

**QUALITÄTSBERICHT
AUSGABE****2010****QUALITÄTSSICHERUNG
IM PRAXISALLTAG SEITE 4****BLICK INS AUSLAND:
ÖSTERREICH SEITE 8****AKTUELLES SEITE 12****QUALITÄTSFÖRDERUNG
VON A BIS Z SEITE 18**



GRUSSWORT

Im Frühsommer 2010 hat die Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine repräsentative Umfrage unter 6.065 zufällig ausgewählten Bürgern gemacht. Eines der wichtigsten Ergebnisse: Die Leistungen der Ärzte in Deutschland erfreuen sich einer hohen Zufriedenheit und Wertschätzung. So sprechen insgesamt 91,6 Prozent aller Befragten von einem guten (39,1 Prozent) oder sehr guten (52,5 Prozent) Vertrauensverhältnis zu demjenigen Arzt, den sie innerhalb der letzten zwölf Monate zuletzt besucht haben. Auch die Fachkompetenz der Mediziner bewegt sich in der Wertung der Patienten auf konstant hohem Niveau: 92,2 Prozent attestieren dem jeweiligen Arzt gute (46,2 Prozent) oder sehr gute (46,0 Prozent) Arbeit. Vergleicht man das Vertrauensverhältnis der Patienten sowie deren Bewertung fachlicher Qualitäten von verschiedenen Arztgruppen, gibt es für ausnahmslos alle Disziplinen gute bis sehr gute Noten.

Diese Resultate freuen uns natürlich, aber sie sind auch das Ergebnis harter und kontinuierlicher Arbeit – der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen, vor allem aber der Ärzte selbst. Denn was die meisten Patienten nicht wissen: In vielen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es für alle Ärzte und Psychotherapeuten verbindliche Qualitätsstandards. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob diese auch eingehalten werden. Nur wenn ein Arzt diese Prüfungen immer wieder besteht, darf er die entsprechende Leistung für gesetzlich Versicherte überhaupt erbringen.

Ganz ausdrücklich begrüßen wir die Bemühungen, einheitliche Vorgaben für die ambulante und die stationäre Versorgung zu etablieren. Erstmals gelingen soll dies bei den Herzkatheteruntersuchungen, für die es im ambulanten Bereich bereits seit Jahren verbindliche Vereinbarungen gibt, sowie bei den Konisationen und bei den Kataraktoperationen. Das AQUA Institut, das 2009 als fachlich unabhängige Institution im Rahmen eines Vergabeverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses mit dieser Aufgabe betraut wurde, wird sich hier bewähren müssen.

Ein zentraler Punkt aber bleibt die Messbarkeit der Qualität. Der Aufwand einer Maßnahme zur Erstellung, Umsetzung, Dokumentation und Prüfung muss in einem vernünftigen Verhältnis zu den geplanten und gewünschten Ergebnissen in der Patientenversorgung stehen. Wir wollen mit diesem Bericht transparent machen, was wir in der Qualitätssicherung leisten. Er enthält alle von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellten Ergebnisse der von ihnen durchgeführten Prüfungen zu den bundesweit geltenden Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Diese Prüfungen im Rahmen der Akkreditierung und zur Aufrechterhaltung der Genehmigungen für eine Vielzahl von medizinischen Verfahren und Versorgungskonzepten betreffen in der Hauptsache die Strukturqualität. Damit wird die Grundlage für eine zuverlässige, gleichwertige Versorgung im vertragsärztlichen Bereich gesichert, gleichgültig wo in Deutschland ein Patient einen Arzt aufsucht. Nicht zu vergessen ist auch, dass von diesem Engagement letztendlich die ganze Bevölkerung profitiert, also auch die Privatversicherten.



Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstands der KBV



Dr. Carl-Heinz Müller
Vorstand der KBV



1

STATUS QUO

QUALITÄTSSICHERUNG IM PRAXISALLTAG SEITE 4

BLICK INS AUSLAND: ÖSTERREICH SEITE 8

AKTUELLES SEITE 12

Qualitätssicherung und -förderung in der medizinischen Versorgung sind anhaltende Prozesse, die stets hinterfragt, überprüft und weiterentwickelt werden müssen. Ein Ende ist nicht in Sicht; es geschieht viel auf dem Gebiet der Qualitätssicherung.

