



KBV

Kassenärztliche
Bundesvereinigung

QUALITÄTSBERICHT
AUSGABE

2013



GRUSSWORT

SEHR GEEHRTE DAMEN, SEHR GEEHRTE HERREN,

die Tatsache, dass jeder Mensch eine wohnortnahe, flächen-deckende und weltweit einzigartige medizinische Versorgung in Deutschland erhält, ist ein Wert, der durch die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten erfüllt wird. Doch die Ärzteschaft stößt allmählich an ihre Grenzen. Eine Umfrage der KBV Ende 2012 hat ergeben, dass der Sicherstellungsauftrag von Seiten der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nur weiterhin erfüllt werden kann, wenn sich die Rahmenbedingungen ändern. Welche Veränderungen sie für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags benötigen, haben sie in der Umfrage genannt.

Eine der Bedingungen ist, mehr Zeit für den Patienten zur Verfügung zu haben und weniger für Bürokratie aufbringen zu müssen. Formulare, Richtlinien und Dokumente sind zwar notwendig, um die Qualität in der Patientenversorgung zu sichern, jedoch dürfen sie die Versorgung der Patienten nicht behindern. Um die Ärzteschaft zu entlasten, müssen wir mit den Krankenkassen zeitnah notwendige Änderungen verhandeln.



Auch die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen verursachen Bürokratie. Dennoch versuchen wir sie so gering wie möglich zu halten. Gerade im Bereich Qualitätssicherung ist ein gewisses Maß an Bürokratie unvermeidbar. Genehmigungsgeschehen und qualitätssichernde Maßnahmen setzen häufig die Erstellung und Übermittlung von ärztlichen Dokumentationen voraus. Dies ist zeitaufwendig. Um hier für Abhilfe zu sorgen, haben wir zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ein neues Dokumentationssystem entwickelt. Anfang des Jahres startete das Online-Portal eDoku für die elektronische Dokumentation in der Qualitätssicherung.

Das Ziel von eDoku ist es, schnell, einfach und sicher zu dokumentieren. Ärzte geben ihre Qualitätssicherungsdaten direkt in ihre Praxisverwaltungssysteme ein oder nutzen alternativ das Online-Portal zur Datenerfassung. Berichte können somit unmittelbar an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung geschickt werden. Berge von Papier gehören damit der Vergangenheit an. Durch die direkte Datenvermittlung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten über das System an ihre zuständige Kassenärztliche

Vereinigung verringert sich die Gefahr von Datenverlusten oder Fehlern. Denn je mehr Schnittstellen Daten durchlaufen, umso mehr Verluste und Fehler gibt es. Mit eDoku wird neben der Entlastung also gleichzeitig auch ein höheres Niveau der Datenqualität erreicht.

Die KBV versucht durch solche intelligenten Weiterentwicklungen bestehender Qualitätssicherungsinstrumente, die Arbeit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu erleichtern – bei gleichbleibend hoher Qualität der Patientenversorgung. Dieses gesunde Maß zwischen Bürokratieabbau und Dokumentation zu finden, ist dringend erforderlich, um die Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft zu verbessern. Das haben die Ärzte nicht nur in der Umfrage zum Sicherstellungsauftrag deutlich gemacht.

Mit Weiterentwicklungen in der Qualitätssicherung wie dem eDoku-System wurden Verbesserungen eingeleitet. Über weitere Änderungen und Initiativen im Bereich der Qualitätssicherung lesen Sie in diesem Qualitätsbericht, der wie immer mit Unterstützung der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen erstellt wurde.

Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstands der KBV

Dipl.-Med. Regina Feldmann
Vorstand der KBV

INHALTSVERZEICHNIS

TEIL 1

AKTUELLES

- 8 Jahresbericht 2012 des Datenanalysten zur Qualitätssicherung in der Dialyse
- 10 Qualität im Online-Portal elektronisch dokumentieren
- 12 Vergleichende Qualitätssicherung für die Vakuumbiopsie der Brust
- 14 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- 16 Mein PraxisCheck Informationssicherheit
- 17 Der Krankenkassen-Navigator
Ärztlicher Bereitschaftsdienst
- 18 Regionale und themenbezogene
Qualitätsinitiativen:
- 20 › KV Baden-Württemberg
- 21 › KV Bayerns
- 22 › KV Berlin
- 23 › KV Brandenburg
- 24 › KV Bremen
- 25 › KV Hamburg
- 26 › KV Hessen
- 27 › KV Mecklenburg-Vorpommern
- 28 › KV Niedersachsen
- 29 › KV Nordrhein
- 30 › KV Rheinland-Pfalz
- 31 › KV Saarland
- 32 › KV Sachsen
- 33 › KV Sachsen-Anhalt
- 34 › KV Schleswig-Holstein
- 35 › KV Thüringen
- 36 › KV Westfalen-Lippe
- 37 › Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
- 38 › Kompetenzzentrum Hygiene
- 39 › Kompetenzzentrum Qualitätssicherung
in der kurativen Mammographie
- 40 › Zentralinstitut für die kassenärztliche
Versorgung in Deutschland
- 41 › Kooperationsgemeinschaft Mammographie

TEIL 2

QUALITÄTSFÖRDERUNG A-Z

- 44 Akupunktur
- 46 Ambulantes Operieren
- 47 Apheresen als extrakorporales
Hämotherapieverfahren
- 49 Arthroskopie
- 51 Balneophototherapie
- 52 Blutreinigungsverfahren /Dialyse
- 54 Disease-Management-Programme
 - › Ergebnisse aus dem
Disease-Management-Programm
Koronare Herzkrankheit
 - › Vertragsumfang der
Disease-Management-Programme
- 62 Fakultative Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V
 - › Ambulantes Operieren, Herzschrittmacher-
Kontrolle, interventionelle Radiologie, Langzeit-
EKG-Untersuchungen, Magnetresonanz-Angiographie,
Onkologie, schlafbezogene Atmungsstörungen,
Nuklearmedizin, substitutionsgestützte Behandlung
Opiatabhängiger, Ultraschalldiagnostik
- 64 Fortbildungsangebote der
Kassenärztlichen Vereinigungen
- 65 Fortbildungsverpflichtung
- 66 Herzschrittmacher-Kontrolle
- 67 Histopathologie Hautkrebs-Screening
- 69 HIV-Infektionen /Aids-Erkrankungen
- 71 Hörgeräteversorgung
- 72 Hörgeräteversorgung – Kinder
- 74 Interventionelle Radiologie
- 76 Invasive Kardiologie
- 78 Koloskopie
- 81 Laboratoriumsuntersuchungen
- 82 Langzeit-EKG-Untersuchungen

TEIL 3 HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE

- 83 Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
- 86 Magnetresonanztomographie
- 88 Mammographie (kurativ)
- 91 Mammographie-Screening
- 94 Medizinische Rehabilitation
- 95 Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
- 96 Molekulargenetik
- 98 Neuropsychologische Therapie
- 100 Onkologie
- 101 Otoakustische Emissionen
- 102 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- 103 Phototherapeutische Keratektomie
- 104 Psychotherapie
- 107 Qualitätsmanagement
- 109 Qualitätszirkel
- 111 Schlafbezogene Atmungsstörungen
- 112 Schmerztherapie
- 114 Sozialpsychiatrie
- 116 Soziotherapie
- 117 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- 118 Strahlendiagnostik /-therapie
 - › konventionelle Röntgendiagnostik
 - › Computertomographie
 - › Osteodensitometrie
 - › Strahlentherapie
 - › Nuklearmedizin
- 124 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- 126 Ultraschalldiagnostik
 - › Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte
- 134 Vakuumbiopsie der Brust
- 137 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri
- 142 Ambulante Qualitätssicherung
 - › Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung
 - › Dimensionen der Qualitätssicherung
 - › Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung
- 154 Glossar
- 160 Arztstruktur
- 162 Abkürzungen
- 163 Quellen
- 164 Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen
- 165 Impressum



1

AKTUELLES





Jahresbericht 2012 des Datenanalysten zur Qualitätssicherung in der Dialyse nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

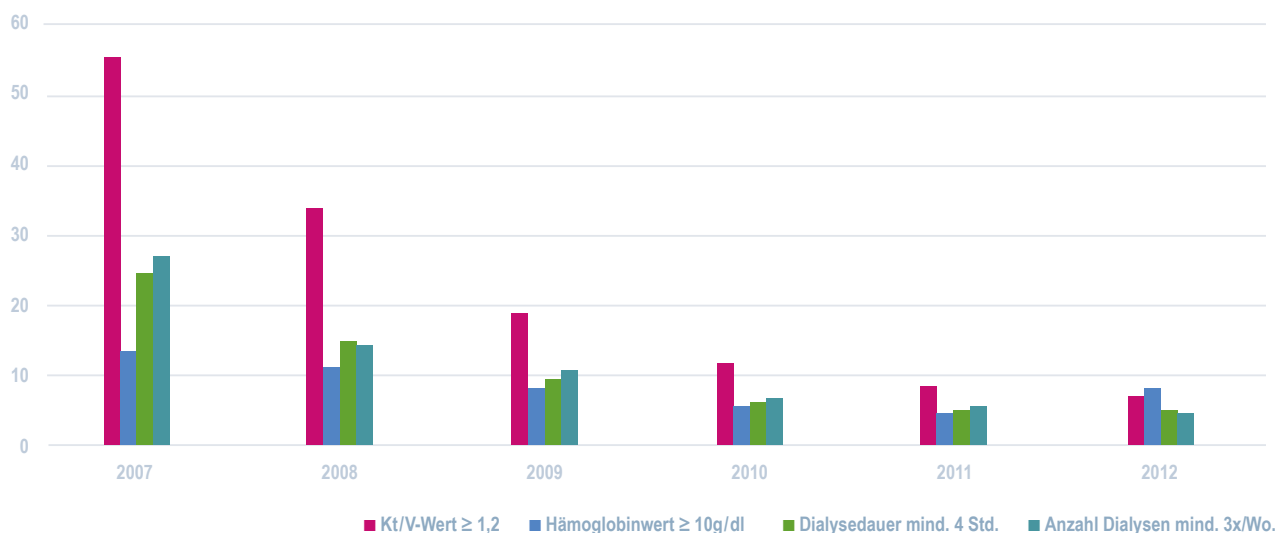
Seit 2006 ist die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) in Kraft. Sie regelt und sichert neben der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Dialyse und der Anlage 9.1 zum Bundesmantelvertrag die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten. Im Jahr 2012 wurden etwa 71.000 Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz kontinuierlich ambulant mit einem Dialyseverfahren behandelt. 730 Dialyseeinrichtungen betreuen bundesweit die Patienten, jedes Jahr kommen etwa 14.000 neue dialysepflichtige Patienten dazu.

Im damals ersten datengestützten Qualitätssicherungsverfahren im vertragsärztlichen Bereich werden vorher festgelegte Parameter der Dialysebehandlung teils für jede Dialyseeinrichtung erfasst und über die Kassenärztlichen Vereinigungen an einen von den Einrichtungen beauftragten Berichtsteller und an den zentralen Datenanalysten übermittelt. Beide erstellen quartalsweise einrichtungsübergreifende Benchmarkberichte für die Einrichtungen. Ferner erstellen sie zusammenfassende Jahresberichte für den Gemeinsamen Bundesausschuss, die veröffentlicht werden. Durch die Bereitstellung der Feedbackberichte können die Ärzte der Dialyseeinrichtung ihre eigene Behandlungsqualität mit der anderer Praxen vergleichen. Dieses Rückmeldesystem hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit besser zu bewerten und zu verbessern.

Dem zentralen Datenanalysten bleibt die bundesweite Auswertung der Kernparameter vorbehalten, die auch die Grundlage für anlassbezogene Stichprobenprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Möglichkeit, anlassbezogene oder stichprobenhafte Überprüfungen der Qualität in Dialyseeinrichtungen vorzunehmen. Eine Dialyseeinrichtung wird dann rechnerisch auffällig, wenn für einen Qualitätsparameter bei mehr als 15 Prozent der behandelten Patienten der vorgegebene Wert nicht erreicht wurde. Für die Beurteilung der Hämodialysen gelten folgende Mindestwerte:

- › der Kt/V-Wert größer / gleich 1,2,
- › der Hämoglobinwert größer / gleich 10 g/dl,
- › die durchschnittliche Dialyседauer mindestens vier Stunden oder
- › die Anzahl der Dialysen pro Woche mindestens drei.

ANTEIL AUFFÄLLIGER EINRICHTUNGEN JAHRESMITTELWERTE IN PROZENT


Bei den erhobenen Parametern handelt es sich um solche, die eine besonders schonende Entgiftung und Entwässerung der niereninsuffizienten Patienten darstellen und gleichzeitig direkte Auswirkungen auf den Ressourceneinsatz der Dialysepraxis haben. Wird mindestens einer der Mindestwerte bei mehr als 15 Prozent der behandelten Patienten nicht erreicht, ist der einrichtungsbezogene Grenzwert überschritten.

Die Qualitätssicherungskommission wählt unter den Dialyseeinrichtungen, die für mindestens einen Parameter den Grenzwert überschritten haben, insbesondere diejenigen aus, bei denen Zweifel an der ordnungsgemäßen Behandlung bestehen und führt bei diesen eine Stichprobenprüfung durch. Zweifel bestehen beispielsweise, wenn für mehr als die Hälfte der Parameter der Grenzwert in zwei aufeinander folgenden Quartalen überschritten wurde. Die Überschreitung kann aber auch durch besondere Umstände des Einzelfalls begründet sein, denen auf Grundlage der Stellungnahme der überprüften Dialyseeinrichtung im Rahmen des Prüfungsverfahrens nachzugehen ist.

Neben der Möglichkeit, die Stichprobenprüfungen durchzuführen, können beispielsweise Beratungsgespräche mit den Einrichtungen vorgenommen oder die Genehmigungen mit Auflagen versehen werden.

Seit Einführung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse im Jahr 2006 konnte der Anteil der auffälligen Einrichtungen signifikant gesenkt werden. So hatten beispielsweise 2007 in mehr als der Hälfte der Einrichtungen über 15 Prozent der Patienten einen Kt/V-Wert unter 1,2, im Jahr 2012 sind unter sieben Prozent der Einrichtungen deswegen auffällig.

Auch bei den anderen Parametern ist ein solch positiver Trend eindeutig erkennbar. Ein besonderes Qualitätskriterium für eine gute Dialysebehandlung ist eine Mindesthäufigkeit von drei Dialysen pro Woche. Hier ist der Anteil der Dialysepraxen, die nicht für mehr als 85 Prozent ihrer Patienten diese Mindesthäufigkeit erfüllten, von 27 auf 5,2 Prozent gesunken.

Betrachtet man die bundesweiten Ergebnisse quartalsweise auf Patientenebene, so zeigt sich seit Beginn der verpflichtenden Datenübermittlung im dritten Quartal 2007 bis Ende 2012 ein kontinuierlicher Rückgang der Anteile von Dialysepatienten, die kürzer als vier Stunden und seltener als drei Mal pro Woche dialysiert wurden. Bei allen beobachteten Parametern kann seit Einführung der Richtlinie eine eindeutige Verbesserung festgestellt werden.



Qualität im Online-Portal elektronisch dokumentieren

Die KBV bietet als technische Dienstleistung im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ein Online-Portal für die Dokumentation von Daten zur Qualitätssicherung an, zunächst in den Leistungsbereichen Hörgeräteversorgung, Molekulargenetik und Sozialpsychiatrie. Unter der Bezeichnung eDoku wird die Erfassung der Daten sowie die Bereitstellung von Rückmeldeberichten damit auf ein neues Niveau hinsichtlich Anwenderfreundlichkeit und Effektivität gehoben.

VORTEILE VON EDOKU

eDoku kann Datenexporte mit Qualitätssicherungsdaten aus Praxisverwaltungssystemen entgegennehmen und diese berechtigten Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und Kassenärztlichen Vereinigungen online anzeigen. Insbesondere aber unterstützt eDoku die Dateneingabe über Online-Formulare. Die hinterlegten Plausibilisierungen zeigen bei der Datenerfassung an, wo Ergänzungen notwendig sind – auch bei der Speicherung von Zwischenständen. Tool-tips werden angezeigt, wenn man mit dem Cursor über die Fragezeichensymbole fährt. Die Anwendung beinhaltet FAQ-Listen und Kurzanleitungen zum Herunterladen. Unterstützung bei inhaltlichen und technischen Fragen bietet auch der montags bis freitags in der Zeit von 7 bis 20 Uhr telefonisch erreichbare Support. Die über die Online-

Formulare eingegebenen Daten werden zusammen mit den Importen aus den Praxisverwaltungssystemen der strukturierten Auswertung zugeführt, teilweise mit vergleichenden Rückmeldeberichten. Die bislang vorliegenden Kommentare zur Handhabung von eDoku sind durchweg positiv.

Da die gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Hörgeräteversorgung und Molekulargenetik sowie zur Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung einzureichenden Angaben und die daraus zu erstellenden Rückmeldeberichte besonders schützenswert sind, erfolgen alle Datenübertragungen zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, Kassenärztlichen Vereinigungen und KBV mittels eines Anschlusses an das KV-SafeNet® oder das KV-FlexNet über das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen. In einzelnen Regionen werden alternative technische Lösungen zur Datenerhebung bereitgestellt.

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



EINSATZ VON EDOKU IN DER PRAXIS

Seit dem 3. Januar 2013 ist eDoku für Ärzte und Psychotherapeuten verfügbar, die an der Vereinbarung zur Molekulargenetik oder der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilnehmen. Ärzte, die an der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Jugendliche und Erwachsene teilnehmen, können seit dem 1. April 2013 auf eDoku zugreifen. An der Hörgeräte-Vereinbarung Jugendliche und Erwachsene nehmen bundesweit etwa 4.300 Ärzte teil, an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung etwa 700 und an der Vereinbarung zur Molekulargenetik etwa 200 Ärzte.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen den an den Vereinbarungen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten ihre Benutzerkennungen mit. Nach erfolgter Anmeldung am Online-Portal können diese ihre Angaben innerhalb definierter Erfassungszeiträume elektronisch einreichen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die eingereichten Angaben auf Vollständigkeit und Vollständigkeit und erinnern gegebenenfalls an die ärztliche Dokumentationspflicht. Die finalisierten Angaben gehen in die Rückmeldeberichte für die Ärzte und Psychotherapeuten ein, gemäß einiger Vereinbarungen werden für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Partner des Bundesmantelvertrags Ergebnisberichte erstellt. Im Juli 2013 wurde mit der Erstellung der ersten Ergebnisberichte begonnen, sodass diese Ende 2013 fertiggestellt sein werden und dann durch die dokumentierenden Ärzte im Online-Portal abrufbar sind.



Vergleichende Qualitätssicherung für die Vakuumbiopsie der Brust

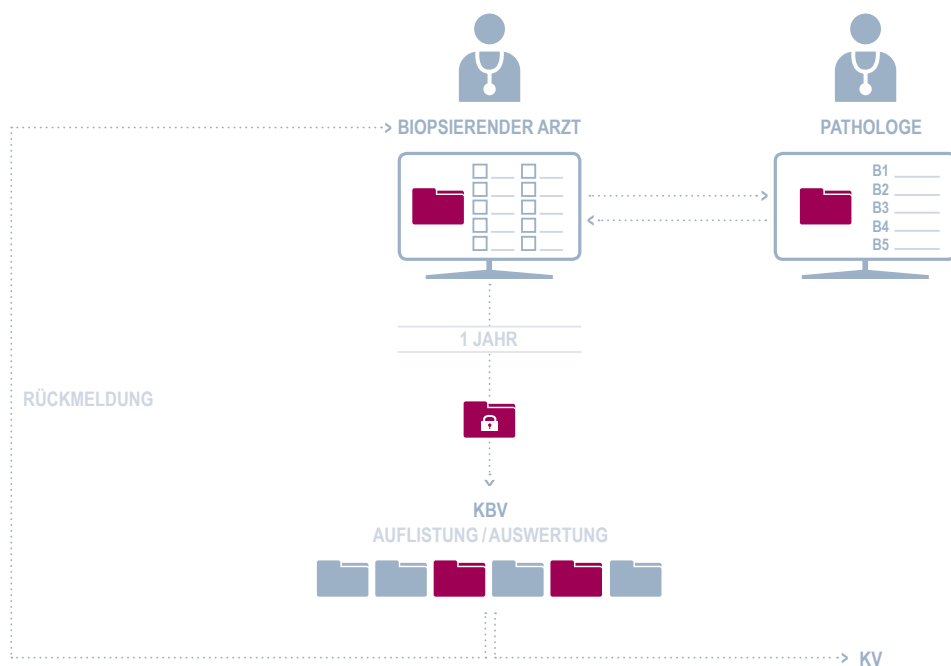
Neben Hochgeschwindigkeits-Stanzbiopsien unter Ultraschall- oder Röntgenkontrolle ist die Vakuumbiopsie ein weiteres Verfahren, um die Dignität eines suspekten Befunds der Brust zu klären. Begleitend zur Einführung dieses Verfahrens in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung trat auf Grundlage von § 135 Abs. 2 SGB V eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung zum 1. Oktober 2009 in Kraft, in der unter anderem die „Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“ in ihrer ersten Aktualisierung von 2008 Berücksichtigung fand.

Indiziert ist eine Vakuumbiopsie nach dieser Vereinbarung bei Mikrokalk, einem kleinen Herdbefund oder einer Architekturstörung. Dabei ist hinsichtlich der Bildgebungsbeefunde sicherzustellen, dass die Veränderung nicht sonographisch sichtbar ist, der Herdbefund nicht größer als zehn Millimeter und es sich um eine Veränderung der BIRADS Kategorie 4 oder 5 (fünfstufiges amerikanisches Kategoriensystem des American College of Radiology: BI-RADS™) handelt. Eine Indikationsstellung zur Vakuumbiopsie bei einem Bildgebungsbeefund der BIRADS-Kategorie 3 kann nur dann erfolgen, wenn es sich um einen begründeten Ausnahmefall handelt, zum Beispiel bei einer Hochrisikopatientin, oder wenn anhand von Voraufnahmen festgestellt wird, dass die Veränderung der BIRADS-Kategorie 3 neu aufgetreten beziehungsweise größer geworden ist.

Die Vereinbarung präzisiert als Genehmigungsvoraussetzung Fallzahlenanforderungen, apparative Anforderungen (zum Beispiel eine Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert und eine technikgestützte Nadelführung) sowie Vorgaben zur Durchführung (zum Beispiel die Erstellung von Kontrollaufnahmen, die Überprüfung der Korrelation von histopathologischem Befund und Bildgebung) und zur Dokumentation. Außerdem legt sie eine Mindestzahl jährlich durchzuführender Vakuumbiopsien fest. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, seiner Kassenärztlichen Vereinigung jährlich eine Auflistung durchgeführter Vakuumbiopsien mit Angaben zur Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund vorzulegen.

Um bei der Auflistung aller im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien den bürokratischen Aufwand für die Ärzte möglichst gering zu halten, wurde von der KBV als technische Dienstleistung für die Kassenärztlichen Vereinigungen ein elektronisches Dokumentationssystem (eDoku) als Online-Portal entwickelt, das den Vertragsärzten erlaubt, Ihre Daten an eine zentrale Datenannahmestelle zu senden.

Übermittelt werden die Angaben gemäß § 9 Abs. 7 der Vereinbarung. Darüber hinaus können weitere Angaben zum Patienten gemacht werden:



NOTWENDIGE ANGABEN:

- › Patienten-ID (zur eventuell erforderlichen Reidentifikation durch den Arzt)
- › Datum der Intervention
- › Indikation (Mikrokalk, Herdbefund, Architekturstörung)
- › abschließender histopathologischer Befund nach der B-Klassifikation (sofern der Pathologe die B-Klassifikation nicht verwendet hat, kann vom dokumentierenden Arzt alternativ eine entsprechende Klassifizierung anhand der histopathologischen Diagnosen vorgenommen werden)

WEITERE ANGABEN:

- › Geburtsjahr
- › Versorgungsbereich

Ausgewertet wird – immer im Vergleich zur Gesamtheit aller im jeweiligen Berichtszeitraum bundesweit vorliegenden Behandlungsdaten – die Verteilung der Ausgangsbefunde (Mikrokalk, Herd, Architekturstörung) stratifiziert nach den histologischen Befundklassen B1-B5 in den Gruppen B1, B2, B3+B4 und B5. Außerdem werden je Indikation die Anteile der Biopsien mit Normalgewebe beziehungsweise nicht repräsentativem Gewebe (B1) und der Anteil der sicher malignen Histologien als positiver prädiktiver Wert (B5) ausgewiesen. Als weiterer Parameter kann das Verhältnis von malignen zu benignen Histologien

ausgewertet werden (B2/B5). Zusätzlich werden die Gesamtdaten um eine Klassifizierung nach Altersgruppen ergänzt (Alter < 50 Jahre, 50-69 Jahre und > 69 Jahre).

Diese mit nur geringem Dokumentationsaufwand verbundenen Statistiken erhält der Arzt regelmäßig. So kann er die eigenen Arbeitsergebnisse einordnen. Zusätzlich wird jährlich eine arztbezogene Auswertung zusammen mit der Auflistung der dokumentierten Vakuumbiopsien für die Arbeit der Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen erstellt.



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

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

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

In den Jahren 2009 bis 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss das AQUA-Institut mit der Entwicklung beziehungsweise Vorbereitung der folgenden sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren beauftragt:

- › Kataraktoperation
- › Konisation
- › Koronarangiographie/PCI
- › Kolorektales Karzinom
- › Arthroskopie Knie (Auftrag zur Neuausrichtung)
- › Endoprothesenversorgung Hüfte
(Weiterverfolgung nur im stationären Bereich)

- › Endoprothesenversorgung Knie
(Weiterverfolgung nur im stationären Bereich)
- › Nosokomiale Infektion (postoperative Wundinfektion und Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen)
- › Psychische Erkrankungen (Konzeptskizze)
- › Tonsillenoperationen (Konzeptskizze)
- › Schlaganfall (Konzeptskizze)
- › Entlassungsmanagement (Konzeptskizze)

Die Umsetzung der Verfahren und ihre Überführung in den Regelbetrieb setzen eine Reihe von Arbeitsschritten voraus. Dazu zählen die EDV-technische Aufbereitung und die Durchführung von Machbarkeitsprüfungen mit einer kleinen Anzahl freiwilliger Praxen, an die sich ein Probetrieb mit einer größeren Anzahl freiwilliger Praxen anschließt. Der erreichte Entwicklungsstand ermöglichte bislang nur Probetriebe für die Verfahren Kataraktoperation (2012) und Koronarangiographie/PCI (2013).

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

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden im § 299 SGB V die Rechte und Pflichten der Krankenkassen im Hinblick auf die Nutzung personenbezogener Daten der Versicherten oder Leistungserbringer (Sozialdaten) für Qualitätssicherungszwecke neu geregelt. Damit wurde die Möglichkeit geschaffen, auch Sozialdaten als Quelle für Qualitätsindikatoren der in Entwicklung befindlichen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren zu nutzen.

Auf Landesebene erfordert die Umsetzung der Rahmenrichtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einschließlich ihrer themenspezifischen Verfahren die Bildung regionaler Landesarbeitsgemeinschaften durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen. Die Landesarbeitsgemeinschaften haben die Aufgabe, im Rahmen länderbezogener sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren die Ergebnisse zu bewerten und über die Einleitung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu entscheiden. Dazu haben regionale Abstimmungen beziehungsweise Verhandlungen stattgefunden. Daneben schreibt die Richtlinie den Kassenärztlichen Vereinigungen die Funktion der Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Ärzte zu.

Diese Voraussetzungen sind bis zur Überführung erster Verfahren in den Regelbetrieb zu schaffen. Aktuelle Schätzungen gehen von einer Implementierung erster Verfahren Anfang 2015 aus.

Aufgrund der Komplexität der zu lösenden Aufgaben und der durch Machbarkeitsprüfungen und Probetriebe aufgezeigten Probleme, insbesondere der Dokumentationsauslösung, hat die KBV 2012 das Berliner IGES Institut mit der Durchführung einer Machbarkeitsanalyse zur Umsetzung der Qesü-RL in der vertragsärztlichen Versorgung beauftragt. Das IGES Institut hat die Implementierungshürden der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung identifiziert und alternative Lösungsvorschläge aufgezeigt.

Die dadurch im Gemeinsamen Bundesausschuss angestoßene Diskussion um die Neuausrichtung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung fokussiert unter anderem auf:

- › die stärkere Ausrichtung auf Follow-up-Verfahren im stationären Bereich auf Basis von Routinedaten,
- › die Prüfung der Möglichkeit, die elektronische Gesundheitskarte mit einem sogenannten QS-Marker auszustatten,
- › ein Nebeneinander von sektorspezifischen und sektorgleichen Qualitätssicherungsverfahren,
- › die Ausrichtung der Verfahren an klar definierten Qualitätszielen,
- › eine kritische Überprüfung der bereits entwickelten Verfahren unter der Prämisse der Umsetzbarkeit,
- › die stärkere Einbindung der Softwarehersteller in die Verfahrensentwicklung und
- › die Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse in der Leistungsbeschreibung im Rahmen der Neuausschreibung der unabhängigen Institution nach § 137a SGB V.



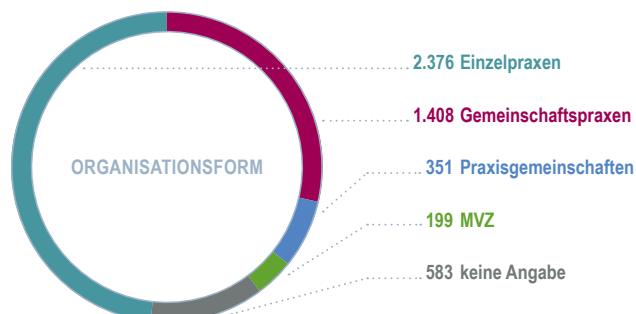
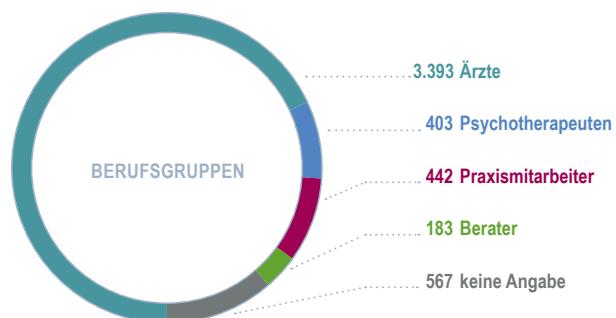
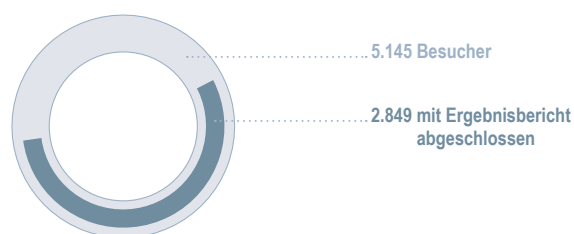
Mein PraxisCheck Informationssicherheit

Im Kontext kritischer Nachfragen von Bundes- und Landesdatenschützern wurde das Projekt QEP[®] und Informationssicherheit initiiert. Im Ergebnis des Projektes wurde eine elektronische Checkliste für einen Online-Selbsttest der Praxen in diesem Bereich entwickelt. „Mein PraxisCheck Informationssicherheit“ ist ein Serviceangebot für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten und als Webapplikation einfach anzuwenden. Es gibt unbürokratische Hilfestellung, wie Praxen und Medizinische Versorgungszentren im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit noch besser werden können.

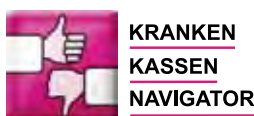
Der Online-Selbsttest nimmt nur rund 15 Minuten Zeit in Anspruch. Die 19 Fragen zu Themen wie der elektronischen Übermittlung patientenbezogener Informationen, der Erhebung von Patientendaten oder der Datensicherung dienen ausschließlich der Selbstbewertung. Ärzte und Psychotherapeuten, die sich mit ihren Teams durch die Checkliste klicken, erhalten sofort einen Ergebnisbericht mit konkreten Hinweisen, Anregungen und Linktipps zu weiterführenden Informationen.

„Mein PraxisCheck Informationssicherheit“ steht seit November 2012 auf der Website der KBV allen interessierten Nutzern kostenlos zur Verfügung.

BESUCHER „Mein PraxisCheck“ Stand: Juni 2013



MEHR INFOS UNTER
www.kbv.de/praxischeck



Der Krankenkassen-Navigator

Die KBV hat mit dem Krankenkassen-Navigator ein Online-Portal bereitgestellt, auf dem niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten ihre Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit gesetzlichen Krankenkassen schildern und auch bewerten können. Die Bewertungen fließen in ein Ranking der Krankenkassen ein, das öffentlich einsehbar ist.

Der Nutzen ist mehrseitig: Ärzte und Psychotherapeuten haben damit eine Plattform, auf der sie ihre Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen transparent machen können. Für die Krankenkassen ist der Navigator ein Einblick in die Sicht der Niedergelassenen, welche sich dieser Plattform bedienen. Sie erhalten eine Rückmeldung, wo die Kooperation mit den Niedergelassenen gut beziehungsweise nicht so gut klappt. Letztendlich profitiert vor allem der Patient von der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Krankenkasse.

Bislang gibt es kein vergleichbares System. Neben der Vergabe von Schulnoten können die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die sich zur Teilnahme mit ihrer LANR legitimieren müssen, auch Kommentare abgeben. Über den Menüpunkt „Aktuelle Umfrage“ werden Ärzte und Psychotherapeuten in regelmäßigem Wechsel zu aktuellen Themen befragt, die Themen stehen dabei stets im Zusammenhang mit den gesetzlichen Krankenkassen.

Der Bereich der Bewertung hat fünf Rubriken: Therapiefreiheit, Bürokratie, Regresse, Selektivverträge sowie Service und Information. Die Eingabe auf die vorgegebenen Fragen fließt direkt in die Ergebnisse ein und wird sichtbar, sobald mindestens zehn Nutzer die entsprechende Krankenkasse bewertet haben. Ärzte und Psychotherapeuten können ihre Bewertungen und Kommentare für alle Rubriken oder auch nur für einzelne Rubriken abgeben. Bei erneuter Bewertung der Krankenkasse durch denselben Nutzer wird das Ergebnis aktualisiert; bereits abgegebene Kommentare werden überschrieben. Mehrfachbewertungen durch ein und dieselbe Person sind dadurch ausgeschlossen.



Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen ist bundesweit außerhalb der Praxisöffnungszeiten für Patienten, die dringend ärztliche Hilfe benötigen, im Einsatz – auch abends, an Feiertagen und am Wochenende.

Ihn zu erreichen war aber mitunter nicht ganz einfach, denn für den ärztlichen Bereitschaftsdienst existierten deutschlandweit annähernd tausend Telefonnummern. Seit Mitte April 2012 gilt eine einheitliche Nummer, die sich jeder merken kann: 116 117.

Für Patienten bedeutet dies eine enorme Erleichterung: Egal, wo und wann sie in dringenden Fällen eine ambulante ärztliche Behandlung benötigen, wählen sie die 116 117 und werden dann an den jeweils für sie zuständigen Bereitschaftsdienst weitergeleitet. Dies ist bereits jetzt in den meisten Bundesländern möglich. Es kann davon ausgegangen werden, dass das gesamte Bundesgebiet bis Ende 2014 an die Rufnummer 116 117 angeschlossen sein wird.

Mit der Einführung gibt es nun zwei zentrale Telefonnummern für den Krankheitsfall: Die 112 für medizinische Notfälle (etwa bei Herzinfarkt, Schlaganfall, schweren Unfällen) und die 116 117, wenn Patienten außerhalb der Sprechzeiten dringend einen niedergelassenen Arzt konsultieren müssen (beispielsweise bei hohem Fieber).

INITIATIVE DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT IN DER EUROPÄISCHEN UNION

Die Einführung der 116 117 geht auf eine Initiative der deutschen Ärzteschaft zurück. Im Jahr 2007 beantragte die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg bei der Europäischen Union die Nummer als europaweit einheitliche Bereitschaftsdienstnummer und 2009 reservierte die Europäische Kommission in Brüssel dann die 116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Deutschland hat als erstes europäisches Land in der Europäischen Union die einheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst umgesetzt, 2013 folgten Österreich und Norwegen.

QUALITÄTSINITIATIVEN



QUALITÄTSINITIATIVEN

THEMEN-
BEZOGEN



Kompetenzzentrum
Hygiene und Medizinprodukte
für KVn und der KBV



Kompetenzzentrum Qualitätssicherung
in der ambulanten Mammographie



Zi
ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND



KOOPERATIONS
GEMEINSCHAFT
MAMMOGRAPHIE

KV BADEN-WÜRTTEMBERG



FRÜHE HILFEN – VERNETZUNG VON GESUNDHEITSWESEN UND JUGENDHILFE IN ÄRZTLICHEN QUALITÄTSZIRKELN

Das im Jahr 2010 begonnene Vernetzungsprojekt zwischen Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und Mitarbeitern der Jugendhilfe entwickelt sich sehr erfolgreich weiter.

Wie bereits in früheren Qualitätsberichten beschrieben, ist das Ziel des Projekts eine bessere Verständigung und Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu erreichen. Als Forum für die interdisziplinäre Zusammenarbeit dienen tandemgeleitete Qualitätszirkel. Hierzu wurden je ein Mitarbeiter aus der Jugendhilfe und ein Arzt oder Psychotherapeut aus einem Landkreis oder einer Stadt darin geschult, gemeinsam und interdisziplinär einen schon bestehenden oder neu gegründeten Qualitätszirkel zu moderieren. Der Austausch der unterschiedlichen professionellen Sichtweisen wird durch systematische Analyse von Einzelfällen erreicht.

Der inhaltliche Schwerpunkt des Projektes zielt ab auf die bessere Annahme von „Frühen Hilfen“ seitens der betroffenen Familien. Es handelt sich hierbei vorwiegend um präventive, niederschwellige und unbürokratisch vermittelbare Unterstützungsangebote (Familienhebammen, Besuche durch Paten etc.). Diese Hilfen sollen Schwangere und Familien mit Kindern unter drei Jahren erhalten, bei denen psychosoziale Belastungen bestehen oder absehbar sind und bei deren Nichtbewältigung gesundheitliche Risiken für die Kinder entstehen können.



Seit Ende 2012 gibt es in 24 Städten und Landkreisen ausgebildete Moderatoren-Tandems, die in interdisziplinären Qualitätszirkeln meist mit der Methode „Familienfallkonferenz“, einer strukturierten und von Moderationsplakaten begleiteten Fallbesprechung, arbeiten. Somit wurde in gut zwei Jahren eine Flächendeckung von 50 Prozent erreicht. Weitere Städte und Landkreise sind für 2013 vorgemerkt.

Weitergeführt wurden die Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Finanzierung der ärztlichen Unterstützung bei der Hilfeannahme von belasteten Familien. Das wirklich Neue an solch einer Vereinbarung ist, dass es hier um eine Zusammenarbeit über die Grenzen des SGB V hinausgeht. Die von den Krankenkassen zu tragenden ärztlichen Leistungen müssen aber im SGB V abbildbar sein.

Die Koordinationsstelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg ist noch bis zum 31. August 2013 durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen gefördert. Um die Nachhaltigkeit des Projektes zu gewährleisten, ist eine finanzielle Absicherung über diesen Zeitraum hinaus notwendig. Es besteht die Möglichkeit, über die Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen eine Finanzierung durch das Land Baden-Württemberg zu erhalten. Der entsprechende Antrag wurde gestellt und die Aussichten auf eine Bewilligung sind sehr positiv.

Prof. Dr. Marcus Siebolds und Brigitte Münzel, die das Projekt wissenschaftlich begleiten, haben die Erarbeitung einer Dramaturgie und eines Manuals zur Durchführung der Familienfallkonferenz abgeschlossen. Diese ist Bestandteil der dritten Auflage des Qualitätszirkel-Handbuchs der KBV. Somit steht den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen diese Arbeitshilfe für die Vernetzung in Qualitätszirkeln zur Verfügung.

20.705



10,512 Mio.



Zensus 2011

www.kvbawue.de

REGIONALE INITIATIVEN

Erster Hygienetag

Der richtige Weg zur Vermeidung von Infektionen bei Patienten und Mitarbeitern in der Arztpraxis führt über eine gute Händehygiene. Unter diesem Leitmotiv stand der erste Hygienetag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 5. Mai 2012 in München. Anlässlich des Internationalen Tags der Händehygiene, den die Weltgesundheitsorganisation jedes Jahr zu diesem Datum ausruft, stand die Veranstaltung ganz im Zeichen von Händedesinfektion und Hautschutz.

Namhafte Referenten betonten in ihren Vorträgen, dass die Verantwortung für die Händehygiene beim Praxisinhaber liegt, der seine Mitarbeiter motivieren und die Umsetzung in der Praxis garantieren muss. Gleichzeitig müssen aber auch alle in der Praxis ein Verständnis für die Infektionsübertragung und damit Disziplin in der Durchführung der Händehygiene entwickeln. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns stellte ihr umfangreiches Informations- und Fortbildungsangebot für ihre Mitglieder zur Thematik Hygiene sowie die „AKTION Saubere Hände“ für Arztpraxen in Bayern vor.

