktur
- ambulantes Operieren
- Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- Arthroskopie
- Balneophototherapie
- Blutreinigungsverfahren / Dialyse
- Disease-Management-Programme
- Geriatrie
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- histologische Untersuchungen im Hautkrebs-Screening
- HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
- Hörgeräteversorgung
- Hörgeräteversorgung (Kinder)
- Holmium-Laser beim bPS
- interventionelle Radiologie
- intravitreale Medikamentengabe
- invasive Kardiologie
- Kapselendoskopie des Dünndarms
- Koloskopie
- Laboratoriumsuntersuchungen
- Langzeit-EKG-Untersuchungen
- Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)
- Magnetresonanz-Angiographie
- Mammographie (kurativ)
- Mammographie-Screening
- Molekulargenetik
- Neuropsychologische Therapie
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- PET und PET / CT
- photodynamische Therapie
- phototherapeutische Keratektomie
- Psychotherapie
- schlafbezogene Atmungsstörungen
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- Strahlendiagnostik / -therapie: konventionelle Röntgendiagnostik / Computertomographie / Osteodensitometrie / Strahlentherapie / Nuklearmedizin
- Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- Ultraschalldiagnostik (47 Anwendungsbereiche)
- Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte
- Vakuumbiopsie der Brust
- zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

Dimensionen der Qualitätssicherung

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

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

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

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

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

STRUKTURQUALITÄT

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

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

PROZESSQUALITÄT

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

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

ERGEBNISQUALITÄT

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

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

Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung

ZENTRALE PARAGRAPHEN DES SGB V:

- **§ 135** Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- **§ 135a** Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung
- **§ 135b** Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (entspricht § 136 alte Fassung)
- **§ 136** Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Qualitätssicherung
- **§ 136d** Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss
- **§ 137** Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschuss
- **§ 137a** Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
- **§ 137b** Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschuss an das Institut nach § 137a
- **§ 137f** Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

ZUSTÄNDIGKEIT UND ORGANISATION

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

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

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

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

NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

§ 70 QUALITÄT, HUMANITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT

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

§ 75 INHALT UND UMFANG DER SICHERSTELLUNG

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

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

§ 91 GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

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

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

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

§ 92 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

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

§ 135 BEWERTUNG VON UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

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

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

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

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

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

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

§ 135a VERPFLICHTUNG DER LEISTUNGSERBRINGER ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136 bis 136b und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln

§ 135b FÖRDERUNG DER QUALITÄT DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

(entspricht § 136 alte Fassung)

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

Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen zu entwickeln. Dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Abs. 3 Nr. 1 und 2 zu berücksichtigen.

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

§ 136 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

Die Richtlinien sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Richtlinienaufträge zu ausgewählten Bereichen sind in § 136a dargestellt.

§ 136d EVALUATION UND WEITERENTWICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DEN GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

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

§ 137 DURCHSETZUNG UND KONTROLLE DER QUALITÄTSANFORDERUNGEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ein System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen zum Beispiel

nach § 136 in Eskalationsstufen festzulegen. Maßnahmen können dabei sein: Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs für definierte Leistungen, Information Dritter über Verstöße, Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

§ 137a INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 hat zum 9. Januar 2015 ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegründet. Hierzu hat er eine Stiftung des privaten Rechts errichtet, die Trägerin des Instituts ist.

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

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

§ 137b AUFTRÄGE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS AN DAS INSTITUT NACH § 137a

Das Institut nach § 137a ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zum Zwecke der Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung zu beauftragen. Personenbezogene Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung können unter Berücksichtigung von § 299 genutzt werden.

Die Arbeitsergebnisse der Aufträge gehen als Empfehlung dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu, der diese im Rahmen seiner Normsetzungskompetenz zu berücksichtigen hat.

§ 137f STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN

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

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

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

§ 139a INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN

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

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

Glossar

AKKREDITIERUNG: A

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

AQUIK® – AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN:

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

AUDIT:

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

BEHANDLUNGSPFAD: B

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

BENCHMARKING:

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

CASE MANAGEMENT: C

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

DIN: D

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

DIN EN ISO 9000 ff.:

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

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME (DMP):

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

EFFEKTIVITÄT: E

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

EFFIZIENZ:

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

EINHEITLICHER BEWERTUNGSMASSSTAB (EBM):