Um sich ein Bild davon machen zu können, wie präsent Qualitätssicherung und -förderung im Praxisalltag sind, berichten Dr. Sabine Wendland, Hausärztin aus Templin in Brandenburg, und Dr. Ulrich Göhmann, Orthopäde aus dem niedersächsischen Hannover, was dies für ihren Berufsalltag bedeutet.

In der Rubrik „Aktuelles“ werden eine Reihe neuer Entwicklungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vorgestellt. Brandneu sind die zum 3. März 2010 in Kraft getretene Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie, die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie sowie die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen wurden. Aktuell ist auch die Initiative der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen, einheitliche Bewertungsschemata für die von den Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführten Dokumentationsprüfungen zu erstellen. Für die Leistungsbereiche konventionelle Röntgendiagnostik und Kernspintomographie wurden solche Bewertungsschemata bereits erarbeitet.

Auch im Projekt AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen® – gibt es neue Entwicklungen. Neben der Aufnahme der 48 Qualitätsindikatoren in die neue Auflage des QEP®-Qualitätsziel-Katalogs wurde das Handbuch Qualitätszirkel der KBV um ein neues Kapitel zum Thema Qualitätsindikatoren ergänzt. Hinzu kommt die Erprobung des theoretischen Ansatzes zum Prozess der Zielauswahl und -umsetzung im System der Kassenärztlichen Vereinigungen. Neben den vielfältigen Qualitätsinitiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen, sind diese hier zusätzlich aufgefordert, mindestens eines der Themen sektorenübergreifende Versorgung, Impfen oder Depression auszuwählen. Ein besonderes Projekt, von dem nicht nur die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten profitieren, ist die neue internetgestützte Arztbibliothek. Sie stellt qualitätsgeprüftes und evidenzbasiertes Wissen auf einen Klick zur Verfügung. Die Bibliothek ist Mitte 2009 auf Initiative der KBV online gegangen.

Schließlich soll ein Blick über den Tellerrand den Horizont der Qualitätssicherung erweitern. Im Namen der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMed) gewähren uns Dr. Esther Thaler, Geschäftsführerin der ÖQMed, und Dr. Otto Pjeta, Präsidentsreferent der Österreichischen Ärztekammer, Einblicke in das österreichische System.

QUALITÄTSSICHERUNG IM PRAXISALLTAG

DR. SABINE WENDLAND HAUSÄRZTIN IN BRANDENBURG

„Als ich begann Medizin zu studieren, dachte ich, dass sich mein Berufsalltag allein auf die Behandlung von Patienten beschränkt. Das ist nicht so. Seit meiner Niederlassung hat die Bürokratisierung meiner Arbeit massiv zugenommen und ist für uns Ärzte manchmal eine Zumutung! Qualitätssicherung in der Praxis ist jedoch wichtig für unsere Arbeitsabläufe und gibt uns und den Patienten Sicherheit – sie darf aber nicht zum Selbstzweck werden. Froh bin ich, dass wir Niedergelassenen von der KBV gegenüber den Krankenkassen vertreten werden, denn wie sollte ich dies als Einzelperson leisten?“



Erfahrung in der ambulanten Versorgung hatte Dr. Sabine Wendland bereits seit vielen Jahren, bevor sie sich 1992 in einer eigenen Praxis in Templin niederlies. Hier sorgt sie zusammen mit Dr. Petra Klinger und ihrem Praxisteam für die Versorgung der Patienten. Welch bürokratischer Aufwand mit einer Niederlassung verbunden ist, war ihr damals nicht bewusst und auch nicht, dass sich dieser beständig erhöhen würde. Ebenso wenig hatte sie erwartet, dass eine Reihe von Leistungen, die sie täglich anwenden will, unter Genehmigungsvorbehalt steht. Für eine hausärztliche Praxis in Brandenburg sind das die Bereiche Akupunktur, Disease-Management-Programme (DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD, koronare Herzkrankheit KHK), Hausarztverträge, Hautkrebs-Screening, Homöopathie, Psychosomatische Grundversorgung, Verordnungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Ultraschalldiagnostik, substitionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger und Langzeit-Elektrokardiogramm (EKG). Nicht alles hiervon