In verschiedenen Workshops wurden neben der Basis-Hygiene in der Praxis und der Aufbereitung von Medizinprodukten auch hygienisch relevante Indikationen und Kasuistiken für die Händedesinfektion besprochen sowie eine spezielle Fortbildung zum Umgang mit MRSA-Patienten angeboten.

Zusatzvereinbarung Tonsillotomie

Bei einer Indikation von nichtinfektiöser Vergrößerung der Gaumenmandeln (Tonsillenhypertrophie) bei Kleinkindern im Alter von zwei bis sechs Jahren ist die Verkleinerung der Gaumenmandeln (Tonsillotomie) ein medizinisch sinnvoller Eingriff. Dieser wird in Deutschland als private Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten. Die Sorgeberechtigten müssen die Kosten für die Operation also selbst tragen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat bereits seit Mitte 2009 eine Zusatzvereinbarung Tonsillotomie. Diese läuft aktuell mit den Krankenkassen KKH-Allianz, BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft und BARMER GEK. Dabei werden für die jungen Patienten bei einer Indikationsstellung der kleinkindlichen nichtinfektiösen Tonsillenhypertrophie die Kosten des Eingriffs von den beteiligten Krankenkassen übernommen. Ziel der Zusatzvereinbarung ist, den Sorgeberechtigten und ihren Kindern bei dieser abgegrenzten Diagnose dieses Verfahren anzubieten, was im Vergleich mit der alternativen vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie) wesentlich schmerzärmer und schonender ist.

Wichtig war den Beteiligten von Beginn an, die Zusatzvereinbarung mit einer Evaluation zu begleiten. Hierbei ging es um die Untersuchung der Indikationsstellung, die Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Analyse allgemeiner, aus den Dokumentationen gewonnener Kennzahlen. Datenbasis für die Evaluation bildete zum einen die elektronische Dokumentation des Eingriffs durch den Operateur und zum anderen der Fragebogen an die Sorgeberechtigten.

Die elektronische Dokumentation enthielt Fragen zum Arztkontakt, zur Indikation, zur Operation und zu den drei verpflichtenden Nachbehandlungen. Der Patientenfragebogen, den die Sorgeberechtigten freiwillig und anonym ausfüllen konnten, enthielt Fragen zur Vorgeschichte, zu den Symptomen, zur Zufriedenheit, zur Schmerz- und Fieberentwicklung nach der Operation sowie zu Komplikationen und Symptomen nach einer Woche.

Ergebnisse der Evaluation

- › Die Tonsillotomie ist ambulant durchführbar.
- › Die statistische Analyse ergab eine sehr niedrige Komplikationsrate, einen schnellen Heilungsverlauf und rasch abklingende Schmerzen.
- › Es wurde ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Schmerzstärke innerhalb der ersten Tage nach der Operation und der am Operationsgerät gewählten Intensität festgestellt. Aufgrund dieser Erkenntnis sollte eine weitere wissenschaftliche Diskussion geführt werden, um ein optimales Ergebnis im Hinblick auf die Schmerzintensität bei den operierten Patienten zu erzielen.
- › Die Sorgeberechtigten bestätigten eine hohe Zufriedenheit mit der Durchführung des Eingriffs. Dabei fühlten sie sich sowohl von dem Operateur als auch von dem Anästhesisten sehr gut informiert und hatten immer eine Ansprechperson.

Weitere Informationen

In der Fachbroschüre „Tonsillotomie“ finden Sie eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Evaluation.
www.kvb.de/praxis/Zusatzvereinbarungen/Tonsillotomie/Evaluation

25.295



12,443 Mio.



Zensus 2011

www.kvb.de

KV BERLIN



INITIATIVEN ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT

„Hallo Baby – Die ambulante Vorsorgeinitiative in Berlin“

„Hallo Baby – Die ambulante Vorsorgeinitiative in Berlin“ heißt die Vereinbarung nach § 73c SGB V, die die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die BKK LV Mitte mit Wirkung zum 1. Januar 2012 geschlossen haben.

Ziele dieses Versorgungsmodells sind die Verbesserung der Schwangerschaftsvorsorge, die Optimierung der ambulanten und stationären Behandlungsprozesse, die Senkung der Frühgeborenenrate sowie die Reduktion der Frühgeburten mit extrem niedrigem Geburtsgewicht. Aufgaben des Arztes gemäß der Vereinbarung sind insbesondere die Beratung und Aufklärung der Versicherten, die Aushandlung einer Versicherteninformation sowie die Durchführung eines oralen Glukosetoleranztestes entsprechend den aktuellen Leitlinien. Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einer Genehmigung zur Durchführung der geburtshilflichen Basisdiagnostik. Insgesamt nehmen bereits 192 Ärzte an dem Versorgungsmodell „Hallo Baby – Die ambulante Vorsorgeinitiative in Berlin“ teil.

Verlängerung des Fördervertrags Onkologie bis zum 30. November 2013

Eine Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie (Fördervertrag Onkologie) hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mit der AOK Nordost in Kooperation mit dem Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Internistischen Onkologen Berlin zum 1. Dezember 2011 geschlossen. Diese war zunächst bis zum 30. November 2012 befristet und wurde anschließend um zwölf Monate verlängert.

Ziel dieses Vertrages ist es, die ambulante Behandlung von onkologischen Patienten, inklusive der qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung als Alternative zur stationären Versorgung, mit hohen Standards in der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern. Weiterhin soll die strukturierte Zusammenarbeit verschiedener

Akteure in der onkologischen Versorgung gefördert werden. Der Vertrag gilt mittlerweile bundesweit für Versicherte der AOK Nordost (Ausnahmen: Westfalen-Lippe und Niedersachsen) mit onkologischen Erkrankungen gemäß der ICD-10-Codierung in § 1 Abs. 2 der Anlage 7 BMV der Onkologie-Vereinbarung. Insgesamt nehmen 152 Ärzte an dem Fördervertrag Onkologie teil.

Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Verträge über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11/J2) nach § 73c SGB V bestehen bereits seit 2010 zwischen der KBV und der Techniker Krankenkasse sowie mit der Knappschaft. Im Jahr 2012 wurden zwei weitere Verträge hierzu geschlossen:

- › „Starke Kids“ – Vertrag über ein erweitertes Präventionsangebot für Kinder- und Jugendliche nach § 73c SGB V mit dem Landesverband Mitte der Betriebskrankenkassen (BKK)
- › Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen für Kinder- und Jugendliche nach § 73c SGB V mit der pronova BKK und der Service GmbH des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte

An diesen beiden neuen Verträgen nehmen bereits 243 Ärzte beziehungsweise 219 Ärzte teil. Ziel dieser Verträge ist es, durch die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen (U10/U11/J2) mögliche Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen und diesen dadurch entgegenzuwirken oder sie sogar vermeiden zu können. Damit wird die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen früh und nachhaltig gefördert. Die U10/U11 für sieben- bis zehnjährige Kinder umfassen insbesondere Untersuchungen hinsichtlich von Schulleistungs-, Sozialisations- und Verhaltensstörungen sowie Zahn-, Mund- und Kieferanomalien. Die J2 für die 16- bis 17-jährigen Jugendlichen beinhaltet schwerpunktmäßig Untersuchungen bezüglich Diabetes, Entwicklung und Sexualität, Umgang mit Drogen sowie Schilddrüsenerkrankungen. Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin tätigen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

9.058



3,326 Mio.



Zensus 2011

www.kvberlin.de

KV BRANDENBURG



REGIONALE INITIATIVEN

Fortbildung

Zur Sicherstellung einer hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung bietet die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg ihren ärztlichen und psychotherapeutisch tätigen Mitgliedern sowie deren Praxispersonal ein umfangreiches Portfolio an Fortbildungsveranstaltungen an. Neben den etablierten und häufig nachgefragten Angeboten zu Praxismanagement, Kommunikation, Abrechnung und Moderation werden auch Seminare mit medizinisch fachlichem Inhalt durchgeführt, vor allem vor dem Hintergrund spezieller Qualitätsanforderungen (zum Beispiel Disease-Management-Programme, Hautkrebs-Screening oder Refresher-Kurse zur Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte).

Bereitschaftsdienst

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

Einzelverträge

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

Rheuma

Ein seit 2011 geltender Rheuma-Vertrag der AOK Nordost mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg setzt auf stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit und gezieltes Fallmanagement. Er berücksichtigt die besonderen Versorgungsstrukturen des Flächenlandes Brandenburg, indem Haus- und Fachärzte noch enger und strukturierter zusammenarbeiten. Der Hausarzt soll durch Schulungen unterstützt werden, um frühzeitig die Anzeichen einer rheumatischen Erkrankung zu erkennen. Bei Verdacht überweist der Hausarzt den Patienten an den Rheumatologen und gibt ihm einen Befundbogen mit, der Laborwerte und gegebenenfalls Sonographie- und Röntgenbefunde enthält; auch der Rheuma-Check gehört dazu. Die Übernahme der Voruntersuchungen durch den Hausarzt entlastet den Rheu-

matologen und setzt bei ihm zeitliche Kapazitäten frei. Das wiederum ermöglicht es dem Rheumatologen, den Versicherten innerhalb von 14 Tagen nach Überweisung einen Termin zu geben. Der Rheumatologe ist zudem verpflichtet, eine rheumatologische Fachassistentin zu beschäftigen, die ihn beim Fallmanagement unterstützt.

„agnes^{zwei}“

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

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

3.992



2,453 Mio.



Zensus 2011

www.kvbb.de

KV BREMEN



WIE KOMMT DIE QUALITÄT AUF DAS REZEPT?

In Deutschland gibt es mehrere tausend zugelassene Medikamente. Die meisten Ärzte benötigen nur einen Bruchteil davon, um ihre Patienten bestens zu therapieren. Viele Wirkstoffe und deren Wirkungen sind mittlerweile gut mit Studienwissen unterlegt, jedes Jahr kommen neue Wirkstoffe und Kombinationen hinzu, neue Erkenntnisse müssen beachtet werden.

Je besser es gelingt, hier stets auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zu sein, desto höher ist die Qualität der Versorgung: mit den am besten geeigneten Arzneimitteln für die individuelle Therapie und mit dem höchsten Nutzen für den Patienten. Eine wertvolle Unterstützung für ein hohes Qualitätsniveau bei der Arzneimittelversorgung und der angemessenen Beachtung der jeweils aktuellen Erkenntnisse liefert seit mehreren Jahren das Bremer Arzneimittelregister (BAR). Darin werden Indikationsbereichen geeignete Medikamente zugeordnet – aber auch die Wirkstoffe alphabetisch aufgeführt. Damit können auf einen Blick der Standardwirkstoff und sinnvolle Alternativen bestimmt werden. Entscheidend ist dabei, dass die Grundlage für die Übersichten des BAR das jeweils aktuell beste verfügbare pharmakologische Wissen ist (Evidenzbasierung). Durch das Sichten der einschlägigen Publikationen und die wissenschaftliche Auswertung ist das BAR das Resultat einer umfassenden Recherche, wie sie jedem einzelnen Arzt in der komplexen Wissenschaftswelt nur schwerlich möglich ist. Die systematische zeitnahe Berücksichtigung aller relevanten Fakten durch die Mitarbeiter der Gesellschaft für Therapieforschung und Experimentelle Medizin in Bremen bietet somit ein wertvolles Werkzeug bei der Arzneimittelversorgung.

Das BAR wird seit einigen Jahren im Rahmen des Hausarztvertrages der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen eingesetzt, regelmäßig evaluiert und zeigt gute Ergebnisse besonders im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung. Mit einer Teilnahmequote von fast 90 Prozent der Hausärzte im Land Bremen kommt das BAR zu einer breiten Anwendung. Ein wichtiger Parameter bei der Vertragsevaluation ist ein hoher Deckungsgrad der individuellen Praxis-Verordnungen mit dem BAR. Zur Erreichung dieses Qualitätsziels gibt es beispielsweise regelmäßige Fortbildungen und individuelle Beratungen.

Das Rezept für das Rezept: Die Verbindung der ärztlichen Erfahrung mit den bestens aufbereiteten wissenschaftlichen Erkenntnissen sorgt für eine optimierte Therapie und einen aufwandsarmen Weg dahin.

1.826



652.182



Zensus 2011

www.kvhb.de

ÜBERSICHT ERGÄNZENDER VEREINBARUNGEN

Rheuma

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

Umweltmedizin

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

Mukoviszidose-Versorgung

Zum 1. Januar 2009 wurden vier Verträge zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und dem Landesverband Nord der Betriebskrankenkassen, der Knappschaft, der AOK Rheinland / Hamburg und der IKK classic geschlossen. Ein Vertrag mit den Ersatzkassen trat zum 1. Juli 2010 in Kraft. Ziel aller fünf Verträge ist die Sicherstellung und Förderung der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose. Es können Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Internisten teilnehmen. Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung sind die teilnehmenden Ärzte verpflichtet, an regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen oder Qualitätszirkeln teilzunehmen.

AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen

Zum 1. Juli 2011 wurde zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Heranwachsenden mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S) ein entsprechender Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der AOK Rheinland / Hamburg geschlossen. Schwerpunkt des Programms ist der qualitätsgesicherte Ablauf bei Diagnostik und Therapie sechs- bis 17-jähriger Patienten, mit Blick auf das soziale Umfeld mit

Familie, Kindergarten, Schule oder Arbeitsstätte. Bei der Behandlung stehen mehr Zeit für das Patientengespräch, streng kontrollierter Medikamenteneinsatz und mehr qualifizierte Therapieplätze im Mittelpunkt.

Besonderheiten sind die Förderung der Kooperation einzelner Leistungserbringer und eine monatliche Samstagssprechstunde der beteiligten Psychotherapeuten. Am Vertrag können Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychiater teilnehmen, die innerhalb der vergangenen zwei Jahre vor Antragsstellung mindestens 30 Patienten pro Quartal mit der Diagnose AD(H)S behandelt haben, sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten mit einer entsprechenden Fortbildung. An die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist der Nachweis über die Teilnahme an mindestens drei der sechsmal im Jahr stattfindenden themenbezogenen Qualitätszirkel gebunden.

Tonsillotomie bei Kleinkindern für Versicherte der BARMER GEK

Zum 1. April 2011 ist der Vertrag über die Durchführung der Tonsillotomie (operative Verkleinerung der Gaumenmandeln) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der BARMER GEK Landesgeschäftsstelle Nord in Kraft getreten. Dieser Vertrag regelt die qualitativ hochwertige ambulante Versorgung durch den Einsatz der Tonsillotomie bei Kleinkindern zwischen dem zweiten und siebten Lebensjahr. Teilnahmeberechtigt sind zugelassene oder angestellte Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und eine Genehmigung zum ambulanten Operieren besitzen, unter Nachweis, dass die baulichen, apparativ-technischen und organisatorischen Voraussetzungen sowie die fachliche Befähigung vorliegen. Durchführung und Abrechnung von Tonsillotomien sind nur bei Versicherten der BARMER GEK möglich, die zum Zeitpunkt des Eingriffs das zweite aber noch nicht das siebte Lebensjahr vollendet haben. Die schriftliche Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ist erforderlich.

4.712



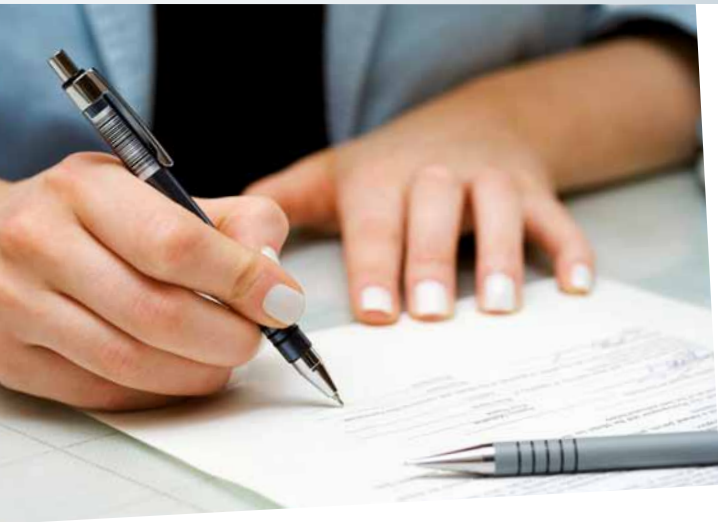
1,718 Mio.



Zensus 2011

www.kvhh.de

KV HESSEN


**QUALITÄTSSICHERUNG:
GUTE QUALITÄT WIRD BELOHNT!**

Bundesweit stehen 61 Prozent der medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen in der ambulanten Versorgung unter Genehmigungsvorbehalt und werden somit mit Aufgaben der Qualitätssicherung verknüpft – Tendenz steigend. Jedes Jahr treten neue Vereinbarungen, Richtlinien und sonstige Regularien in Kraft, bereits vorhandene werden angepasst. Die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist es, in enger Zusammenarbeit mit den ärztlichen und psychotherapeutischen Beratern und Gutachtern sowie den Fachkommissionen die rechtlich normierte Struktur- und Prozessqualität bis hin zur Ergebnisqualität in ihrem Versorgungsgebiet sicherzustellen.

Beratung und Aufklärungsarbeit

Der Ansatz für die Qualitätssicherung in Hessen baut neben den gesetzlich normierten Überprüfungen auf zwei wesentlichen Aspekten auf: Beratung und Aufklärungsarbeit. So werden über 10.000 hessische Ärzte und Psychotherapeuten in 62 verschiedenen Fachgebieten kompetent und individuell unterstützt. Sie erhalten hierbei wertvolle Hinweise durch 23 eigens hierfür eingesetzte Fachkommissionen, die mit ihrer Kompetenz aus allen relevanten Fachgebieten qualifiziert besetzt sind.

Im Jahr 2012 wurden über 4.000 Genehmigungsanträge bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eingereicht und sachlich sowie fachlich überprüft. Fast 90 Prozent der Antragsteller erhielten eine Genehmigung für die beantragten qualitätsgesicherten Leistungen. Bei den Anträgen, die nicht angenommen wurden, waren die Voraussetzungen für eine Genehmigung nicht beziehungsweise nur teilweise erfüllt. In diesen Fällen wurde den Ärzten und Psychotherapeuten eine Unterstützung angeboten – in Form von Veranstaltungen, Fortbildungen, Kolloquien sowie fachgebietsübergreifend in Form von persönlicher individueller Beratung.

Steigende Qualitätsstandards

Die Einhaltung der geforderten Qualitätsstandards gemäß dem gesetzlichen Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wird regelmäßig auf verschiedene Weise geprüft. Dies reicht von Dokumentations- und Hygieneprüfungen über Prüfungen der apparativ-technischen Ausstattung bis hin zur Prüfung einzelner Untersuchungsergebnisse inklusive deren Befundung und der korrekten Indikationsstellung. Das Ergebnis der zumeist stichprobenartigen Qualitätsprüfungen lässt sich durchaus sehen: Bei fast 80 Prozent der geprüften Ärzte, 65 Prozent der Dokumentationen, 94 Prozent der Apparaturen sowie 98 Prozent der geprüften Präparate ergaben sich keine Beanstandungen beziehungsweise wurden keine Mängel festgestellt. Nur ganz vereinzelt wurden so gravierende Mängel festgestellt, dass ein Genehmigungszug in Betracht zu ziehen war.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Investition in Qualitätssicherung in Hessen für alle Beteiligten lohnt: Für die Patienten, die darauf vertrauen können, dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Hessen nicht nur einen gleichbleibend hohen, sondern auch steigenden Qualitätsstandard aufweist sowie für die Ärzte und Psychotherapeuten, für die ihre Kassenärztliche Vereinigung eine kompetente Ansprechpartnerin ist.

12.071



5,993 Mio.



Zensus 2011

www.kvhessen.de

KV MECKLENBURG-VORPOMMERN



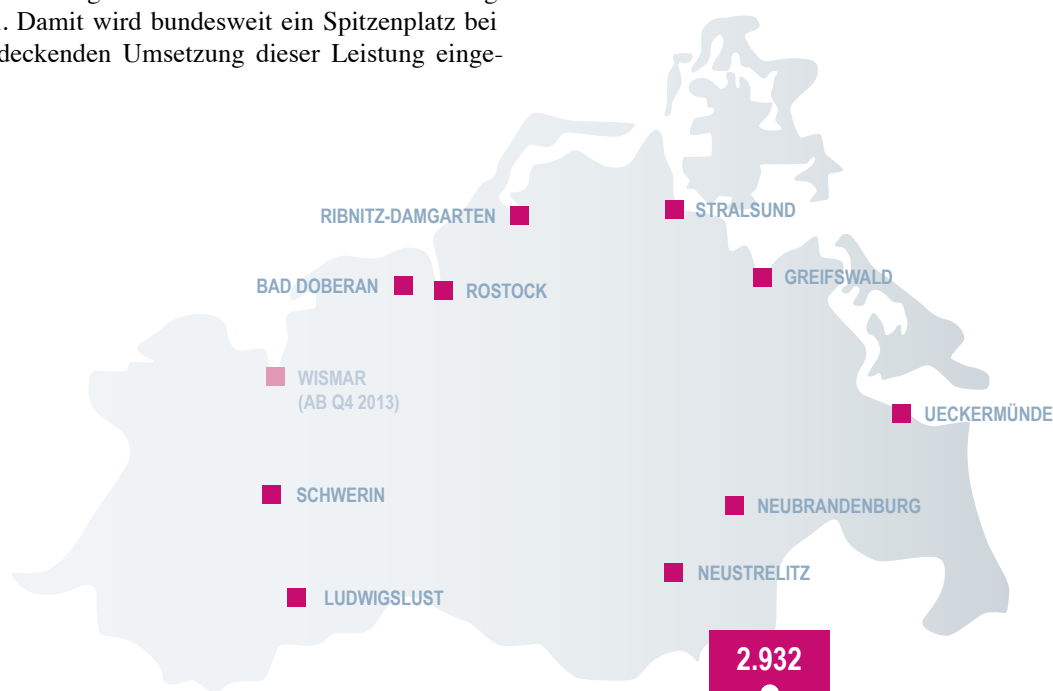
NAHEZU FLÄCHENDECKENDE SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG

Das Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativmedizin ist, Sterbende in ihrer häuslichen Umgebung zu betreuen und dabei auf ihre individuellen Symptome und Leiden einzugehen. Die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten sowie die Belange seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden.

Die Kassenzentrale Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern engagiert sich infolge des Inkrafttretens der entsprechenden Paragraphen im SGB V bereits seit dem Jahr 2008 für die SAPV in Mecklenburg-Vorpommern. Seit 2009 werden Verträge zur SAPV gemäß den Paragraphen 37b und 132d SGB V als dreiseitige Verträge zwischen allen Krankenkassen des Landes, den regionalen SAPV-Teams und der Kassenzentralen Vereinigung auf der Grundlage einer für alle Verträge einheitlichen Rahmenvereinbarung geschlossen. Damit wird bundesweit ein Spitzenplatz bei der flächendeckenden Umsetzung dieser Leistung eingenommen.

Für alle im Vertrag geregelten Leistungen sind für die Abrechnung über die Kassenzentrale Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern Pseudo-Gebührenpositionen generiert worden. Alle am Vertrag teilnehmenden SAPV-Teams nutzen diese Abrechnungsmöglichkeit und weitere Serviceangebote der Kassenzentralen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. In regelmäßig stattfindenden Konferenzen, welche dem Austausch zwischen den Vertragspartnern dienen, werden auch erforderliche Nachbesserungen der Verträge besprochen. So wurde zum Beispiel den besonderen Belangen von Hospizpatienten durch eine zusätzliche Pauschale für die ärztliche Teilleistung Rechnung getragen. Im vierten Quartal 2013 wird das elfte SAPV-Team in Mecklenburg-Vorpommern seine Tätigkeit aufnehmen. Damit wird nun nahezu im ganzen Land die SAPV angeboten. Im Jahr 2012 betreuten die Teams in Mecklenburg-Vorpommern bereits knapp 2.500 Patienten mit der neuen hochspezialisierten Versorgungsleistung.

STANDORTE DER ELF SAPV-TEAMS:



2.932



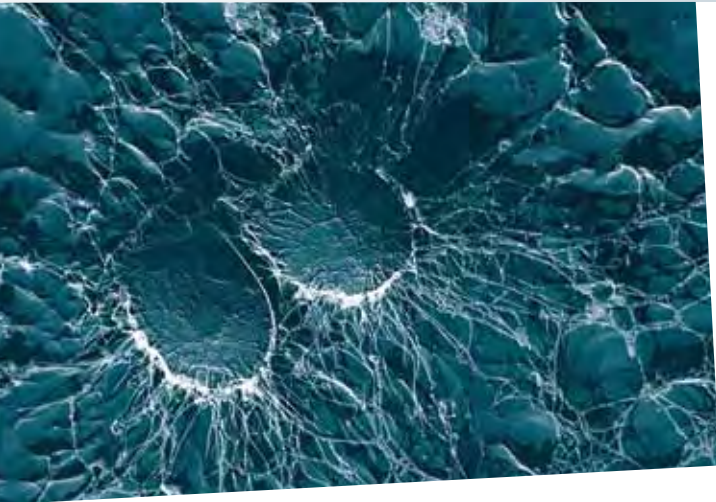
1,606 Mio.



Zensus 2011

www.kvmv.de

KV NIEDERSACHSEN



MRSA – DAUERBRENNER IN NIEDERSACHSEN

Zum 1. April 2012 wurde die Vergütungsvereinbarung MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) eingeführt. Seither gibt es in Niedersachsen eine rege Teilnahme und ein stetes Interesse an MRSA, nicht nur bezüglich der Vergütung nachstationärer Behandlungen. Mit etwa 50 Veranstaltungen wurden 2012 die niedersächsischen Ärzte in die Umsetzung der MRSA-Leistungen eingeführt. Bis jetzt konnten 2.460 Abrechnungsgenehmigungen erteilt werden. Die Veranstaltungsserie wird weitergeführt.

Hochkarätige Veranstaltungen

Für die Pflichtveranstaltungen zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigung gelang es der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen in enger Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt und den regionalen Gesundheitsämtern, qualifizierte Referenten zu gewinnen. Meist handelte es sich um die Vertreter der niedersächsischen MRSA-Netzwerke, die fest verwoben mit dem EurSafety Healthnet agieren. Insgesamt gibt es in Niedersachsen derzeit vier Netzwerke, die bereits seit vielen Jahren interdisziplinär in Sachen MRSA operieren.

Die MRSA-Netzwerke in Niedersachsen sind äußerst aktiv und fördern die Vernetzung in der Ärzteschaft. Die Notwendigkeit der Fallkonferenzen gemäß Vergütungsvereinbarung bietet den Netzwerken die Chance, sich noch besser in den ambulanten Versorgungsbereich einzubringen und für das Thema MRSA zu sensibilisieren. Das Engagement der Netzwerke, die Anzahl der interdisziplinären Treffen auszubauen, ist vorbildlich. Auch dürften weitere Netzwerkbildungen zu erwarten sein.

Beratung zu MRSA in allen Bezirksstellen

Erfreut zeigte sich die Kassenärztliche Vereinigung auf Grund der regen Unterstützung durch ihre beratenden Ärzte. Diese nahmen aktiv an der Fortbildungswelle teil, indem sie die niedergelassenen Ärzte bezüglich der Abrechnungsmodalitäten unterstützten und gemeinsam mit



den Fachreferenten die Fortbildungen abhielten. Sie standen Rede und Antwort bezüglich der praktischen Umsetzung der MRSA-Leistungen. Jeder der elf Unternehmensbereiche beziehungsweise jede der Bezirksstellen in Niedersachsen beschäftigt einen beratenden Arzt, sodass die Ärzteschaft optimal und allumfassend in die neuen Leistungen des ambulanten Sektors eingeführt werden konnte.

In der Verwaltung ist das Aufgabengebiet eng an die Berater für Hygiene und Medizinprodukte gekoppelt, sodass auch hier eine umfassende Beratung mit Blick auf MRSA stattfinden kann. Sukzessive verfestigt sich an dieser Stelle auch die Zusammenarbeit mit den örtlichen Gesundheits- und Gewerbeaufsichtsämtern, was sich für die niedersächsische Ärzteschaft als sehr glücklich erweist – insbesondere, da die neue Hygieneverordnung des Ministeriums die Hygiene und die damit einhergehenden Aspekte insgesamt in den Blick nimmt.

Reges Netzwerken

Insgesamt hat die neue Vergütungsvereinbarung MRSA dafür Sorge getragen, dass der Umgang mit MRSA, insbesondere das Zusammenspiel zwischen den Versorgungsebenen, noch intensiver in den Fokus gerückt ist. Der Etablierung dienen auch die seit Jahren regelmäßig stattfindenden Treffen des Begleitgremiums der MRSA-Netzwerke in Niedersachsen, an denen die Vertreter der verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen teilnehmen.

14.602



7,774 Mio.



Zensus 2011

www.kvn.de

KV NORDRHEIN



NEUE ANGEBOTE DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG NORDRHEIN

Ausbau von Beratungsleistungen

Die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich ist ein dynamischer Prozess, der sich ständig weiterentwickelt. Er passt sich dem medizinischen Fortschritt an und setzt neue Verfahren um, nachdem sie in den gesetzlichen Leistungskatalog durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgenommen wurden. Hier kommt auf die rund 19.000 Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Menge zu und die Anforderungen wachsen. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein steht ihren Mitgliedern unterstützend zur Seite.

Die Zufriedenheit der Ärzte, der psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist von entscheidender Bedeutung. Durch eine Befragung konnte festgestellt werden, dass die Mitglieder die Beratungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gerne nutzen und sehr positiv bewerten. Teilweise wurde angeregt, das Beratungsangebot weiter auszubauen. Diesem Wunsch wurde entsprochen, die Beratungsangebote wurden bis März 2013 quantitativ und qualitativ überarbeitet. Derzeit befindet sich die Kassenärztliche Vereinigung in der Implementierungsphase und wird ein neues Geschäftsfeld „Beratung“ platzieren und damit zu allen Fragen, die insbesondere Gewährleistungskompetenz und unternehmerische Kompetenz betreffen, zur Verfügung stehen. Auch die Qualitätssicherung spielt hierbei eine entscheidende Rolle.

Einsatz von Hygieneberatern

Im Land Nordrhein-Westfalen ist am 30. März 2012 die neue Verordnung über die Hygiene-Infektions-Prävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO) in Kraft getreten. Die Anforderungen an die Hygiene und an die hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten sind in ihrer Gesamtheit komplex und in der Praxis nicht immer leicht umzusetzen.

Um dem erhöhten Informationsbedarf zu entsprechen, hat die Kassenärztliche Vereinigung eigens zwei fachlich qualifizierte Mitarbeiter akquiriert und bietet somit ihren Mitgliedern zukünftig ein neues Beratungsangebot. Unterstützt vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte mit Sitz bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg stehen die Hygieneberater Ärzten sowie Medizinischen Fachangestellten helfend zur Seite.

Das Angebot erstreckt sich von telefonischer oder schriftlicher Hilfe bis hin zu persönlichen Vorort-Beratungen. Mitglieder, die sich in diesem Bereich unsicher fühlen, sind dankbar, dass die Kassenärztliche Vereinigung als

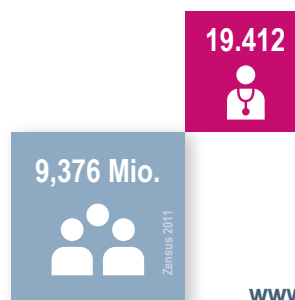
Partner eine Beratung vor Ort anbietet und so auf eventuelle Begehungen durch die Bezirksregierungen oder die Gesundheitsämter vorbereitet. Für das Jahr 2013 sind zwei Informationsveranstaltungen zum Thema Medizinprodukteaufbereitung und behördliche Überwachung geplant. Das Fortbildungs- und Kursprogramm wird im Anschluss an die Auftaktveranstaltungen weiter ausgebaut.

Start von CIRS-NRW

Ein großer Schritt in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ist die Teilnahme am Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen (CIRS-NRW). Dies ist ein Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung. CIRS-NRW soll dazu beitragen, dass über Beinahefehler oder Fehler offen gesprochen und aus ihnen gelernt wird. Der Idee folgend, aus den Fehlern anderer zu lernen, haben die Ärztekammer Nordrhein, die Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität das internetbasierte Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse installiert.

Anfang 2013 sind auch die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes als Träger hinzugekommen. Seit dem 1. November 2012 können alle in der Gesundheitsversorgung Tätige, also Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe und Verwaltungsmitarbeiter auf der entsprechenden Internetseite kritische Ereignisse anonymisiert eingeben.

Patientensicherheit hat für Praxen und Krankenhäuser höchste Priorität. Die Träger von CIRS-NRW haben einen wichtigen Schritt getan, um ihre Mitglieder hier sinnvoll zu unterstützen.



www.kvno.de

KV RHEINLAND-PFALZ



WORKSHOPS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IM BEREICH ULTRASCHALL

Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz hat zusammen mit dem Berufsverband der Frauenärzte ein Modell für die Qualitätssicherung im Bereich Ultraschall entwickelt, das niedergelassene Frauenärzte mit Workshops unter anderem auf die regelmäßigen Überprüfungen vorbereiten soll. Im Juni 2012 fand erstmals eine solche Veranstaltung in Mainz statt, im September folgte eine zweite in Koblenz.

Anspruch der Kassenärztlichen Vereinigung und der Mitglieder der Ultraschall-Kommissionen war und ist, durch die Workshops:

- › Transparenz bei der Aufgabenerfüllung zu schaffen,
- › kontinuierlich an der Entbürokratisierung der Abläufe weiterzuarbeiten,
- › innerhalb des vorgegebenen Rahmens Veränderungen anzupassen und zu entschlacken,
- › Nutzen und Praktikabilität in den Vordergrund zu stellen.

Die Ultraschall-Kommission Nord der Regionen Koblenz und Trier sowie die Ultraschall-Kommission Süd der Regionen Rheinhessen und Pfalz konnten zusammen mit dem Berufsverband der Frauenärzte im Rahmen der Veranstaltungen den Teilnehmern wichtige Inhalte zum Thema Sonographie vermitteln. Dabei bildeten die rechtlichen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des GKV-Spitzenverbands und des Gemeinsamen Bundesausschusses stets die Grundlage. Die Workshop-Teilnehmer wurden über die in der Ultraschalldiagnostik geltenden Rechtsnormen aufgeklärt, über die zur Qualitätsprüfung relevanten Verfahren sowie die Indikationen und die jeweiligen Mindestvoraussetzungen an Bildmaterial und Befunddokumentation informiert.

Ziel der Veranstaltungen war es, die niedergelassenen Ärzte auf die regelmäßigen Überprüfungen besser vorzubereiten und von vornherein mögliche Fehler zu vermeiden. Auch 2013 werden die Workshops weitergeführt, denn sie helfen die hohe Qualität im Ultraschall zu sichern und Transparenz zu schaffen.

Viele Teilnehmer hatten vor den Workshops eine große Unsicherheit im Hinblick auf die Online-Prüfung des neuen Ultraschall-Screenings im zweiten Trimenon. Die Veranstaltungen konnten diese erfolgreich abbauen – ein weiterer Grund für deren Weiterführung.

QEP®-HANDBUCHCHECK

Neben den zertifizierten Qualitätsmanagement-Fortbildungsveranstaltungen bietet die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland Pfalz seit 2009 allen rheinland-pfälzischen Praxen einen umfassenden QEP®-Handbuchcheck an.

Dabei prüfen die Mitarbeiter des Qualitätsmanagement-Teams das Handbuch auf Vollständigkeit und erstellen einen individuellen Maßnahmenplan mit den Themen, die von der Praxis noch ausgearbeitet werden müssen. Diese Themen werden im Beratungsgespräch mit dem Arzt oder dem Qualitätsmanagement-Beauftragten der Praxis detailliert erläutert. Ergänzend dazu gibt es praktische Tipps zur Erstellung notwendiger Dokumente, damit die Praxis zügig zu einem vollständigen Handbuch kommt und somit ihre gesetzliche Pflicht erfüllt. Als Service der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz ist der QEP®-Handbuchcheck für Mitgliedspraxen kostenfrei.

7.473



3,990 Mio.



Zensus 2011

www.kv-rlp.de



MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG FÜR WOHNUNGSLOSE

Jeden Mittwoch ab 10 Uhr ist die Praxis Medizinische Grundversorgung für Wohnungslose in der Saarbrücker Johannisstraße geöffnet. Frauen und Männer in schwieriger Lebenslage und mit vielfältigen sozialen Problemen können dort ambulante medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Elf ehrenamtliche Ärzte kümmern sich im wöchentlichen Wechsel um das Wohl der Patienten.

Gesundheitszustand der Wohnungslosen meist schlecht

Etwa 1.000 Menschen leben im Saarland ständig oder teilweise auf der Straße. Ihr Gesundheitszustand ist meist schlecht, denn Infektionen, Haut- oder Herz-Kreislaufkrankungen sind weit verbreitet und lassen sich auf der Straße kaum kurieren.

Wenn medizinische Hilfe diese Menschen erreichen soll, muss das Angebot niedrigschwellig sein. Darin waren sich das Diakonische Werk an der Saar und die Kassenärztliche Vereinigung Saarland einig und haben bereits 2006 die Arztpraxis im Diakonischen Zentrum Saarbrücken etabliert.

Viele wohnungslose Menschen schämen sich, die Arztpraxen der niedergelassenen Ärzte aufzusuchen. Der überwiegende Teil der Betroffenen – 80 bis 90 Prozent – ist zwar krankenversichert, aber dennoch ist die Hemmschwelle sehr hoch. Für viele von ihnen ist daher die Praxis Medizinische Grundversorgung für Wohnungslose die erste Anlaufstelle.

Geduld und Einfühlungsvermögen gefragt

Bei den ehrenamtlichen Ärztinnen und Ärzten sind vor allem Geduld und Einfühlungsvermögen gefragt. Oft fehlt die Kontinuität der Behandlung, da sich viele Patienten trotz schwerer gesundheitlicher Einschränkungen nicht behandlungsbedürftig fühlen oder nicht mehr zur Nachbehandlung in der Praxis erscheinen. Daher steht die Akutversorgung zunächst im Mittelpunkt. Die Patienten müssen versorgt und stabilisiert werden. Viele Krankheiten sind unter anderem die Folge mangelnder Hygiene bei einem Leben auf der Straße. Ein großer Erfolg ist es deshalb, wenn Patienten die Behandlung ernst nehmen und bis zur Heilung oder Symptombefreiheit weiterführen.

Während der Sprechstunden ist immer auch ein Sozialarbeiter anwesend, der bei Fragen zum Versicherungsschutz unterstützt oder die Ärzte bei Besuchen begleitet, die oft auch auf der Straße stattfinden.

Um die Patientenversorgung aufrechterhalten zu können, ist die Praxis Medizinische Grundversorgung für Wohnungslose auf Spendengelder angewiesen. Die dort tätigen Ärzte sind alle ehrenamtlich im Einsatz und verzichten auf

jedes Honorar. Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland unterstützt dieses Engagement daher in unregelmäßigen Abständen durch Spendensammelaktionen.

AKTUELLE ZAHLEN

- > 11 ehrenamtlich arbeitende Ärzte
- > 1 Medizinische Fachangestellte
- > 1 Sozialarbeiter
- > 2012: 575 Arzt-Patient-Kontakte (Behandlungen)
- > über 700 Beratungen durch Sozialarbeiter
- > 388 Patienten in der Praxis
- > davon 21% Frauen
- > seit 2006 (Praxiseröffnung) 800 Patienten in der Praxis

Ziel der medizinischen Grundversorgung für Wohnungslose ist es, insbesondere Wohnungslosen und Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten durch entsprechende Hilfen den Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung zu ermöglichen beziehungsweise zu erleichtern. Aus unterschiedlichen Gründen werden medizinische Regelsysteme nur unzureichend oder zu spät in Anspruch genommen. Gründe dafür sind unter anderem Scham oder auch finanzielle Gründe. In einer interdisziplinären Zusammenarbeit agieren Sozialarbeiter und Ärzte, um einen niedrigschwelligen Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu ermöglichen oder die Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Regelsystems zu schaffen. Dabei ergänzen sich medizinische Versorgung und Sozialarbeit.

Zunehmend wird das Projekt auch von Personen aufgesucht, die aus unterschiedlichen Gründen das Regelsystem der medizinischen Versorgung nicht in Anspruch nehmen können: Dies sind unter anderem Jugendliche und Erwachsene (U 25), die aus dem Leistungsbezug des SGB II herausgefallen sind und daher ohne Krankenversicherungsschutz sind oder es nach Beendigung der Familienversicherung versäumt haben, sich selbst zu versichern, Ausländer (insbesondere aus EU-Beitrittsländern) ohne oder ohne realisierbaren Krankenversicherungsschutz, oder Personen, die sich Zuzahlungen nicht leisten können.