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Entsprechend den jeweiligen Regelungen werden Unterlagen für eine Überprüfung zufällig ausgewählt. Das heißt, die Kassenärztlichen Vereinigungen wählen von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden. Stichproben werden mit Hilfe statistischer Anwendungen immer dort gezogen, wo es aufgrund des Umfangs nicht möglich oder auch nicht notwendig ist, die Grundgesamtheit zu untersuchen. Um die einzelnen Elemente einer Stichprobe zu erhalten, stehen verschiedene Auswahlverfahren zur Verfügung. Es gibt zwei wesentliche Gütekriterien von Stichproben: die Repräsentativität und die Präzision, mit der auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn alle Elemente der Grundgesamtheit die gleiche Chance besitzen, in die Stichprobe zu gelangen. Die Präzision einer Aussage aufgrund einer Stichprobenuntersuchung ist abhängig von der Stichprobengröße. Je größer eine Stichprobe, desto genauer ist das Ergebnis auf die Grundgesamtheit übertragbar, eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht. Bei der Wahl des Stichprobenverfahrens ist im Einzelfall zwischen der noch notwendigen Präzision der Ergebnisse und dem in diesem Zusammenhang zu leistenden Aufwand zur Durchführung der Stichprobenprüfung abzuwägen. Dieser Abwägung ist bei der Ergebnisbewertung Rechnung zu tragen. Gleichermaßen wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung des Einzelfalls müssen die Bestehenskriterien der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

EN: Europäische Norm

ERGEBNISQUALITÄT: siehe Qualitätsdimensionen

EVALUATION:

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

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (EbM):

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

FEEDBACK:

F

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

FORTBILDUNG:

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

FREQUENZREGELUNGEN:

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

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (G-BA): G

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

GENEHMIGUNGSPFLICHT:

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

GKV-SPITZENVERBAND:

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

HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG: H

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

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA):

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

HYGIENEPRÜFUNGEN:

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

INTEGRIERTE VERSORGUNG: I

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

ISO:

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

KOLLEKTIVVERTRAG: K

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

KOLLOQUIEN:

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

KTQ®:

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

LEITLINIEN: L

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen

gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

MEDIZINPRODUKTEGESETZ (MPG): M

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

MEDIZINPRODUKTE-BETREIBERVERORDNUNG (MPBetreibV):

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

NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIEN: N

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

NUTZEN:

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

PEER REVIEW: P

Der Grundgedanke des Peer Reviews besteht darin, sich von Kollegen (speziell ausgebildeten Peers) in der Praxis besuchen und beobachten zu lassen. Im anschließenden kollegialen Gespräch wird das Praxishandeln kritisch reflektiert mit dem Ziel, zu lernen und sich zu verbessern. Als freiwillige Initiative ergänzt Peer Review das Portfolio ambulanter Qualitätsinstrumente.

PLAUSIBILITÄTSKONTROLLE:

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

PRAXISBEGEHUNGEN:

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

PROZESSQUALITÄT: siehe Qualitätsdimensionen

QUALITÄT: Q

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

QUALITÄTSDIMENSIONEN:

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

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

QUALITÄTSINDIKATOR:

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

QUALITÄTSMANAGEMENT:

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

QUALITÄTSSICHERUNG:

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

QUALITÄTSSICHERUNGSBEAUFTRAGTE:

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

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN:

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

QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIEN DER KBV:

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

QUALITÄTSZIRKEL:

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

QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN – QEP®:

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

RELIABILITÄT: R

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

REZERTIFIZIERUNG:

Verfahren der Qualitätssicherung, bei dem sich Ärzte in regelmäßigen Abständen einer Prüfung unterziehen müssen. Umgesetzt ist dieses Verfahren in der Vereinbarung zur kurativen Mammographie. Alle zwei Jahre müssen sich mammographierende Ärzte einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht und kann er seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen.

RICHTLINIE:

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

RINGVERSUCH:

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

STANDARD: S

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

STRUKTURQUALITÄT: siehe Qualitätsdimensionen

VALIDITÄT: V

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

VERSORGUNGSFORSCHUNG:

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

WIRKSAMKEIT: W

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

ZERTIFIZIERUNG: Z

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

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

Arztstruktur 2015

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten.
Bundesarztregister, Stand 31. Dezember 2015