gehört zum Leistungsspektrum von Dr. Wendland – zum einen, weil ihre Patienten nicht alle diese Leistungen benötigen oder nachfragen (zum Beispiel Substitutionsbehandlungen oder Homöopathie), zum anderen, weil sich in erreichbarer Umgebung Fachärzte niedergelassen haben, mit denen sie kooperiert (Hautkrebs-Screening, Langzeit-EKG). Dennoch ist der organisatorische Aufwand für die Antragstellung und den Erhalt ihrer Genehmigungen groß.

Viele Patienten von Dr. Wendland sind chronisch krank. Deshalb gehören die Disease-Management-Programme (DMP) zu ihrer täglichen Arbeit. Als Hausärztin ist Dr. Wendland in den DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale, COPD und KHK als koordinierende Ärztin tätig. Für jedes dieser DMP benötigt sie eine separate Genehmigung und weist hierzu per Teilnahmeerklärung und anhand von Zeugnissen und Bescheinigungen das Vorliegen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen (zum Beispiel das Vorhandensein

von EKG, Spirometer oder die Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie) nach. Einige technische Leistungen kann sie auch delegieren, zum Beispiel das Belastungs-EKG (Ergometrie) an den örtlichen Kardiologen. Ein wesentlicher Teil der DMP ist die Durchführung von Patientenschulungen, hierzu benötigt die Hausärztin eine spezielle Schulungsgenehmigung. Für jedes von ihr angebotene Schulungsprogramm müssen sie und ihre Mitarbeiter die erfolgreiche Teilnahme an einem Train-the-Trainer-Seminar nachweisen. Darüber hinaus sind Schulungsräume und Medien sowie die entsprechenden Curricula vorzuhalten. Aufgrund der hohen Auslastung der Praxis mit zunehmenden Patientenzahlen (auch durch Praxisschließungen in der näheren Umgebung) kooperiert sie auch bei den Schulungen mit anderen Praxen und dem Krankenhaus Templin, etwa bei den Diabetikerschulungen. Regelmäßig erhält Dr. Wendland für jedes DMP, an dem sie teilnimmt, Feedback-Berichte. Die Ergebnisse ihrer Behandlung werden darin anhand verschiedener Parameter dargestellt und mit anderen Praxen verglichen.

Dr. Wendland nimmt zudem an der hausarztzentrierten Versorgung teil. Zu jedem dieser mit verschiedenen Krankenkassen geschlossenen Verträge muss sie einen Antrag auf Genehmigung stellen. Diese ist an verschiedene Bedingungen gebunden, zum Beispiel die aktive Teilnahme an mindestens einem DMP, das Vorhandensein einer bestimmten apparativen Ausstattung (EKG, Belastungs-EKG, Spirometer und Akutlabor) oder das Vorhandensein eines Qualitätsmanagementsystems.

Während ihrer Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin hat Dr. Wendland die Qualifikation zur Erbringung der psychosomatischen Grundversorgung erworben. Durch das Einreichen entsprechender Nachweise erlangte sie hierfür die Genehmigung.

Die Genehmigung zur Beantragung von Rehabilitationskursen hat sich Dr. Wendland von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung bewusst nicht eingeholt, da für diese seit vielen Jahren schon durchgeführte ureigene hausärztliche Leistung eine 16-stündige kostenpflichtige Fortbildung zu absolvieren wäre. Das gilt auch für die Erbringung von Akupunkturleistungen. Hier sind eine Zusatzweiterbildung von 200 Stunden und ein interdisziplinärer Kurs zur Schmerztherapie von 80 Stunden erforderlich – obwohl Dr. Wendland bereits eine Akupunkturausbildung absolviert hatte. Diese Vorgaben sind in ihrer Hausarztpraxis in der Uckermark zeitlich nicht zu erfüllen. In ihrer Praxis hat Dr. Wendland einen hohen Prozentsatz alter Patienten mit hohem Versorgungsaufwand (zum Beispiel mit langen Anfahrten zu Hausbesuchen), so dass ihr wenig Zeit bleibt.