2.077



997.855



Zensus 2011

www.kvsaarland.de

KV SACHSEN



DREI QUALITÄTSINITIATIVEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SACHSEN

Prävention: Einer geimpft – viele geschützt

Im Rahmen der Präventionsinitiative, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor zwei Jahren gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen gestartet hat, stellte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen im Jahr 2011 den Ärzten für ihre Patienten Präventionsflyer zur Verfügung. Weitere Informationen zum Thema Impfen erhalten die Ärzte regelmäßig über die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sowie über deren Internetseite.

Auf der Website finden Ärzte zudem weitere hilfreiche und nützliche Materialien, wie zum Beispiel eine Gesamtübersicht mit den aktuellen vertraglichen Regelungen und den fachlichen Empfehlungen zu den einzelnen Schutzimpfungen.

Um die Bedeutung des Impfens auch der Bevölkerung nahezu legen, stellt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen auf ihrer Internetseite auch Informationen speziell für die Bürger zur Verfügung.

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz als oberste Landesgesundheitsbehörde in Sachsen ist gemäß § 20 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) zuständig für die öffentlichen Impfeempfehlungen. Diesen werden jeweils die aktuellen Hinweise der Sächsischen Impfkommision zugrunde gelegt. Die Impfkommision wiederum richtet sich nach Angaben der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut entsprechend IfSG unter Berücksichtigung der epidemiologischen und historischen Besonderheiten im Freistaat Sachsen.

Erstes erfolgreiches Qualitätszirkelmoderatorentreffen

Im Dezember 2012 wurden erstmalig Fortbildungsangebote für Qualitätszirkel-Moderatoren im Rahmen eines ersten regionalen Moderatorentreffens in Chemnitz angeboten. Die Moderatoren beschäftigten sich in Kleingruppen unter der Leitung von Qualitätszirkel-tutoren mit dem Thema Medizinische Internetrecherche und bearbeiteten kritische Moderationssituationen im Qualitätszirkel. Auf Grund der positiven Resonanz der Teilnehmer sind weitere Angebote unter anderem auch zu den Modulen nach dem Qualitätszirkel-Konzept der KBV geplant.

Aktuelles zu den IVOM-Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Auf Grund der Zulassung des Medikaments Eylea®, das seit Dezember 2012 in Deutschland vertrieben wird, trat zum 1. Januar 2013 eine neue Vereinbarung für die Intravitreale operative Medikamentenanwendung (IVOM-Vereinbarung) mit den Primärkassen (AOK PLUS, IKK classic, BKK Landesverband Mitte, Knappschaft, SVLFG als landwirtschaftliche Krankenkasse) in Kraft. Der Vertrag ersetzt die bislang geltende IVOM-Vereinbarung für die Primärkassen und enthält neben den Medikamenten Ozurdex®, Lucentis®, Macugen® nun auch das Medikament Eylea®.

Analog dazu konnte auch mit den Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, KKH, HEK, hkk) sowie der BARMER GEK eine gleichlautende Regelung rückwirkend zum 1. Januar 2013 vereinbart werden. Dadurch gelten für alle sächsischen Krankenkassen analoge Regelungen. Einziger Unterschied im BARMER GEK-Vertrag bleibt, dass keine Krankenhäuser – mit Ausnahme von ermächtigten Ärzten – teilnehmen können.

7.813



4,054 Mio.



Zensus 2011

www.kvs-sachsen.de

KV SACHSEN-ANHALT



BEFRAGUNG: NICHTÄRZTLICHE PRAXISASSISTENTINNEN ENTLASTEN DEN HAUSARZT

Zur Entlastung der Hausärzte und zur besseren Versorgung nicht mobiler Patienten erprobte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt mit ihren Partnern, dem Ministerium für Arbeit und Soziales und der AOK Sachsen-Anhalt, von November 2007 bis September 2009 das Versorgungsmodell Mobile Praxisassistentin.

Zum 1. April 2009 wurden die entsprechenden Leistungen in die Regelversorgung übernommen und damit deren Einsatz in unterversorgten oder drohend unterversorgten Regionen sowie Gebieten mit lokalem Versorgungsbedarf im hausärztlichen Bereich nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab vergütungsfähig. Darüber hinaus sehen die für Sachsen-Anhalt abgeschlossenen Hausarztverträge eine Förderung nichtärztlicher Praxisassistentinnen vor, unabhängig vom aktuellen Versorgungsgrad der Region. Das Interesse an der Weiterbildung zur Praxisassistentin ist groß. Inzwischen sind bei 374 Ärzten 370 Praxisassistentinnen tätig, wobei knapp 80 Prozent die Ausbildung nach dem VERAH®-Konzept absolvierten.

Inwieweit die Hausärzte entlastet werden, wurde im Rahmen der Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit untersucht. Die Autorin der Arbeit hat Hausärzte, Praxisassistentinnen und Patienten schriftlich anonym befragt und um Angaben zum Aufgabenspektrum, zur Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern und zur tatsächlichen Entlastung der Hausärzte gebeten. Die Befragung ergab, dass 100 Prozent der Patienten die Betreuung durch eine nichtärztliche Praxisassistentin befürworten. 99,2 Prozent gaben an, dass sie sich durch den Hausarzt gut versorgt fühlen. Ausschlaggebend für die Akzeptanz delegierbarer Leistungen ist die Übertragung der Leistung an erfahrenes, qualifiziertes und in die Praxisabläufe integriertes Personal und somit die Ausübung der delegierbaren Leistungen innerhalb des Verantwortungsbereiches des behandelnden Arztes.

Aufgabenbereiche und -inhalte des Assistenzpersonals sind:

- › Bestimmung von Laborparametern vor Ort in der Häuslichkeit / Pflegeheim (Glucose, Gerinnung)
- › Wundversorgung
- › Erfassung Medikation
- › Überwachung des Medikamenteneinnahmeverhaltens des Patienten / Compliance
- › Einweisung des Patienten in die Funktionalität der Geräte
- › Ermittlung kognitiver, physischer, psychischer und sozialer Fähigkeiten und Defizite mithilfe standardisierter Testverfahren:
 - › Uhrentests
 - › Esslinger Sturzrisiko-Assessment
 - › Testverfahren bei Demenzverdacht

- › Überwachung der Funktionalität der apparativen Ausstattung (Blutdruckmessgerät et cetera)
- › Durchführung der Aufzeichnung von Langzeit-EKG

Die oben genannten Aufgabenbereiche und das Medikamentenmanagement nehmen durchschnittlich 41 Prozent der Arbeit ein. Der Rest verteilt sich auf Beratungsaufgaben (32 Prozent) und organisatorische Aufgaben (27 Prozent). Zu den beratenden Tätigkeiten zählen Informationen, Schulungen und Gespräche mit den Patienten, zum Beispiel im Hinblick auf Beschaffung von und Umgang mit Hilfsmitteln, Möglichkeiten ambulanter Betreuung und die Finanzierung ambulanter Leistungen. Zu den organisatorischen Aufgaben gehören die Terminvereinbarung von Haus- und Facharztbesuchen oder die Organisation von Anschlussheilbehandlungen.

Insgesamt zeigt sich, dass durch die Delegation von Leistungen an besonders qualifizierte Mitarbeiter innerhalb der Praxis eine echte Entlastung des Hausarztes erreicht werden kann und die Patientenzufriedenheit darunter nicht leidet.

DIE PRAXISASSISTENTINNEN ENTLASTEN DEN HAUSARZT UND SCHAFFEN ZEITLICHE RESSOURCEN

77 % der Hausärzte stimmten dieser Aussage voll zu

22 % der Hausärzte stimmten dieser Aussage eher zu

99 % der Ärzte insgesamt fühlen sich somit durch die Delegation ärztlicher Leistungen an das Assistenzpersonal unterstützt und entlastet.

› Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Assistenzpersonal wurde durchgehend positiv bewertet.

› Die Praxisassistentinnen üben zeitlich gesehen 74 Prozent ihrer Tätigkeit in der Praxis während der Sprechzeiten aus und verbringen 26 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Hausbesuchen.

› 56 Prozent der Praxisassistentinnen besuchen fünf und mehr Patienten pro Woche zu Hause.

3.935



2,276 Mio.



Zensus 2011

www.kvsa.de

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN



Neben den Voraussetzungen für den Betrieb einer Röntgeneinrichtung, der Qualitätssicherung in der Radiologie, Verfahren der Konstanzprüfung, dem Thema Strahlenschutz und dem Umgang mit Röntgenaufnahmen, werden die Regeln und Normen ausführlich erläutert.

Die Broschüre dient als praktikable Übersicht, um eine optimale radiologische Diagnostik bei den Untersuchungen und der technischen Qualitätssicherung gemäß Leitlinien, Richtlinien und DIN-Normen bei Gewährleistung des Strahlenschutzes zum Wohle der Patienten sicherzustellen.

NEUER WEGWEISER FÜR RÖNTGENEINRICHTUNGEN

Kaum ein anderer Bereich in der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen nimmt einen so großen Stellenwert ein wie die Radiologie. Um die Prozesse im Rahmen der Qualitätssicherung zu entbürokratisieren, werden die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztlichen Stellen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein bereits seit 1988 koordiniert und aufeinander abgestimmt.

In Zusammenarbeit mit den Ärztlichen Stellen und der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz wurde das Sonderheft Wegweiser Radiologie erstellt und auf Grund veränderter gesetzlicher Vorgaben im Jahr 2012 aktualisiert.

Mit dem Wegweiser Radiologie erhalten die radiologisch tätigen Ärzte und das in den Praxen beschäftigte nicht-ärztliche Personal eine Hilfestellung, um die zahlreichen gesetzlichen Vorgaben und Regelungen richtig zu interpretieren und umzusetzen.



5.411



2,802 Mio.



Zensus 2011

www.kvsh.de

KV THÜRINGEN

**STRUKTURVERTRAG KLASSISCHE HOMÖOPATHIE**

Zum 1. Oktober 2012 wurde der Strukturvertrag über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie gemäß § 73a SGB V mit der AOK PLUS geschlossen. Durch diesen soll für die Versicherten der AOK PLUS der Zugang zu einer adäquaten Beratung und Behandlung mit der klassischen Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verbessert werden. Die Behandlung mit klassischer Alternativmedizin besteht aus spezifisch ärztlich homöopathischen Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen sowie der entsprechenden Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der alternativmedizinischen Heilkunde.

Die ärztlichen Leistungen umfassen neben der homöopathischen Erstanamnese bis zum vollendeten zwölften und 13. Lebensjahr, der Repertorisation und der alternativmedizinischen Analyse, die entsprechende Folgeanamnese und -beratung.

Um die Qualität im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen, benötigt der teilnehmende Vertragsarzt ein gültiges Diplom des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) als Teilnahmevoraussetzung an diesem Vertrag.

Zur Aufrechterhaltung der Teilnahmeberechtigung verpflichten sich die teilnehmenden Vertragsärzte darüber hinaus zur regelmäßigen Teilnahme an den von den Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und / oder der AOK PLUS anerkannten homöopathischen Fortbildungen. Dazu zählen zum Beispiel homöopathische Qualitätszirkel. Die Teilnehmer müssen innerhalb von fünf Jahren mindestens 100 Fortbildungspunkte sammeln, wobei sich diese inhaltlich ausschließlich auf die Einzelhomöopathie beziehen müssen.

**HAUSARZTVERTRAG VERLÄNGERT**

Der seit dem 1. November 2010 bestehende Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) mit der AOK PLUS wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2013 angepasst und bis Ende 2014 verlängert.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Qualitätsziele innerhalb des Vertrages wurde dieser um zwei Anlagen – die Verordnung von Krankenhausbehandlungen und die Verordnung von häuslicher Krankenpflege – ergänzt.

Die bisherigen Qualitätsziele – wie beispielsweise die Verpflichtung der teilnehmenden Hausärzte jedes Jahr an drei strukturierten, von der pharmazeutischen Industrie unabhängigen Qualitätszirkeln teilzunehmen – werden, wie in den vergangenen Jahren, weiter ausgebaut und an die aktuelle Versorgungssituation angepasst. Zu den obligaten Inhalten gehören die Arzneimitteltherapie, Krankenhauseinweisungen, Diagnosequalitätssicherung sowie chronikerrelevante Themen.

Der Hausarzt verpflichtet sich im Weiteren an einer kontinuierlichen – von der pharmazeutischen Industrie unabhängigen – Fortbildung mit Konzentration auf hausarzttypische Behandlungsprobleme teilzunehmen. Zu diesen Themen müssen jährlich mindestens sechs Fortbildungspunkte erreicht werden. Der verpflichtende Einsatz einer definierten Praxisausstattung und die Verwendung einer IT-Vertragsschnittstelle zur Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln innerhalb ihrer gewohnten Praxisverwaltungssoftware runden die Qualitätsanforderungen im Rahmen des HzV-Vertrages ab.

4.020



2,181 Mio.



Zensus 2011

www.kv-thueringen.de

KV WESTFALEN-LIPPE

**VERGÜTUNGSVEREINBARUNG MRSA –
ERSTE ERGEBNISSE**

Der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) ist eine medizinische Herausforderung, die längst auch den ambulanten Sektor eingeholt hat. Denn immer mehr Ärzte behandeln Patienten, die mit dem Methicillin-resistenten Bakterium oder anderen multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert sind. Eine sektorenübergreifende und damit auch nachhaltige Versorgung ist hier also das Gebot der Stunde und wurde durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes mit einer bundesweit einheitlichen Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus in der vertragsärztlichen Versorgung für die Behandlung von MRSA-Patienten im ambulanten Sektor erleichtert.

Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung zum 1. April 2012 konnte bundesweit erstmalig die Behandlung von sogenannten MRSA-Risikopatienten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt und abgerechnet werden. Hierzu wurden neun neue Gebührenordnungspositionen (GOP) eingeführt. Welche Patienten unter die Definition des Risikopatienten fallen, wird dabei von der Vereinbarung sehr genau geregelt.

Ärzte, die die neuen GOP abrechnen wollen, müssen zuvor an einer Fortbildung zum Thema MRSA teilgenommen haben. Dies kann auch eine Online-Fortbildung sein. In diesem Zusammenhang hat die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe im ersten Quartal 2012 neun Seminare zum Thema MRSA in der ambulanten Versorgung angeboten. Themen der Veranstaltungen waren nicht nur die Neuerungen, die sich aus den Änderungen des Infektionsschutzgesetzes ergeben (zum Beispiel Abrechnung), sondern unter anderem auch infektionspräventive Maßnahmen. Insgesamt konnten in den Veranstaltungen weit über 3.000 Personen (Ärzte, Medizinische Fachangestellte und Vertreter der Gesundheitsämter) geschult werden. Die ärztlichen Teilnehmer erhielten im Anschluss an die Veranstaltungsreihe die Abrechnungserlaubnis für die neuen Gebührenordnungspositionen. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe konnte im Jahr 2012 insgesamt 3.149 Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung der MRSA-Leistungen erteilen.

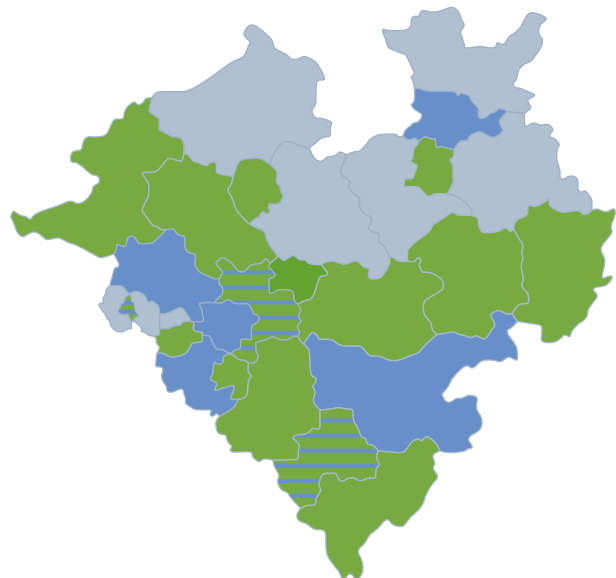
Die MRSA-Vergütungsvereinbarung sieht außerdem vor, dass die Ärzte sich in einem sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisieren. Aus diesem Grund hat die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe 2012 – in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern – zu 13 regionalen MRSA-Fall- und / oder Netzwerkkonferenzen eingeladen. In diesem Rahmen konnten sich die Ärzte aus

14 Kreisen mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Rettungsdienst und andere) über die Versorgung von MRSA-Patienten austauschen und die Kommunikation an den Schnittstellen so weiter verbessern.

ERSTE ABRECHNUNGSERGEBNISSE FÜR WESTFALEN-LIPPE	Q2/2012	Q3/2012
Anzahl MRSA-Genehmigungen	2.451 Praxen	2.453 Praxen
Anzahl „Abrechnende“	970 Praxen	1.036 Praxen
Anzahl der abgerechneten GOP	12.803	14.434
Behandlungsfälle	5.159	5.797

MRSA-FALL- / NETZWERKKONFERENZEN 2012

- Gesundheitsämter in Westfalen-Lippe: 27
- Durchgeführte MRSA-Fall- / Netzwerkkonferenzen: 13 (14 Gesundheitsämter)
 - MRSA-Fall- / Netzwerkkonferenz durchgeführt und für 2013 geplant: zwei
 - Geplante MRSA-Fall- / Netzwerkkonferenzen im Jahr 2013: fünf
 - Noch keine Planung für MRSA-Fall- / Netzwerkkonferenzen: acht



14.599



8,168 Mio.



Zensus 2011

www.kvwl.de



ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN

NETZWERK CIRSMEDICAL.DE

Über die Arbeit des ÄZQ

Als gemeinsames Kompetenzzentrum von KBV und Bundesärztekammer für evidenzbasierte Medizin, Leitlinien, Patienteninformation, Patientensicherheit und Wissensmanagement in der Medizin organisiert und betreibt das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) auch das Netzwerk CIRSmedical.de und entwickelt es stetig fort.

CIRSmedical.de

Im deutschen Gesundheitswesen gewinnen Berichts- und Lernsysteme zunehmend an Bedeutung. Einerseits implementieren immer mehr Institutionen des Gesundheitswesens Berichts- und Lernsysteme, andererseits fördert der Gesetzgeber diese Systeme aktiv mit dem Anfang 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz.

CIRSmedical.de – das offene, anonyme und internetbasierte Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin – startete im Jahr 2005 auf Initiative der KBV und hat sich in der Zwischenzeit zum weitläufigen Netzwerk als gemeinsames Projekt von KBV und Bundesärztekammer weiterentwickelt.

Das zentrale Ziel des Netzwerks ist, durch einrichtungsübergreifendes Lernen aus sicherheitsrelevanten Ereignissen im Gesundheitswesen, die Patientensicherheit zu verbessern. Dieses Ziel wird durch die enge Vernetzung, die technisch einfache Einrichtung von spezifischen Berichtsgruppen, die Bereitstellung einer Berichtsdatenbank für Recherchen und regelmäßige systematische Fallanalysen unterstützt.

Derzeit kooperieren im Netzwerk CIRSmedical.de 107 Berichtsgruppen aus Krankenhäusern, zwölf Berichtsgruppen aus Institutionen des Gesundheitswesens – Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Fachgesellschaften, Berufsverbände, und andere – sowie zwei externe Critical Incident Reporting Systeme (CIRS). Für die Recherche nach Fällen und Lösungsansätzen stehen rund 3.700 Berichte im gesamten Netzwerk zur Verfügung. Außerdem veröffentlichen verschiedene Berichtsgruppen des Netzwerks regelmäßig „Fälle des Monats“ mit systematischen Analysen und Verbesserungsmaßnahmen.

Diese stehen unter anderem auf der Website Patientensicherheit-online.de zur Verfügung und werden mit dem Informationsdienst CIRSmedical.de-Info per E-Mail versendet.

ÜBERSICHT NETZWERK CIRSMEDICAL.DE – TEILNEHMENDE BERICHTSGRUPPEN, JEWEILS IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM ÄZQ

12 Berichtsgruppen für Institutionen des Gesundheitswesens

- › KH-CIRS-Netz Deutschland (mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat)
- › Netzwerk CIRS-Berlin (mit der Ärztekammer Berlin)
- › CIRS-BLÄK (mit der Bayerischen Landesärztekammer)
- › CIRS-NRW (mit den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen)
- › CIRSmedical Anästhesiologie (mit dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin)
- › CIRS-Pädiatrie (mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte)
- › CIRS-Palliativ (mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin)
- › CIRS-Urologie (mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen)
- › CIRS-StKM (mit der Städtisches Klinikum München GmbH)
- › CIRS-DSO (mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation)
- › CIRS-MSP (mit dem Mammographie-Screening-Programm)

107 Berichtsgruppen für Krankenhäuser

2 Kooperationen

- › Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- › Gesellschaft für Risikoberatung

ZUSÄTZLICHE INFOS UNTER

www.aezq.de
www.patientensicherheit-online.de
www.info.cirsmedical.de

KOMPETENZZENTRUM HYGIENE UND MEDIZINPRODUKTE



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

Hygiene in Arztpraxen ist ohne Zweifel ein Muss – nicht nur zum Schutz der Patienten, sondern auch der Praxisteamer. Was das aber genau bedeutet, ist für viele Praxisinhaber immer noch schwer nachzuvollziehen. Die Vorschriften sind umfangreich, ändern sich häufig, können oftmals nur schwer umgesetzt werden, gleichzeitig nimmt die Anzahl der Praxisbegehungen durch die zuständigen Behörden zu.

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

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte befasst sich mit allen Fragen der Hygiene in der Arztpraxis, wie zum Beispiel mit Hygieneplänen, dem Umgang mit übertragbaren Krankheiten und der Vermeidung nosokomialer Infektionen und Multiresistenzen, Aufbereitung von Medizinprodukten, wie beispielsweise ihrer Risikoeinstufung, Reinigung und Desinfektion, Pflege und Funktionsüberprüfung, Sterilisation, aber auch Validierung und Überwachung des Aufbereitungsprozesses sowie Fragen zur Abfallentsorgung, dem Umgang mit Gefahrstoffen und der Arbeitssicherheit.

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

Erleichterung für den Arzt

Alle teilnehmenden Kassenärztlichen Vereinigungen haben Mitarbeiter zu Hygieneberatern ausbilden lassen, die die Ärzte bei der Optimierung der Abläufe in ihren Praxen unterstützen sollen. Auch beraten sie die Ärzte im Vorfeld von Praxisbegehungen und leisten im Nachgang Unterstüt-

zung bei der Umsetzung eventueller Auflagen. Die Grundausbildung vermittelt die Sachkunde nach § 4 Absatz 3 Medizinprodukte-Betreiberverordnung und nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV). Der Kurs schließt mit einer Prüfung ab.

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

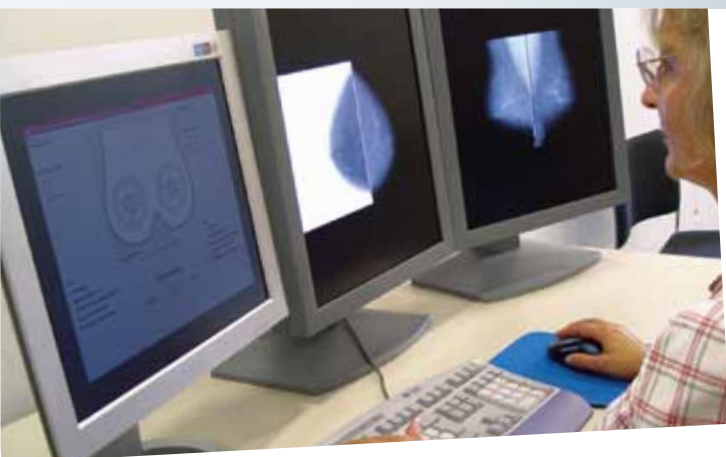
Ein arbeitsreiches erstes Jahr

Im Backoffice wurden zwei große Projekte verabschiedet. Zum einen wurde ein Musterhygieneplan Endoskopie veröffentlicht. In 51 Einzeldateien stehen dem Mitglied ein Musterhygieneplan, Informationsblätter zu Gesetzen und Empfehlungen, Mustervorlagen, Muster-Checklisten und Arbeitsanweisungen zur Aufbereitung von Endoskopen zur Verfügung. Als weiteres Projekt wurde die Website hygiene-medizinprodukte.de online geschaltet. Neben aktuellen News zum Thema Hygiene sowie Terminen zu bundesweiten Hygienekursen besteht über die Website die Möglichkeit, direkten Kontakt zu den Ansprechpartnern der teilnehmenden Kassenärztlichen Vereinigungen aufzunehmen.

Außerdem befasste sich das Backoffice mit dem geänderten Infektionsschutzgesetz und den damit verbundenen neuen Länderhygiene-Verordnungen. Die Umsetzung der verschiedenen Länderhygiene-Verordnungen wird sich noch bis in das Jahr 2013 hinein ziehen. Genauso verhält es sich mit der geänderten Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ vom Herbst 2012. Die umfangreiche Änderung mit acht Anlagen inklusive mehrerer Anhänge führte dazu, dass die Erstellung von Verfahrensanweisungen für Ärzte und Hygieneberater nicht im gleichen Jahr abgeschlossen werden konnte. Weiterhin wurden im Frühjahr zehn weitere Hygieneberater von verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 4 Absatz 3 Medizinprodukte-Betreiberverordnung und den Vorgaben der DGSV ausgebildet.

www.hygiene-medizinprodukte.de

KOMPETENZZENTRUM KURATIVE MAMMOGRAPHIE



ARBEITSTEILUNG SCHAFFT EFFIZIENZ

Arbeitsteilung schafft Effizienz – unter dieser Prämisse beschloss die Vertreterversammlung der KBV im Juni 2007, ein „Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie“ zu etablieren und beauftragte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mit dessen Betreuung. Ziel ist es, Ärzten im gesamten Bundesgebiet zu ermöglichen, Fallsammlungsprüfungen auf dem neuesten Stand der Technik anhand von digital erstellten Aufnahmen durchzuführen. Das Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie stand vor einer Vielzahl von Aufgaben, die es zu bewältigen galt.

Aufgaben Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie

Beispiele:

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

Jede Fallsammlung umfasst 200 Mammographien von 50 Frauen (je vier Aufnahmen). Im Rahmen der Prüfung muss durch die Ärzte angegeben werden, welche Veränderungen des Gewebes auf den jeweiligen Bildern zu erkennen sind und welcher Art diese sind. Mammographierende Ärzte können die Prüfungen wahlweise anhand analoger Printaufnahmen oder unter Nutzung einer digitalen Prüfstation

absolvieren. Die Ergebnisfeststellung erfolgt zeitnah durch die KBV. In Bundesländern, in denen bereits beide Prüfvarianten angeboten werden, ziehen die zu prüfenden Ärzte zwischenzeitlich die digitale Variante der analogen vor. Derzeit setzen bereits acht Kassenärztliche Vereinigungen digitale Prüfstationen ein. Die Mammographievereinbarung sieht vor, dass bis zum 31. März 2014 bundesweit alle Kassenärztlichen Vereinigungen digitale Prüfstationen zu Prüfungszwecken nach Abschnitt C und D der Mammographievereinbarung zur Verfügung stellen sollen. Alle mammographierenden Ärzte haben die Möglichkeit, gegen Aufwendungsersatz digitale Aufnahmen beim Kompetenzzentrum zur Verwendung in einer Fallsammlung einzureichen. Die Aufnahmen müssen die relevanten Kriterien der Mammographievereinbarung erfüllen und technisch einwandfrei sein. Die eingereichten Fälle werden durch ein 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 Fallpool nach Abschnitt C und /oder D und übernimmt deren Zusammenstellung zu einer Fallsammlung. Ein besonderes Augenmerk legen die Experten hierbei auf die Qualität der analogen Ausdrucke unter dem Aspekt Gleichwertigkeit gegenüber der digitalen Darstellung.

Die Fallsammlung nach Abschnitt D wird in dem Zeitraum von zwölf Monaten aus Gründen der Vergleichbarkeit aller Prüfungsergebnisse nicht variiert. Die Aufnahmen der Fallsammlung nach Abschnitt C werden spätestens nach einer maximalen Einsatzzeit von drei Monaten variiert und in der Reihenfolge verändert. Bei der Variation der Fälle wird auf Austauschfälle beziehungsweise den Fallpool zurückgegriffen. Im Jahr 2012 hat das Kompetenzzentrum an die Kassenärztlichen Vereinigungen 48 analoge Fallsammlungsordner (mit jeweils 200 Aufnahmen) nach Abschnitt C und 25 analoge Fallsammlungsordner nach Abschnitt D versandt. Der Versand der Ordner nach Abschnitt D ist mit erheblichen organisatorischen Aufwänden verbunden, da aufgrund der maximalen Einsatzzeit von vier Wochen die Ordner wiederholt zum Einsatz kommen und nach jedem Rücklauf einer Qualitätsprüfung unterzogen werden. Bundesweit haben noch etwa 50 Prozent der mammographisch tätigen Vertragsärzte ihre fachliche Befähigung anhand von analogen Ausdrucken der Röntgenbilder am Filmbeobachtungsgerät nachgewiesen.

www.kvb.de

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG



VERSORGUNGSATLAS.DE

Informieren – Diskutieren – Handeln.
Lernen aus regionalen Unterschieden.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) unterstützt als Stiftung der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit verschiedenen Projekten seine Träger bei ihrem gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung. Das ZI hat in seiner Funktion als gemeinsame Forschungseinrichtung der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Versorgungsatlas ein Internetportal für die Ergebnisse aus der regionalisierten Versorgungsforschung geschaffen.

Der Versorgungsatlas bietet eine öffentlich zugängliche Informationsquelle zu einer stetig wachsenden Anzahl ausgewählter Analysen zu Prozessen und Strukturen der medizinischen Versorgung im regionalen Vergleich. Der Anfang wurde 2011 gemacht. Inzwischen reicht die Themenpalette von Präventionsthemen wie Impfen und Früherkennungsuntersuchungen über Fragestellungen zur Arzneimittelversorgung bis hin zur Darstellung der regionalen Versorgungsstrukturen. Eine Kommentarfunktion ermöglicht es, veröffentlichte Beiträge zu diskutieren oder auch Hinweise auf andere Forschungsarbeiten zu geben.

Jeder Versorgungsatlas-Beitrag wird in Form interaktiver Karten, Tabellen und Diagramme präsentiert und erläutert. Ergänzt wird diese Darstellung durch ausführliche analytische Textteile, welche die Beiträge vertiefen und darüber hinaus Gründe für regionale Unterschiede untersuchen sowie Interpretationen liefern. Schließlich werden die Ergebnisse zum Download angeboten, um diese für weitergehende wissenschaftliche Analysen zur Verfügung zu stellen.

Offenes Angebot für Versorgungsforscher

Bisher enthält der Versorgungsatlas vor allem Beiträge des ZI, das auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V und der Daten zum Arzneiverordnungsgeschehen nach § 300 Abs. 2 SGB V die Versorgungsforschungsergebnisse aus der vertragsärztlichen Versorgung bereitstellt. Da der Atlas aber als Plattform für den Informationsaustausch und den wissenschaftlichen Dialog konzipiert wurde, ist er offen für Beiträge anderer auf dem Gebiet tätiger oder hier forschender Institutionen, die hier ihre eigenen Auswertungsergebnisse veröffentlichen können. Wünschenswert wäre, wenn die Internetplattform somit zu einer digitalen Bibliothek von Forschungsergebnissen zur Bedeutung regionaler Unterschiede in der medizinischen Versorgung in Deutschland würde, um auf diese Weise die Qualitätsförderung durch die KBV, die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Vertragspartner zu unterstützen.

Ausblick

Der Versorgungsatlas kann die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkassen und der Gesundheitspolitik verändern. Je wichtiger regionale Gestaltungsmöglichkeiten in der Versorgungsplanung und in der Vertragspolitik werden, um dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung optimal Rechnung tragen zu können, desto mehr benötigen die verantwortlichen Akteure auf Landes- und Bundesebene ein Monitoringinstrument, welches regionsspezifischen Handlungsbedarf erkennen lässt. Auf diese Weise kann das Versorgungsmanagement so gestaltet werden, dass unerwünschte regionale Unterschiede abgebaut werden und eine optimale Versorgungsqualität im Rahmen des gesetzlichen Leistungsanspruches gewährleistet ist.

THEMEN DES VERSORGUNGSATLAS Stand Mai 2013

PRÄVENTION

- › Influenza-Impfraten bei > 60-Jährigen
- › Darmkrebsfrüherkennung
(Beratung, Okkultbluttest, Früherkennungskoloskopie)
- › Jugendgesundheitsuntersuchung J1

ARZNEIMITTELVERSORGUNG

- › Antibiotikaverordnungsprävalenzen im vertragsärztlichen Bereich
- › PRISCUS-Behandlungsprävalenzen im Jahr 2010

KENNZIFFERN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

- › Arztkontakte im Jahr 2007
- › Mitversorgungsbeziehungen in der vertragsärztlichen Versorgung

SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

- › Polysomnographie

GESUNDHEITSINDIKATOREN

- › Kleinräumige Schätzung von Gesundheitsindikatoren auf Basis der GEDA-Studie 2009
- › Depressionsprävalenz auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

VERSORGUNGSSTRUKTUR

- › Vertragsärzte und Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner

MEHR INFOS UNTER
www.versorgungsatlas.de

KOOPERATIONSGEMEINSCHAFT MAMMOGRAPHIE



MULTITALENT INTERDISZIPLINÄRE FALLKONFERENZ

Ziel des deutschen Mammographie-Screening-Programms ist es, Brustkrebs frühzeitig zu entdecken und dadurch die Mortalität an Brustkrebs zu senken und schonendere Therapien zu ermöglichen. Mithilfe eines umfassenden Qualitätssicherungs- und -managementkonzepts soll dieses Ziel bei gleichzeitiger Minimierung unerwünschter Nebenwirkungen erreicht werden. Ein Kernelement des Qualitätssicherungskonzeptes bilden die multidisziplinären Fallkonferenzen. Sie dienen dazu, interdisziplinäre Diagnosen und Behandlungsentscheidungen an der Schnittstelle zur Pathologie, zum klinischen Bereich und zu den behandelnden Ärzten prospektiv zu treffen und retrospektiv zu bewerten.

Wann kommt es zu einer interdisziplinären Fallkonferenz

Der Ablauf einer Untersuchung im Mammographie-Screening ist vorgegeben und beginnt mit der Erstellung der Mammographie. An diese schließt sich immer eine unabhängige Doppelbefundung an. Eine Konsensuskonferenz folgt dann, wenn mindestens einer der Befunder eine Auffälligkeit dokumentiert hat. Besteht Abklärungsbedarf, so wird die Teilnehmerin zur Abklärungsuntersuchung durch den Programmverantwortlichen Arzt (PVA) eingeladen. Die Abklärung erfolgt mittels klinischer Untersuchung sowie mit weiteren bildgebenden Verfahren. Kann der Verdacht auf Brustkrebs hierbei nicht ausgeräumt werden, erfolgt eine Gewebeentnahme mittels minimal invasiver Biopsie. Jede histologische Abklärung wird in einer präoperativen multidisziplinären Fallkonferenz besprochen. Hieran nehmen neben dem PVA und dem Pathologen sowie fakultativ dem Operateur auch radiologisch und pathologisch tätige Krankenhausärzte, die Befunder und der behandelnde Haus- oder Frauenarzt (sofern von der Teilnehmerin angegeben) teil. Das Ergebnis der Konferenz wird der Patientin vom PVA persönlich mitgeteilt. Nach erfolgter Operation/Therapie wird eine weitere interdisziplinäre Fallkonferenz durchgeführt und das abschließende Ergebnis der Untersuchung und die Diagnose dokumentiert.

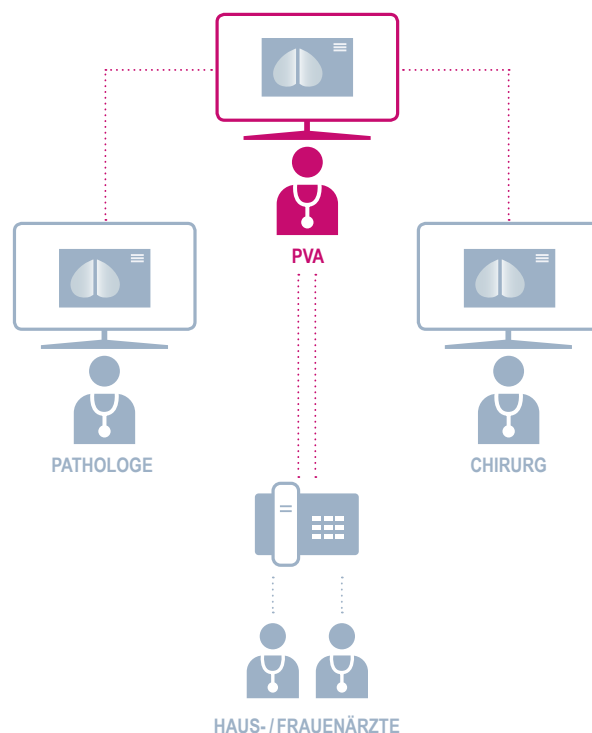
Inhalte der interdisziplinären Fallkonferenzen

In der multidisziplinären Fallkonferenz werden prä- und postoperative histopathologische Ergebnisse miteinander und mit der vorhergehenden bildgebenden Diagnostik verglichen und korreliert. Dies ermöglicht eine sichere Diagnosestellung beziehungsweise die Empfehlung weiterer Maßnahmen. So können Fehlinterpretationen des histopathologischen Ergebnisses durch interdisziplinäre Diskussionen zwischen PVA und Pathologen vermieden werden. Zugleich ist die retrospektive und interdisziplinäre Begutachtung der einzelnen Schritte der Diagnosekette für alle Beteiligten mit einem großen Lerneffekt verbunden. Somit

wird eine kontinuierliche Fortbildung und Qualitätsverbesserung erreicht. Darüber hinaus wird in den Fallkonferenzen auch das weitere Vorgehen beraten, wodurch die Fallkonferenz eine optimale Informationsvermittlung an der Schnittstelle zum klinischen Bereich und zu den behandelnden Ärzten ermöglicht.

Überwindung von Grenzen durch moderne Technik

Die Teilnahme an den wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen ist mit einem hohen personellen und logistischen Aufwand verbunden. Insbesondere für die Teilnehmer, die vielleicht nur für einzelne Fälle teilnehmen, lässt sich die Teilnahme nur schwer in den Praxisalltag integrieren. Um dennoch einen effizienten Informationsaustausch mit den behandelnden Haus- und Frauenärzten zu ermöglichen, wurde für diese Arztgruppen bereits im September 2010 die Möglichkeit zur telefonischen Teilnahme eingeführt. Im Januar 2012 folgte dann die Möglichkeit für die PVÄ zur Durchführung der Fallkonferenzen in Form von Online-Bild-Konferenzen. Hierbei werden sowohl digitale Aufnahmen als auch histopathologische Schnittbilder im Mikroskop online übertragen.



www.mammo-programm.de

QUALITÄTS-
FÖRDERUNG
VON A-Z

BUNDESWEIT
GELTENDE
QUALITÄTSSICHERUNGS-
VEREINBARUNGEN
UND -RICHTLINIEN

2







Akupunktur



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

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

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

PRAXISBEGEHUNG /HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG /QUALITÄTSSCHLEIFEN: jährlich 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

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
GENEHMIGUNGEN						4)			4)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	1.741	1.502	534	171	87	168	659	123	679	1.253	409	134	380	190	281	168	1.130
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	1.693	1.517	545	177	89	170	658	119	715	1.283	414	137	382	189	280	169	1.129
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	45	216	64	6	4	23	26	0	33	38	24	6	10	0	7	4	83
› davon Anzahl Genehmigungen	42	207	62	6	4	22	22		33	38	24	6	7		3	4	66
› davon Anzahl Ablehnungen	3	9	2	0	0	1	4		0	0	0	0	3		4	0	17
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	5	16	1	0	4	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
› aus sonstigen Gründen		5	16	1		4	1						1				
› wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6		0	0	0		0	0						0				
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	22	15	1	3	0	11	0	4	2	6	19	3	6	1	7	0	18

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG AKUPUNKTUR

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6	2)	2)	2), 3)				2)			6)	2)	2)		3)	2), 7)		2)
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	1.539	1.299	519	163	82	159	554	114	715	1.184	382	131	371	177	267	160	1.111
abrechnende Ärzte geprüft, in %	4,2	6,2	5,4	4,9	6,1	5,7	6,1	5,3	5,0	2,4	5,2	5,3	5,1	7,9	5,6	5,6	9,4
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden - Ärzte	13	66	1	0	0	0	6	3	0	0	10	2	8	12	6	2	14
› davon bestanden	13	60	1				0	3			10	2	6	11	6	1	11
› davon nicht bestanden	0	6	0				6	0			0	0	2	1	0	1	3
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	6	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	1	3	0	4	0
› davon bestanden		6					6						1	2		4	
› davon nicht bestanden		0					2						0	1		0	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden - Ärzte	52	15	27	8	5	9	28	3	36	28	10	5	11	2	9	7	90
› davon bestanden	48	12	26	8	5	8	8	3	24	28	9	5	11	2	8	3	79
› davon nicht bestanden	4	3	1	0	0	1	20	0	12	0	1	0	0	0	1	4	11
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	6	0	3	0	0	0	6	0	12	0	0	0	1	2	0	0	6
› davon bestanden	6		3				5		12				1	2			6
› davon nicht bestanden	0		0				1		0				0	0			0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
› davon bestanden																	1
› davon nicht bestanden																	0
MÄNGELANALYSE																	
Anzahl geprüfter Dokumentationen - normale Fälle	742	514	301	96	60	108	557	68	432	747	237	76	245	168	168	147	1.239
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	33	85	65	0	0	24	128	0	144	0	23	5	5	12	77	27	88
› davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0	31	65			12	5)		144		18	5	1	0	65	24	35
› davon nicht nachvollziehbar begründet	0	29	0			0	5)		0		0	0	4	0	0	0	31
› davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	33	25	0			12	5)		0		5	0	0	12	12	3	22
Anzahl geprüfter Dokumentationen - Ausnahmefälle	462	50	338	91	38	114	182	36	264	94	73	30	40	36	73	76	1.176
Anzahl unvollständiger oder nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	19	13	31	0	0	28	57	0	65	0	4	0	1	0	38	19	39
› davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0	3	31			18	5)		65		0		1		30	12	16
› davon nicht nachvollziehbar begründet	0	10	0			0	5)		0		1		0		0	0	8
› davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	19	0	0			10	5)		0		3		0		8	7	15
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 ABS. 2																	
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.565	3)	518	176	84	164	3)	119	715	646	3)	96	383	130	263	163	1.125

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Nicht alle Ärzte haben zwölf normale Fälle oder 18 Ausnahmefälle im Prüfzeitraum abgerechnet, deshalb Differenz in der Anzahl geprüfter Dokumentationen. 3) Die Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung sind noch nicht abgeschlossen, deshalb zum Teil keine Angaben möglich. 4) Angaben zu Ärzten mit Genehmigung des Vorjahres korrigiert, da zuvor fehlerhaft übertragen. 5) Differenzierung der unvollständigen oder nicht nachvollziehbaren Dokumentationen wurde 2012 nicht vorgenommen. 6) Zu jedem geprüften Arzt wurden die Dokumentationen zu abgerechneten Ausnahmefällen ergänzt um Normalfälle bis zur Zahl 30 geprüft, deshalb hier eine deutlich höhere Anzahl geprüfter Normalfälle als in der Vereinbarung gefordert. Aus diesem Grund wurde der Prüfumfang von fünf Prozent der abrechnenden Ärzte unterschritten. 7) Vier Ärzte müssen erst 2013 die Fortbildungen nachweisen.