ARZTGRUPPE / SCHWERPUNKT	SUMME	VERTRAGS-ÄRZTE / -PSYCHO-THERAPEUTEN	PARTNER-ÄRZTE / -PSYCHO-THERAPEUTEN	ANGESTELLTE ÄRZTE / PSYCHO-THERAPEUTEN IN EINRICHTUN-GEN **	ANGESTELLTE ÄRZTE / PSYCHO-THERAPEUTEN IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE
Allgemeinärzte	34.893	30.246	47	874	3.687	39
Praktische Ärzte / Ärzte	5.431	4.978	4	66	309	74
Anästhesisten	3.945	2.420	23	483	416	603
Augenärzte	6.041	4.454	25	500	868	194
Chirurgen	6.127	3.138	31	989	328	1.641
· Gefäßchirurgie	718	264	22	109	30	313
· Kinderchirurgie	38	21	0	0	1	16
· Plastische Chirurgie	140	92	1	8	6	33
· Thoraxchirurgie / Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	127	18	1	12	1	95
· Unfallchirurgie	2.677	1.538	17	374	119	629
· Visceralchirurgie	641	147	2	116	11	365
Frauenärzte	12.117	8.954	87	893	1083	1100
· Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	205	122	5	43	27	8
· Gynäkologische Onkologie	342	116	1	28	8	189
· Spezielle Geburtshilfe und Perinatal-medizin	222	67	1	31	10	113
HNO-Ärzte	4.453	3.620	22	247	348	216
· Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie	66	44	0	6	6	10
Hautärzte	3.839	3.011	51	181	476	120
Humangenetiker	259	78	0	147	29	5
Internisten *	26.163	18.694	197	2.380	2.729	2.163
· Hausärztlich tätige Internisten	14.061	11.520	23	878	1.640	0
· Fachärztlich tätige Internisten	9.939	7.174	174	1.502	1.089	0
· Angiologie	635	394	5	74	50	112
· Diabetologie / Endokrinologie (und Diabetologie)	514	261	5	91	58	99
· Gastroenterologie	2.262	1.192	42	276	187	565
· Geriatrie	14	10	0	0	2	2
· Hämatologie / Hämatologie und internistische Onkologie	1461	758	15	315	124	249
· Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin	6	2	0	1	0	3
· Kardiologie	3.458	2.096	61	328	341	632
· Nephrologie	1.895	1.181	33	332	230	119
· Pneumologie / Lungen- und Bronchialheilkunde	1.414	938	10	141	99	226
· Rheumatologie	776	482	5	118	60	111

ARZTGRUPPE / SCHWERPUNKT	SUMME	VERTRAGS-ÄRZTE / -PSYCHO-THERAPEUTEN	PARTNER-ÄRZTE / -PSYCHO-THERAPEUTEN	ANGESTELLTE ÄRZTE / PSYCHO-THERAPEUTEN IN EINRICHTUN-GEN **	ANGESTELLTE ÄRZTE / PSYCHO-THERAPEUTEN IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE
Kinderärzte	7.415	5.301	78	437	761	838
· Infektologie	1	0	0	1	0	1
· Kinderendokrinologie und -diabetologie	21	8	0	3	0	10
· Kindergastroenterologie	13	2	0	2	0	9
· Kinderhämatologie / Kinderonkologie	96	27	0	5	8	56
· Kinderkardiologie	355	225	2	20	14	94
· Kindernephrologie	20	12	0	1	0	7
· Kinderneuropsychiatrie	5	4	0	1	0	0
· Kinderpneumologie / Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	91	49	0	11	5	26
· Kinderrheumatologie	5	0	0	1	0	4
· Neonatologie	758	420	4	39	33	262
· Neuropädiatrie	384	181	1	20	15	167
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	4.942	4.671	31	54	115	71
Kinder- und Jugendpsychiater	1.038	829	1	68	110	30
Laborärzte	1.199	220	0	885	65	29
· Mikrobiologie	1	0	0	1	0	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	1.211	1.062	0	44	69	36
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	5.699	4.056	40	704	345	554
· Forensische Psychiatrie	28	22	0	2	0	4
· Kinderneuropsychiatrie	8	5	0	2	0	1
Neurochirurgen	1042	490	0	397	67	88
Nuklearmediziner	939	507	0	267	144	21
Orthopäden	6.879	4.948	87	742	540	562
· Rheumatologie	541	393	4	34	28	82
Pathologen	1048	550	2	269	175	52
· Neuropathologie	3	2	0	0	1	0
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	604	418	0	121	58	7
Ärztliche Psychotherapeuten	6.084	5740	9	169	70	96
· Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	2.591	2465	2	63	20	41
Psychologische Psychotherapeuten	17.605	16.278	292	395	519	121
Radiologen	3.956	1.939	48	705	649	615
· Kinderradiologie	85	21	1	9	7	47
· Neuroradiologie	279	134	6	36	29	74
· Strahlentherapie	41	13	0	17	6	5
Strahlentherapeuten	949	232	0	559	139	19
Transfusionsmediziner	175	42	0	98	5	30
Urologen	3.246	2.565	29	200	191	261
Übrige Arztgruppen	17	1	0	5	0	11
Summe	**167.316**	**129.442**	**1.104**	**12.879**	**14.295**	**9.596**

* Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
** Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Einrichtungen und kommunale Einrichtungen

Abkürzungen

Aids	acquired immunodeficiency syndrome (erworbenes Immunschwäche-Syndrom)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP	Vertrag zu Ambulanten Operationen und stationsersetzenden Leistungen im Krankenhaus
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
CIRS	Critical Incident Reporting-System
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Atemwegserkrankung)
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EKG	Elektrokardiographie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HIV	human immunodeficiency virus (Humanes Immundefizienz-Virus)
IKK	Innungskrankenkasse
ISO 9001	Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement-system der Internationalen Organisation für Normung (International Organization for Standardization)
IVM	intravitreale Medikamenteneingabe
k. A.	keine Angabe
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KH	Krankenhaus
KHK	koronare Herzerkrankung
KM6	Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDL	low density lipoprotein (Lipoprotein geringer Dichte, ein Protein zum Transport von Blutfetten)
Lp(a)	spezielles Lipoprotein
MRA	Magnetresonanz-Angiographie
MRM	Magnetresonanz-Mammographie
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanz- / Kernspintomographie
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
PCI	percutaneous coronary intervention (perkutane Koronarintervention)
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Methode, abgekürzt PDCA-Zyklus oder -Methode
PVS	Praxisverwaltungssoftware
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen
Qesü-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	fünftes Sozialgesetzbuch
sQS	sektorenübergreifende Qualitätssicherung
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Abkürzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

Quellen

- Bundesministerium für Gesundheit. Amtliche Statistik KM6 Teil II (2008 bis 2015)
- Internetauftritte und Datenerhebungen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder
- Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press 2006, New York NY
- WHO. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. WHO press 2006
- Pfandzelter R. Fortbildungsheft 11 der KBV 2014. Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung URL: http://www.kbv.de/media/sp/2014_11_20_Fortbildungsheft_11_webVersion.pdf; Zugriff: 1.12.2016
- Lauerer M, Emmert M, Schöffski O. Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Schriften zur Gesundheitsökonomie 18; HERZ, Burgdorf 2011
- Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework. OECD Health Working Papers No. 23; OECD 2006
- The Commonwealth Fund. Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. 2010 Update. URL: http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2010/Jun/Mirror-Mirror-Update.aspx?page=all; Zugriff: 20.11.2015
- Donabedian A (1966), zitiert in Böcker P. Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Ein praxisorientierter Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen und Bewertungsverfahren. GRIN Verlag, Norderstedt 2005, S. 8

Adressen

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

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

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

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

KV BRANDENBURG
Pappelallee 5 · 14469 Potsdam
Tel. (03 31) 23 09 - 0 · Fax (03 31) 23 09 - 1 75
www.kvbb.de

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

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

KV HESSEN
Europa-Allee 90 · 60486 Frankfurt
Tel. (0 69) 2 47 41 - 60 00 · Fax (0 69) 2 47 41 - 6 80 00
www.kvhessen.de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Impressum

HERAUSGEBER:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2 · 10623 Berlin

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

REDAKTION:
Ute Wülfing · Dezernat 2 · Dezernat 7 · Dezernat Kommunikation
Unterstützt von den Dezernaten 3 und 4, der Stabsstelle ISI sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und assoziierten Einrichtungen

GESTALTUNG:
31grad branddesign, Kerstin Berger & Ina Kerkhoff

FOTOS:
axentis.de: Georg Lopata // Berufsverband der Augenärzte: Augenärzte Bilddatenbank // Klinikum Ernst v. Bergemann, Robert Kühlmann, Potsdam // Kerstin Berger // doc+stock: BSIP // Kaya Erdem // fotolia: Engine Images / mankale / Monkey Business / picsfive / science photo / Visionär // Prof. Reinhard Graf // Otto Hillebrand // hi studios // iStockphoto: Balavan / Beyza Sultan DURNA / bluecinema / Brainsil / Casanowe / choja / Claudiad / Clerkenwell / Eraxion / fotostorm / garymilner / luchschen / mcbrugg / nicolas / Alexander Raths / Rawpixel / robertprzybysz / SimmiSimons / skynesher / slobo / sparko67 / sturti / Tempura / TommL / vgajic / zilli // KBV // KV Bayerns // KV Westfalen-Lippe // Dr. Katrin Marquardt // Shotshop / Franz Pfluegl // Phototake RM // Pro Health Media / Christoph Strom // Christof Rieken // Michael Timm // Mirko Tzotschew // plain-picture: zerocreatives // wikimedia // wikipedia: Eric Erbe / Creative Commons: bionerd

DRUCK:
Druckerei Conrad GmbH

COPYRIGHT:
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dezember 2016

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