Ultraschalluntersuchungen werden in der Praxis durch Dr. Klinger durchgeführt. Bei der Beantragung der Genehmigung muss aus den Zeugnissen und Bescheinigungen für die einzelnen Anwendungsbereiche eine Mindestanzahl von durchgeführten Untersuchungen her-

Leistungen mit Genehmigungsvorbehalt für eine hausärztliche Praxis in Brandenburg:

Akupunktur

Disease-Management-Programme (DMP):

- ▶ DMP Diabetes mellitus Typ 2
- ▶ DMP Diabetes mellitus Typ 1
- ▶ DMP Asthma bronchiale
- ▶ DMP chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- ▶ DMP koronare Herzerkrankung (KHK)

Hausarztverträge

Hautkrebs-Screening

Homöopathie

psychosomatische Grundversorgung

Verordnungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ultraschalldiagnostik

substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Langzeit-Elektrokardiogramm (EKG)

vorgehen. Auch muss der Arzt beispielsweise durch eine Bestätigung des Herstellers oder Vertreibers nachweisen, dass das Ultraschallsystem den in der Vereinbarung festgelegten apparativen Anforderungen entspricht. Die Ultraschall-Vereinbarung beinhaltet zudem eine Regelung zur Stichprobenprüfung, die jährlich mindestens drei Prozent der Ärzte betrifft. Wenn Dr. Klinger in diese Stichprobe fällt, wird sie aufgefordert, der Kassenärztlichen Vereinigung fünf Dokumentationen von abgerechneten Ultraschalluntersuchungen zur Beurteilung vorzulegen. Hinzu kommt, dass in vierjährigem Abstand eine Konstanzprüfung des Ultraschallgerätes, das heißt eine Überprüfung der Ultraschallaufnahme bezüglich der technischen Bildqualität, stattfindet.

Als Ärztinnen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gehört es zu den Pflichten von Dr. Wendland und ihrer Kollegin Dr. Klinger, der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb eines Fünfjahreszeitraumes den Erwerb von mindestens 250 Fortbildungspunkten nachzuweisen. Diese Punkte können sie zum Teil durch die Teilnahme an anerkannten Qualitätszirkeln erhalten. In jedem Fall aber müssen die Fortbildungen frei von wirtschaftlichen Interessen sein und sollen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. Der Nachweis von Fortbildungen ist für Dr. Wendland auch durch ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung und den DMP verbindlich.

DR. ULRICH GÖHMANN FACHARZT FÜR ORTHOPÄDIE IN NIEDERSACHSEN

„Meine Patienten und deren Eltern sollen sich auf das fachlich und technisch hohe Niveau meiner Arbeit verlassen können, deshalb ist Qualitätssicherung für mich selbstverständlicher Bestandteil meines Praxisalltags. Auch die Prüfungen meiner Dokumentationen und Unterlagen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind für mich Routine – ich frage mich nur manchmal, ob man den nicht unerheblichen Organisationsaufwand für meine Praxis nicht durch moderne Techniken erleichtern könnte.“

Leistungen mit Genehmigungsvorbehalt für eine orthopädische Praxis:

konventionelle Röntgendiagnostik

Ultraschalluntersuchungen inklusive
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte

Chirotherapie

Arthroskopie

Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)