Ambulantes Operieren



VERTRAG ZU AMBULANTEN OPERATIONEN UND STATIONSERSETZENDEN LEISTUNGEN IM KRANKENHAUS (AOP-VERTRAG)
Rechtsgrundlage: § 115b SGB V, Gültigkeit: seit 1.6.2012, zuletzt geändert: 1.1.2013 (Anlage I)

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
✓ GENEHMIGUNGEN	3)							4)				5)					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	4.434	5.117	2.543	743	282	1.148	2.771	517	2.662	3.420	1.364	415	1.421	685	1.051	621	2.457
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	4.684	5.163	2.525	774	300	1.131	2.406	516	2.672	2.957	1.382	413	1.489	692	1.076	612	2.454
Anzahl beschiedene Anträge 1)	314	774	250	65	21	208	421	25	359	479	44	23	92	38	57	42	529
› davon Anzahl Genehmigungen	313	756	250	65	21	208	421	24	358	479	42	23	92	38	56	42	526
› davon Anzahl Ablehnungen	1	18	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	3
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0
› davon ohne Beanstandungen								2		2							
› davon mit Beanstandungen								1		0							
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	23	153	0	0	84	2)	1	63	173	26	13	19	31	31	19	23



STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seite 62/63.

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Angaben zu Rückgaben / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht möglich. 3) Differenz der Anzahl Genehmigungen zu Angaben für 2011, da 2011 auch Ärzte mit Genehmigungen zur Anästhesiologie umfasst waren. 4) Unterschied der Anzahl der Genehmigungen 2012 im Vergleich zu 2011 durch damalige Doppelungen begründet. 5) Ein Widerruf erfolgte im Zusammenhang mit der Beendigung einer Genehmigung zur Koloskopie.



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: 9.4.2013

VEREINBARUNG ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG VON BLUTREINIGUNGSVERFAHREN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZU DEN BLUTREINIGUNGSVERFAHREN)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes

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

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

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: ergänzende ärztliche Beurteilung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
✓ GENEHMIGUNGEN	2)		4)														
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	98	174	20	45	17	30	39	26	46	110	55	22	25	33	23	37	80
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	111	109	20	45	21	30	42	27	80	120	62	21	30	37	23	38	86
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	19	16	2	3	4	10	5	6	23	10	9	0	5	4	0	1	7
› davon Anzahl Genehmigungen	19	13	1	3	4	10	4	6	23	10	9		5	4		1	7
› davon Anzahl Ablehnungen	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0		0	0		0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	1	3	0	7	2	3	0	0	2	1	0	0	0	0	1

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
II INDIKATIONEN	3)																
LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung																	
Anzahl Erstanträge	0	0	4	0	0	2	0	0	1	1	0	0	2	1	2	0	2
› davon angenommen			3			2			1	1			2	1	1		2
› davon abgelehnt			1			0			0	0			0	0	1		0
Anzahl Folgeanträge	7	2	24	0	1	2	1	6	1	11	19	0	8	9	5	4	2
› davon angenommen	7	2	24		0	2	1	6	1	11	19		8	9	5	4	2
› davon abgelehnt	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
LDL-Apherese bei schwerer Hypercholesterinämie																	
Anzahl Erstanträge	5	26	4	19	0	0	3	15	21	77	4	0	13	11	0	3	23
› davon angenommen	4	22	4	10			2	14	19	50	4		5	9		2	6
› davon abgelehnt	1	4	0	9			1	1	2	27	0		8	2		1	17
Anzahl Folgeanträge	48	168	16	92	0	25	49	59	94	212	18	7	40	37	8	33	113
› davon angenommen	48	166	16	89		24	49	59	93	212	18	7	40	37	8	33	110
› davon abgelehnt	0	2	0	3		1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung																	
Anzahl Erstanträge	3	15	7	9	0	6	6	3	64	11	6	3	6	10	3	16	12
› davon angenommen	2	13	5	5		5	4	3	49	9	5	3	5	8	3	10	3
› davon abgelehnt	1	2	2	4		1	2	0	15	2	1	0	1	2	0	6	9
Anzahl Folgeanträge	8	57	32	7	0	31	8	11	131	7	21	6	21	23	2	24	28
› davon angenommen	8	55	32	7		31	7	11	130	7	21	6	21	22	2	24	28
› davon abgelehnt	0	2	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis																	
Anzahl Erstanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Folgeanträge	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
› davon angenommen						1											
› davon abgelehnt						0											

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Angaben zu Genehmigungen erfolgen 2012 praxisbezogen, deshalb geringere Anzahl als 2011. 3) Antrag zur Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung noch nicht entschieden. 4) Angaben zu Genehmigungen umfassen ab 2012 auch angestellte Ärzte.

Arthroskopie



VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG ARTHROSKOPISCHER LEISTUNGEN (ARTHROSKOPIE-VEREINBARUNG)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994

RICHTLINIE ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG ARTHROSKOPISCHER OPERATIONEN (QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE ARTHROSKOPIE),

Rechtsgrundlage § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 3.3.2010

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

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

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

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

✓ GENEHMIGUNGEN

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	545	787	207	61	35	79	334	53	291	345	218	84	133	60	122	85	307
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	579	821	218	62	36	80	344	54	297	393	221	88	141	61	119	97	314
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	61	153	25	4	3	11	68	2	36	24	17	10	8	3	7	12	51
› davon Anzahl Genehmigungen	61	151	25	4	3	9	68	2	34	24	16	10	8	3	5	12	51
› davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0	0	0	2	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
› davon bestanden																	1
› davon nicht bestanden																	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	²⁾	1	6	0	2	6	²⁾	1	6	10	14	2	0	2	8	1	12

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ARTHROSKOPISCHE UNTERSUCHUNGEN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	396	573	150	53	36	52	228	37	226	260	129	56	100	38	75	97	202
Anzahl geprüfter Ärzte	49	145	15	9	11	6	23	5	35	35	8	6	15	3	16	12	32
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	48	125	15	9	11	4	23	5	31	35	6	6	13	3	14	12	20
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	1	20	0	0	0	2	0	0	4	0	2	0	2	0	2	0	12
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	12,1	21,8	10,0	17,0	30,6	7,7	10,1	13,5	13,7	13,5	4,7	10,7	13,0	7,9	18,7	12,4	9,9
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % (rechnerisch 5,5 %) der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	3)								4)				5)				
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
› keine Beanstandung	6	72	15	8	7	2	8	3	4	19	4	5	8	2	3	3	6
› geringe Beanstandungen	7	33	0	1	1	1	6	0	7	9	2	1	3	0	9	5	7
› erhebliche Beanstandungen	2	14	0	0	0	0	3	1	5	5	0	0	0	0	2	1	2
› schwerwiegende Beanstandungen	33	6	0	0	3	1	6	1	10	2	0	0	2	1	0	3	5
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
› keine Beanstandung	0	13				1			1		2		1		0		3
› geringe Beanstandungen	0	6				1			1		0		0		2		5
› erhebliche Beanstandungen	0	1				0			1		0		0		0		0
› schwerwiegende Beanstandungen	1	0				0			1		0		1		0		4
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	47	86	0	0	4	3	15	2	25	11	0	1	2	1	2	10	21
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	2	0	8	0	0	7	2	0	1	0	2	0	2
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	37	19	0	0	3	0	5	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
› davon bestanden	1	5							1								3
› davon nicht bestanden	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	1	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) Angaben zu Rückgaben / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen sind nicht möglich. 3) Das Fehlen einzelner inhaltlicher Anforderungen wird als schwerwiegende Beanstandung gewertet. 4) Fünf der Routineprüfungen sind noch nicht abgeschlossen. 5) Ein Prüfverfahren ist wegen einer Nachforderung noch nicht abgeschlossen, deshalb bisher nur eine Aufforderung zu einem Beratungsgespräch.

Balneophototherapie



QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR BALNEOPHOTOTHERAPIE

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

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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
✓ GENEHMIGUNGEN	2), 3)										4)	5)	6)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	74	157	19	7	16	20	32	2	95	76	33	14	31	9	34	15	112
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	79	145	23	5	17	23	38	2	105	81	36	12	33	15	36	16	112
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	7	17	6	0	2	3	6	0	18	10	3	1	4	6	5	1	28
› davon Anzahl Genehmigungen	6	12	6		2	3	6		18	9	3	0	3	6	4	1	24
› davon Anzahl Ablehnungen	1	5	0		0	0	0		0	1	0	1	1	0	1	0	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	19	2	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	3
☰ WARTUNGSNACHWEISE § 8																	
Anzahl abrechnender Ärzte	75	154	14	5	17	21	25	2	105	69	34	12	29	11	36	14	111
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	15	29	3	5	3	6	7	2	22	20	0	0	7	2	8	2	52
› davon Nachweise erbracht	15	28	3	5	3	6	7	2	18	20			6	2	8	2	52
› davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0			1	0	0	0	0
Anzahl nochmaliger Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0			1	0	0	0	0
› davon Nachweise erbracht									4				1				
› davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht									0				0				
abrechnende Ärzte geprüft, in %	20,0	18,8	21,4	100,0	17,6	28,6	28,0	100,0	21,0	29,0	0	0	24,1	18,2	22,2	14,3	46,8

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Ein Arzt, der nach § 8 Abs. 2 geprüft wurde hat seine Genehmigung zurückgegeben, deshalb Differenz in der Zahl der Ergebnisse. 3) Hohe Anzahl Beendigungen durch Schließung eines großen Zentrums für Balneotherapie, das von 17 Ärzten als Apparategemeinschaft genutzt wurde. 4) Prüfungen der Wartungsnachweise wurden aus organisatorischen Gründen (Umorganisation) nicht durchgeführt. 5) 2011 wurden von mehr als 80 Prozent der abrechnenden Ärzte die Wartungsnachweise geprüft, nächste Prüfungen finden 2013 statt. 6) Bei den Widerrufen handelt es sich um Teilwiderufe.

Blutreinigungsverfahren / Dialyse



VEREINBARUNG ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG VON BLUTREINIGUNGSVERFAHREN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZU DEN BLUTREINIGUNGSVERFAHREN)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009

VERSORGUNG CHRONISCH NIERENINSUFFIZIENTER PATIENTEN

Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, Gültigkeit: seit 1.7.2002, zuletzt geändert: 1.4.2012

RICHTLINIE ZUR SICHERUNG DER QUALITÄT VON DIALYSE-BEHANDLUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE)

Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert: 1.1.2011

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

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei Dialyse von Erwachsenen ist die 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

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	
GENEHMIGUNGEN	2)								3)				4)				5)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	219	398	110	45	17	42	239	61	130	173	119	30	80	97	54	82	195	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	218	488	116	55	21	44	246	53	129	176	124	30	79	98	56	86	211	
Anzahl beschiedene Anträge 1)	43	154	22	3	4	3	24	5	20	10	4	1	6	5	2	6	6	
› davon Anzahl Genehmigungen	43	146	22	3	4	3	24	5	19	10	3	1	3	5	2	5	4	
› davon Anzahl Ablehnungen		8							1		1		3			1	2	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
› davon bestanden		1																
› davon nicht bestanden		0																
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	
› davon ohne Mängel									0									
› davon mit Mängeln									4									
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	6	1	5	0	0	1	2	5	2	6	1	1	0	4	2	0	2	

AUS DEN TÄTIGKEITSBERICHTEN DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN § 7 ABS. 3 QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE, BERICHTSZEITRAUM 1.1. - 31.12.2012

Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung gemäß § 2 Abs. 1 teilnehmen																	
I/2012	78	124	32	24	7	14	58	24	71	76	37	13	35	25	22	23	70
II/2012	78	123	32	23	7	14	58	24	71	76	37	13	34	25	22	23	70
III/2012	78	123	32	24	7	14	58	24	70	76	37	13	35	25	22	23	69
IV/2012	78	123	32	24	7	14	58	24	69	76	37	13	34	25	22	23	69
Anzahl der Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	4	4	4	4	4
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	14	30	11	12	10	7	31	4	34	4	2	0	0	11	3	0	77
Maßnahmen, auch aufgrund der Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1																	
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	0	30	0	4	10	2	11	2	1	1	0	6	0	0	1	0	42
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	0	0	1	0	0	0	2	0	6	2	0	0	0	0	0	0	4
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	1	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) Differenz der Anzahl der Genehmigungen von 2012 zu 2011 durch hohe Fluktuation der Ärzte in den Praxen des Kuratoriums für Hemodialyse begründet. 3) Bei den Stichprobenprüfungen handelte es sich jeweils lediglich um eine Auffälligkeit, welche durch die in den Einrichtungen angeforderten Stellungnahmen ausreichend begründet wurde, sodass weiterhin kein Zweifel an der ordnungsgemäßen Behandlung durch die Dialyse-Einrichtungen besteht. 4) Bei drei der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln war der Grund ein Softwarefehler. 5) Vier weitere Beratungsgespräche sind noch offen.



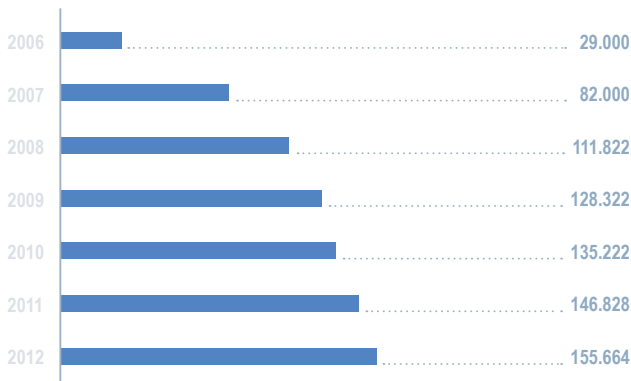
Disease-Management-Programme

Ende des Jahres 2012 waren über sechs Millionen Patienten in Disease-Management-Programme 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 zum 31. Dezember 2012 etwa 7,2 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen.

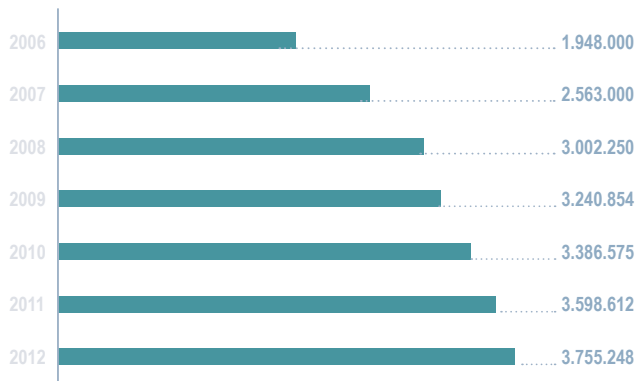
Mit etwa 3,7 Millionen Patienten sind mehr als die Hälfte der DMP-Patienten in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben. Im Disease-Management-Programm Koronare Herzkrankheit (KHK) sind 1,7 Millionen Patienten eingeschrieben, das sind etwa 24 Prozent aller DMP-Einschreibungen.

ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PATIENTEN FÜR DEN ZEITRAUM 2006 BIS 2012 ¹⁾

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

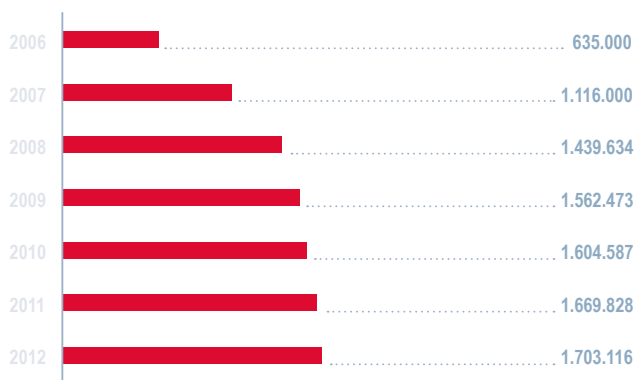


DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

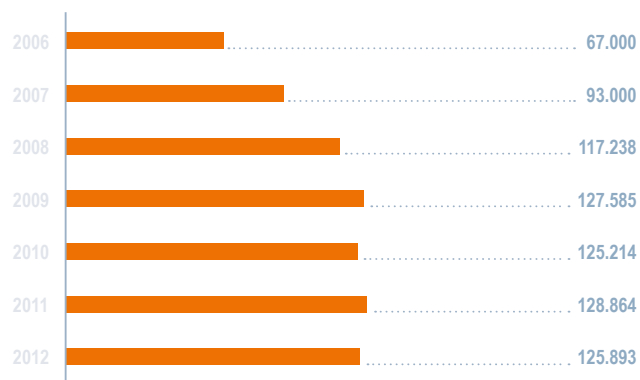


ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PATIENTEN FÜR DEN ZEITRAUM 2006 BIS 2012 ¹⁾

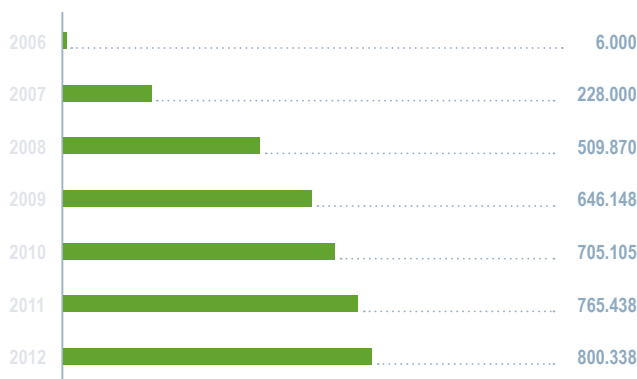
DMP KORONARE HERZKRANKHEIT



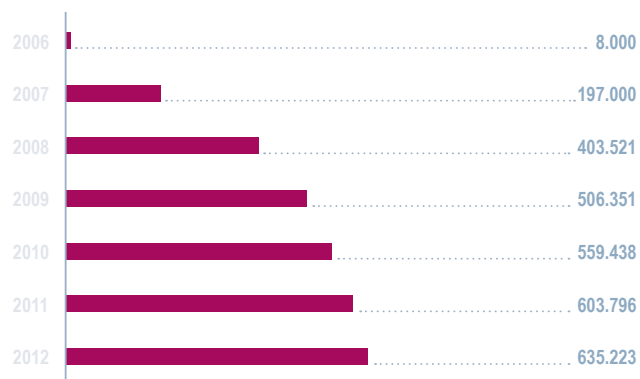
DMP BRUSTKREBS



DMP ASTHMA



DMP COPD



¹⁾ Quelle: BVA Tätigkeitsberichte (2006 und 2007) und amtliche Statistik des BMG KM6 Teil II (2008 bis 2012)

ERGEBNISSE AUS DEM DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK)

Im Qualitätsbericht der KBV, Ausgabe 2012, wurde in Grafiken die Entwicklung der Zielerreichung der Qualitätsziele des DMP Diabetes mellitus Typ 2 für die Jahre 2008, 2009 und 2010 im Bundesdurchschnitt dargestellt. In der diesjährigen Ausgabe beziehen sich die Grafiken auf das DMP Koronare Herzkrankheit. Es werden die Ergebnisse im Bundesdurchschnitt für die Jahre 2008, 2009, 2010 und 2011 dargestellt.

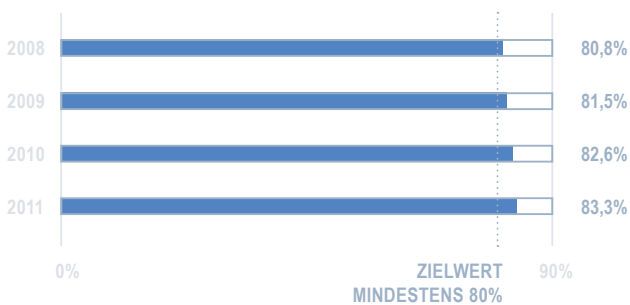
Die Berechnung des Bundesdurchschnitts erfolgte auf der Basis der in den jeweiligen Berichten ausgewiesenen absoluten Zahlen. Zusätzlich wird eine verlaufsbezogene Darstellung nach DMP-Teilnahmedauer der KHK-Patienten mit Hypertonie für den Indikator „Blutdruck“ dargestellt.

DATENBASIS

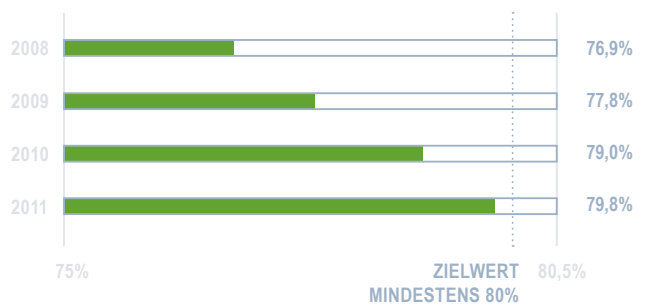
Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen aus 13 Kassenärztlichen Vereinigungen zu den Jahren 2008 bis 2011 bilden die Grundlage für die folgenden Darstellungen. Es wurden nur Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen berücksichtigt, die durchgängig für alle vier Jahre vorliegen.

Eine Berichtsserie bezieht sich jeweils auf das gesamte Jahr, zehn auf das entsprechende zweite Halbjahr. In zwei Berichtsserien wird der Zeitraum vom 1. April bis zum 30. September des jeweiligen Jahres berücksichtigt. Aus den nicht identischen Betrachtungszeiträumen ergeben sich teilweise Unschärfen in der Vergleichbarkeit.

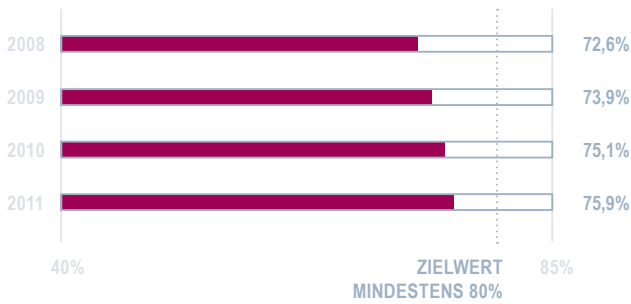
VERORDNUNG EINES THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMERS
 ANTEIL DER PATIENTEN, DENEN EIN THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER VERORDNET WURDE¹⁾



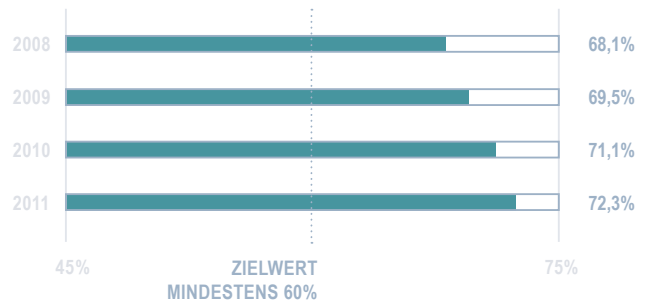
VERORDNUNG EINES BETABLOCKERS
 ANTEIL DER PATIENTEN, DENEN EIN BETABLOCKER VERORDNET WURDE¹⁾



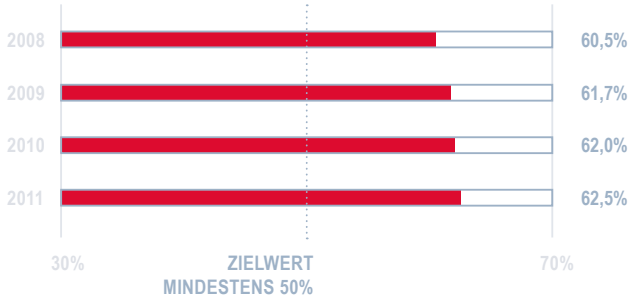
VERORDNUNG EINES ACE-HEMMERS BEI PATIENTEN MIT HERZINSUFFIZIENZ
 ANTEIL DER PATIENTEN MIT HERZINSUFFIZIENZ, DENEN EIN ACE-HEMMER VERORDNET WURDE¹⁾



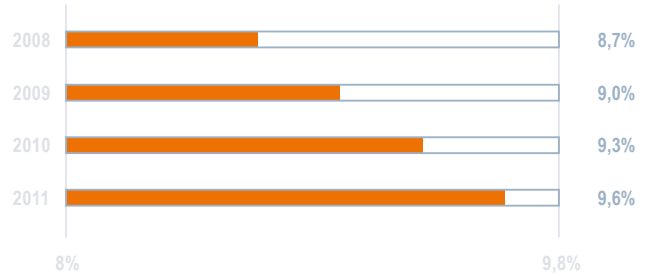
VERORDNUNG EINES STATINS
 ANTEIL DER PATIENTEN, DENEN EIN STATIN VERORDNET WURDE¹⁾



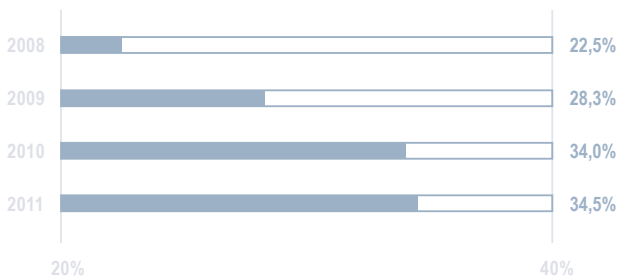
HYPERTONIKER MIT NORMOTENSIVEN BLUTDRUCKWERTEN
 ANTEIL DER PATIENTEN MIT HYPERTONIE, DIE NORMOTENSIVE BLUTDRUCKWERTE AUFWEISEN¹⁾



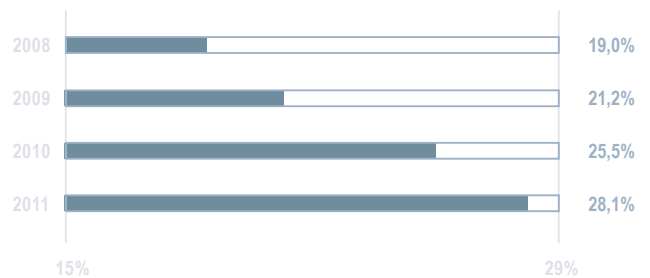
NIEDRIGER ANTEIL AN RAUCHENDEN PATIENTEN
 ANTEIL DER PATIENTEN, DIE RAUCHEN¹⁾



ÜBERWEISUNG BEZIEHUNGSWEISE EINWEISUNG BEI NEU EINGETRETERER ANGINA-PECTORIS
 ANTEIL DER PATIENTEN MIT NEU AUFGETRETERER ANGINA-PECTORIS, DIE ZUR FACHÄRZTLICHEN BETREUUNG ÜBER- ODER EINGEWIESEN WURDEN²⁾



ÜBERWEISUNG BEZIEHUNGSWEISE EINWEISUNG BEI NEU AUFGETRETERER HERZINSUFFIZIENZ
 ANTEIL DER PATIENTEN MIT NEU AUFGETRETERER HERZINSUFFIZIENZ, DIE ZUR FACHÄRZTLICHEN BETREUUNG ÜBER- ODER EINGEWIESEN WURDEN²⁾



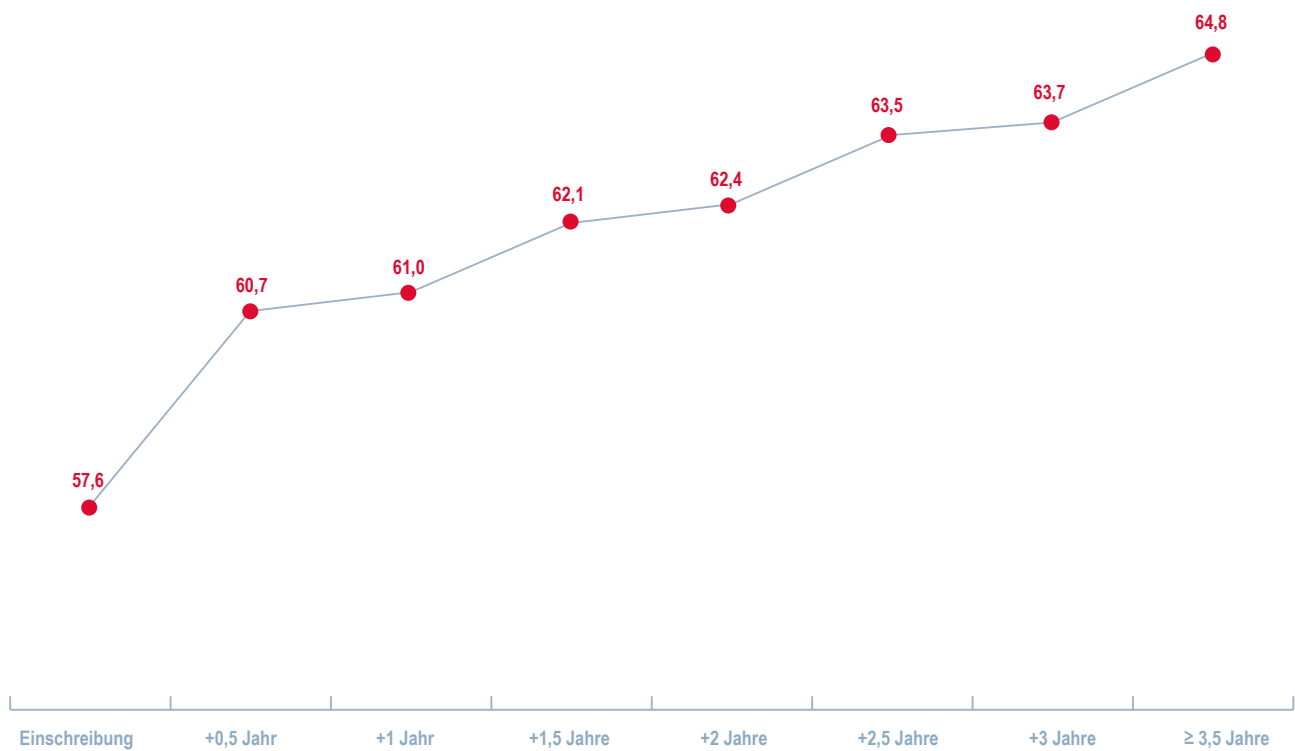
1) Quelle: Feedbackberichte aus 13 KVen 2) Quelle: Feedbackberichte aus zwölf KVen



VERLAUFSBEZOGENE DARSTELLUNG

In die verlaufsbezogene Darstellung gehen Werte ein, die die Patienten nach der jeweils angegebenen DMP-Teilnahmedauer aufweisen. Im Diagramm wird dargestellt, wie sich die erhobenen Werte mit steigender DMP-Teilnahmedauer verändern.

ANTEIL DER HYPERTONIKER MIT NORMOTENSIVEN BLUTDRUCKWERTEN (< 140/90 mmHg) IN PROZENT ¹⁾



¹⁾ Quelle: Feedbackberichte aus zwölf KVen aus dem Jahr 2011

Vertragsumfang der Disease-Management-Programme

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ¹⁾	PATIENTEN ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.550	423.483
Bayern	KV – alle Kassen	8.300	519.091
Berlin	KV – alle Kassen	1.850	153.020
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.375	179.221
Bremen	KV – alle Kassen	433	30.564
Hamburg	KV – alle Kassen	900	54.560
Hessen	KV – alle Kassen	3.703	225.314
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.025	101.128
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.217	320.172
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.038	434.538
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.475	187.397
Saarland	KV – alle Kassen	630	50.126
Sachsen	KV – alle Kassen	2.489	309.837
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.450	182.375
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.618	95.638
Thüringen	KV – alle Kassen	1.332	138.397
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.657	350.387

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ¹⁾	PATIENTEN ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	221	13.619
Bayern	KV – alle Kassen	2.575	23.264
Berlin	KV – alle Kassen	224	6.844
Brandenburg	KV – alle Kassen	83	5.480
Bremen	KV – alle Kassen	22	1.331
Hamburg	KV – alle Kassen	48	4.732
Hessen	KV – alle Kassen	231	10.188
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	53	2.742
Niedersachsen	KV – alle Kassen	189	16.020
Nordrhein	KV – alle Kassen	956	18.268
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	142	8.146
Saarland	kein Vertrag mit KV		60
Sachsen	KV – alle Kassen	140	10.020
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	185	5.560
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	58	7.005
Thüringen	KV – alle Kassen	67	4.473
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	873	17.912

DMP BRUSTKREBS

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ¹⁾	PATIENTEN ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	828	8.880
Bayern	KV – alle Kassen	2.114	19.700
Berlin	kein Vertrag mit KV		4.798
Brandenburg	KV – alle Kassen	182	5.295
Bremen	KV – alle Kassen	69	968
Hamburg	KV – alle Kassen	114	1.215
Hessen	kein Vertrag mit KV		11.549
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	175	3.276
Niedersachsen	KV – alle Kassen	616	14.982
Nordrhein	KV – alle Kassen	901	13.602
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	322	5.868
Saarland	KV – alle Kassen	112	1.420
Sachsen	KV – alle Kassen	250	4.745
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	166	3.420
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	337	5.582
Thüringen	KV – alle Kassen	151	3.715
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	814	16.878

DMP KHK

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ¹⁾	PATIENTEN ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.139	167.118
Bayern	KV – alle Kassen	8.419	237.964
Berlin	KV – alle Kassen	1.838	71.972
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.384	92.969
Bremen	KV – alle Kassen	435	12.282
Hamburg	KV – alle Kassen	835	21.681
Hessen	KV – alle Kassen	3.758	88.743
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.002	50.842
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.055	167.002
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.103	203.991
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.389	75.325
Saarland	KV – alle Kassen	651	22.859
Sachsen	KV – alle Kassen	2.268	114.621
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.396	79.335
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.586	46.966
Thüringen	KV – alle Kassen	1.275	69.151
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.658	180.295



DMP ASTHMA / COPD

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ERKRANKUNG	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ¹⁾	PATIENTEN ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	Asthma	6.017	74.785
		COPD	5.629	60.671
Bayern	KV – alle Kassen	Asthma/COPD	9.019	224.987
Berlin	KV – alle Kassen	Asthma	1.430	47.312
		COPD	1.369	39.217
Brandenburg	KV – alle Kassen	Asthma	770	37.849
		COPD	774	29.829
Bremen	KV – alle Kassen	Asthma	464	8.011
		COPD	408	7.000
Hamburg	KV – alle Kassen	Asthma	775	16.527
		COPD	686	8.680
Hessen	KV – alle Kassen	Asthma	3.517	43.755
		COPD	3.255	28.925
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	Asthma	663	16.710
		COPD	611	13.503
Niedersachsen	KV – alle Kassen	Asthma	3.997	95.212
		COPD	3.670	74.652
Nordrhein	KV – alle Kassen	Asthma	4.865	81.681
		COPD	4.325	89.888
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	Asthma	2.174	16.172
		COPD	2.011	29.869
Saarland	KV – alle Kassen	Asthma	617	8.470
		COPD	556	7.786
Sachsen	KV – alle Kassen	Asthma	1.090	48.011
		COPD	1.031	29.773
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	Asthma/COPD	1.163	37.010
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	Asthma	1.508	24.222
		COPD	1.362	15.429
Thüringen	KV – alle Kassen	Asthma	857	30.200
		COPD	761	19.885
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	Asthma	4.515	94.223
		COPD	4.073	75.317

¹⁾ Anzahl der Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31.12.2012 ²⁾ DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG

Fakultative Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V

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

In den Stichprobenprüfungen wird die Qualität der jeweiligen Untersuchung auf der Grundlage der schriftlichen und gegebenenfalls bildlichen Dokumentationen beurteilt. Eine Überprüfung kann auch kriterienbezogen veranlasst werden, zum Beispiel bei vorausgegangenem Auffälligkeiten. Den Stichprobenprüfungen sind Kriterien zur Qualitätsbeurteilung gemäß den Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Grunde zu legen, die für die Bereiche Radiologische Diagnostik (Röntgendiagnostik und Computertomographie) seit 1992, für die Kernspintomographie seit 2001 und für die Arthroskopie seit 2010 vorliegen. Die Ergebnisse dieser Prüfungen finden Sie in diesem Bericht auf Seite 49 zur Arthroskopie, auf Seite 84 und 85 zur Kernspintomographie und auf den Seiten 119 bis 121 zur konventionellen Röntgendiagnostik und zur Computertomographie.

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

Zur Ultraschalldiagnostik prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen Hessen und Rheinland-Pfalz auf Grundlage der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V, andere Kassenärztliche Vereinigungen führen Dokumentationsprüfungen auf Grundlage der zum 1. April 2009 neu gefassten Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V durch. Beide Prüfverfahren können organisatorisch verbunden werden.

Ähnliches gilt bei der Magnetresonanztomographie sowie der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger. Hier finden in den Kassenärztlichen Vereinigungen Prüfungen, zum Teil auf Grundlage von § 135 Abs. 2 SGB V, zum Teil auf Grundlage von § 135 Abs. 1 SGB V statt. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin bezieht sich bei beiden Leistungsbereichen auch auf § 136 Abs. 2 SGB V.

Kassenärztliche Vereinigungen	Ambulantes Operieren		Herzschritt-macher-Kontrolle		Herzschritt-macher-Kontrolle		Herzschritt-macher-Kontrolle		Interventionelle Radiologie		Langzeit-EKG		Langzeit-EKG		Langzeit-EKG		Langzeit-EKG		Langzeit-EKG		Magnetresonanztomographie		Onkologie		Schlafbezogene Atmungsstörungen		Schlafbezogene Atmungsstörungen		Nuklearmedizin		Nuklearmedizin		Substitution		Ultraschalldiagnostik		Ultraschalldiagnostik													
	BE	BE	MV	SN	HE	BE	BB	MV	ST	WL	BE	WL	BB	ST	HH	HE	BE	HE	RP																															
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																																																		
PRÜFUMFANG																																																		
abrechnende Ärzte	1.031	72	48	114	32	556	311	138	288	1.312	79	371	62	70	39	101	134	---	3.938																															
Anzahl geprüfter Ärzte	49	6	2	5	3	37	12	21	31	78	4	32	12	4	10	7	52	39	175																															
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	49	6	2	5	2	26	10	19	29	74	4	32	11	4	10	7	49	---	145																															
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	0	0	0	1	11	2	2	2	4	0	0	1	0	0	3	39	30																																
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	4,8	8,3	4,2	4,4	6,3	4,7	3,2	13,8	10,1	5,6	5,1	8,6	17,7	5,7	25,6	6,9	36,6	4)	3,7																															

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE

› FORTSETZUNG FAKULTATIVE
STICHPROBENPRÜFUNGEN
NACH § 136 ABS. 2

	Ambulantes Operieren	Herzschrittmacher-Kontrolle	Herzschrittmacher-Kontrolle	Herzschrittmacher-Kontrolle	Interventionelle Radiologie	Langzeit-EKG	Langzeit-EKG	Langzeit-EKG	Langzeit-EKG	Langzeit-EKG	Magnetresonanztomographie	Onkologie	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Nuklearmedizin	Nuklearmedizin	Substitution	Ultraschalldiagnostik	Ultraschalldiagnostik
Kassenärztliche Vereinigungen	BE	BE	MV	SN	HE	BE	BB	MV	ST	WL	BE	WL	BB	ST	HH	HE	BE	HE	RP
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare				1)									2)	3)				4)	5)
PRÜFERGEBNISSE																			
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																			
› keine Beanstandung	49	6	1	1	0	13	3	6	16	10	3	18	7	3	6	7	34		81
› geringe Beanstandungen	0	0	0	1	1	4	5	13	7	51	1	7	3	0	4	0	10		37
› erhebliche Beanstandungen	0	0	1	0	1	4	1	0	0	5	0	5	0	0	0	0	3		5
› schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0	0	5	1	0	6	8	0	2	1	1	0	0	2		22
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																			
› keine Beanstandung					0	10	1	0	2	2			1				1	8	14
› geringe Beanstandungen					0	0	0	0	0	2			0				1	2	7
› erhebliche Beanstandungen					0	0	1	1	0	0			0				0	15	4
› schwerwiegende Beanstandungen					1	1	0	1	0	0			0				1	14	5
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	1	1	0	10	2	15	12	64	1	14	1	0	0	0	11	31	80
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	0	2	2	2	0	1	0	0	0	0	1	9	19
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	1	10	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6	15	7
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	9	11
› davon bestanden										5								3	6
› davon nicht bestanden										0								6	1
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2

1) Drei Prüfverfahren noch nicht abgeschlossen. 2) Prüfungen beziehen sich ausschließlich auf Polygraphien. 3) Die schwerwiegende Beanstandung betrifft eine Prüfung zur Polysomnographie (sonst Polygraphie), Maßnahmen aus dieser Beanstandung werden 2013 festgelegt. 4) Widerrufe betreffen drei Ärzte mit insgesamt sechs Anwendungsbereichen. Zusätzlich zu den hier aufgeführten kriterienbezogenen Prüfungen fanden Prüfungen nach § 135 Abs. 2 statt. 5) Zum Zeitpunkt der Weitergabe an die KBV stehen vier Kolloquien noch aus.

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 Hygienemanagement, Mammographie, Onkologie oder Zytologie reichen.

Viele Kassenärztliche Vereinigungen haben hierfür Akademien eingerichtet, die für die Konzeption und Koordination von Seminaren und Informationsveranstaltungen speziell für Ärzte, Psychotherapeuten, aber auch für deren Praxismitarbeiter zuständig sind. Das besondere Kennzeichen dieser Fortbildungen sind die auf die Bedürfnisse der

Praxen zugeschnittenen Inhalte, sodass das Gelernte direkt im Arbeitsalltag umgesetzt werden kann.

Ein fester Bestandteil und Schwerpunkt der Seminarprogramme sind dabei Kurse, die Unterstützung beim Erwerb von Qualifikationen bieten, die für die Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung 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 Auffälligkeiten in Qualitätsprüfungen festgestellt wurden, sind Teil des Angebots. Nicht zuletzt werden von allen Kassenärztlichen Vereinigungen Fortbildungen zum Qualitätsmanagement in der Praxis angeboten.

FORTBILDUNGSSEMINARE AUS DEM BEREICH QUALITÄTSFÖRDERUNG (AUSWAHL)

HYGIENE

- › MRSA – ambulante Behandlung
- › Hygienemaßnahmen in der Arztpraxis
- › Workshop Reinigung und Desinfektion
- › Workshop Aufbereitung von Medizinprodukten
- › Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung

QUALITÄTSMANAGEMENT

- › Basis- / Intensivkurs Qualitätsmanagement
- › Beschwerdemanagement
- › Patientensicherheit beim ambulanten Operieren
- › Rechtsnormen für die Arztpraxis
- › Datenschutz in der Arztpraxis
- › Labor-Qualitätsrichtlinie der Bundesärztekammer
- › Pharmakotherapie

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

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

NOTFALLSITUATIONEN / ÄRZTLICHER

BEREITSCHAFTSDIENST

- › Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- › Umgang mit demenziell veränderten Patienten
- › Notfalltraining für das Praxisteam
- › Der anaphylaktische Zwischenfall
- › Erste Hilfe bei Kindernotfällen für medizinisches Praxispersonal
- › Medizinische Notfälle in der psychotherapeutischen Praxis
- › Notfälle in der Praxis mit Reanimation
- › Der neurologische Notfall versus diabetischer Entgleisung
- › Qualitätssicherungskurs Ärztlicher Bereitschaftsdienst
- › Medizin im Bereitschaftsdienst

FORTBILDUNGEN

- › Hautkrebs-Screening
- › Impfen
- › Versorgung psychisch kranker Menschen
- › Palliative Medizin
- › Psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen
- › Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- › Chronische Wunden
- › Schuppenflechte
- › Parkinson
- › Akupunktur – Kompaktkurs Fallkonferenz chronische Schmerzen
- › Drogenberatung in der Praxis
- › Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- › Jahresfortbildung onkologisches Personal
- › Diagnostik von Erkrankungen des zentralen Nervensystems
- › Zytologietag

FORTBILDUNGEN – BILDGEBENDE VERFAHREN

- › Sonographie Säuglingshüfte – Refresherkurse
- › Sonographie in der Frauenarztpraxis
- › Workshop Nuklearmedizin
- › Radiologische Diagnostik von Frakturen bei Kindern – Indikation, Durchführung, Befundung, Pitfalls
- › Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik nach der Röntgenverordnung – Konstanzprüfung bei digitalen Bildern
- › Strahlenschutzkurs für medizinische Fachangestellte – auch Aktualisierung
- › Fortbildung / Refresherkurse Mammographie
- › Mammographie Einstelltechnik



Fortbildungsverpflichtung

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

Der erste Nachweiszeitraum endete am 30. Juni 2009, eine zweijährige Nachholfrist schloss sich an. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen haben für diesen Nachweiszeitraum über 99 Prozent der 108.563 Nachweispflichtigen ihren Fortbildungsnachweis erbracht. Entsprechend den vom Gesetz vorgeschriebenen Sanktionen bei Nichterfüllung der Nachweispflicht wurden 85 Zulassungen, Anstellungsgenehmigungen beziehungsweise Ermächtigungen entzogen. 25 Verfahren sind derzeit noch anhängig.

Auch diejenigen Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die ihrer Nachweispflicht erst zu einem späteren Zeitpunkt nachkommen mussten, haben belegt, dass sie sich für den Erhalt und die Weiterentwicklung ihrer fachlichen Kompetenz kontinuierlich fortbilden. Der Erfüllungsstand stellt sich wie folgt dar:

ZEITRAUM	ANZAHL NACHWEIS-PFLICHTIGER	ANZAHL ERFÜLLER	ANZAHL NICHT-ERFÜLLER	ERFÜLLUNGSGRAD IN %
01.07.-31.12.2009	4.491	4.235	256	94,3
01.01.-31.12.2010	7.501	7.221	280	96,3
01.01.-31.12.2011	7.264	6.990	274	96,2
01.01.-31.12.2012	8.736	8.433	303	96,5

Stand Mai 2013

Die Ergebnisse sind nicht abschließend, da für viele Nicht-Erfüller noch die zweijährige Nachholfrist läuft.

Für alle Ärzte und Psychotherapeuten, die zum 30. Juni 2009 erstmals die Erfüllung ihrer Fortbildungsverpflichtung nachgewiesen haben, wird am 30. Juni 2014 der zweite Nachweiszeitraum enden.

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

Herzschrittmacher-Kontrolle



VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR FUNKTIONSANALYSE EINES HERZSCHRITTMACHERS
(QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE)
RECHTSGRUNDLAGE: § 135 ABS. 2 SGB V, GÜLTIGKEIT: 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 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

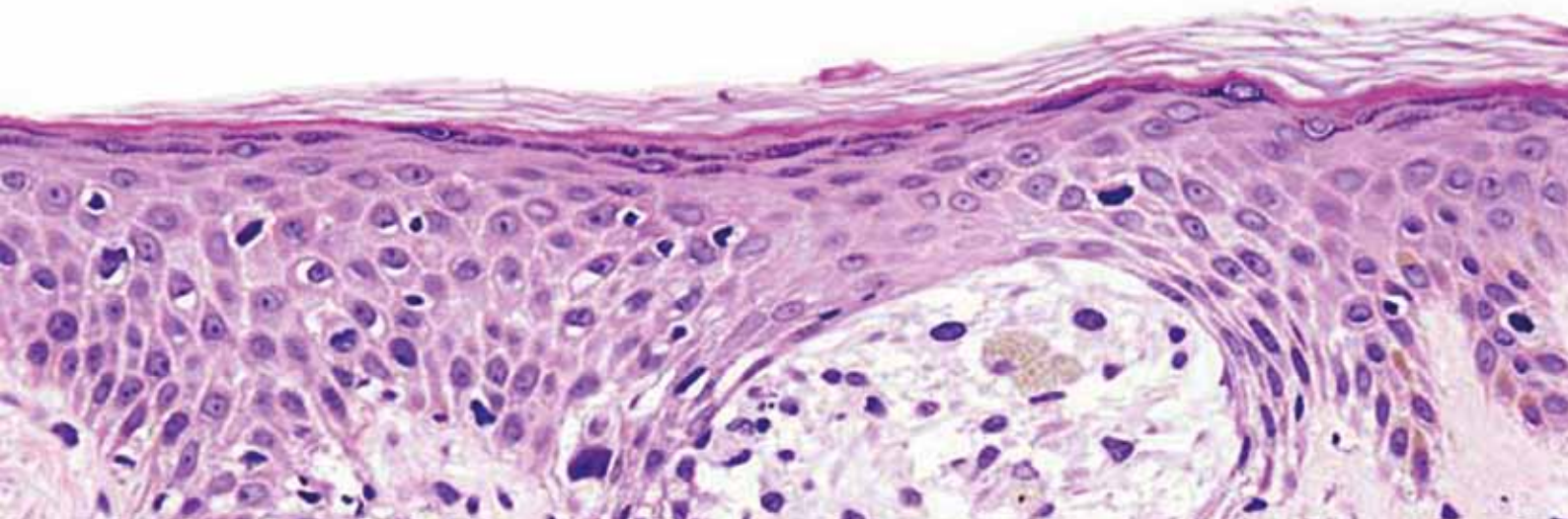
✓ GENEHMIGUNGEN

Anzahl Ärzte mit Genehmigungen zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2011	334	586	96	71	34	59	206	49	251	312	155	32	118	81	88	64	250
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2012	348	581	102	71	34	62	216	49	250	316	154	35	124	84	88	58	248
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	33	56	18	3	1	14	54	2	30	25	17	5	8	3	7	4	26
› davon Anzahl Genehmigungen	32	51	17	3	1	14	53	2	30	25	16	5	8	3	6	4	20
› davon Anzahl Ablehnungen	1	5	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
› davon bestanden									1								
› davon nicht bestanden									0								
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 5 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	2	12	0	0	9	11	2	2	0	18	2	3	0	4	0	13

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von den Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seite 62 / 63.

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



Histopathologie Hautkrebs-Screening



VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR HISTOPATHOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG IM RAHMEN DES HAUTKREBS-SCREENINGS (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009

RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN (KREBSFRÜHERKENNUNGS-RICHTLINIE/ KFE-RL), ABSCHNITT D NR. 2

Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1.7.2008

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

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

FREQUENZREGELUNG: jährliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei nicht eindeutiger Diagnose wird eine zweite Meinung bei einem weiteren 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 Bundesausschusses

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

HISTOPATHOLOGIE IM HAUTKREBS-SCREENING

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
✓ GENEHMIGUNGEN	5), 6)										8)				9)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	81	87	38	14	5	17	39	16	68	63	31	6	23	18	28	21	62
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	76	95	32	15	5	19	41	16	65	54	25	7	22	19	26	21	58
Anzahl beschiedene Anträge 1)	3	8	4	1	0	2	2	0	3	1	0	1	1	2	1	1	2
neu	3	8	4	1		2	2		3	1		1	1	2	1	1	2
› davon Anzahl Genehmigungen	3	8	4	1		2	2		3	1		1	1	2	1	1	2
› davon Anzahl Ablehnungen	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
erneut gemäß § 8 Abs. 6	0	0	0	0		0	4		0	0		0	0	0	0	0	0
› davon Anzahl Genehmigungen							4										
› davon Anzahl Ablehnungen							0										
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0
< 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate													1		2		
› wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5													0		0		
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	10	0	0	0	1	0	2	8	6	0	1	1	0	0	2
II FREQUENZREGELUNG § 5 ABS. 1 UND 2																	
< 1.000	0	2)	9	0	0	3	0	0	4	7)	0	0	0	0	0	0	0
≥ 1.000	75	2)	22	15	5	14	40	16	58	7)	25	7	21	17	24	21	53
III DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																	
PRÜFUMFANG																	
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	3,7	4,6	5,3	7,1	4)	11,8	10,3	4)	8,8	7)	3,2	116,7	4,3	5,6	3,6	9,5	9,7
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	4	2	1	0	2	4	0	6	0	1	7	1	1	1	2	6
› davon bestanden	3	4	2	0		2	4		6		1	7	1	1	1	2	6
› davon nicht bestanden	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
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
› davon bestanden																2	
› davon nicht bestanden																0	
MÄNGELANALYSE																	
Anzahl geprüfter Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate	30	40	20	3)		20	44		60		10	70	10	10	10	20	60
› davon vollständig und nachvollziehbar	30	40	20			20	44		59		9	57	10	10	9	20	57
› davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	0	0			0	0		0		0	0	0	0	1	0	0
› davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	0	0	0			0	0		1		1	13	0	0	0	0	2
› davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0	0	0			0	0		0		0	0	0	0	0	0	1

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Keine Angaben zu den Frequenzen möglich. 3) Dokumentationsprüfung noch nicht abgeschlossen, daher keine Angaben zu Ergebnissen möglich. 4) Da eine Stichprobe von vier Prozent der Ärzte mit Genehmigung rechnerisch weniger als einen Arzt betroffen hätte, wurden die Dokumentationsprüfungen auf 2013 verschoben. 5) Das abschließende Ergebnis der Wiederholungsprüfung aus 2011 kann erst 2013 mitgeteilt werden. 6) Bei drei der vier Ärzte, die weniger als 1.000 dermatohistologische Präparate nachweisen konnten, war der Genehmigungszeitraum zu kurz. 7) 2012 wurden keine Dokumentations- und Frequenzprüfungen durchgeführt. 8) Angaben zur Frequenz fehlen zu einem Arzt, der zwischenzeitlich auf die Genehmigung verzichtet hat. 9) Es wurden nicht alle Genehmigungsinhaber im Berichtsjahr einer Frequenzprüfung unterzogen, weil die Genehmigungen unterjährig erteilt wurden.

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

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

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

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
✓ GENEHMIGUNGEN	3)																
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	27	29	60	1	10	32	28	1	13	41	9	6	6	3	1	3	12
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	29	29	53	1	9	33	24	2	15	38	9	6	8	3	1	3	12
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	2	6	7	0	0	2	1	1	3	4	0	0	2	0	0	0	0
neu	2	6	7			2	1	1	3	4			2				
› davon Anzahl Genehmigungen	2	3	7			2	1	1	3	4			2				
› davon Anzahl Ablehnungen	0	3	0			0	0	0	0	0			0				
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0			0	0	0	0	0			0				
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0			0	0	0	0	0			0				
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0			0	0	0	0	0			0				
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2	0	0	0				1			0			0				
› davon bestanden							1										
› davon nicht bestanden							0										
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	2	7	0	0	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
› darunter wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3 ⁴⁾		0	0			1	0		0	0							
› darunter wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4 ⁴⁾		1	6			0	0		0	0							
› darunter wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4 ⁴⁾		1	6			0	2		1	1							
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	7	0	1	1	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG HIV / AIDS

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
II FREQUENZREGELUNG § 10 ABS. 1 NR. 1																	
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:																	
< 25	4	3	6	1	0	1	4	0	14	1	9	2	0	0	1	1	3
≥ 25	25	24	50	0	9	32	21	2	1	37	0	4	6	3	0	2	9
III FORTBILDUNG § 10 ABS. 1 NR. 2																	
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	29	27	47	2)	9	32	25	2	15	37	9	6	5	2	2)	3	11
IV DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																	
PRÜFUMFANG																	
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	14,8	10,3	10,0	0	10,0	9,4	25,0	100,0	23,1	12,2	11,1	100,0	16,7	33,3	100,0	33,3	58,3
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	3	6	0	1	3	7	1	3	5	1	6	1	1	1	1	7
› davon bestanden	4	3	5		1	3	7	1	3	4	1	6	1	1	1	1	7
› davon nicht bestanden	0	0	1		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	1	1		0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
› davon Begründung ausreichend		1	0				1			1							
› davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben		0	1				0			0							
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MÄNGELANALYSE																	
Anzahl geprüfter Dokumentationen	40	30	60		10	30	70	10	30	50	10	60	10	10	10	10	70
› davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	26	53		10	30	70	10	30	40	10	51	9	10	10	10	70
› davon vollständig, aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	7		0	0	0	0	0	10	0	2	1	0	0	0	0
› davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0
› davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	4	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität:																	
› darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10) 4)		0	0							10		1	0				
› darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8) 4)		4	7							0		1	0				
› darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9) 4)		0	5							0		0	1				

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es wurden 2012 keine Nachweise zur Fortbildungsverpflichtung eingeholt, da nur ein Arzt im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung tätig ist. 3) Widerruf, weil der Arzt keine Dokumentationen einreichen konnte. 4) Mehrfachnennungen sind in dieser Hierarchieebene möglich.

Hörgeräteversorgung



VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR HÖRGERÄTEVERSORGUNG (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG HÖRGERÄTEVERSORGUNG)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012, zuletzt geändert: 1.1.2013

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

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln 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 / QUALITÄTSSCHULUNG: 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 oder 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 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
GENEHMIGUNGEN	2)																
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	448	548	230	108	49	124	265	82	372	518	194	54	224	113	130	96	378
Anzahl beschiedene Anträge 1)	448	553	230	109	44	129	265	84	372	521	194	54	228	113	139	96	461
› davon Anzahl Genehmigungen	448	552	230	109	44	129	265	82	372	521	194	54	227	113	131	96	461
› davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	8	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	4	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	3	0	2	0	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Differenz Anträge zu Genehmigungen, da zuvor vorläufige Abrechnungsgenehmigungen ausgesprochen wurden.

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: 1.4.2013

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

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln 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 MPBetreibV durchgeführten messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 11

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 oder 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 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
✓ GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	11	79	3	0	2	16	60	3	26	15	1	2	14	4	10	2	24
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	11	86	3	0	8	16	60	4	26	16	1	2	26	4	15	2	24
› davon Anzahl Genehmigungen	11	85	3		2	16	60	3	26	15	1	2	14	4	11	2	24
› davon Anzahl Ablehnungen	0	1	0		6	0	0	1	0	1	0	0	12	0	4	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

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



Seit dem 1. April 2013 dokumentieren Ärzte, die an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung Jugendlicher und Erwachsener teilnehmen, verschiedene Qualitätsparameter, beispielsweise die Ergebnisse von Sprachtests vor der Versorgung mit einem Hörgerät und bei der Kontrolluntersuchung nach der Hörgeräteanpassung. Zudem kann der Patient mittels eines Patientenfragebogens sein Hörempfinden in verschiedenen Alltagssituationen vor und nach der Hörgeräteversorgung bewerten, sodass auch der subjektiv empfundene Gewinn einer Hörgeräteversorgung ermittelt werden kann.

Diese Daten werden in elektronischer Form an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt. Sie sind die Grundlage für die Qualitätsmessung und für Rückmeldeberichte an die Vertragsärzte.

Seit dem 1. Juli 2013 werden auch Daten zur Hörgeräteversorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern erfasst und elektronisch übermittelt. Die Dokumentationsinhalte sind ähnlich denen der Versorgung Erwachsener, jedoch dem Alter der Patienten angepasst und reduziert. So gibt es zum Beispiel keinen Patientenfragebogen.

In beiden Leistungsbereichen wurde die Dokumentationsverpflichtung von der KBV im Online-Portal eDoku abgebildet. Bei Beauftragung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen die Erfassung und Auswertung der Daten, die Bereitstellung von Rückmeldeberichten für die Ärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie auf Wunsch auch der Druck individueller Patientenbriefe vollständig automatisiert im Portal.



Interventionelle Radiologie



VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR INTERVENTIONELLEN RADIOLOGIE (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR INTERVENTIONELLEN RADIOLOGIE)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006, zuletzt geändert: 1.10.2010

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

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

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN


✓ GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 1

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	4	10	1	2	0	0	2	0	11	4	0	0	3	2	3	0	17
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	6	8	1	2	0	0	1	0	10	5	0	0	3	1	2	0	17
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	2	4	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	1
neu	2	4							1	1			1	2			1
› davon Anzahl Genehmigungen	2	2							1	1			1	2			1
› davon Anzahl Ablehnungen	0	2							0	0			0	0			0
erneut gemäß § 7 Abs. 6	0	0							0	0			0	0			0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0							0	0			0	0	0		0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0							0	0			0	0	0		0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0			0		0	0			0	0	0		0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0			²⁾		2	0			1	2	0		1

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND KATHETERGESTÜTZTE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE

✓ GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 2

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	52	44	10	12	8	21	32	13	29	35	31	7	4	3	10	3	35
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	46	43	9	12	10	21	29	13	28	30	26	6	4	2	10	3	30
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	1	13	3	0	2	6	2	1	5	16	3	0	2	0	0	0	1
neu	1	13	3		2	6	2	1	5	6	3		2				1
› davon Anzahl Genehmigungen	1	11	3		2	6	2	1	5	6	3						0
› davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0		0	0	0	0	0	0	0		2				1
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0		0	0	0	0	0	10	0		0				0
› davon Anzahl Genehmigungen										10							
› davon Anzahl Ablehnungen										0							
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1	0		0	1	0	0	0	0	0		0				0
› davon bestanden		1				1											
› davon nicht bestanden		0				0											
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0				0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	5	10	1	0	0	1	²⁾	0	0	11	8	1	0	1	0	0	1


STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seite 62 / 63.

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

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 am 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 2

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	20	10	3	0	0	2	8	0	18	27	6	0	2	5	8	1	31
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	18	10	2	0	0	4	7	2	18	26	6	0	2	5	8	1	27
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
neu		1				2											
› davon Anzahl Genehmigungen		1				2											
› davon Anzahl Ablehnungen		0				0											
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3		0				0											
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0	0			0											
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3		0	0			0											
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0			0	1	0	0	0	0		0	0	0	0	0
› wegen Nichterreichens Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen							0										
› aus sonstigen Gründen							1										
› davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)							0										
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	2	1			0	0	0	0	0	2		0	0	0	0	0

II FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																	
< 150	1	5	0			3	0	0	0	0	0		1	0	0	0	7
≥ 150	17	5	3			0	7	2	18	26	6		1	5	8	1	20

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE >



› FORTSETZUNG INVASIVE KARDIOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN																	

✓ **GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 1**

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	58	69	25	10	17	30	81	2	54	61	22	1	20	5	4	2	47
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	61	75	22	10	19	32	87	3	58	69	24	1	22	6	4	2	45
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	8	62	1	1	2	7	6	0	5	7	4	0	2	1	0	0	3
neu	8	62	1	1	2	7	6		5	7	4		2	1			3
› davon Anzahl Genehmigungen	7	52	1	1	2	6	6		5	7	4		2	1			3
› davon Anzahl Ablehnungen	1	10	0	0	0	1	0		0	0	0		0	0			0
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0			0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0			0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	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	2	0	0	0	0	0	1	3
› wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen		1								1						0	0
› wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen		1								1						1	3
› wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen		0								0						0	0
› aus sonstigen Gründen		0								0						0	0
› davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)		0								0						0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3	3	3	1	1	4	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1

ii **FREQUENZREGELUNG**

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																	
< 150	2	33	3	0	0	13	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	5
≥ 150	47	36	21	10	17	19	87	3	58	67	21	1	19	5	3	2	39
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)																	
< 50	4	69	3	0	0	23	0	0	0	2	0	0	2	1	1	0	6
≥ 50	45	0	21	10	17	9	87	3	58	67	21	1	17	4	3	2	38

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

Koloskopie



VORAUSSETZUNGEN ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG VON KOLOSKOPISCHEN LEISTUNGEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR KOLOSKOPIE)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.7.2012

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

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

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

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

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

RÜCKMELDESYSTEME /BENCHMARKBERICHTE /EVALUATION: jährliche Auswertung der Ergebnisse der Hygienepfung sowie arztbezogene Auswertung der durchgeführten Polypektomien; Bericht an Partner des Bundesmantelvertrags

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

✓ GENEHMIGUNGEN

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2011	35	26	1	0	1	4	15	1	22	12	5	3	0	9	9	2	27
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2012	31	26	1	0	1	5	15	1	16	9	3	3	0	6	7	2	22
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2011	336	504	78	75	21	60	195	41	272	242	149	35	76	50	81	54	195
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2012	353	484	81	70	21	59	189	43	257	224	142	35	78	54	79	56	195
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) ¹⁾	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
neu						0									1	1	1
› davon Anzahl Genehmigungen															1	1	1
› davon Anzahl Ablehnungen															0	0	0
erneut gemäß § 6 Abs. 5						1									0	0	0
› davon Anzahl Genehmigungen						1											
› davon Anzahl Ablehnungen						0											

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›



› FORTSETZUNG KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) ¹⁾	26	28	10	1	0	9	11	3	19	11	7	2	3	0	3	3	22
neu	26	28	10	1		9	11	3	19	10	7	2	3		3	3	22
› davon Anzahl Genehmigungen	26	28	10	1		9	10	3	19	10	7	2	3		3	3	21
› davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0		0	1	0	0	0	0	0	0		0	0	1
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0		0	0	0	0	1	0	0	0		0	0	0
› davon Anzahl Genehmigungen										1							
› davon Anzahl Ablehnungen										0							
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0		1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
› davon bestanden						1											
› davon nicht bestanden						0											
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	2	4	0	0	0	0	2	0	2	1	0	0	2	0	2	0	0
› wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0	0					0		1	0			0		0		
› wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e ausschließlich bei totalen Koloskopien	0	0					0		1	0			0		1		
› wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 200 totale Koloskopien	2	1					1		0	0			0		0		
› wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c ausschließlich bei Polypektomien	0	0					1		0	0			0		0		
› wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 10 Polypektomien	0	0					0		0	0			0		0		
› sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3 c-e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4 b-c bei Polypektomien	0	0					0		0	1			2		0		
› wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien	0	3					0		0	0			0		1		
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	13	23	7	6	0	7	8	0	23	13	14	2	2	0	5	2	6

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	
TOTALE KOLOSKOPIE																		
FREQUENZREGELUNG											2), 3), 4)			4)			4)	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																		
< 200	4	11	0	0	0	1	12	0	5	21	0	0	3	5	8	2	2	
≥ 200	330	494	79	70	22	61	174	43	252	236	123	38	76	55	86	51	205	

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	329	374	79	70	21	59	178	33	26	233	123	37	58	60	64	53	202
› davon bestanden	320	333	78	70	21	50	166	32	25	222	106	35	54	60	61	53	198
› davon nicht bestanden	9	41	1	0	0	9	12	1	1	6	10	2	4	0	3	0	4
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	5	0	1	0	0	2	15	3	0	1	8	2	3	0	3	0	2
› davon bestanden	5		1			2	15	2		1	6	2	3		3		2
› davon nicht bestanden	0		0			0	0	1		0	2	0	0		0		0
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	5	0	0	0	0	1	12	0	1	0	2	0	0	0	3	1	1
› davon bestanden	4					0	11		0		2				0	0	1
› davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	0					0	0		1		0				3	0	0
› davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	1					1	1		0		0				0	1	0

POLYPEKTOMIEN

FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																	
< 10	4	5	0	0	0	0	3	0	0	12	0	0	3	4	4	1	4
≥ 10	330	499	79	70	22	62	183	43	257	238	114	38	76	56	90	53	203

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	331	41	78	70	21	60	178	33	26	232	114	38	58	60	64	53	201
› davon bestanden	320	18	76	70	21	54	170	32	25	229	114	38	51	60	58	53	195
› davon nicht bestanden	11	23	2	0	0	6	8	1	1	3	0	0	7	0	6	0	6
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	2	0	1	0	0	2	10	0	1	0	9	0	1	0	0	1	1
› davon bestanden	2		1			2	9		1		9		1			0	1
› davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	0		0			0	0		1		0		0			0	0
› davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0		0			0	1		0		0		0			1	0

PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT

Anzahl überprüfter Einrichtungen	283	425	63	67	13	50	143	44	206	194	113	32	72	54	70	58	175
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	563	850	125	134	26	99	270	84	411	414	222	65	144	109	146	116	352
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	99,5	100,0	99,2	100,0	100,0	99,0	94,4	95,5	99,8	106,7	98,2	101,6	100,0	100,9	104,3	100,0	100,6
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	19	30	2	5	1	12	4	4	4	29	14	1	5	5	9	0	13
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	3,4	3,5	1,6	3,7	3,8	12,1	1,5	4,8	1,0	7,0	6,3	1,5	3,5	4,6	6,2	0	3,7
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4	0	0	1	0	0	0	0
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0,5	1,0	0	0	0,7	0	0	0	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Die doppelte Anzahl von Hygieneprüfungen bei 113 Einrichtungen wird wegen Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen nicht erreicht. 3) Differenz in den Hygieneprüfungen zu nicht bestandenen Prüfungen, da sechs Wiederholungsprüfungen noch ausstehen und eine Wiederholungsprüfung aus dem Jahr 2011 ist. 4) Prüfungen der Frequenzen sind (zum Teil) noch nicht abgeschlossen oder entfielen, weil Genehmigungen unterjährig erteilt wurden. Dadurch zum Teil auch keine Angaben möglich.



Laboratoriumsuntersuchungen



RICHTLINIEN 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)

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Befreiung von obligatem 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
✓ GENEHMIGUNGEN	3)	4)			5)								6)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	1.595	2.193	952	277	96	293	692	192	933	1.770	676	208	494	203	336	217	1.202
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	1.586	2.175	905	258	130	289	676	190	927	1.784	655	211	494	193	349	214	1.205
Anzahl verschiedene Anträge ¹⁾	83	1.128	157	14	8	28	56	11	142	130	50	28	26	11	15	12	240
› davon Anzahl Genehmigungen	74	1.108	130	13	8	27	38	11	135	91	50	22	17	8	15	11	235
› davon Anzahl Ablehnungen	9	20	27	1	0	1	12	0	7	39	0	6	9	3	0	1	5
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	45	112	22	3	8	7	21	2	29	56	12	4	1	3	13	2	38
› davon bestanden	44	100	18	3	8	7	20	2	28	42	12	4	1	3	13	2	35
› davon nicht bestanden	6	4	4	0	0	0	1	0	1	14	0	0	0	0	0	0	3
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	31	91	33	0	27	2)	8	0	10	2)	6	13	13	2	0	3

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 3) Teile der Kolloquien wurden bestanden beziehungsweise nicht bestanden. 4) Im Kolloquium wurden acht Verfahren zurückgezogen, deshalb Differenz der Ergebnisse zur Zahl der Kolloquien. 5) Diskrepanz zur Anzahl Ärzte mit Genehmigung des Vorjahres, da Genehmigungen nachgepflegt wurden. 6) Ein abgelehnter Antrag ist eine Teilablehnung.

Langzeit-EKG-Untersuchungen



VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON LANGZEIT-ELEKTROKARDIOGRAPHISCHEN UNTERSUCHUNGEN

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1992

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

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

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

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

RÜCKMELDESYSTEME /BENCHMARKBERICHTE /EVALUATION: gegebenenfalls bei Dokumentationsprüfungen auf Grund 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
✓ GENEHMIGUNGEN	3)																
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2011	1.698	5.051	906	307	131	307	765	216	1.312	2.822	808	417	567	317	482	330	2.280
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2012	1.736	5.082	912	373	131	307	787	219	1.327	2.889	831	461	602	330	492	340	2.284
Anzahl beschiedene Anträge 1)	176	1.003	117	17	10	51	184	25	194	185	130	15	55	29	42	41	261
› davon Anzahl Genehmigungen	176	992	115	17	9	49	180	25	194	185	130	15	52	29	42	40	238
› davon Anzahl Ablehnungen		11	2		1	2	4						3			1	23
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0
› davon bestanden													3	1			
› davon nicht bestanden													0	0			
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	9	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	12	109	5	9	36	44	19	27	69	156	29	16	5	37	0	7



STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von den Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Westfalen-Lippe durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seite 62 / 63.

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 3) Bei den Widerrufen betreffen drei Teilwiderufe die Auswertung.



Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)



VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON UNTERSUCHUNGEN IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (KERNSPINTOMOGRAPHIE-VEREINBARUNG)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1992, zuletzt geändert: 1.10.2001

RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE)

Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

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

KOLLOQUIUM: 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 Magnetresonanztomographie der Mamma: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; Kolloquium bei Unterschreiten der Mindestfallzahl

FREQUENZREGELUNG: Magnetresonanztomographie der Mamma: jährlich 50 Fälle

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: erfolgen auf Grund der Ergebnisse der Kernspintomographie 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)

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

MAGNETRESONANZ-/KERNSPINTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

ALLGEMEINE KERNSPINTOMOGRAPHIE

✓ GENEHMIGUNGEN	4)				4)				5), 6)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	347	469	156	54	37	97	219	50	179	398	146	40	114	57	85	71	280
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	367	484	158	63	40	100	234	60	181	426	154	47	122	58	94	73	290
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	57	319	82	12	4	19	29	12	79	169	41	7	10	5	9	7	75
› davon Anzahl Genehmigungen	54	311	80	12	4	18	28	12	79	165	41	7	10	5	9	7	75
› davon Anzahl Ablehnungen	3	8	2	0	0	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	7	9	0	1	0	0	0	0	2	3	0	0	10	2	0	1	0
› davon bestanden	6	7		1					2	3			10	2		1	
› davon nicht bestanden	1	2		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
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	23	35	3	1	0	2)	0	0	0	33	0	2	4	0	0	8

KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA

✓ GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	63	50	8	3	2	7	21	1	29	42	8	8	17	8	11	9	29
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	63	54	8	2	3	9	23	2	25	46	8	8	21	8	11	9	32
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	6	27	6	0	2	1	4	1	2	15	0	1	4	0	0	1	10
› davon Anzahl Genehmigungen	5	27	6		2	1	4	1	2	15		0	4			1	10
› davon Anzahl Ablehnungen	1	0	0		0	0	0	0	0	0		1	0			0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	8	1		0	1	4	0	3	5		0	2	0	0	1	4
› davon bestanden	2	8	1			1	4		3	5			2			1	4
› davon nicht bestanden	0	0	0			0	0		0	0			0			0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	9	1	0	0	0	2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

II FREQUENZREGELUNG

Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2																	
› mindestens 50 Untersuchungen	32	42	7	2	2	8	11	4)	25	26	8	5	17	7	10	7	24
› weniger als 50 Untersuchungen	25	8	0	0	0	0	5	4)	0	15	0	3	0	1	0	1	1

III STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	338	466	129	58	40	100	232	60	181	393	148	45	118	58	89	72	275
Anzahl geprüfter Ärzte	0	123	8	3	5	8	15	4	14	21	7	2	5	3	5	3	36
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	0	106	8	3	5	8	15	4	14	21	6	2	5	3	5	3	29
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	0	22,7	6,2	5,2	12,5	8,0	6,5	6,7	7,7	5,3	4,1	4,4	4,2	5,2	5,6	4,2	10,5
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	3)																

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG MAGNETRESONANZ-/KERNSPINTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
› keine Beanstandungen	60	8	3	5	6	14	2	10	18	6	2	2	2	5	3	22	
› geringe Beanstandungen	34	0	0	0	2	0	2	1	2	0	0	1	1	0	0	5	
› erhebliche Beanstandungen	11	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	2	0	0	0	2	
› schwerwiegende Beanstandungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
› keine Beanstandungen	4										1						7
› geringe Beanstandungen	13										0						0
› erhebliche Beanstandungen	0										0						0
› schwerwiegende Beanstandungen	0										0						0
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a																	
	59	0	0	0	1	0	2	4	3	0	0	0	0	4	0	7	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a																	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b																	
	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
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	
› davon bestanden	0																
› davon nicht bestanden	2																
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1																	
	0	0	0	0	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) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 3) Wegen unvorhersehbarer organisatorischer Veränderungen und damit verbundenen Umstrukturierungen konnte 2012 keine Stichprobenprüfung erfolgen. 4) Angaben zu Frequenzen der Kernspintomographie der Mamma sind nicht (für alle Ärzte) möglich, auch weil Genehmigungen unterjährig erteilt oder zurückgegeben wurden. 5) In der Anzahl Rückgaben / Beendigungen sind nicht die Rückgaben wegen Praxisaufgabe umfasst. 6) Eines der drei zur Kernspintomographie der Mamma durchgeführten Kolloquien erfolgte im Rahmen der Amtshilfe für eine andere Kassenärztliche Vereinigung.

Magnetresonanz-Angiographie



VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR MR-ANGIOGRAPHIE (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR MR-ANGIOGRAPHIE)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007

RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE)

Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

✓ GENEHMIGUNGEN

¹⁾, ¹⁴⁾

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	282	339	107	38	36	78	156	41	157	299	127	33	87	47	70	57	204
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	301	352	111	52	39	86	170	43	158	325	147	33	93	48	76	55	216
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	48	248	61	15	3	20	10	3	47	113	41	1	7	2	6	9	68
neu	48	248	61	15	3	20	10	3	47	113	41	1	7	2	6	9	68
› davon Anzahl Genehmigungen	46	242	59	15	3	19	10	3	46	108	41	0	7	2	6	9	68
› davon Anzahl Ablehnungen	2	6	2	0	0	1	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0
› davon bestanden		2		1					1				4				
› davon nicht bestanden		0		0					0				0				
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	²⁾	32	18	1	1	0	²⁾	0	0	0	21	0	1	1	0	0	15

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DOKUMENTATIONS-PRÜFUNGEN § 7		4), 5)	6), 7)			8)		4), 8) 9), 10)	12), 13)				15)	7)			4)
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	264	343	79	52	36	74	162	43	157	280	126	33	89	42	71	53	213
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	0	89	27	12	7	23	34	9	39	64	26	7	17	10	16	12	43
› davon ohne Beanstandungen		82	19	12	7	21	29	7	25	51	25	7	16	9	14	9	42
› davon mit Beanstandungen		7	8	0	0	2	5	2	0	13	1	0	1	1	2	3	1
abrechnende Ärzte geprüft, in %	3)	25,9	34,2	23,1	19,4	31,1	21,0	20,9	24,8	22,9	20,6	21,2	19,1	23,8	22,5	22,6	20,2
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9		1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1
› davon ohne Beanstandungen		1				2								1	0		1
› davon mit Beanstandungen		0				1								1	1		0
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
› davon bestanden						1								1	1	1	
› davon nicht bestanden						0								0	0	0	
MÄNGELANALYSE																	
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (ohne Venen)	3)	862	223	144	84	204	408	96	300	768	311	84	199	132	216	141	511
darunter Dokumentationen																	
› in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist		837	194	144	84	204	394	96	296	727	307	84	193	110	180	127	509
› in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist		861	202	144	84	204	394	96	296	727	307	84	193	110	180	127	507
› in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist		862	193	144	84	204	394	96	300	727	307	84	193	110	180	127	509
› davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen		837	203	144	84	180	394	90	300	727	307	84	193	120	180	127	507
› davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen		25	20	0	0	24	14	6	0	41	4	0	6	12	36	14	4
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (Venen)		151	60	0	0	0	4	33	0	3	17	4	15	0	0	1	17
darunter Dokumentationen																	
› in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist		143	15				0	33		3	16	4	5			1	16
› in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist		151	16				0	33		3	16	4	5			1	16
› in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist		151	16				0	33		3	16	4	5			1	16
› davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen		143	16				0	33		3	16	4	5			1	16
› davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen		8	44				4	0		0	1	0	10			0	1

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seite 62/63.