Akupunktur

Niedergelassen hat sich Dr. Ulrich Göhmann 1989 in Hannover nach seiner Weiterbildung zum Orthopäden. Schon während seiner Facharztausbildung hat ihn die orthopädische Versorgung von Kindern besonders interessiert, so dass er sich in seiner Praxis ausschließlich um die Versorgung von jungen Patienten kümmert. Damit ist Dr. Göhmann nicht der klassische Orthopäde, aber auch für ihn gelten eine Reihe von Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien, die er erfüllen und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen muss, bevor er diese Leistungen am Patienten erbringen und abrechnen darf. Da Dr. Göhmann konservativ tätig ist, das heißt keine Operationen durchführt, hat er keine Genehmigung zur Arthroskopie beantragt. Als Kinderorthopäde bietet er auch keine Knochendichtemessungen an, weil diese



Untersuchung in der Regel nur bei älteren Patienten erfolgt. Ebenso verzichtet er auf die Genehmigung zur Akupunktur, da eine Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur bei zwei Indikationen zulässig ist – bei chronischen Schmerzen in der Lendenwirbelsäule oder im Kniegelenk durch Gonarthrose. Dies betrifft überwiegend Patienten im fortgeschrittenen Alter.

Als Orthopäde ist Dr. Göhmann insbesondere auf bildgebende Verfahren bei der Diagnose angewiesen. Um Röntgenaufnahmen des gesamten Skeletts (ohne Schädel) selbst durchführen zu können, hat er eine Genehmigung zur konventionellen Röntgendiagnostik gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie beantragt. Hierzu weist er mittels Zeugnissen und Bescheinigungen nach, dass er über die notwendige Qualifikation verfügt. Weiterhin benötigt er eine Bescheinigung über die Fachkunde im Strahlenschutz und die Genehmigung über den Betrieb von Röntgeneinrichtungen gemäß der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlung (Röntgenverordnung). Die vorgegebenen technischen

BLICK INS AUSLAND: ÖSTERREICH



Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung ist nicht auf den ambulanten Bereich und nicht auf Deutschland beschränkt, sondern in Europa und weltweit eine wichtige Aufgabe. Organisation, Umsetzung und Evaluation variieren jedoch erheblich und sind zu einem großen Teil durch die unterschiedlichen Gesundheitssysteme bedingt. Auch vor dem Hintergrund beschränkter Ressourcen nimmt das Thema Qualitätssicherung in Deutschland einen immer höheren Stellenwert ein. Für die KBV war dies Anlass, einen Blick über den Tellerrand in das europäische Ausland zu werfen. Hier hatten wir Gelegenheit, ein Interview mit der Geschäftsführerin der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed), Frau Dr. Esther Thaler, und mit dem Präsidentsreferenten der Österreichischen Ärztekammer, Herrn Dr. Otto Pjeta, zu führen.

In Österreich sind insgesamt etwa 38.000 Ärzte tätig. 18.000 Ordinationen, fast alle Ärzte in Einzelpraxen, sichern die ambulante Versorgung.

Frau Dr. Thaler, Herr Dr. Pjeta, neben den für alle Ärzte geltenden berufsrechtlichen Vorgaben unterliegt der niedergelassene Arzt in Deutschland zusätzlich einer ganzen Reihe weiterer Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Bei deren Erstellung nimmt die KBV eine zentrale Rolle als Interessenvertreter in allen Gremien der Selbstverwaltung ein. Den regional organisierten Kassenärztlichen Vereinigungen wiederum obliegt die Umsetzung und Überprüfung der Qualitätsstandards. Gelten ähnliche Rahmenbedingungen auch in Österreich und sind ihre Strukturen mit unseren vergleichbar?

→ Bei uns sieht das etwas anders aus. Wir haben keine Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei uns werden alle Ärzte, gleichgültig ob im Krankenhaus oder in Ordination tätig, von den Ärztekammern vertreten, die zum Beispiel auch direkt mit den Krankenkassen verhandeln. Außerdem kann man in Österreich zwei Gruppen ambulant tätiger Ärzte unterscheiden, die Kassenärzte und die Wahlärzte. Der Unterschied hier besteht ausschließlich in der Vertragseinbindung und damit in der direkten oder indirekten Honorierung des Arztes. Bezüglich der Qualitätssicherung gibt es keine Unterschiede.

Institutionell befassen sich in Österreich im Wesentlichen zwei Organisationen mit Fragen der Qualitätssicherung.

Dies ist die ÖQMed, die per gesetzlichen Auftrag (Ärztegesetz) von der Österreichischen Ärztekammer zum 1. Januar 2004 errichtet wurde. Sie ist insbesondere für die Festlegung von Qualitätskriterien zur Struktur- und Prozessqualität, für die Qualitätsevaluierung sowie für die Kontrolle der Evaluierungsergebnisse in der ambulanten ärztlichen Versorgung zuständig. Dieser Auftrag an die ÖQMed geht aus der Qualitätssicherungs-Verordnung 2006 der Österreichischen Ärztekammer hervor. Die Spitäler unterliegen keiner solchen Aufsicht, sondern haben interne Vorgaben. Die zweite Institution ist das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG), das auf der Grundlage des Gesundheitsqualitätsgesetzes am 1. Januar 2005 gegründet wurde. Dieses Institut soll den Gesamtauftrag zur Qualitätssicherung und -förderung, bezogen auf alle Gesundheitsberufe in Österreich umsetzen.

In Deutschland liegt der Fokus der ambulanten Qualitätssicherung bisher auf der Struktur- und Prozessqualität. Damit haben wir erreicht, dass bundesweit ein hoher Standard insbesondere bei anspruchsvollen technikbezogenen Leistungen gewährleistet wird. Gleichzeitig werden gegebenenfalls variierende Facharztweiterbildungen ausgeglichen. Ist das auch Ihr Ziel?



→ Nein und ja, nicht ganz. In Österreich gibt es keine Unterschiede in der ärztlichen Weiterbildung, in jedem Bundesland wird nach derselben Ausbildungsordnung geprüft, so dass wir mit diesem Problem nicht konfrontiert sind.

Grundlagen der Struktur- und Prozessqualität im ambulanten Bereich sind in unserer Qualitätssicherungsverordnung als Kriterien definiert.