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 3) Wegen unvorhersehbarer personeller Veränderungen und damit verbundenen Umstrukturierungen konnten 2012 keine Dokumentationsprüfungen erfolgen. 4) Nicht alle Ärzte haben zwölf Fälle im Prüfzeitraum abgerechnet, deshalb Differenz in der Anzahl geprüfter Dokumentationen. 5) Es wurden alle Ärzte (16), die 2011 mehr als fünf Angiographien der Venen abgerechnet hatten, einer Dokumentationsprüfung unterzogen. Deshalb die hohe Zahl Dokumentationen in der Mängelanalyse. 6) Die Prüfungen zu Dokumentationen der Venen betreffen acht Ärzte. 7) Von der Anzahl insgesamt nachvollziehbarer/eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen (ohne Venen) sind zehn eingeschränkt nachvollziehbar. 8) Ein Teil der Dokumentationen (ohne Venen) war nicht nachvollziehbar, obwohl die Anforderungen nach § 7 Abs. 6 Nr. 1-3 erfüllt waren. 9) 30 der 33 geprüften Dokumentationen zu Untersuchungen der Venen beziehen sich auf einen Arzt, weitere drei auf einen zweiten. 10) Es liegen nur Informationen zu 96 Magnetresonanztangiographien vor, da einer der geprüften Ärzte fehlerhafte Angaben gemacht hat, bei diesem wurden ausschließlich Magnetresonanztangiographien der Venen geprüft. 11) Ein Antrag wurde wegen Statuswechsel erneut gestellt, weshalb eine Genehmigung/Ablehnung offen ist. 12) 14 der 39 Dokumentationsprüfungen sind noch nicht abgeschlossen, entsprechend liegen nur Informationen zu 300 Dokumentationen vor. 13) Von der Anzahl insgesamt nachvollziehbarer/eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen (ohne Venen) sind 33 eingeschränkt nachvollziehbar. 14) Das Kolloquium im Antragsverfahren erfolgte im Rahmen der Amtshilfe für eine andere Kassenärztliche Vereinigung. 15) Alle Prüfungen zu Dokumentationen der Venen betreffen einen Arzt.



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 1.4.2011

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

EINGANGSPRÜFUNG: Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle)

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei dreifach nicht erfolgreicher Beurteilung einer Fallsammlungsprüfung zum Nachweis der fachlichen Befähigung (Eingangsprüfung); bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: nach zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung und anschließend nicht erfolgreichem Kolloquium sind Fortbildungsmaßnahmen erforderlich, um an einem zweiten Kolloquium teilnehmen zu können

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung von allen Ärzten Dokumentation zu zehn Fällen, danach alle 24 Monate

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Benchmarkbericht an den Arzt nach Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; jährliche statistische Auswertung der Eingangs-, Aufrechterhaltungs- und Dokumentationsprüfung an Partner des Bundesmantelvertrags

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

MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN	3)																
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	318	397	111	58	22	56	145	31	222	330	133	42	122	71	75	75	227
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	321	388	106	65	23	52	154	33	206	320	131	44	121	72	76	74	221
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	48	164	96	7	2	5	7	2	20	113	10	2	7	3	5	1	40
neu	48	164	4	7	2	5	7	2	20	113	10	2	7	3	4	1	40
› davon Anzahl Genehmigungen	41	161	3	7	1	4	7	2	20	111	10	2	6	2	4	1	40
› davon Anzahl Ablehnungen	7	3	1	0	1	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0
erneut	0	0	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
› davon Anzahl Genehmigungen			92												0		
› davon Anzahl Ablehnungen			0												1		
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
› davon bestanden											1						
› davon nicht bestanden											0						
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BEURTEILUNG VON MAMMOGRAPHIEAUFNAHMEN (FALLSAMMLUNG) IM RAHMEN DES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS NACH ABSCHNITT C																	
Erstprüfungen	22	14	3	4	2	1	15	1	16	16	2	3	6	3	6	2	12
› davon bestanden	19	12	3	3	1	0	12	1	12	9	1	2	3	2	2	0	10
› davon nicht bestanden	3	2	0	1	1	1	3	0	4	7	1	1	3	1	4	2	2
Wiederholungsprüfungen	6	2	0	0	0	3	1	0	0	8	5	0	2	0	3	1	0
› davon bestanden	4	2				1	1			6	2		2		1	1	
› davon nicht bestanden	2	0				2	0			2	3		0		2	0	
KONTROLLIERTE SELBSTÜBERPRÜFUNG IM RAHMEN DER AUFRICHTERHALTUNG DER GENEHMIGUNG NACH ABSCHNITT D																	
Anzahl Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	77	91	34	20	4	2	20	6	37	69	22	6	18	24	23	17	59
reguläre Prüfungen	69	89	32	20	3	1	17	5	37	65	19	6	15	21	23	16	56
› davon bestanden	66	86	31	19	2	1	16	4	36	64	19	6	14	17	23	16	53
› davon nicht bestanden	3	3	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	4	0	0	3
Wiederholungsprüfungen	8	2	2	0	1	1	3	1	0	4	3	0	3	3	0	1	3
› davon bestanden	5	1	2		1	1	3	0		4	3		3	3		1	3
› davon nicht bestanden	3	1	0		0	0	0	1		0	0		0	0		0	0
Anzahl Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
› davon bestanden															0		
› davon nicht bestanden															1		
Anzahl Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
› davon bestanden															1		
› davon nicht bestanden															0		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG GEMÄSS ABSCHNITT E	2)		4)							5)							
Anzahl Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	151	187	45	24	22	20	75	10	0	120	52	37	39	24	63	19	103
› davon erfüllt	135	174	40	23	20	20	64	10		110	48	37	33	22	52	19	102
› davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt - geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	6	2	0	1	1	0	10	0		2	1	0	2	1	0	0	1
› davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	10	11	5	0	1	0	1	0		8	3	0	4	1	11	0	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	3	2	0	1	0	0	7	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1
› davon erfüllt	3	0		1			6			1							1
› davon nicht erfüllt	0	0		0			1			0							0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	3	11	0	0	0	0	2	0	0	3	8	0	5	1	7	0	0
› davon erfüllt	2	2					1			3	7		3	1	7		
› davon nicht erfüllt	1	0					1			0	1		2	0	0		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0

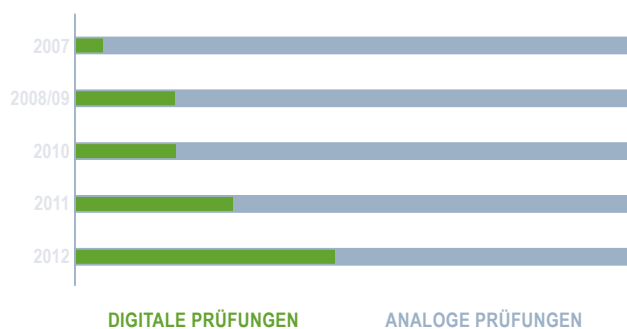
↪ **RÜCKGABE / BEENDIGUNG VON GENEHMIGUNGEN ODER WIDERRUFE § 14 ABS. 5**

Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	25	21	0	0	2	0	0	1	0	12	2	4	1	3	0	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Ergebnisse der Wiederholungsprüfungen zu Abschnitt E gemäß § 12 Abs. 7a und 7b liegen noch nicht vollständig vor. 3) Zu den erneuten Genehmigungen werden Bescheide auf Grund von Status- oder Standortwechsel gezählt. 4) Auf Grund organisatorischer Umstrukturierungen (Umstellung auf digitale Prüfungen) wurden zunächst nur Prüfungen nach den Abschnitten C und D durchgeführt, keine nach Abschnitt E. Auch liegen nicht von allen Bezirksstellen Angaben zu Rückgaben / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen vor. 5) Unter Rückgabe / Beendigung gemäß § 14 Abs. 5 hatte ein Arzt die apparativen Anforderungen nicht mehr erfüllt.

FALLSAMPLUNGSPRÜFUNGEN NACH DER MAMMOGRAPHIE-VEREINBARUNG: UMSTELLUNG AUF DIGITALE PRÜFSTATIONEN

Die Mammographie-Vereinbarung definiert die Beurteilung einer Fallsammlung von Mammographie-Aufnahmen sowohl im Rahmen der Genehmigungserteilung (Abschnitt C) als auch zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung (Abschnitt D). Gemäß der in der Mammographie-Vereinbarung festgelegten Prüfungsbedingungen müssen bis zum 31. März 2014 alle Kassenärztlichen Vereinigungen den Ärzten Prüfstationen zur Durchführung einer digitalen Fallsammlungsprüfung anbieten. Die Umstellung auf einen digitalen Prüfbetrieb ist in einigen Regionen bereits erfolgt. Die Abbildung zeigt den Zuwachs an digitalen Prüfungen. Aufgrund des Einsatzes von Prüfsta-



tionen konnte der Anteil auf mittlerweile 46 Prozent im Jahr 2012 gesteigert werden. Auf Wunsch des Arztes kann die Prüfung auch nach dem 1. April 2014 weiterhin analog an einem Filmbetrachtungsgerät durchgeführt werden.

Mammographie-Screening



VERSORGUNG IM RAHMEN DES PROGRAMMS ZUR FRÜHERKENNUNG VON BRUSTKREBS DURCH MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert: 1.1.2012

RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN (KREBSFRÜHERKENNUNGS-RICHTLINIE), 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 3.3.2011

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: 1.4.2011

PROGRAMMVERANTWORTLICHER ARZT

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: fachliche Voraussetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung); fachliche Voraussetzungen zur Ultraschalldiagnostik der Mamma; erfolgreiche Bewerbung um den Versorgungsauftrag; erfüllte Fallzahlenforderungen 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 speziellen Fortbildungskursen; Zertifizierung der apparativen (Röntgen und Ultraschall), der räumlichen und organisatorischen Anforderungen (insbesondere der Qualifikation der radiologischen Fachkräfte) durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie

INGANGSPRÜFUNG: 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); arbeitstäglige Konstanzprüfung und Abgleich der ermittelten Werte durch das zuständige Referenzzentrum

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

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

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation aller Versorgungsschritte und elektronische Übermittlung an das Referenzzentrum und kooperierende Einrichtungen

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

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; jährliche detaillierte Berichte; Bereitstellung einzelner Qualitätsparameter im Rahmen von Quartalsberichten

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

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: Fallzahlenforderungen 3.000 Beurteilungen von Screening-Mammographien unter Supervision

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

KOLLOQUIUM: bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Kooperation mit dem programmverantwortlichen Arzt, Doppelbefundung, regelmäßige Teilnahme an Konsensuskonferenzen

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

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

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

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

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

BIOPSIEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlenforderungen unter Anleitung: zehn Stanzbiopsien der Mamma unter Ultraschallkontrolle, zehn Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle, zehn Kalibrierungen des Zielgerätes; 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 Vakuumbiopsien 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 abschließendem histopathologischem 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; Fallzahlenforderungen: Beurteilung von 100 Mammakarzinomen und 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb der letzten zwei Jahre; Prüfung von apparativen und räumlichen Anforderungen

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

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
✓ GENEHMIGUNGEN, STAND 31.12.2012						1)			1)								
Screeningeinheiten	10	14	4	2	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	13
programmverantwortliche Ärzte	18	25	8	6	5	4	12	5	15	18	8	2	11	7	7	3	19
› davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	5	14	4	5	5	4	0	5	3	10	3	2	7	5	6	3	4
kooperierende Ärzte																	
› Befunder von Mammographieaufnahmen	68	92	20	16	16	7	41	15	67	54	26	10	28	16	23	21	78
› histopathologische Beurteilung	23	38	7	10	3	5	16	5	25	24	12	3	9	9	9	4	22
› Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	24	50	6	0	5	0	15	5	29	15	11	0	9	2	4	6	24
›› davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	21	30	6		5		15	5	29	13	11		8	2	4	6	24
› ermächtigte Krankenhausärzte	85	39	10	7	4	0	54	12	28	44	42	14	7	21	22	7	70

1) Eine Screeningeinheit ist KV-übergreifend organisiert, dadurch haben Bremen und Niedersachsen zusammen neun Screeningeinheiten.

Medizinische Rehabilitation



VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR VERORDNUNG VON LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.3.2005

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des veranlassenden 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
✓ GENEHMIGUNGEN	2)								3)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	7.325	9.309	994	653	480	678	2.355	793	3.251	3.108	1.715	596	2.009	1.270	1.737	1.256	3.497
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	7.502	9.553	1.001	781	486	684	2.358	817	3.276	3.077	1.795	605	2.070	1.264	1.762	1.282	3.582
Anzahl beschiedene Anträge 1)	328	803	58	35	20	34	145	24	214	215	156	27	98	40	50	72	215
› davon Anzahl Genehmigungen	328	796	57	35	20	32	135	24	214	215	156	27	94	40	49	72	201
› davon Anzahl Ablehnungen		7	1			2	10						4		1		14
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
› davon bestanden			2														
› davon nicht bestanden			0														
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3	9	50	0	17	23	0	0	58	1	76	18	43	46	61	0	0

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Differenz der Zahl der Genehmigungen zu den Angaben des Vorjahres auf Grund fehlerhafter Recherche, nunmehr bereinigt. 3) Alle Rückgaben / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen wegen Praxisaufgabe.



Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

Zum 1. April 2012 ist, zunächst für die Dauer von zwei Jahren, in der vertragsärztlichen Versorgung eine Regelung in Kraft getreten, die auf die Betreuung und Behandlung von Risikogruppen für eine Infektion mit dem Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) zielt. Ärzte, die diese Gebührenordnungspositionen abrechnen wollen, müssen gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie an einer speziellen dreistündigen Fortbildung teilgenommen haben.

Die Ausbreitung von resistenten Erregern, zu denen als einer der wesentlichen der MRSA zählt, war früher fast ausschließlich an die besonderen Bedingungen von Krankenhäusern gebunden. Resistente Staphylokokken (hospital-acquired (HA-)MRSA) entwickelten sich zunächst auch nur in stationären Einrichtungen, da dort – durch den hohen Anteil von mit Antibiotika behandelten und gleichzeitig schwer erkrankten Patienten – ideale Bedingungen für diese Keime herrschen. In den vergangenen zehn Jahren haben sich die MRSA-Keime auch außerhalb von Krankenhäusern ausgebreitet.

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

Um die Identifikation und Behandlung von Patienten mit einer MRSA-Besiedelung möglichst zielgerichtet vornehmen zu können, empfiehlt das Robert Koch-Institut (RKI) die Untersuchung auf MRSA im Sinne einer search and destroy-Vorgehensweise nur für Patienten bestimmter Risikogruppen. Definiert ist diese Risikogruppe als Patienten, die in den letzten sechs Monaten stationär behandelt worden sind (mindestens vier zusammenhängende Tage Verweildauer) und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen.

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

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

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

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

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

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, 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
✓ GENEHMIGUNGEN	2)																
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	119	74	31	10	1	47	17	14	58	57	47	10	30	8	15	12	56
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	126	83	59	5	1	49	17	14	59	60	47	10	32	8	15	12	56
› davon Anzahl Genehmigungen	119	63	31	5	1	48	17	14	59	57	47	10	31	8	15	12	56
› davon Anzahl Ablehnungen	7	20	28	0	0	1	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
› davon bestanden													2				
› davon nicht bestanden													0				
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	64	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Es waren vorläufige Abrechnungsgenehmigungen erteilt, was die hohe Ablehnungsrate der Anträge und die Angabe bei Rückgabe / Beendigungen begründet.



Ein wesentlicher Bestandteil der neuen, am 1. April 2012 in Kraft getretenen Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik), ist die verpflichtende Einführung einer Jahresstatistik für sämtliche Leistungen des neuen Unterabschnitts 11.4.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Ziel ist, die hohe Qualität molekulargenetischer Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen zu sichern und weiter zu fördern.

Ärzte, die zwischen dem 1. April und 31. Dezember 2012 entsprechende molekulargenetische Leistungen durchgeführt haben, müssen diese Jahresstatistik jetzt erstmals erstellen. Die Statistik ist betriebsstättenbezogen.

Dazu erstellen die Labore eine Statistik, in die alle im betreffenden Kalenderjahr erbrachten Leistungen einfließen. Die Daten werden unter anderem für Rückmeldeberichte zur praxisinternen Qualitätssicherung ausgewertet. Die Datenerfassung und -übertragung erfolgt elektronisch.

Die Jahresstatistik kann über das von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam betriebene Online-Portal eDoku eingereicht, eingesehen und korrigiert werden. Alternativ kann dies aber auch über eine in die Praxisverwaltungssoftware (PVS) integrierte Funktion erfolgen, falls der betreffende Softwareanbieter diese implementiert hat. Die KBV hat die Softwarehersteller rechtzeitig vor Inkrafttreten der Vereinbarung informiert, sodass die erforderlichen Anpassungen in der Praxisverwaltungssoftware vorgenommen werden konnten. Die Datenübermittlung erfolgt über das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Um eine hohe Ergebnisvalidität zu erzielen und ein einheitliches Verständnis bezüglich der zu dokumentierenden Angaben sicherzustellen, wurden im Online-Portal die Definitionen zentraler Begrifflichkeiten bereitgestellt.

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 auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: gegebenenfalls bei Dokumentationsprüfungen auf Grund 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

✓ GENEHMIGUNGEN

Anzahl Ärzte mit Genehmigung,
Stand 31.12.2012

6	15	3	1	0	1	14	2	16	5	1	0	1	1	4	0	7
---	----	---	---	---	---	----	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---



Die neuropsychologische Therapie ist mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses seit 2012 eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Bisher konnte diese Therapie nur während eines Aufenthaltes im Krankenhaus und / oder in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Die Therapie richtet sich an Patienten mit hirnganischen Erkrankungen, zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder Unfall. Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnganisch verursachten Störungen geistiger (kognitiver) Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen.

Die Feststellung der Indikation für eine neuropsychologische Therapie erfolgt zweistufig. In einem ersten Schritt klärt der Arzt ab, ob der Patient an einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung leidet. Nach Feststellung der Diagnose prüft ein Arzt oder Psychotherapeut mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation, ob eine neuropsychologische Therapie für den Patienten infrage kommt.

Die neuropsychologische Therapie ist nicht antragspflichtig. Der Beginn der Behandlung ist lediglich der Krankenkasse anzuzeigen und zwar spätestens mit Abschluss von bis zu fünf probatorischen Sitzungen. Die Therapie kann in Form von Einzel- oder Gruppenbehandlung mit maximal

fünf Patienten durchgeführt werden und auch außerhalb der Praxis / Einrichtung erbracht werden, wenn dies medizinisch notwendig ist. Eine Einzelbehandlung kann bis zu 60 Sitzungen à 50 Minuten, eine Gruppenbehandlung bis zu 40 Sitzungen à 100 Minuten dauern. Gegebenenfalls kann die Behandlung um 20 Sitzungen verlängert werden. Auch eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist möglich. Dabei muss jedoch das Regelkontingent von 60 Sitzungen beachtet werden.

Die Befunde, der Therapieplan sowie der Behandlungsverlauf, Änderungen im Therapieplan, Anzahl und Dauer der Behandlungen pro Woche und die Gesamtbehandlungsanzahl sind zu dokumentieren. Dokumentiert werden muss ferner, wenn die Dauer der Behandlungseinheiten reduziert, der Behandlungsumfang aus medizinischen Gründen verlängert werden muss oder sich die Therapie außerhalb der Praxis/Einrichtung als medizinisch notwendig erweist. Die Überprüfung der sachgerechten Dokumentation sowie der Indikation erfolgt durch Stichproben im Einzelfall nach der Qualitätsprüfungsrichtlinie vertragsärztliche Versorgung gemäß § 136 Abs. 2 SGB V.



Onkologie



VEREINBARUNG ÜBER DIE QUALIFIZIERTE AMBULANTE VERSORGUNG KREBSKRANKER PATIENTEN (ONKOLOGIE-VEREINBARUNG)

Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert am 1.1.2013

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

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie: Pro Quartal und Arzt Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und / oder intrakavitärer und / oder intraläsionaler Behandlung. Ärzte anderer Fachgruppen: 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 industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen; jährlich mindestens eine onkologische Fortbildung des Praxispersonals; Mitgliedschaft in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum.

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: angestrebt wird der gemeinsame EDV-technische 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

ONKOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN					4)				5)				6)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	431	336	244	111	47	123	172	49	389	503	167	28	215	100	154	73	349
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	478	359	247	116	34	117	182	52	400	448	169	27	224	100	137	74	349
› darunter Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen	2)	154	25	9	2	6	28	6	97	40	13	2	2)	9	6	2)	16
› darunter Anzahl Ärzte in Praxen die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0	14	236	29	0	66	0	10	303	248	69	0	2)	2)	11	2)	349
Anzahl beschiedene Anträge 1)	34	118	36	7	5	85	10	6	44	85	8	0	11	3	13	10	30
› davon Anzahl Genehmigungen	34	113	35	7	2	83	9	4	42	85	8		10	3	8	8	30
› davon Anzahl Ablehnungen	0	5	1	0	3	2	1	2	2	0	0		1	0	5	2	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	0		0	2	0	0	0
› davon bestanden							1			7				2			
› davon nicht bestanden							0			0				0			
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	2	0	13	1	0	0	3	0	0	0	5	0	12	0	7
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3)	10	19	2	0	22	3)	0	28	55	3)	1	2	4	5	0	17

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seite 62/63.

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind wegen regional anderer/ergänzender Vereinbarung zum Teil keine Angaben zu Ärzten in Neu-/Jungpraxen und Ärzten in Praxen die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden, möglich. 3) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 4) Auf Grund einer in Bremen geltenden Zusatzvereinbarung mussten 13 Genehmigungen widerrufen werden. 5) Bei 52 der 55 unter Rückgabe / Beendigung aufgeführten Ärzte endete die Teilnahme durch Ablauf der befristeten Genehmigung. 6) Einer der Widerrufe ist ein Teilwiderruf.

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
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	414	573	203	77	47	119	258	59	318	509	158	49	142	82	116	73	340
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	426	573	203	79	49	128	271	64	316	480	171	52	146	79	120	78	346
Anzahl beschiedene Anträge 1)	28	70	21	5	4	15	14	4	24	26	28	3	14	1	7	9	23
› davon Anzahl Genehmigungen	28	70	21	5	4	15	14	4	24	26	28	3	14	1	7	9	21
› davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	0	0	3	2	5	2)	0	10	0	15	0	9	4	4	0	0

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



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: 1.7.2011

(Aussetzung der Dokumentationsprüfungen nach § 6 bis zum 30.6.2014)

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

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

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

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an 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
✓ GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	42	52	19	12	3	9	13	9	38	47	12	8	22	5	20	5	50
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	42	50	18	11	3	9	13	8	31	48	12	8	24	6	20	5	48
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5
neu		6	1										1	1			5
› davon Anzahl Genehmigungen		6	1										1	1			4
› davon Anzahl Ablehnungen		0	0										0	0			1
erneut gemäß § 6 Abs. 6		0	0										0	0			0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0	0										0	0			0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	1	1	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	2

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

Phototherapeutische Keratektomie



VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR PHOTOTHERAPEUTISCHEN KERATEKTOMIE (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG PTK)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007

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

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

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

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an 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
✓ GENEHMIGUNGEN	3)								4)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	18	40	5	1	1	1	7	1	12	29	3	1	2	2	3	5	28
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	18	39	6	1	0	1	7	1	12	25	4	0	4	2	3	5	31
Anzahl beschiedene Anträge 1)	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	6
› davon Anzahl Genehmigungen		4	1								1		2				6
› davon Anzahl Ablehnungen		0	0								0		0				0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0	0								0		0				0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0
☐ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																	
Anzahl geprüfter Ärzte	6	2)	0	2)		2)	2)	2)	0	2)	2)		0	1	2)	0	12
› davon ohne Beanstandungen	4													1			12
› davon mit Beanstandungen	2													0			0
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 5	2		0						0				0	0		0	0
› davon ohne Beanstandungen	1																
› davon mit Beanstandungen	1																
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	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) Wegen der geringen Zahl (zum Teil keine) abgerechneter Leistungen wurden keine Dokumentationsprüfungen durchgeführt. 3) Die Prüfungen erfolgen zweijährlich, nächste Prüfung 2013. 4) In der Kassenärztlichen Vereinigung ist nur ein abrechnender Arzt, der zuletzt 2011 geprüft wurde.



Psychotherapie



VEREINBARUNG ÜBER DIE ANWENDUNG VON PSYCHOTHERAPIE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG (PSYCHOTHERAPIE-VEREINBARUNG)

Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, Gültigkeit: seit 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2008

RICHTLINIE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG DER PSYCHOTHERAPIE (PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIE)

Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: seit 19.2.2009 (zuvor Richtlinie des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen seit 1.1.1999), zuletzt geändert: 19.6.2013

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

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN, VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ÄRZTE, PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN. Bundesarztregister, Stand 31.12.2012

KV	Psychologische Psychotherapeuten	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	Ärztliche Psychotherapeuten	Kinder- und Jugendpsychiater	Psychiater (Nervenärzte / Neurologen / Psychiater)
BW	1.708	629	994	123	641
BY	2.105	626	978	145	860
BE	1.496	265	411	65	424
BB	217	64	84	17	140
HB	253	59	87	23	76
HH	694	133	197	54	219
HE	1.587	367	586	42	338
MV	126	37	47	12	112
NI	1.204	424	403	113	528
NO	2.047	457	687	156	751
RP	500	166	189	30	262
SL	171	47	66	9	70
SN	612	184	127	31	299
ST	211	59	48	17	148
SH	419	96	179	43	195
TH	215	80	60	17	143
WL	1.266	371	407	102	493

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

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

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

Richtlinienverfahren:

- › analytische Psychotherapie
- › tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- › Verhaltenstherapie

Psychosomatische Grundversorgung:

- › verbale Interventionen
- › übende Techniken (Autogenes Training, Jacobson'sche Relaxation)
- › suggestive Techniken (Hypnose)

GUTACHTERSTATISTIKEN IM ZEITVERLAUF 2008 BIS 2012

VERFAHREN		ANZAHL (OBER-)GUTACHTER	ANZAHL (OBER-)GUTACHTEN	NICHTBEFÜRWORTUNG DER ANTRÄGE IN %	ÄNDERUNG DER ANTRÄGE IN %
tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	2008	89 Gutachter	169.319 Gutachten	3,7	10,3
		15 Obergutachter	2.332 Obergutachten	23,2	23,3
	2009	92 Gutachter	164.587 Gutachten	4,0	10,3
		16 Obergutachter	1.917 Obergutachten	23,0	23,0
	2010	89 Gutachter ¹⁾	158.440 Gutachten	4,0	11,5
13 Obergutachter		1.621 Obergutachten	22,9	17,8	
2011	86 Gutachter ²⁾	164.857 Gutachten	4,0	11,2	
	14 Obergutachter	1.776 Obergutachten	24,7	19,1	
2012	97 Gutachter ³⁾	158.978 Gutachten	4,0	10,5	
	13 Obergutachter	1.762 Obergutachten	28,2	20,0	
Verhaltenstherapie	2008	74 Gutachter	136.077 Gutachten	3,1	7,2
		9 Obergutachter	607 Obergutachten	16,6	27,0
	2009	78 Gutachter	142.896 Gutachten	2,8	7,0
		8 Obergutachter	551 Obergutachten	18,1	26,0
	2010	77 Gutachter ⁴⁾	140.270 Gutachten	2,7	6,4
9 Obergutachter		551 Obergutachten	21,5	29,4	
2011	73 Gutachter ⁵⁾	151.546 Gutachten	3,0	6,2	
	9 Obergutachter	729 Obergutachten	18,5	37,4	
2012	72 Gutachter ⁶⁾	153.073 Gutachten	3,2	7,5	
	6 Obergutachter	507 Obergutachten	20,3	38,7	

¹⁾ davon elf Gutachter mit 19.452 Gutachten für Kinder und Jugendliche ²⁾ davon elf Gutachter mit 24.055 Gutachten für Kinder und Jugendliche ³⁾ davon 17 Gutachter mit 25.630 Gutachten für Kinder und Jugendliche ⁴⁾ davon elf Gutachter mit 16.084 Gutachten für Kinder und Jugendliche ⁵⁾ davon zwölf Gutachter mit 19.318 Gutachten für Kinder und Jugendliche ⁶⁾ davon 14 Gutachter mit 23.577 Gutachten für Kinder und Jugendliche

GUTACHTERVERFAHREN

Das Gutachterverfahren ist ein Instrument der Prozessqualität psychotherapeutischer Behandlungen. Gemäß Abschnitt F § 25 der Psychotherapie-Richtlinie muss jede Psychotherapie bei der Krankenkasse des Patienten von diesem beantragt werden. Gemäß Abschnitt F § 25 Abs. 1 der Richtlinie ist dieser Antrag vom Therapeuten grundsätzlich in einem Bericht an einen Gutachter zu begründen.

Befreiungsmöglichkeiten von dieser Berichtspflicht sind in Abschnitt F § 26a der Richtlinie für eine Kurzzeittherapie bis 25 Behandlungsstunden definiert. Hierfür ist eine festgelegte Anzahl von positiv beurteilten Berichten aus dem Gutachterverfahren der Kassenärztlichen Vereinigung vom Therapeuten vorzulegen.

Eine Langzeittherapie über 25 Behandlungsstunden ist immer gutachterpflichtig. Das Gutachterverfahren dient der Feststellung, 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.

Bestätigt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht für Psychotherapie aufgrund eines Antrags- beziehungsweise Gutachterverfahrens, wird eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die bewilligte Psychotherapie nicht durchgeführt. Gemäß § 12 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarungen sind die Gutachter verpflichtet, eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutachtungen zu erstellen.

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



Qualitätsmanagement

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

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

ERGEBNIS DER STICHPROBENPRÜFUNG 2012 (N= 2.969 RÜCKMELDUNGEN)	ANTEIL IN %
Anteil Ärzte noch vor ihrer „Sollphase“	23,1
Anteil Ärzte in ihrer „Sollphase“	68,9
Anteil Ärzte ihre „Sollphase“ abgeschlossen und weiter*	8,0

* weiter als nach Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gefordert

DIE FREIWILLIGE ANGABE, WELCHES QUALITÄTSMANAGEMENT-SYSTEM VON DER PRAXIS GENUTZT WIRD, MACHTEN 1.723 PRAXEN:

EINGEFÜHRTES QUALITÄTSMANAGEMENT-SYSTEM	ANTEIL IN %
QEP	35,9
ISO 9001	32,2
KPQM	5,6
KTQ	3,6
QiSA	2,4
Qu.no	3,1
Sonstige	17,2

Die Stichprobenprüfungen bestätigen die flächendeckende Umsetzung der Anforderungen der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bereits zum sechsten Mal forderten im Jahr 2012 die Kassenärztlichen Vereinigungen 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auf. Nach Auswertung der Ergebnisse aus den Kassenärztlichen Vereinigungen (Stand Mai 2013) lag die Rücklaufquote der Fragebögen stabil bei 94 Prozent (2011: 95 Prozent, 2010: 94 Prozent, 2009: 95 Prozent, 2008: 87 Prozent). Die Befragten, darunter auch fünfzig Medizinische Versorgungszentren und 183 ermächtigte Krankenhausärzte, machten die links dargestellten Angaben zum Entwicklungsstand ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.



QEP®: QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN

Zur Unterstützung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten bei der Einführung 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 (MVZ) unterschiedlicher Größe genutzt werden. Unterstützungsinstrumente wie die QEP-Einführungsseminare® oder das QEP-Manual® mit vielfältigen Umsetzungsvorschlägen sowie der modulare Aufbau erleichtern den Einstieg und die Umsetzung dieses Qualitätsmanagement-Verfahrens.

Durch die vollständige Überarbeitung der QEP-Werke sind sowohl der QEP-Qualitätsziel-Katalog® als auch das QEP-Manual® an aktuelle gesetzliche und andere Änderungen angepasst worden. Aspekte der Patientensicherheit, des Risikomanagements, der Dokumentationspflichten und der Patientenaufklärung sind dabei, wie im Patientenrechtegesetz gefordert, berücksichtigt worden.

Für Praxisnetze bietet QEP® die Chance, die Inhalte der Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V zum Qualitätsmanagement auf allen Umsetzungsstufen zu erfüllen.

Derzeit (Stand März 2013) sind über 650 Praxen und MVZ nach QEP® zertifiziert.

QUALITÄTSZERTIFIZIERUNG NACH LQW

Mit dem Qualitätsmanagement-System QEP® und dem Qualitätszirkel-Konzept (Handbuch Qualitätszirkel) präsentiert sich die KBV als moderner Dienstleister für Vertragsärzte und -psychotherapeuten und unterstützt sie im Prozess des lebenslangen Lernens und der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung. Zum Angebot gehört eine Vielzahl von Fortbildungsveranstaltungen zu beiden Themenbereichen. Um die hohe Qualität der Fortbildungsangebote zu belegen und transparent zu machen, hat sich der Bereich Qualitätsmanagement / Qualitätszirkel im Dezernat Sektorenübergreifende Qualitätsförderung und -darstellung der „Lernerorientierten Qualitätstestierung in der Weiterbildung / LQW“ unterzogen, die im Mai 2013 mit der Übergabe des Zertifikats erfolgreich abgeschlossen wurde.

Nach dem Qualitätsmanagement-System LQW sind deutschlandweit und in angrenzenden europäischen Ländern Bildungsanbieter in den verschiedensten Bereichen zertifiziert, wie unter anderem Volkshochschulen, das Bundesinstitut für berufliche Bildung und die Managementakademie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.

MEHR INFOS UNTER
www.kbv.de/qm

Qualitätszirkel

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

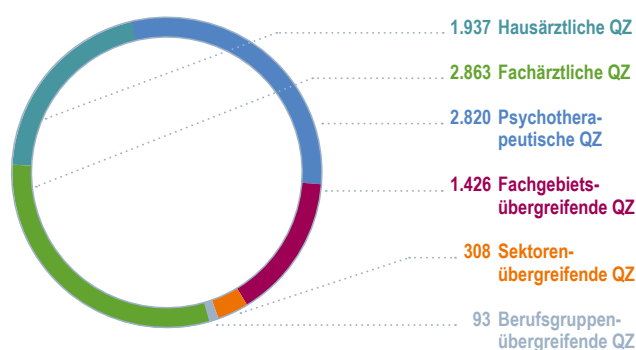
Qualitätszirkel wurden bereits vor 20 Jahren in den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinien) als anerkanntes Instrument der Qualitätsförderung festgeschrieben. Die in den Qualitätssicherungs-Richtlinien beschriebenen Qualitätskriterien für Zirkel bilden auch die Grundlage der Qualitätszirkel-Grundsätze der Kassenärztlichen Vereinigungen. Danach arbeiten Qualitätszirkel auf freiwilliger Basis, mit selbst gewählten Themen, auf der Grundlage des kollegialen Diskurses im Sinne des Peer Reviews, kontinuierlich und unter Leitung eines ausgebildeten Moderators.

Die KBV unterstützt die regionale Qualitätszirkel-Arbeit durch ein methodisch-didaktisches Konzept auf der Grundlage des Train-the-Trainer-Prinzips, das im Handbuch Qualitätszirkel niedergeschrieben ist. Das Konzept



NEUE AUSGABE

ARTEN VON QUALITÄTSZIRKELN (QZ)



wird kontinuierlich weiterentwickelt und durch neue Module ergänzt. Schwerpunkt im Jahr 2012 war die Aktualisierung aller Module und die Vorbereitung der nunmehr dritten Auflage des Handbuchs Qualitätszirkel, das im Herbst 2013 im Deutschen Ärzte-Verlag erscheint.

Neue methodisch-didaktische Module der dritten Auflage zu den Themen Multimedikation, Hygienemanagement in Praxen / MVZ, Differentialdiagnostik, Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt, Frühe Hilfen / Familienfallkonferenz, Selbstbewertung und Vorbereitung einer Zertifizierung nach QEP® und Qualitätszirkelgründung erweitern das bisherige Angebot für Qualitätszirkel. Gemeinsam mit erfahrenen Moderatoren wurden diese versorgungsrelevanten Themen für die unmittelbare Zirkelarbeit aufbereitet. Zusätzlich stehen den Zirkelmoderatoren vielfältige Moderationshilfen, wie zum Beispiel Moderationsplakate, Arbeitsblätter, Lesetexte, Checklisten und Präsentationen zur Verfügung.

Das Qualitätszirkel-Konzept der KBV wird derzeit von zehn Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt. Darüber hinaus nutzen einzelne Kassenärztliche Vereinigungen die Kompetenz von Tutoren aus anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für ihre Moderatorenfortbildung.

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

Das Serviceangebot der KBV zur Qualitätszirkelarbeit umfasste 2012 darüber hinaus unter anderem

- › die Ausbildung erfahrener Qualitätszirkel-Moderatoren zu Tutoren in der nunmehr achten Schulungsstaffel (2012 haben 14 Tutoren ihre Ausbildung bei der KBV abgeschlossen, bundesweit gibt es aktuell 104 aktive Qualitätszirkel-Tutoren),
- › die Durchführung von Supervisionen und Trainings für Tutoren,
- › den Erfahrungsaustausch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie
- › einen quartalsweise erscheinenden Newsletter.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen gab es im Jahr 2012 bundesweit:

- › mehr als 9.500 zertifizierte Qualitätszirkel, neun Prozent mehr als 2011 (davon erfüllen etwa 7.700 die Qualitätsstandards der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV),
- › etwa 68.000 Teilnehmer an Qualitätszirkeln,
- › etwa 7.100 aktive Qualitätszirkel-Moderatoren (403 Moderatoren wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen 2012 neu ausgebildet).

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

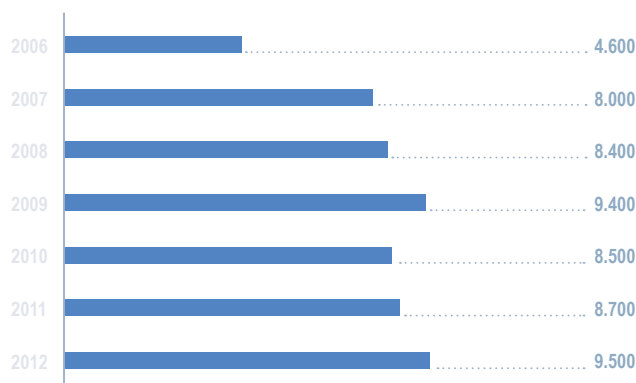
Veranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Fortbildung der Qualitätszirkel-Moderatoren betrafen auch neue Themen, wie die Recherche evidenzbasierter Informationen im Internet oder den Umgang mit Verdachtsfällen auf häusliche Gewalt gegen Kinder.

Qualitätszirkel unterstützen den Transfer von aktuellem, evidenzbasiertem Wissen in die Versorgungspraxis. Unter diesem Titel stand auch der Berliner Gesundheitspreis 2013, der alle zwei Jahre vergeben wird. Die KBV hat sich deshalb mit ihrem Qualitätszirkel-Konzept um den Gesundheitspreis beworben und es unter der Vielzahl der Projekte zwar nicht unter die Preisträger, aber in die engere Auswahl für die Preisvergabe geschafft.

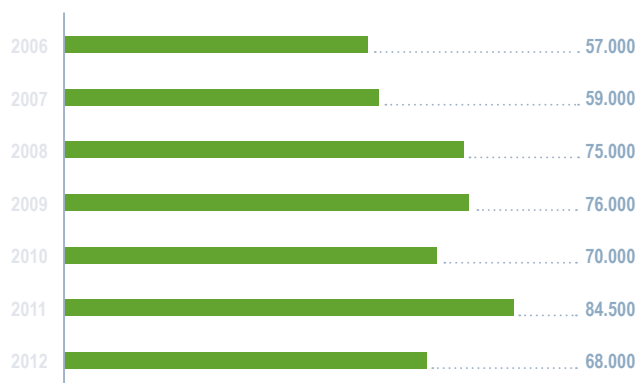
Im weiteren Fokus der Förderung regionaler Qualitätszirkelarbeit stehen die Entwicklung neuer Themenmodule, die Nutzung elektronischer Medien für die Zirkelarbeit, das Marketing für die Verstärkung des Qualitätszirkel-Konzeptes sowie die Nachwuchsarbeit.

SEIT DER KONTINUIERLICHEN ERFASSUNG DER ANGABEN IM JAHR 2006 HABEN SICH DIE DATEN DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT WIE FOLGT ENTWICKELT:

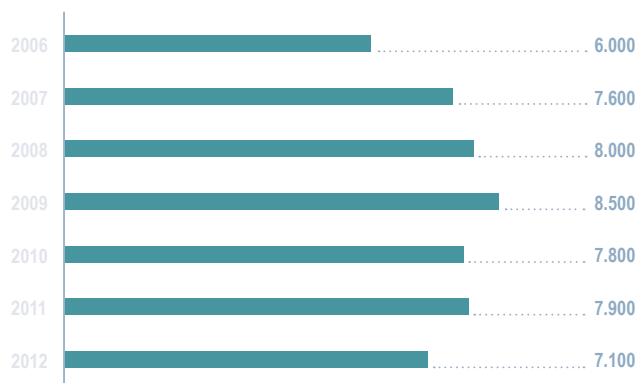
QUALITÄTSZIRKEL



TEILNEHMER



MODERATOREN



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

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 auf Grund 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

✓ GENEHMIGUNGEN

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2011	384	467	101	79	32	89	212	51	274	352	200	40	98	70	98	63	372
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2012	398	491	122	85	34	87	194	51	292	408	205	42	110	72	101	67	379
› davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	346	438	109	65	32	81	171	48	244	363	182	35	107	50	79	64	305
› davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	62	51	13	20	2	6	23	1	34	29	20	7	3	20	20	3	74
› davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	9	2	3)	3)	3)	3)	3)	3	14	16	3	3)	3)	2	2	3)	3)
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	42	64	23	9	3	3	16	6	25	55	18	2	15	9	14	8	23
› davon Anzahl Genehmigungen	42	61	23	9	3	3	13	5	25	55	18	2	13	9	14	8	23
› davon Anzahl Ablehnungen		3					3	1					2				
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	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	2	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	2	2	1	1	1	2)	5	3	6	13	0	2	7	3	0	0

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von den Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg und Sachsen-Anhalt durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seite 62/63.

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. ³⁾ Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie sind nach der Vereinbarung nicht vorgesehen, gleichwohl werden von verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen aus Sicherheitsgründen Ermächtigungen ausgesprochen.



Schmerztherapie



**QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR SCHMERZTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG
CHRONISCH SCHMERZKRANKER PATIENTEN (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG SCHMERZTHERAPIE)**
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2005, zuletzt geändert 1.1.2013.

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

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

FREQUENZREGELUNG: bei schmerztherapeutischen Einrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkranken 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 / QUALITÄTSSCHLEIFE: pro Jahr acht (schmerztherapeutische Einrichtungen zwölf) interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung in schmerztherapeutischen Einrichtungen; tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung

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

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

SCHMERZTHERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
✓ GENEHMIGUNGEN	3)			3)			3)	4)	3)	3)	4)		3)	3)			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	157	142	56	61	15	21	67	26	41	135	68	17	71	29	34	29	74
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	161	142	63	60	16	22	70	27	43	135	67	16	74	30	35	29	76
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	16	50	13	0	1	1	9	1	5	2	5	1	5	2	2	1	9
› davon Anzahl Genehmigungen	16	35	11		1	1	7	1	3	1	5	1	4	2	2	1	9
› davon Anzahl Ablehnungen	0	15	2		0	0	2	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	12	7		1	0	6	0	2	1	3	1	0	2	2	1	4
› davon bestanden		10	5		1		6		1	1	3	1		2	2	0	3
› davon nicht bestanden		2	2		0		0		1	0	0	0		0	0	1	1
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs. 2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	6	0	0	0	0	1	0	0	²⁾	2	0	1	1	0	2
Anzahl Kolloquien gemäß § 5 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
☐ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG																	
Anzahl Prüfungen gemäß § 7 Abs. 2	145	0	0	0	0	8	6	40	18	10	0	80	3	0	11	0	0
› davon ohne Beanstandungen	97					8	3	32	15	9		65	1		9		
› davon mit Beanstandungen	48					0	3	8	3	1		15	2		2		

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. ³⁾ Angaben zu Dokumentationsprüfungen beziehen sich auf Ärzte, nicht auf Fälle. ⁴⁾ Angaben zu Dokumentationsprüfungen beziehen sich auf Fälle, nicht auf Ärzte.



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 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Gültigkeit: seit 1.7.2013

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

FREQUENZREGELUNG: Voraussetzung zur Abrechnung der Pauschale sind im Behandlungsfall mindestens drei Kontakte je Quartal, wovon mindestens ein Kontakt durch eine Person der in diesem Bereich kooperierenden komplementären Berufe (zum Beispiel Heilpädagoge) erfolgen muss. Zudem gilt eine Obergrenze von 400 Behandlungsfällen im Quartal für den ersten Arzt je Praxis, für jeden weiteren Arzt gilt die Obergrenze von 320, regionale Versorgungsdefizite erlauben Abweichungen

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Gewährleistung der interdisziplinären Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste; kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten, gegebenenfalls konsiliarische Beratung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: regelmäßige, mindestens einmal im Monat stattfindende patientenorientierte Fallbesprechungen, unter Einbeziehung der komplementären Berufe (Kooperationen)

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: temporäre behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und therapeutischen Maßnahmen; elektronische Übermittlung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder eine von ihr beauftragte Stelle im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Evaluation der Maßnahme erfolgt auf Basis einer Datenerhebung in den Jahren 2013 und 2014 bei allen teilnehmenden Ärzten und einer Patientenstichprobe; Ergebnisse werden in aggregierter Form als Evaluationsbericht den Partnern des Bundesmantelvertrags und teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt



Zum 1. Oktober 2012 ist die Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) in Kraft getreten. In dieser Anlage werden die Details zur Evaluation der SPV festgelegt. KBV und GKV-Spitzenverband hatten sich auf eine wissenschaftliche Auswertung von Versorgungsdaten geeinigt, die als zusätzliches Element auch die Auswertung von Patientenfragebögen umfasst.

Alle Ärzte, die diese Leistung erbringen, sind verpflichtet, sich an der Evaluation zu dieser Vereinbarung zu beteiligen. Nach einem vorgegebenen Studiendesign werden im ersten Halbjahr 2013 von jedem Arzt maximal 30 Patienten ausgewählt und ausführlich dokumentiert. 2014 erfolgt eine zweite Erhebungswelle. Um die Daten schnell und umfassend auswerten zu können, erfolgt die artzseitige

Dokumentation ausschließlich elektronisch. Zur Übermittlung der Daten wird ein Online-Portal zur Verfügung gestellt. Nur der Patientenfragebogen wird als papiergebundenes Formular eingesetzt.

Mit der Zusammenführung von ärztlichen Dokumentationen und Patientenfragebögen sowie der gesamten Auswertung ist das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) beauftragt. Das ZI erstellt nach dem ersten Erfassungszeitraum Zwischenberichte, die von den Ärzten im Online-Portal abgerufen werden können. Die Ergebnisse der Berichte bilden ausschließlich aggregierte Daten ab. Nach der gesamten Datenerhebung wird das ZI einen abschließenden Ergebnisbericht erstellen.

SOZIALPSYCHIATRIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
✓ GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	74	94	40	13	9	33	31	8	91	123	20	5	20	4	30	16	68
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	75	104	48	15	10	34	32	8	98	120	21	5	20	6	34	17	69
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	7	16	56	2	2	5	4	0	14	6	4	0	3	2	4	1	1
› davon Anzahl Genehmigungen	7	16	56	2	2	5	4		14	6	4		2	2	4	1	1
› davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		1	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	3	0	1	0	3	0	0	0	3	²⁾	0	0	0	1	0	1

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



Soziotherapie



RICHTLINIEN ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG VON SOZIOThERAPIE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG (SOZIOThERAPIE-RICHTLINIE)

Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002

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

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
✓ GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2011	466	248	168	26	47	42	47	28	79	117	141	32	89	3	64	21	59
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2012	465	245	170	26	51	41	49	34	77	112	140	35	99	3	64	21	62
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	15	8	11	0	5	0	3	6	7	7	6	5	13	0	2	0	6
› davon Anzahl Genehmigungen	15	8	10		5		2	6	7	7	6	5	13		2		6
› davon Anzahl Ablehnungen	0	0	1		0		1	0	0	0	0	0	0		0		0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	²⁾	10	8	0	3	1	0	0	0	0	²⁾	2	3	0	3	0	0

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

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
✓ GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	151	250	29	10	11	30	59	17	95	122	58	23	22	20	32	13	103
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	151	262	27	9	13	31	61	16	102	121	64	21	23	21	30	14	104
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	7	33	1	0	3	2	3	0	12	6	24	1	2	1	3	1	16
› davon Anzahl Genehmigungen	7	32	0		2	2	3		12	6	24	1	1	1	3	1	14
› davon Anzahl Ablehnungen	0	1	1		1	0	0		0	0	0	0	1	0	0	0	2
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0	0		0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	²⁾	1	2	0	0	1	²⁾	1	0	2	18	3	0	0	0	0	0

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



Strahlendiagnostik /-therapie



VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON UNTERSUCHUNGEN IN DER DIAGNOSTISCHEN RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN UND VON STRAHLENTHERAPIE (VEREINBARUNG ZUR STRAHLENDIAGNOSTIK UND -THERAPIE)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2009

RICHTLINIEN ÜBER KRITERIEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER RADIOLOGISCHEN DIAGNOSTIK (KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK UND COMPUTERTOMOGRAPHIE)

Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert 1.1.2013

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 war durch Beschluss des gBA die Möglichkeit eröffnet worden, die Stichprobenprüfungen für 2011 und 2012 auszusetzen, dieser Zeitraum wurde vom gBA bis einschließlich 2014 verlängert.

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

KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 5																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	2.677	3.580	781	451	248	527	1.517	399	1.842	2.813	1.055	369	928	560	645	530	2.227
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	2.700	3.466	774	495	264	533	1.530	393	1.806	2.901	998	350	954	536	657	534	2.200
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	349	3.818	358	53	30	79	77	18	197	138	195	19	54	16	36	28	296
› davon Anzahl Genehmigungen	321	3.494	342	53	29	72	76	17	194	113	195	19	51	13	34	28	295
› davon Anzahl Ablehnungen	28	324	16	0	1	7	1	1	3	25	0	0	3	3	2	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	15	5	8	0	0	0	0	0	2	0	6	0	5	10	3	0	20
› davon bestanden	15	0	6						2		6		5	10	3		20
› davon nicht bestanden	0	5	2						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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	5	0	0	0	13	0	0	0	5	0	0	0	2	4	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	²⁾	361	93	9	13	0	²⁾	0	81	77	252	38	26	37	14	0	27

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte	2.429	3.194	585	354	204	473	1.512	289	1.842	2.205	904	308	804	436	621	456	1.941
Anzahl geprüfter Ärzte	234	309	39	22	8	169	67	17	85	120	342	18	37	20	74	20	236
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	228	143	29	20	8	169	65	17	82	119	306	16	37	19	53	20	222
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	6	166	8	2	0	0	2	0	3	1	36	2	0	1	21	0	14
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	9,4	4,5	5,0	5,6	3,9	35,7	4,3	5,9	4,5	5,4	33,8	5,2	4,6	4,4	8,5	4,4	11,4
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare				³⁾		⁵⁾				⁵⁾			⁶⁾	⁷⁾			
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen abrechnender Ärzte gemäß § 4 Abs. 2																	
› keine Beanstandungen	156	43	5	18	7	77	30	0	16	96	209	13	33	8	16	6	157
› geringe Beanstandungen	64	62	9	1	0	64	19	8	63	19	60	2	3	8	29	8	51
› erhebliche Beanstandungen	6	29	3	1	1	18	15	5	2	3	25	1	0	3	2	4	11
› schwerwiegende Beanstandungen	2	9	12	0	0	10	1	4	1	1	12	0	0	0	6	2	3
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
› keine Beanstandungen	0	9	0	2			2		0	0	28	2		0	9		8
› geringe Beanstandungen	3	105	4	0			0		3	1	4	0		0	5		5
› erhebliche Beanstandungen	2	49	2	0			0		0	0	2	0		1	3		0
› schwerwiegende Beanstandungen	1	3	2	0			0		0	0	2	0		0	4		1

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	82	257	33	2	1	60	19	9	69	5	105	1	3	3	49	14	71
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	10	0	0	0	0	0	0	6	11	0	1	0	15	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	4	76	20	0	0	5	0	0	0	0	39	0	0	1	0	1	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	39	4	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5	0	2
› davon bestanden	1	39	3	2							1			0	4		2
› davon nicht bestanden	0	0	1	0							0			0	1		0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	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) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 3) Kolloquien erfolgten nach Mängelfeststellung der Ärztlichen Stellen nach RöV. 4) Widerrufe wurden zum Teil wegen fehlender Geräte ausgesprochen. 5) Prüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der KV organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote als andere KVen. 6) Das Ergebnis eines Prüfverfahrens ist noch offen. 7) Kolloquium findet 2013 statt.

COMPUTERTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 7																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	466	583	234	82	52	143	259	69	216	520	196	56	172	79	110	105	348
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	497	600	246	97	59	151	268	78	206	551	209	64	190	81	122	108	355
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	96	310	115	18	7	26	27	12	73	64	48	10	19	2	15	18	140
› davon Anzahl Genehmigungen	94	307	115	18	7	26	27	12	73	62	48	10	19	2	13	18	140
› davon Anzahl Ablehnungen	2	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
› davon bestanden	2					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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	25	44	3	0	6	2)	0	0	0	35	2	4	0	1	0	7

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG COMPUTERTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
STICHPROBENPRÜFUNGEN																	
§ 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte			154			151	267	63		394	182	64	177	81	90	102	
Anzahl geprüfter Ärzte		16	9			13	15	3		16	37	4	7	5	7	4	
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2		0	8			13	15	3		16	37	4	7	3	7	4	
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3		16	1			0	0	0		0	0	0	0	2	0	0	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %			5,2			8,6	5,6	4,8		4,1	20,3	6,3	4,0	3,7	7,8	3,9	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	3)	3)		3)	3)				3)		5)						3)
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
› keine Beanstandungen			1			13	15	1		15	34	4	7	2	6	4	
› geringe Beanstandungen			1			0	0	2		1	1	0	0	1	1	0	
› erhebliche Beanstandungen			4			0	0	0		0	1	0	0	0	0	0	
› schwerwiegende Beanstandungen			2			0	0	0		0	1	0	0	0	0	0	
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
› keine Beanstandungen		11	0											2			
› geringen Beanstandungen		4	0											0			
› erheblichen Beanstandungen		1	0											0			
› schwerwiegenden Beanstandungen		0	1											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		5	7			3	0	0		1	3	0	0	1	1	0	
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	1	0	0	0	0	0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b		1	5			0	0	0		0	2	0	0	0	0	0	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c		0	0			0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1		0	1			0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 3) Stichprobenprüfungen wurden 2012 ausgesetzt. 4) In der Anzahl Rückgaben/Beendigungen sind nicht die Rückgaben wegen Praxisaufgabe umfasst. 5) Prüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der KV organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote als andere KVen.

OSTEODENSITOMETRIE

Bislang konnte die Osteodensitometrie nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden, wenn Patienten einen Knochenbruch ohne die normalerweise dafür erforderliche Belastung (adäquates Trauma) erlitten hatten und gleichzeitig ein begründeter Verdacht auf eine Osteoporose bestand.

Nach Auswertung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse ist der Gemeinsame Bundesausschuss nun zu dem Ergebnis gekommen, dass die Osteodensitometrie künftig

dann erbracht werden kann, wenn auf Grund konkreter Befunde eine gezielte medikamentöse Behandlungsabsicht besteht. Als ein derartiger Befund gilt zwar weiterhin eine klinisch erkennbare Fraktur ohne adäquates Trauma, beispielsweise eines Wirbelkörpers. Eine solche Konstellation muss jedoch nicht mehr zwingend vorliegen. Dies gilt im Gegensatz zur vorherigen Regelung auch dann, wenn die Messung der Knochendichte zum Zweck der Überprüfung einer laufenden Therapie wiederholt werden soll. Dieser Beschluss ist zum 11. Mai 2013 in Kraft getreten.

OSTEODENSITOMETRIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 8	3), 4)																
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	370	380	68	57	9	58	116	43	179	245	148	22	162	57	46	102	272
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	367	362	63	61	9	54	118	38	169	270	153	23	163	58	53	99	270
Anzahl beschiedene Anträge 1)	63	72	24	6	0	7	6	0	21	33	24	3	6	1	5	5	46
› davon Anzahl Genehmigungen	54	72	23	6		7	4		15	25	24	3	6	1	5	5	46
› davon Anzahl Ablehnungen	9	0	1	0		0	2		0	6	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	2	1	0		5	0		0	6	0	0	0	0	2	0	1
› davon bestanden		2	1			5				6					2		1
› davon nicht bestanden		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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	34	9	2	0	0	2)	0	0	0	19	2	4	0	1	0	5

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 3) Sechs Anträge wurden zurückgenommen / zurückgestellt. 4) In der Anzahl Rückgaben / Beendigungen sind nicht die Rückgaben wegen Praxisaufgabe umfasst.

NUKLEARMEDIZIN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
✓ GENEHMIGUNGEN § 10																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	230	263	74	22	16	54	49	22	94	221	91	17	43	24	40	31	158
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	228	263	75	23	16	53	101	20	88	232	82	16	42	24	38	34	157
Anzahl beschiedene Anträge 1)	30	238	28	1	0	10	9	2	28	70	9	5	1	0	2	3	33
› davon Anzahl Genehmigungen	27	230	28	1		8	9	2	26	69	9	5	1		2	3	33
› davon Anzahl Ablehnungen	3	8	0	0		2	0	0	2	1	0	0	0		0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	1
› davon bestanden	3																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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	23	13	0	0	6	2)	0	0	0	18	6	2	0	1	0	5



STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von den Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg und Hessen durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seite 62/63.

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



STRALENTHERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
✓ GENEHMIGUNGEN § 9																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	158	140	41	21	13	28	63	9	75	103	59	9	32	21	30	23	142
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	165	148	53	25	13	30	70	15	69	117	62	18	38	21	34	28	146
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	30	105	56	4	1	6	3	6	45	41	18	11	6	0	4	11	45
› davon Anzahl Genehmigungen	29	101	56	4	1	6	3	6	45	41	18	11	6		4	11	45
› davon Anzahl Ablehnungen	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
› davon bestanden															1		
› davon nicht bestanden															0		
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	25	13	0	1	1	2)	0	8	0	15	2	1	0	0	0	2

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



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 jährliche Fortbildung zu drogenspezifischen Notfallmaßnahmen der nichtärztlichen Mitarbeiter, nach Möglichkeit auch Teilnahme an suchtmedizinischen Fortbildungen; auf Verlangen Nachweise gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Anzeige aller Fälle zu Beginn der Behandlung an Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen; pro Quartal Prüfung von mindestens zwei Prozent der abgerechneten Fälle; alle Patienten nach fünf Jahren Behandlung; zu Patienten in Diamorphinsubstitution ist die Einholung einer Zweitmeinung nach zwei Jahren obligat

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

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

SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN	4)				7), 8)				10)		11)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	346	313	179	23	73	125	150	31	409	434	86	15	50	42	126	48	341
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	342	299	156	25	73	138	150	38	412	447	84	15	51	43	132	48	342
› Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte *+ 30 Ambulanzen	261	188	134	8	58	98	125 *	10	270	294	74	15	22	24	99	31	284
Anzahl beschiedene Anträge 1)	8	49	20	2	1	8	38	7	22	100	6	0	3	4	6	1	13
› davon Anzahl Genehmigungen	8	47	20	2	1	8	38	7	22	89	6		3	4	6	1	13
› davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	11	0		0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0
› davon ohne Beanstandungen	0										1						
› davon mit Beanstandungen	1										0						
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	12	3	20	0	0	10	0	0	0	0	8	0	1	3	2	1	9
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	338	146	24	4	11	11	27	26	143	84	27	0	22	46	60	17	119
› Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte	123	66	5)	0	3	5)	25	9	68	31	5)	5)	8	14	13	13	72
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	1	1	0	0	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
› davon Einrichtungen nach § 12	1	1				1	1		1	2							
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9 ABS. 3																	
Anzahl geprüfter Fälle	805	621	537	15	108	453	472	35	740	549	129	96	56	72	189	40	1.077
› keine Beanstandungen	661	341	424	12	60	258	277	30	664	360	101	60	49	60	92	37	933
› geringe, erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen 2)	144	280	113	3	48	195	79	5	76	189	28	36	7	12	97	3	144
5-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 9 ABS. 5																	
Anzahl geprüfter Fälle	444	21	612	6	117	187	247	24	399	3	86	22	0	139	190	31	454
› davon ohne Beanstandungen	373	16	549	6	54	109	127	24	371	3	71	10		113	149	25	397
› davon mit Beanstandungen	71	5	63	0	63	78	52	0	28	0	15	12		26	41	6	57
2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 Abs. 6																	
Anzahl geprüfter Fälle	3)	1				6)	9)		41	78							
› davon ohne Änderung der Behandlung		1							41	78							
› davon mit Änderung der Behandlung		0							0	0							
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V	Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seite 62/63.																

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Da die Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedliche Ergebniskategorien ausweisen (zwei, drei, beziehungsweise vier), werden hier alle Beanstandungen unabhängig von deren Relevanz in einer Kategorie zusammengefasst. 3) Die zuständige Kommission für die 2-Jahres-Überprüfungen ist erst im Aufbau. Die Prüfmodalitäten werden von dort erst noch festgelegt. 4) 5-Jahres-Überprüfungen finden arztbezogen nicht fallbezogen statt. 5) Angaben zu abrechnenden Ärzten sind nicht nach Ärzten mit Genehmigung und Ärzten im Konsiliarverfahren differenzierbar. 6) Diese Überprüfung der Dokumentationen erfolgt im Auftrag der ermächtigten Ambulanzen durch einen Sachverständigen. 7) Die Anzahl der Ärzte mit Genehmigung hat sich zum Vorjahr nicht verändert. Die Anzahl der beschiedenen Anträge erklärt sich durch Erteilung von Abrechnungsgenehmigungen für Ärzte in Institutionen. 8) Zu Dokumentationsprüfungen nach § 9 Abs. 3 und 5-Jahres-Überprüfungen nach § 9 Abs. 5 sind noch Wiederholungsprüfungen durchzuführen, daher Differenz in den Ergebnissen. 9) Im Rahmen der 2-Jahres-Überprüfung Diamorphin wurden alle 112 Patientendokumentationen angefordert. Die Prüfungen finden 2013 statt. 10) 5-Jahres-Überprüfungen fanden 2012 nicht statt, die drei angegebenen Prüfungen wurden initiativ von den Ärzten eingesandt. 11) Es wurden weniger als zwei Prozent der Fälle geprüft, da gleichzeitig die Prüfung der 5-Jahresfälle (gleiche zufallsgesteuerte Patientenauswahl) stattfand, noch laufende Widerspruchs- oder Beratungsverfahren offen waren oder die Substitutionstätigkeit des Arztes zu kurz war beziehungsweise die Praxis aufgegeben wurde.



Ultraschalldiagnostik



VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR ULTRASCHALLDIAGNOSTIK (ULTRASCHALL-VEREINBARUNG)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2012

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

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

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

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

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

- › allgemein: jährliche Prüfung von mindestens drei Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu fünf Fällen; bei Beanstandungen engere Prüfintervalle
- › alternativ: Stichprobenprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
- › Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte: Prüfung der ersten zwölf Fälle nach Genehmigungserteilung, zwei Jahre nach Genehmigungserteilung Prüfung von zwölf Fällen, danach fünfjährliche Prüfung aller Ärzte zu mindestens zwölf Fällen; bei Beanstandungen 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

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN	10)				13)				21)				21)				
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2011	10.488	14.194	3.012	1.234	880	1.725	5.702	1.192	7.269	11.388	4.260	1.281	3.094	1.520	2.562	1.748	8.386
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2012	10.689	14.410	3.029	1.472	894	1.772	5.766	1.181	7.163	11.578	4.452	1.281	3.229	1.664	2.716	1.790	8.366
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) ¹⁾	1.156	2.729	512	115	51	237	563	79	817	3.744	740	79	235	115	169	170	3.867
neu	1.156	2.729	512	115	51	234	563	79	817	3.744	740	79	235	115	169	170	3.867
› davon Anzahl Genehmigungen	1.013	2.368	465	111	51	205	524	76	795	2235	740	79	171	113	146	160	3.432
› davon Anzahl Ablehnungen	143	361	47	4	0	29	208	3	62	194	0	0	64	2	23	10	435
erneut	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
› davon Anzahl Genehmigungen						1											
› davon Anzahl Ablehnungen						2											
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	3.483	7.418	1.546	¹¹⁾	194	688	1.842	173	2.658	3.782	1.802	271	958	178	910	532	11.676
neu	3.483	7.418	1.546		194	685	1.842	173	2.658	3.782	1.802	271	958	178	910	486	11.676
› davon Anzahl Genehmigungen	3.069	6.332	1.440		133	618	1.218	138	2.416	3.048	1.802	223	719	174	392	372	11.150
› davon Anzahl Ablehnungen	414	1.086	106		61	67	624	35	220	734	0	48	239	4	518	114	524
erneut	0	0	0		0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	0
› davon Anzahl Genehmigungen						2										46	
› davon Anzahl Ablehnungen						1										0	
Anzahl Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	193	352	27	24	1	37	68	6	100	289	34	5	8	56	54	29	185
› davon bestanden	176	325	16	24	1	32	61	4	95	223	31	5	7	54	47	27	141
› davon nicht bestanden	17	27	11	0	0	5	7	2	5	25	3	0	1	2	7	2	44
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
› davon bestanden						1											
› davon nicht bestanden						2											
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	3	7	0	0	0	4	3	1	19	303	0	0	64	0	2	0	71
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	²⁾	248	245	9	35	138	28	86	476	0	548	72	22	25	68	49	0
ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2012																	
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	386	481	73	37	28	45	206	27	234	326	250	38	106	41	77	41	219
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	201	452	48	27	24	34	93	21	139	401	96	35	83	27	80	22	152
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	243	743	37	27	29	109	207	21	151	282	120	31	82	29	58	16	194
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	450	780	187	80	35	109	268	68	306	604	178	51	210	87	109	78	354
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.234	2.578	433	155	116	331	637	51	725	1.684	417	97	658	80	244	350	583
3.3 Schilddrüse, B-Modus	3.909	5.233	1.032	593	277	682	2.336	419	2.401	4.682	1.833	450	1.410	734	100	669	3.638
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	642	1.137	179	128	17	103	454	67	496	337	318	69	195	120	148	91	400
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	130	289	136	42	41	48	232	3	n.a.	398	AB 21.2	8	42	n.a.	58	22	178
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	60	65	21	7	2	10	26	6	59	AB 4.2	139	3	8	7	2	13	43
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	4	17	0	5	0	n.a.	0	n.a.	AB 4.2	AB 21.4	n.a.	1	n.a.	2	2	6

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE >

› FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	262	358	72	41	27	37	183	30	186	256	97	21	91	26	68	34	169
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	2	1	0	0	1	0	1	1	n.a.	AB 4.5	0	n.a.	21	n.a.	0	0	3
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.645	2.073	412	119	65	276	1.266	82	880	1.497	539	98	746	26	260	330	1.925
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	14	11	288	1	32	0	8	0	n.a.	30	0	12	2	n.a.	82	2	40
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.164	1.166	425	181	114	175	770	76	806	1.432	437	156	323	218	235	186	1.003
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.229	8.559	1.492	795	373	809	3.323	506	4.347	7.336	2.770	787	1.795	792	1.732	987	4.982
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	62	30	1.080	n.a.	36	0	13	4	n.a.	357	23	77	38	7	n.a.	18	61
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	44	30	1.076	n.a.	123	0	4	4	n.a.	AB 7.2	AB 7.2	AB 7.2	9	n.a.	2	14	67
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.203	1.230	425	n.a.	33	91	462	81	545	AB 7.2	656	301	100	92	27	105	1.174
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	3.103	8.407	767	552	102	493	1.162	105	1.672	4.096	1.045	413	1.372	97	111	335	1.420
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	244	393	632	94	133	80	10	55	n.a.	724	652	87	159	n.a.	n.a.	89	336
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.565	3.159	614	195	131	321	872	209	985	1.587	570	173	612	306	387	294	1.123
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.497	2.933	598	194	131	316	872	201	915	1.487	554	140	546	302	391	290	1.093
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	Bemerkung: Genehmigungen zu AB 9.1a werden nach Schaffung der GOP erteilt																
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	810	1.118	193	37	56	155	600	31	578	579	311	127	86	130	178	153	629
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften), B-Modus	1.027	1.728	460	136	91	167	525	95	754	1.189	484	124	349	135	199	178	819
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.049	1.390	193	133	82	145	572	92	618	1.126	405	122	309	113	224	135	613
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.116	2.996	270	106	87	113	684	49	731	1.513	375	96	246	66	210	73	436
12.1 Haut, B-Modus	12	6	0	0	1	1	7	5	14	15	AB 12.2	1	1	3	2	3	7
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	41	18	10	0	0	0	7	5	n.a.	AB 12.1	8	8	17	n.a.	2	8	8
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.213	2.349	339	164	105	171	833	79	914	1.590	523	170	228	121	241	124	1.084
20.2 CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	1.153	1.835	270	123	90	128	732	46	1.003	1.393	586	186	216	103	245	132	969
20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	45	AB 20.2	267	123	0	0	28	1	n.a.	AB 20.2	AB 20.2	2	42	n.a.	AB 20.2	10	3
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	233	310	68	6/4	28	8	123	11	135	293	78	27	39	8	47	9	100
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	395	616	70	38	32	58	194	39	262	337	167	54	76	23	54	41	196
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	787	988	205	134	71	112	468	68	524	869	272	58	196	83	136	80	461
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	174	141	69	45	50	25	113	14	111	647	125	23	51	12	73	50	59
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	707	830	202	114	54	63	459	53	435	782	236	47	166	64	105	62	367
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	47	AB 20.8	202	114	0	0	29	1	n.a.	AB 20.8	AB 20.8	n.a.	47	n.a.	AB 20.8	4	6
20.10 Duplex-Verfahren – abdominale und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	753	659	188	122	62	54	466	45	494	633	254	65	159	37	111	90	392

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
	12)																
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	577	2.713	172	125	12	94	383	63	440	542	270	65	188	92	133	87	329
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	131	673	132	42	39	48	232	1	n.a.	AB 21.1	154	8	58	n.a.	n.a.	23	167
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	55	109	23	7	3	10	23	6	66	AB 21.1	126	7	7	7	3	15	41
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	1	AB 21.2	17	0	4	0	0	0	n.a.	AB 21.1	56	1	2	n.a.	0	2	6
22.1 Duplex-Verfahren - fetales kardiovaskuläres System	112	131	53	16	12	32	51	14	84	164	30	29	19	10	24	16	95
22.2 Duplex-Verfahren - Feto-maternalen Gefäßsystem	448	551	99	47	35	79	270	23	385	556	179	93	216	60	90	94	401

GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG

US-SYSTEME, DIE BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER VEREINBARUNG VERWENDET WURDEN, GEMÄSS § 16 ABS. 6 (ÜBERGANGSREGELUNG)	3), 4)																
Anzahl gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2																	
gemeldete Konsolen mit gegebenenfalls mehreren Schallköpfen	14.303			1.467	896	1.745		1.264		11.241	4.257	872			2.594		
gemeldete Konsole / Schallkopfkombinationen	19.647	34.893	12.629				21.830		12.397	28.433			6.478	5.067		2.938	16.400
Stichtag	31.3. 2013	31.12. 2012	7.3. 2013	31.3. 2013	5.3. 2013	15.1. 2013	31.3. 2013	31.12. 2012	31.3. 2013	28.2. 2013	31.12. 2012	31.3. 2013	3.4. 2013	8.3. 2013	27.2. 2013	31.3. 2013	31.12. 2012
APPARATIVE AUSSTATTUNG § 9 (ABNAHMEPRÜFUNGEN)																	
Anzahl abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c, Stand 31.12.2012	9.286	10.032	1.771	1.066	333	294	1.749	393	7.375	8.279	249	487	2.749	2.539	690	1.848	13.069

ÜBERPRÜFUNG DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 11

PRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 2																	
Anzahl geprüfter Ärzte	254	413	89	45	27	52	36	34	96	342	145	23	92	51	95	0	52
› davon ohne Mängel	213	274	70	21	16	32	21	6	73	190	118	22	52	19	87		33
› davon mit Mängeln	41	139	19	24	11	20	15	28	23	152	27	1	40	32	8		19
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	2,4	2,9	3,0	3,6	3,1	3,0	0,6	2,9	1,3	3,0	3,4	1,8	3,0	3,4	3,7	0,0	0,6
Begründung wenn nicht 3 % der Ärzte mit Genehmigung geprüft wurden, sonstige Bemerkungen	5)	6)	8), 9)			12)	16), 17), 18)		5)		24)	5)	25), 26)			5)	5), 28)
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	1.263	2.070	445	225	135	520	180	170	480	1.710	1.740	115	467	255	475		260
› davon ohne Beanstandungen	911	735	281	162	98	338	86	55	385	950		110	276	126	435		168
› davon mit Beanstandungen	352	1.335	164	63	37	182	94	115	95	760		5	191	129	40		92

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›


› FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
						12)					14)						26)
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																	
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	48	484	13	25	12		47	4	12	103	76	0	93	25	20		10
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	0	0	1	5	4		1	5	5	13		0	6	0	100		10
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, ausser bei Normalbefunden	176	469	135	18	5		51	2	22	90	170	5	102	67	40		57
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	81	70	54	10	11		42	1	6	164	137	0	79	41	10		40
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	55	558	9	9	7		45	1	27	177	76	0	21	42	25		43
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																	
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nr. 6	63	1.048	47	8	12		36	52	27	284	208	0	96	84	65		8
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	186	247	132	7	11		98	3	32	200	179	0	77	32	0		79
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	74	119	8	7	0		10	65	10	179	53	0	26	64	20		0
WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 5																	
Anzahl geprüfter Ärzte	41	0	4	19	2	0	39	11	0	1	30	0	13	4	26		1
› davon bestanden	30		3	18	2			3		1	21		8	1	25		1
› davon nicht bestanden	11		1	1	0			8		0	9		5	3	1		0
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	204		20	95	10		468	55		5	360		93	20	130		5
› davon ohne Beanstandungen	132		13	90	10			28		5			50	11	125		5
› davon mit Beanstandungen	72		7	5	0			27		0			43	9	5		0
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																	
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	13		0	0				1			24		13	0	0		0
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	0		0	0				2			0		0	0	10		0
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, ausser bei Normalbefunden	45		5	3				1			56		11	8	5		5
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	28		3	0				0			65		7	4	0		0
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	14		0	1				0			68		5	4	5		0

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
						12)					24)			27)			28)
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																	
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	20		5	0				14			56		12	3	0		0
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	45		6	5				0			69		7	1	0		5
› darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	19		0	0				17			16		2	11	0		0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	12	0	0	1	1		0	4	0	2		0	1	2	2		0
› davon bestanden	9			1	1			3		2			1	1	2		
› davon nicht bestanden	3			0	0			1		0			0	1	0		
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung – Anzahl Ärzte	3	0	0	0	2	0	0	1	0	0		0	1	0	0		0


**STICHPROBENPRÜFUNGEN
§ 136 ABS. 2 SGB V**

Fakultative Prüfungen nach § 136 Abs. 2 wurden in diesem Leistungsbereich von den Kassenärztlichen Vereinigungen Hessen (ausschließlich kriterienbezogene) und Rheinland-Pfalz durchgeführt. Umfang und Ergebnisse siehe Seite 62 / 63.

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 3) Angaben zur Abnahmeprüfung beziehen sich auf Konsolen, nicht auf Konsole / Schallkopfkombinationen. 4) Die Differenzen bei den gemeldeten und abgenommenen sowie den nicht mehr zugelassenen Systemen zu den Angaben des Vorjahres erklären sich aus einer unterschiedlichen Zählweise der vier Bezirksdirektionen die mittlerweile harmonisiert wurde. 5) Aus organisatorischen Gründen und auf Grund personeller Engpässe konnten zunächst vornehmlich Geräte- und weniger (in einer KV keine) Dokumentationsprüfungen durchgeführt werden. 6) Die Beanstandungsquote in der Dokumentationsprüfung ist höher als im vergangenen Jahr, weil vornehmlich Dokumentationen, die an die Mutterschaftsrichtlinie gekoppelt sind, geprüft wurden. 7) entfällt. 8) Anzahl geprüfter Ärzte (§ 11 Abs. 2) ohne Mängel: analog dem Bewertungsschema der KBV alle Gesamtbewertungen ohne Beanstandungen (35 Ärzte nach § 11 Abs. 2 und ein Arzt nach § 11 Abs. 5) sowie mit geringen Beanstandungen (35 Ärzte nach § 11 Abs. 2 und zwei Ärzte nach § 11 Abs. 5). 9) Anzahl geprüfter Ärzte (§ 11 Abs. 2) mit Mängeln: analog dem Bewertungsschema der KBV alle Gesamtbewertungen mit erheblichen Beanstandungen. (zehn Ärzte nach § 11 Abs. 2 und ein Arzt nach § 11 Abs. 5) sowie mit schwerwiegenden Beanstandungen (neun Ärzte nach § 11 Abs. 2) 10) Differenz der Zahl der Genehmigungen zu den Angaben des Vorjahres auf Grund fehlerhafter Recherche, nunmehr bereinigt. 11) Es sind keine Angaben zu Anträgen in Bezug zu Anwendungsbereichen möglich. 12) Die differenzierte Erfassung der Beanstandungen und der Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6 erfolgt erst ab 2013. 13) Ergebnisse der Anträge der Ärzte sind Teilgenehmigungen und Teilablehnungen, deshalb Differenz in der Summe. 14) Die Anzahl insgesamt geprüfter US-Systeme bis 31.12.2012 enthält Konsolen mit mindestens einem Schallkopf (1.045 bis 1.1.2012) sowie die Anzahl geprüfter Systeme aus dem Jahr 2012 (704), da erst seit dem 1.1.2012 eine statistische Erfassungsmöglichkeit für die einzelnen Systeme zur Verfügung steht. 15) entfällt. 16) Geringer Prüfumfang, da Umstellung von bisheriger Prüfung nach § 136 Abs. 2 auf Prüfung nach § 135 Abs. 2. 17) Wiederholungsprüfungen der Dokumentationen erfolgten 2012 (noch) auf Grundlage § 136 Abs. 2. 18) Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: Grundlage der Dokumentationsprüfungen ist die Durchführungsbestimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in Ergänzung zu den Vorgaben der Ultraschall-Vereinbarung, die nicht zwischen Normalbefund und pathologischem Befund unterscheidet. 19) Stichtage für die Anzahl gemeldeter US-Systeme nicht in allen Bezirksstellen gleich, deshalb fiktiv 31.3.2013 angenommen. 20) entfällt. 21) Widerrufe wurden ganz überwiegend im Zusammenhang mit der Abnahmeprüfung ausgesprochen. 22) Differenz der Zahl abgenommener US-Systeme zum 1.1. im Vergleich zum 31.12. des Vorjahres durch Fehler in der Zahl vom 31.12. begründet. 23) entfällt. 24) Dokumentationsprüfungen finden nach § 136 Abs. 2 statt. Weitere Angaben, zum Beispiel zu Kolloquien, siehe dort. Zusätzliche Angaben zur Differenzierung der Beanstandungen nach § 10 Abs. 2 Nr. 4, 6-8 und Abs. 4 Nr. 1-3 waren möglich. 25) Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation von drei Ärzten steht noch aus. 26) Die Wiederholungsprüfungen erfolgten nach dem alten Verfahren (zwölf Patientendokumentationen), Beanstandungen können nicht spezifiziert werden. Angaben zur Differenzierung der Ergebnisse bei den normalen Prüfungen nur aus einer von drei Bezirksstellen. 27) Auf das nicht bestandene Kolloquium hin wurde kein Widerruf ausgesprochen, da der Arzt auf die Genehmigung verzichtet hatte. 28) Trotz der Beanstandungen der Dokumentationen in der Wiederholungsprüfung wurde das Gesamtergebnis als sachgerecht eingestuft.

A = Ultraschallverfahren A-Modus

B = Ultraschallverfahren B-Modus

CW = Ultraschallverfahren Continuous Wave Doppler

PW = Ultraschallverfahren Pulsed Wave Doppler

n.a. = nicht abfragbar

AB x.y = entspricht Anwendungs-kategorie AB

Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte

In der zum 1. April 2012 in Kraft getretenen Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung Säuglingshüfte (Anlage V der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) wurden die Anforderungen an die Bild- und Schriftdokumentation medizinisch-inhaltlich überarbeitet und aktualisiert. Weiterhin wurden Änderungen bei der Zuordnung zu den Beurteilungsstufen I-III sowie in Anforderungskriterien an eine sachgerechte Dokumentation vorgenommen.

Ergänzt wurde die Vereinbarung auch um eine Prüfung der ersten zwölf unmittelbar nach der Genehmigungserteilung durchgeführten und abgerechneten Hüftsonographien (Initialprüfung). Damit sollen möglichst frühzeitig gegebenenfalls aufgetretene Mängel an fachlicher Qualifikation erkannt und durch Einleitung von Qualitätssicherungs- und Qualitätsförderungsmaßnahmen behoben werden.

Die einzelnen zwölf Dokumentationen werden nach festgelegten Anforderungen beurteilt und jeweils den Stufen I-III zugeordnet.

ANFORDERUNGEN AN DIE BILDDOKUMENTATION

- › Patientenidentifikation, Untersuchungsdatum
- › Untersucheridentifikation
- › Zwei Ultraschallbilder jeder Hüfte
- › Seitenbezeichnungen auf jedem Ultraschallbild
- › Messlinien müssen auf einem der beiden Ultraschallbilder eingezeichnet sein.
- › Erfolgt das Einzeichnen der Messlinien auf einem Papierbildausdruck, so muss das Abbildungsverhältnis mindestens 1,7/1 betragen.
- › Alternativ zu einem Papierbildausdruck können die Bilddokumente auch digital eingereicht werden.

Folgende Bildmerkmale (anatomische Strukturen) müssen dargestellt und eindeutig erkennbar sein:

- › Knorpel-Knochen-Grenze
- › Hüftkopf
- › Umschlagfalte der Gelenkkapsel
- › Gelenkkapsel
- › Labrum acetabulare
- › knorpeliges Pfannendach
- › Os ilium einschließlich Unterrand
- › knöcherner Erker (Umschlagpunkt)

Die Ultraschallbilder müssen kipffehlerfrei in der Standardschnittebene nach Graf (Unterrand des Os ilium, mittlerer Pfannendachbereich, Labrum acetabulare) angefertigt sein.

Die Winkelbefunde (Alpha- und Beta-Winkel) sowie die Typisierung nach Graf sind auf der Grundlage der Auswertung eines Bildes pro Gelenkseite zu ermitteln.

Bei dezentrierten Gelenken kann von der Standardschnittebene nach Graf abgewichen werden.

ANFORDERUNGEN AN DIE SCHRIFTLICHE DOKUMENTATION

Die schriftliche Dokumentation der sonographischen Früherkennungs-Untersuchung der Säuglingshüfte richtet sich unter anderem nach den Vorgaben der Anlage 5 zu Abschnitt B Nr. 3 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien). Die schriftliche Dokumentation jeder sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte muss neben anamnestischen Angaben – für jede Hüfte getrennt – klinische Angaben wie Stabilität des Hüftgelenks und Abspreizhemmung sowie den Hüfttyp nach Graf einschließlich Alpha- und Beta-Winkel enthalten.

Die diagnostischen und gegebenenfalls die therapeutischen Konsequenzen sind wie folgt zu dokumentieren:

- › keine Therapie
- › Kontrolluntersuchung
- › Nachreifungstherapie
- › Retentionstherapie
- › Repositionstherapie
- › andere Empfehlungen

Falls für die empfohlenen diagnostischen und / oder therapeutischen Konsequenzen eine Überweisung erfolgte, muss dies vom Arzt angegeben werden.

- › **Stufe I:** Dokumentationsqualität ist regelgerecht (keine / geringfügige Mängel)
- › **Stufe II:** Dokumentationsqualität ist eingeschränkt (geringe Mängel)
- › **Stufe III:** Dokumentationsqualität ist unzureichend (schwerwiegende Mängel)

MÖGLICHE PRÜFUNGSVERLÄUFE DER INITIALPRÜFUNG BZW. REGULÄREN STICHPROBENPRÜFUNG

Beanstandungen Stufe II	und	Stufe III	Ergebnis	Folge	nächste Prüfung	Ergebnis	übernächste Prüfung
0 bis 2	und	0	› Anforderungen erfüllt	› keine	› 24 Monate	› erfüllt	› 5 Jahre
3 bis 5	und / oder	1	› Anforderungen nicht erfüllt gemäß § 9 Abs. 2 a	› eingehende Beratung; bei Wiederholungsprüfung: QS-Maßnahmen nach Entscheidung der KV	› 1 Jahr („Wiederholungsprüfung“)	› erfüllt	› 5 Jahre
mehr als 5	und / oder	mehr als 1	› Anforderungen nicht erfüllt gemäß § 9 Abs. 2 b	› eingehende Beratung und Aussetzen der Genehmigung bis Nachweis der Teilnahme an definierter Fortbildung erfolgt (innerhalb von 12 Monaten)	› Nachweis erbracht › Nachweis nicht / nicht fristgerecht erbracht: Widerruf der Genehmigung	› erfüllt	› 24 Monate › keine; Neuantrag nach 6 Monaten und erfolgreichem Kolloquium möglich

Ärzte, die erfolgreich an einer Initialprüfung und an einer darauf in einem Zeitraum von zwei Jahren folgenden Dokumentationsprüfung ohne größere Beanstandungen teilgenommen haben, sollen künftig nur noch alle fünf Jahre überprüft werden.

Ärzte, deren Dokumentationen in der Gesamtbewertung Mängel mittleren Grades aufweisen, müssen nun einheitlich erst innerhalb von zwölf Monaten (statt wie zuvor nach drei beziehungsweise sechs Monaten) erneut überprüft werden. Werden in der Gesamtbewertung der Dokumentationen schwerwiegende Mängel festgestellt, soll die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Hüftsonographien künftig ausgesetzt werden.

Weisen die betreffenden Ärzte innerhalb eines Jahres die erfolgreiche Teilnahme an einem Fortbildungskurs zur Sonographie der Säuglingshüfte nach, so kann eine Abrechnung der Leistungen unmittelbar nach diesem Nachweis wieder erfolgen, ohne neues Antragsverfahren. An dieser Stelle wird also verstärkt auf den Aspekt der Qualitätsförderung gesetzt, bei gleichzeitigem Abbau von bürokratischem Aufwand für den Arzt und die Kassenärztliche Vereinigung.

Für Ärzte, die vor dem 1. April 2012 erfolgreich an einer Dokumentationsprüfung teilgenommen hatten, erfolgt die nächste Prüfung bis 1. April 2015; vor dem 1. April 2012 vorgesehene Wiederholungsprüfungen werden innerhalb eines Jahres nach der letzten Prüfung durchgeführt.

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN			³⁾	⁴⁾											⁵⁾		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	1.016	1.379	192	108	82	138	546	91	627	1.092	382	122	308	116	224	140	619
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	1.095	1.390	193	133	80	145	572	92	618	1.113	405	122	309	113	224	135	613
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	100	102	22	2	3	13	32	3	52	69	34	4	16	2	15	2	22
neu	100	102	22	2	3	13	32	3	47	69	34	4	16	2	15	2	19
› davon Anzahl Genehmigungen	92	94	22	2	3	12	27	3	47	55	34	4	16	2	11	2	19
› davon Anzahl Ablehnungen	8	8	0	0	0	1	5	0	0	14	0	0	0	0	4	0	0
erneut gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	3
› davon Anzahl Genehmigungen									5								3
› davon Anzahl Ablehnungen									0								0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	1
› davon bestanden						0				1			1	2		1	1
› davon nicht bestanden						1				0			0	0		0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	5	0	10	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	7	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	²⁾	3	8	6	3	4	3	2	3	0	11	3	14	1	10	3	25

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. ³⁾ Widerrufe sind hier Aussetzungen der Genehmigungen (gemäß § 11 Abs. 3). ⁴⁾ Differenz der Zahl der Genehmigungen zu den Angaben des Vorjahres auf Grund fehlerhafter Recherche, nunmehr bereinigt. ⁵⁾ Vier der sieben Widerrufe waren Aussetzungen der Genehmigungen.



Vakuumbiopsie der Brust



VEREINBARUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN ZUR VAKUUMBIOPSIE DER BRUST (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR VAKUUMBIOPSIE DER BRUST)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.4.2012

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

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

FREQUENZREGELUNG: jährliche Durchführung von 25 Vakuumbiopsien

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Überprüfung der Korrelation des histopathologischen Befundes 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 die Kassenärztliche Vereinigung; jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

VAKUUMBIOPSIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
✓ GENEHMIGUNGEN	5)	6)													5)	5), 12)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	33	36	16	6	5	6	18	2	39	31	11	5	15	10	7	5	32
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	43	36	15	6	6	5	19	5	35	33	8	6	16	10	11	7	35
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	4	6	11	0	1	1	4	3	3	6	0	1	2	0	0	0	8
neu	4	6	11		1	1	4	3	3	6		1	2				8
› davon Anzahl Genehmigungen	4	6	10		1	1	4	3	3	6		1	2				8
› davon Anzahl Ablehnungen	0	0	1		0	0	0	0	0	0		0	0				0
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0				0
erneut gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0				0
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
› davon wegen nicht Erreichen der Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4		1					1			1							0
› davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5		0					0			0							1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	0	4	0	0	0	2	0	0	1	3	0	1	0	0	1	0


DOKUMENTATIONSPRÜFUNG § 9

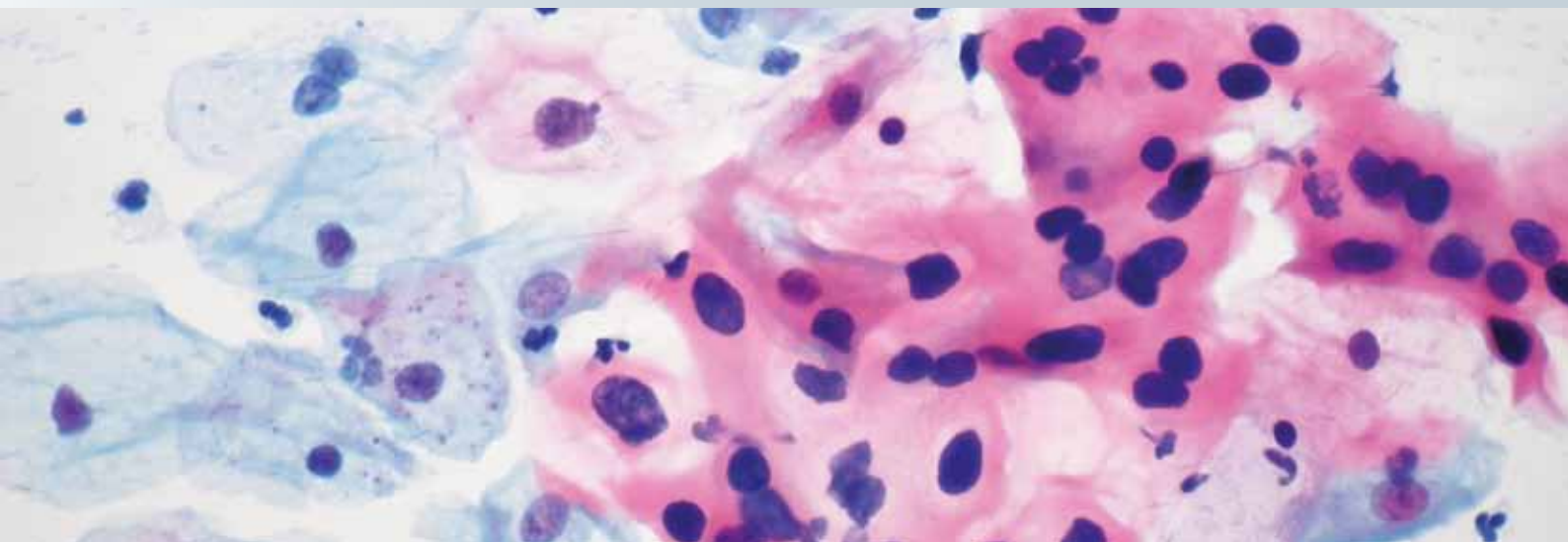
PRÜFUMFANG																	
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	3)	33	3	6	1	7)	7	8)	9)	18	4	3	10)	10)	11)	10)	6
› davon bestanden		29	2	6	1		3			13	3	3					5
› davon nicht bestanden		4	1	0	0		4			5	1	0					1
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %		91,7	18,8	100,0	20,0		38,9			58,1	36,4	60,0					18,8
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a		4	4	0	0		0			1	0	0					6
› davon bestanden		0	4							1							3
› davon nicht bestanden		0	0							0							3
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5 b		0	0	0	0		0			0	0	0					2
› davon bestanden																	1
› davon nicht bestanden																	1
Anzahl vorgezogener Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8		0	0	0	0		0			0	0	0					0

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG VAKUUMBIOPSIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
	3), 4)					7)		8)	9)				10)	10)	5)	5), 10)	
MÄNGELANALYSE																	
Anzahl geprüfter Dokumentationen		330	70	60	10		70			63	40	30					118
› davon vollständig und nachvollziehbar		240	69	60	10		35			62	30	30					96
› davon vollständig aber nicht nachvollziehbar		20	0	0	0		20			1	0	0					1
› davon nicht vollständig aber nachvollziehbar		70	0	0	0		0			0	10	0					10
› davon weder vollständig noch nachvollziehbar		0	1	0	0		15			0	0	0					11
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)																	
< 25	18	2	1	0	0	1	0	8)	9)	1	3	0	0	3	11)	12)	1
≥ 25	22	33	11	6	2	4	18	8)	9)	31	8	5	13	7	11)	12)	28

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 3) Wegen unvorhersehbarer personeller Veränderungen konnten 2012 keine Dokumentationsprüfungen erfolgen. 4) Frequenzprüfungen zu außerhalb der GKV erbrachter Leistungen sind noch nicht abgeschlossen. 5) Anzahl Genehmigungen zum 31.12.2011 bezieht sich nur auf Ärzte mit Genehmigung außerhalb des Mammographie-Screenings. 6) Ergebnisse der Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 liegen noch nicht vor. 7) Dokumentationsprüfungen fanden 2011 statt, erneut 2013. 8) Die vorbereitenden Arbeiten (konstituierende Sitzung der Kommission, Bewertungsbögen erstellen, etc.) haben mehr Zeit in Anspruch genommen als geplant. Für 2013 ist eine Sitzung angesetzt. 9) Um Doppelprüfungen zu vermeiden, finden die Prüfungen zu Daten aus 2012 im Jahr 2013 statt (Frequenzen, Dokumentationen und Jahresstatistiken). 10) KV-übergreifende Kommission SN, ST, TH in TH. Die Kommission hat sich erstmals 2013 getroffen, daher liegen bisher keine Angaben zu Dokumentationsprüfungen vor. 11) Überprüfungen der Dokumentationen und Frequenzen konnten wegen personellem Engpass nicht erfolgen. 12) KV-übergreifende Kommission SN, ST, TH in TH. Die Kommission hat sich erstmals 2013 getroffen, daher liegen bisher keine Angaben zu Dokumentationsprüfungen vor. Aus gleichem Grund fanden in TH bisher keine Frequenzprüfungen statt.



Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri



VEREINBARUNG VON QUALIFIKATIONSMASSNAHMEN ZUR ZYTOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI (QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG ZERVIX-ZYTOLOGIE)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.1992, zuletzt geändert: 1.10.2007

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 zehn Präparaten pro Arbeitsstunde

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: auffällige Befunde werden in dokumentierten Fallbesprechungen diskutiert; Nachmusterung von fünf Prozent aller negativ befundenen 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: ab 1.1.2008 prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen alle 24 Monate zwölf Präparate mit Dokumentationen; jährliche Statistik der Zytologen an Kassenärztliche Vereinigung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Statistik der Zytologen mit Korrelation zu histologischen Befunden an Kassenärztliche Vereinigung; Benchmarkberichte der Kassenärztlichen Vereinigung an die Zytologen; jährliche statistische Auswertung an Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: eingehende Beratung bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

ZERVIX-ZYTOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	
✓ GENEHMIGUNGEN									4)	6), 7)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2011	147	150	57	17	19	38	66	11	99	113	51	41	31	20	42	17	106	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	141	146	57	18	17	39	67	11	101	118	51	41	32	19	42	17	100	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	6	14	11	2	0	2	5	0	14	10	5	1	2	1	1	0	6	
neu	6	14	11	2		2	5		14	9	5	1	2	1	1		6	
› davon Anzahl Genehmigungen	5	10	9	1		2	2		14	9	5	0	1	0	1		6	
› davon Anzahl Ablehnungen	1	4	2	1		0	3		0	0	0	1	1	1	0		0	
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	1	0	0	0	0	0		0	
› davon Anzahl Genehmigungen									1									
› davon Anzahl Ablehnungen									0									
Anzahl Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	2	9	5	2		1	4		7	9	2	0	2	0	1		0	
› davon bestanden	1	5	4	1		1	1		4	9	2		2		1			
› davon nicht bestanden	1	4	1	1		0	3		3	0	0		0		0			
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
› Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6			1															
› Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4			0															
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2)	9	4	0	1	1	2)	0	5	5	5	0	0	1	0	0	5	


ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7

PRÜFUNGSFANG																	
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 - Ärzte	84	140	34	13	15	38	54	6	52	71	4	25	12	6	23	15	42
› davon bestanden	77	137	27	13	12	38	48	6	49	68	2	25	12	4	23	15	40
› davon nicht bestanden	7	3	7	0	3	0	6	0	3	3	2	0	0	2	0	0	2
Prüfungen (§ 7 Abs. 3) bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in %	59,6	93,3	59,6	76,5	78,9	100,0	81,8	54,5	52,5	62,8	7,8	61,0	38,7	30,0	54,8	88,2	39,6
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 - Ärzte	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	9	0	0	2	0	0	1
› davon bestanden									2	2	6			2			1
› davon nicht bestanden									2	0	3			0			0
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
› davon bestanden		1	0							1	2						
› davon nicht bestanden		0	1							0	0						
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ZERVIX-ZYTOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
MÄNGELANALYSE																	
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																	
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	1.008	1.680	404	156	180	456	648	72	624	840	48	276	144	72	276	180	516
› davon ohne Beanstandungen	979	1.668	320	156	144	432	621	72	589	774	43	276	143	65	276	180	494
› davon mit Beanstandungen	29	12	84	0	36	24	27	0	35	66	5	0	1	7	0	0	22
bei Beanstandungen																	
› darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	10	5	5		6	24	19		20	58	4		1	7			17
› darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung	2	2	37		0	0	14		13	8	0		0	3			0
› darunter mit unvollständiger Dokumentation	17	5	40		30	0	12		0	0	1		0	0			5
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6																	
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation									48	12	108			24			12
› davon ohne Beanstandungen									27	12	95			24			12
› davon mit Beanstandungen									21	0	13			0			0
bei Beanstandungen																	
› darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität									12		9						
› darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung									17		0						
› darunter mit unvollständiger Dokumentation									7		4						


PRÜFUNG DER JAHRESSTATISTIK § 8 ABS. 4

Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken (2011)	113	114	43	11	11	26	41	9	74	94	33	31	21	17	34	15	74
› davon ohne Auffälligkeiten	56	101	41	10	10	26	29	8	3)	5)	2	21	17	12	33	15	57
› davon mit Auffälligkeiten	57	13	2	1	1	0	12	1	3)	5)	8	10	4	5	1	0	17
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	31	13	2	1	1	0	12	1			8	5)	4	4	1	0	17
› davon ausreichend begründete Stellungnahmen	28	13	2	1	1		12	1			8		4	4	1		17
› davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	3	0	0	0	0		0	0			0		0	0	0		0
Anzahl Kolloquien	0	2	0	0	0	0	0	0			0	5)	0	0	0	0	0
› davon bestanden		1															
› davon nicht bestanden – Auflage		1															
› davon nicht bestanden – Widerruf		0															

1) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 2) Es sind keine Angaben zu Rückgaben oder Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen möglich. 3) Auf Grund organisatorischer Umstellungen (Automatisierung der Statistikprüfungen) wurde für die Statistiken des Jahres 2011 bisher nur ein Probelauf durchgeführt, daher sind keine Angaben zu Auffälligkeiten möglich. 4) Angaben zu Ärzten mit Genehmigung des Vorjahres korrigiert, da zuvor fehlerhaft übertragen. 5) Prüfungen der Jahresstatistiken 2011 sind noch nicht abgeschlossen. 6) Wegen Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit eines Arztes zum 31.12.2012 wurde auf die Durchführung eines Kolloquiums verzichtet. 7) Dokumentationsprüfungen finden schwerpunktmäßig alle zwei Jahre statt, deshalb hier geringer Prüfumfang.

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, indikatoren-gestützte Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Koloskopie (Vollständigkeit einer Koloskopie), jährliche Mindestfrequenzen, obligate Aus- und Fortbildungsnachweise und selbstverständlich auch Dokumentationsüberprüfungen, in der Regel durch eine Stichprobe.

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

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

✓ SCHEMATISCHER AUFBAU EINES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS UND DEREN FOLGEVERPFLICHTUNGEN

GENEHMIGUNGSERTEILUNG PRÜFUNG EINES ARZTES MIT NACHWEISEN

PERSÖNLICHE QUALIFIKATION

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 QUALIFIKATION

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

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:
Aus- und Fortbildungsnachweise,
Kooperationsbescheinigungen

BESCHIED ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

GENEHMIGUNGSERHALT FOLGEVERPFLICHTUNGEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

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

Einzelfallprüfung durch Stichproben- / Dokumentationsprüfung und / oder Hygienepfung und / oder Frequenzregelung und / oder Selbstüberprüfung und / oder Überprüfung der Präparatequalität und / oder Jahresstatistik und / oder kontinuierliche Fortbildung und / oder Qualitätszirkel und / oder Nachweise zur Praxisorganisation und / oder Abnahmeprüfungen und / oder Wartungsnachweise und / oder Ringversuche und / oder Stichproben- / Dokumentationsprüfungen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Dialyse: Nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses
Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie:
Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
Herzschrittmacher-Kontrolle, Langzeit-EKG, schlafbezogene Atmungsstörungen, neuropsychologische Therapie, ambulante Operationen, 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, Koloskopie, Magnetresonanztomographie, Mammographie (kurativ), Molekulargenetik, Phototherapeutische Keratektomie, Schmerztherapie, Ultraschalldiagnostik, Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Vakuumbiopsie der Brust, Zytologie der Zervix uteri
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Apheresen, substituionsgestützte 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 / Beratung
- › Frequenzregelungen
- › Rezertifizierung / Wartungsnachweise / Ringversuche / Abnahme-, Konstanzprüfungen
- › Hygieneprüfungen / Praxisbegehungen
- › Einzelfallprüfungen durch Stichproben- / Dokumentationsprüfungen
- › Feedbacksysteme
- › kontinuierliche Fortbildung / Qualitätszirkel

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständigen 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 3.000 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 apparativ-technischen und räumlichen Anforderungen sowie gegebenenfalls organisatorische und hygienische Vorgaben. Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht hinreichend ist.

Der Aufwand der Kassenärztlichen 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. 2012 wurden allein für diese Aufgabe etwa 46.000 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. 2012 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 200 Prüfungen (ohne Wiederholungsprüfungen). Ab 2012 finden solche Prüfungen auch indirekt bei der Sonographie der Säuglingshüfte statt; dort prüfen die Kommissionen die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen.

KOLLOQUIUM / BERATUNG

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

Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung fanden im Jahr 2012 etwa 2.100 Mal statt, wobei der größte Teil, etwa 1.400, im Leistungsbereich Ultraschalldiagnostik durchgeführt wurde. Etwa 370 Kolloquien fanden im Laborbereich statt.

FREQUENZREGELUNGEN

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

- › histopathologische Untersuchungen beim Hautkrebs-Screening,
- › HIV / Aids (Patientenzahlen),
- › interventionelle Radiologie,
- › invasive Kardiologie,
- › Koloskopie,
- › kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust,
- › Mammographie-Screening,
- › Schmerztherapie,
- › Vakuumbiopsien 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 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

✓ BEREICHE MIT GENEHMIGUNGSVORBEHALT

- › Akupunktur
- › ambulantes Operieren
- › Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Arthroskopie
- › Balneophototherapie
- › Blutreinigungsverfahren / Dialyse
- › Disease-Management-Programme
- › Herzschrittmacher-Kontrolle
- › histologische Untersuchungen im Hautkrebs-Screening
- › HIV-Infektionen / Aidskrankungen
- › Hörgeräteversorgung
- › Hörgeräteversorgung (Kinder)
- › interventionelle Radiologie
- › invasive Kardiologie
- › Koloskopie
- › Laboratoriumsuntersuchungen
- › Langzeit-EKG-Untersuchungen
- › Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
- › Magnetresonanztomographie-Angiographie
- › Mammographie (kurativ)
- › Mammographie-Screening
- › medizinische Rehabilitation
- › Molekulargenetik
- › Neuropsychologie
- › Onkologie
- › otoakustische Emissionen
- › photodynamische Therapie
- › phototherapeutische Keratektomie
- › Psychotherapie
- › schlafbezogene Atmungsstörungen
- › Schmerztherapie
- › Sozialpsychiatrie
- › Soziotherapie
- › Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- › Strahlendiagnostik / -therapie:
 - › konventionelle Röntgendiagnostik / Computertomographie / Osteodensitometrie / Strahlentherapie / Nuklearmedizin
- › Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- › Ultraschalldiagnostik (48 Anwendungsbereiche)
- › Vakuumbiopsie der Brust
- › zytologische Untersuchungen von Abstrichen der Zervix uteri

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. Bis Ende 2012 wurden 7.200 solcher Prüfungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Das stellt einen nicht unerheblichen Aufwand sowohl für den Arzt als auch für die Verwaltung dar, denn jede dieser Prüfungen nimmt bis zu sechs Stunden in Anspruch.

Wartungsnachweise sind regelmäßig von Ärzten vorzulegen, die Balneophototherapien durchführen.

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

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

HYGIENEPRÜFUNGEN / PRAXISBEGEHUNGEN

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

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

EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

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

In den Leistungsbereichen

- › Arthroskopie,
- › konventionelle Röntgendiagnostik,
- › Computertomographie und
- › Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie

werden nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung bundesweit von mindestens vier Prozent (Arthroskopie 2010 und 2011 jeweils zehn Prozent) aller abrechnenden Ärzte jeweils zwölf Dokumentationen geprüft. Dieser Mindestprüfumfang wird in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich überschritten. Darüber hinaus wurden auf Grundlage regionaler Vereinbarungen 2012 zusätzliche Stichprobenprüfungen in den folgenden Bereichen durchgeführt:

- › ambulantes Operieren,
- › Herzschrittmacher-Kontrolle,
- › interventionelle Radiologie,
- › Langzeit-EKG-Untersuchungen,
- › Magnetresonanztomographie-Angiographie,
- › Onkologie,
- › schlafbezogene Atmungsstörungen,
- › substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- › Nuklearmedizin,
- › Ultraschalldiagnostik.

Auch diese Prüfungen finden nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung statt. Die Ergebnisse dieser obligaten und fakultativen Prüfungen sind von der KBV jährlich an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln und werden hier bei der Beschreibung der einzelnen Bereiche dargestellt. Im Jahr 2012 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auf dieser Grundlage knapp 3.200 Ärzte geprüft. Für die Dialyse gilt eine gesonderte Qualitätssicherungs-Richtlinie, nach der eine Vollerhebung stattfindet. Auch diese Ergebnisse werden – unter Einbindung eines externen Datenanalysten – an den Gemeinsamen Bundesausschuss 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,
- › Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren,
- › Histopathologie im Hautkrebs-Screening,
- › HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen,
- › Hörgeräteverordnung (Jugendliche / Erwachsene – Kinder),
- › Koloskopie,
- › Magnetresonanztomographie-Angiographie,
- › Onkologie,
- › phototherapeutische Keratektomie,
- › Mammographie (kurativ – Screening),



- › Molekulargenetik,
- › Schmerztherapie,
- › Sozialpsychiatrie,
- › Ultraschalldiagnostik,
- › Ultraschalldiagnostik – Säuglingshüfte,
- › substituionsgestützte Behandlung
Opiatabhängiger,
- › Psychotherapie,
- › Vakuumbiopsie,
- › Zytologie.

FEEDBACKSYSTEME

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

KONTINUIERLICHE FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

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

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

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

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAXIS

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

Dimensionen der Qualität

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.

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.

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?

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?



STRUKTURQUALITÄT

- › Qualifikation des Arztes
- › apparative und bauliche Voraussetzungen
- › Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter
- › organisatorische Voraussetzungen

PROZESSQUALITÄT

- › Anamnese- und Untersuchungstechnik
- › Therapie
- › Indikationsstellung
- › Zusammenarbeit mit Kollegen

ERGEBNISQUALITÄT

- › Besserung / Heilung von Erkrankung
- › Patientenzufriedenheit
- › Höhe des Blutdruckes / Blutzuckers

Zentrale Paragraphen des SGB V zu den gesetzlichen Grundlagen der Qualitätssicherung

§
135

BEWERTUNG VON UNTERSUCHUNGS-
UND BEHANDLUNGSMETHODEN

§
136

FÖRDERUNG DER QUALITÄT DURCH DIE
KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

§
137a

UMSETZUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG
UND DARSTELLUNG DER QUALITÄT

§
137f

STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME
BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN

§
135a

VERPFLICHTUNG ZUR
QUALITÄTSSICHERUNG

§
137

RICHTLINIEN UND BESCHLÜSSE
ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

§
137b

FÖRDERUNG DER QUALITÄTS-
SICHERUNG IN DER MEDIZIN

Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung

ZUSTÄNDIGKEIT UND ORGANISATION

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

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

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

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

NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

§ 70

QUALITÄT, HUMANITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT

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

§ 75

INHALT UND UMFANG DER SICHERSTELLUNG

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

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

§ 91

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und wird von der KBV, der KZBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband gebildet. Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem 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 Bundesausschusses zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar darzustellen. Zur Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Abs. 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden.

§ 92

RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

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

§ 135

BEWERTUNG VON UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

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

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

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

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

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

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

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

§ 135a

VERPFLICHTUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

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

§ 136

FÖRDERUNG DER QUALITÄT DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

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

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

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

§ 137

RICHTLINIEN UND BESCHLÜSSE ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

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

§ 137a

UMSETZUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG UND DARSTELLUNG DER QUALITÄT

Der Gemeinsame Bundesausschuss (nach § 91) beauftragt im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution mit der Entwicklung von Verfahren zur

Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 115b Abs. 1, § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, § 137 Abs. 1 und § 137f Abs. 2 Nr. 2. Diese sind möglichst sektorenübergreifend anzulegen. Die Institution soll sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen.

Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,

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

§ 137b

FÖRDERUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER MEDIZIN

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

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

§ 137f

STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN

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



Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

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

§ 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,

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 Auditsnachweisen 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 erfolgreiches Begutachtungsverfahren von Organisationen bezüglich der Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagement-Systems. Im Kontext der Qualitätssicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gehören hierzu unter anderem (optionale) Praxisbegehungen als Standardmaßnahmen fast aller Qualitätssicherungsvereinbarungen.

Behandlungspfad:

B

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

Benchmarking:

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

Case Management:

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 9001:8000 legt Anforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung. DIN EN ISO 9004:2000 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 9001:8000 festgelegten Standards nachgewiesen werden können beziehungsweise ob in den folgenden Überwachungsbeziehungsweise 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 Ressourceneinsatz erreicht oder alternativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert wird. Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM):

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

Einzelfallprüfung durch Stichproben- / Dokumentationsprüfung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Entsprechend den jeweiligen Regelungen werden Unterlagen für eine Überprüfung zufällig ausgewählt. Das heißt, die Kassenärztlichen Vereinigungen wählen von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden. Stichproben werden mit Hilfe statistischer Anwendungen immer dort gezogen, wo es aufgrund des Umfangs nicht möglich oder auch nicht notwendig ist, die Grundgesamtheit zu untersuchen. Um die einzelnen Elemente einer Stichprobe zu erhalten, stehen verschiedene Auswahlverfahren zur Verfügung. Es gibt zwei wesentliche Gütekriterien von Stichproben: die Repräsentativität und die Präzision, mit der auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn alle Elemente der Grundgesamtheit die gleiche Chance besitzen, in die Stichprobe zu gelangen. Die Präzision einer Aussage aufgrund einer Stichprobenuntersuchung ist abhängig von der Stichprobengröße. Je größer eine Stichprobe, desto genauer ist das Ergebnis auf die Grundgesamtheit übertragbar, eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht. Bei der Wahl des Stichprobenverfahrens ist im Einzelfall zwischen der noch notwendigen Präzision der Ergebnisse und dem in diesem Zusammenhang zu leistenden Aufwand zur Durchführung der Stichprobenprüfung abzuwägen. Dieser Abwägung ist bei der Ergebnisbewertung Rechnung zu tragen. Gleichmaßen 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. Erstmals war dies nach Ablauf einer Fünfjahresfrist im Sommer 2009 der Fall.

Frequenzregelungen:

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

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):

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

Genehmigungspflicht:

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

GKV-Spitzenverband:

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

Hausarztzentrierte Versorgung:

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

Health Technology Assessment (HTA):

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

Hygienepflichtungen:

Regelmäßige Hygienepflichtungen und Praxisbegehungen sind Teil der Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie. Die Überprüfung der Hygiene bei Darmspiegelungen erfolgt zweimal im Jahr unangemeldet

durch ein von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung des Arztes widerrufen.

Integrierte Versorgung:

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

ISO:

Internationale Standardisierungsorganisation. Deutsches Mitglied ist das DIN.

Kollektivvertrag:

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

Kolloquien:

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

KTQ®:

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

Leitlinien:

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.

Plausibilitätskontrolle: P

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

Praxisbegehungen:

Regelmäßige Praxisbegehungen und damit verbundene Hygiene-Prüfungen sind in der vertragsärztlichen Versorgung in den Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie vorgeschrieben. Darüber hinaus gehören optionale Praxisbegehungen 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 Gesundheitszustandes der Patienten einschließlich der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen. Siehe auch Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Qualitätsindikator:

Q

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 Qualitätssicherung 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 Sachverständigen 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 Selbstüber-

prüfung 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 konsentiert, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Ringversuch:

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

Standard:

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

Strukturqualität:

siehe Qualitätsdimensionen

Validität:

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

Versorgungsforschung:

Systematische Erforschung der medizinischen Versorgung unter Verwendung der Perspektiven der Epidemiologie, der Institutionen (Qualitätsmanagement, Medizinische Soziologie), der Gesundheitssystemforschung (Public Health), der Gesundheitsökonomie und der klinischen Fächer. Sie

bedient sich quantitativer, qualitativer, deskriptiver, analytischer und evaluativer Methoden. Sie dient der Neuentwicklung theoretisch oder empirisch fundierter Versorgungskonzepte beziehungsweise der Verbesserung bereits vorhandener Konzepte.

Wirksamkeit:

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

Zertifizierung:

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

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

Arztstruktur 2012

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten

SCHWERPUNKT	SUMME	VERTRAGSÄRZTE	PARTNER-ÄRZTE	ANGESTELLTE ÄRZTE	ERMÄCHTIGUNGEN
Allgemeinärzte	35.057	32.462	80	2.480	35
Praktische Ärzte /Ärzte	6.226	5.840	6	290	90
Anästhesisten	3.878	2.880	32	291	675
Augenärzte	5.792	5.061	28	571	132
Chirurgen	6.117	4.080	42	222	1.773
› Gefäßchirurgie	743	370	2	19	352
› Kinderchirurgie	57	27	0	3	27
› Plastische Chirurgie	163	116	1	4	42
› Thoraxchirurgie	109	16	1	1	91
› Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	33	13	0	0	20
› Unfallchirurgie	2.668	1.812	23	88	745
› Visceralchirurgie	650	196	0	8	446
Frauenärzte	11.794	9.829	128	787	1050
› Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	150	115	3	25	7
› Gynäkologische Onkologie	299	116	3	6	174
› Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	137	54	1	5	77
HNO-Ärzte	4.357	3.905	41	201	210
› Audiologie	5	4	0	1	0
› Phoniatrie	11	10	0	1	0
› Phoniatrie und Pädaudiologie	74	57	0	4	13
Hautärzte	3.770	3.225	61	363	121
Internisten	24.363	20.176	210	1.676	2.301
› Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung	14.037	12.621	40	1.010	366
› Angiologie	592	419	5	39	129
› Diabetologie	47	35	0	5	7
› Endokrinologie (und Diabetologie)	429	301	7	22	99
› Gastroenterologie	2.004	1.256	47	119	582
› Geriatrie	10	8	0	1	1
› Hämatologie	153	97	0	12	44
› Hämatologie und internistische Onkologie	1.229	904	12	69	244
› Infektiologie	2	0	0	0	2
› Infektions- und Tropenmedizin	7	2	0	2	3
› Kardiologie	3.057	2.188	59	192	618
› Lungen- und Bronchialheilkunde	25	18	0	0	7
› Nephrologie	1.706	1.401	34	151	120
› Pneumologie	1.271	978	9	60	224
› Rheumatologie	713	548	9	40	116

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE ›

› FORTSETZUNG ARZTSTRUKTUR 2012

SCHWERPUNKT	SUMME	VERTRAGSÄRZTE	PARTNER-ÄRZTE	ANGESTELLTE ÄRZTE	ERMÄCHTIGUNGEN
Kinderärzte	7.177	5.759	97	511	810
› Infektiologie	2	1	0	0	1
› Kinderendokrinologie und -diabetologie	25	13	0	0	12
› Kindergastroenterologie	11	2	1	0	8
› Kinderhämatologie	5	1	0	0	4
› Kinderhämatologie und -onkologie	74	29	0	1	45
› Kinderkardiologie	330	233	3	10	84
› Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	15	10	0	0	5
› Kindernephrologie	19	10	0	0	9
› Kinderneuropsychiatrie	9	9	0	0	0
› Kinderpneumologie	58	43	0	0	15
› Kinderrheumatologie	3	0	0	0	3
› Neonatologie	657	387	5	16	249
› Neuropädiatrie	361	192	0	11	158
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.870	3.912	19	49	84
Kinder- und Jugendpsychiater	999	888	0	81	30
Laborärzte	1.106	1011	0	56	39
› Mikrobiologie	0	0	0	0	0
Lungenärzte	191	178	1	3	9
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	1.172	1.093	0	38	41
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	5.699	4.838	57	240	564
› Forensische Psychiatrie	20	16	1	0	3
› Kinderneuropsychiatrie	13	12	0	0	1
Neurochirurgen	941	790	0	60	91
Nuklearmediziner	881	756	0	96	29
Orthopäden	6.356	5.417	104	335	500
› Rheumatologie	586	454	10	18	104
Pathologen	966	798	0	113	55
› Neuropathologie	2	2	0	0	0
Ärztliche Psychotherapeuten	5.550	5386	11	45	108
Psychologische Psychotherapeuten	14.831	14.101	312	293	125
Radiologen/Diagnostische Radiologie	4.572	3.306	60	528	678
› Kinderradiologie	79	30	1	6	42
› Neuroradiologie	261	156	6	15	84
› Strahlentherapie	49	37	0	7	5
Urologen	3.111	2.679	43	142	247
Übrige Arztgruppen	963	832	0	64	67
SUMME	159.739	139.202	1.332	9.535	9.864

Bundesarztregister, Stand 31. Dezember 2012

Abkürzungen

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

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

Quellen zum Kapitel DMP

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

Quellen zu Bevölkerungszahlen

- › Statistisches Bundesamt – Einwohnerzahlen auf Grundlage des Zensus 2011.

Quellen zum Kapitel Ambulante Qualitätssicherung – Dimensionen der Qualität

- › Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press 2006, New York NY
- › Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework. OECD Health Working Papers No. 23; OECD 2006
- › Lauerer M, Emmert M, Schöffski O. Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Schriften zur Gesundheitsökonomie 18; HERZ, Burgdorf 2011
- › Pfandzelter R. Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung. KBV Fortbildungshefte Heft 11; Berlin 2013
- › 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: 19.02.2013
- › WHO. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. WHO press 2006



ANSCHRIFTEN



KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

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

KV BADEN- WÜRTTEMBERG

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

KV BAYERN

Elsenheimerstraße 39
80687 München
Tel. (0 89) 5 70 93 - 0
Fax (0 89) 5 70 93 - 61 93 0
www.kvb.de

KV BERLIN

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

KV BRANDENBURG

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

KV BREMEN

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

KV HAMBURG

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

KV HESSEN

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

KV MECKLENBURG- VORPOMMERN

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

KV NIEDERSACHSEN

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

KV NORDRHEIN

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

KV RHEINLAND-PFALZ

Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Tel. (0 61 31) 3 26 - 3 26
Fax (0 61 31) 3 26 - 43 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.kv-thueringen.de

KV WESTFALEN-LIPPE

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

IMPRESSUM

Herausgeber:

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

Anfragen an:

Tel.: (030) 40 05 - 12 40
Fax: (030) 40 05 - 27 12 40
E-Mail: uwuefing@kbv.de

Redaktion:

Ute Wülfing, Meike Ackermann, Dr. Andreas Dahm, Dr. Franziska Diel, Marscha Edmonds, Niels Franke, Dr. Ludwig Hofmann, Hannes Munz, Dr. Rupert Pfandzelter, Ingrid Quasdorf, Claude Reichelt, Gabriele Sander, Kathrin Schenker, Ulrike Schmitt, Dr. Roland Stahl, Markus Stengel, Eva Wegner, Dirk Winterkamp, Kassenärztliche Vereinigungen der Länder, Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Gestaltung:

Kerstin Berger & Yvonne Hagenbach

Fotos ©:

axentis.de: Georg Lopata // Bilddatenbank des Berufsverbandes der Augenärzte // Kaya Erdem / hi studios / Klinikum Ernst v. Bergemann / Robert Kühlmann / Matthias Krüger / Dr. Katrin Marquardt / Christof Rieken / Mirko Tzotschew // Corbis: Fancy/Veer // doc+stock: BSIP // fotolia: Engine Images / kreativwerden / mankale / Monkey Business / Sven Bähren // iStock.com: Alexander Raths / a-wrangler / choja / Eraxion / fluxfoto / fotostorm / GlobalStock / luchschen / maodesign / mcbrugg / Mutlu Kurtbas / Neeila / nicolas / skyneshner / slobo / Steve Debenport / stevecoleimages / SimmiSimons / Tomml / Vesnaandjic / vgajic / Yuri / zilli // wikimedia / wikipedia: Eric Erbe / Christopher Pooley // Plainpicture: Ben Clark

Druck:

Druckerei Conrad GmbH

Copyright:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezember 2013

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