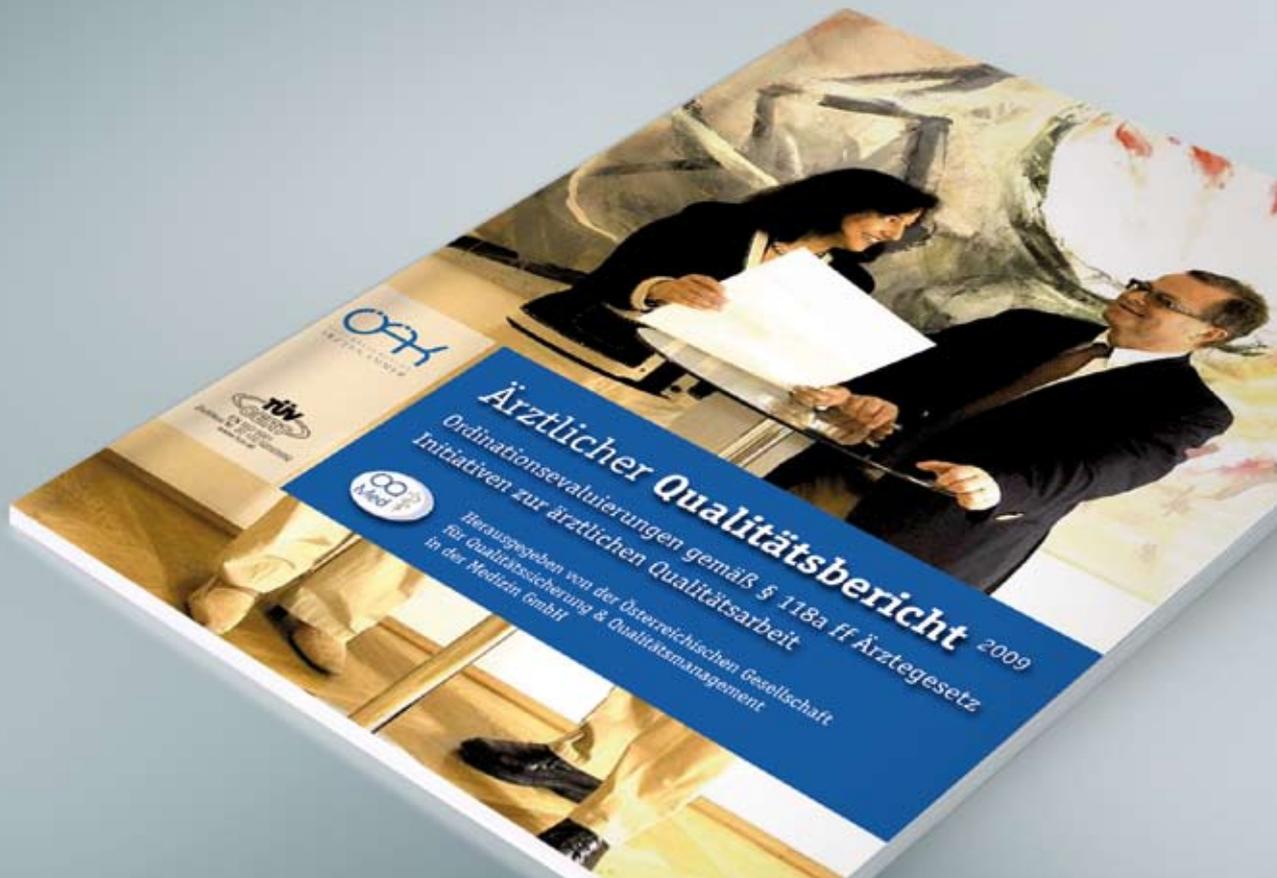
Diese Kriterien werden bei uns im Rahmen der regelmäßigen Qualitätsevaluierung der Arztordinationen durch die ÖQMed erhoben. Auf Grundlage der Qualitätssicherungsverordnung wurden hierzu fachspezifische Evaluierungsbögen erstellt. Insbesondere die Operationalisierung des Kriteriums der medizinisch-technischen Ausstattung erwies sich als sehr aufwendig, da jeder Leistungsumfang der Sozialversicherung Besonderheiten aufweist, die, um sachgerecht zu bleiben, speziell abgebildet werden mussten. Parameter der Ergebnisqualität, zum Beispiel Mortalitätsenkung, sind mit dieser Evaluation nicht adressiert.

Kriterien der Strukturqualität:

- ▶ Patientenversorgung – Erreichbarkeit
- ▶ Patientenversorgung – Notfallvorsorge
- ▶ Ordinationsräumlichkeiten
- ▶ Hygiene
- ▶ medizinisch-technische Ausstattung allgemein
- ▶ Notfallausstattung
- ▶ Arzneimittelverfügbarkeit und -qualität
- ▶ Ordinationsbedarf
- ▶ apparative Ausstattung
- ▶ Standard für die fachliche Qualifikation

Kriterien der Prozessqualität:

- ▶ Patientenhistorie und Dokumentation
- ▶ Befundverwaltung und Befundweiterleitung
- ▶ Patientenkommunikation und Patientenaufklärung
- ▶ ärztliche Behandlung
- ▶ interne Kommunikation
- ▶ unerwünschte Ereignisse / Patientensicherheit



Bis Ende 2008 wurden erstmalig alle Arztordinationen, wie gesetzlich vorgeschrieben, evaluiert. Ein sehr erfreuliches Ergebnis: 17.833 Ordinationen haben die Evaluierung positiv abgeschlossen, nur 1.335 hatten Beanstandungen. 1.207 Ordinationen wurden der ÖQMed von den Landesärztekammern zwar als zur Evaluierung anstehend gemeldet, jedoch von den Betreibern aus unterschiedlichen Gründen geschlossen. Zu den Evaluationsergebnissen haben wir einen detaillierten Bericht veröffentlicht.

Kommen wir noch einmal zurück zur Prozessqualität. Die Überprüfung der Behandlungsqualität durch Stichproben ist bei uns ein erprobtes Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität. Existieren Stichprobenprüfungen auch in Österreich?

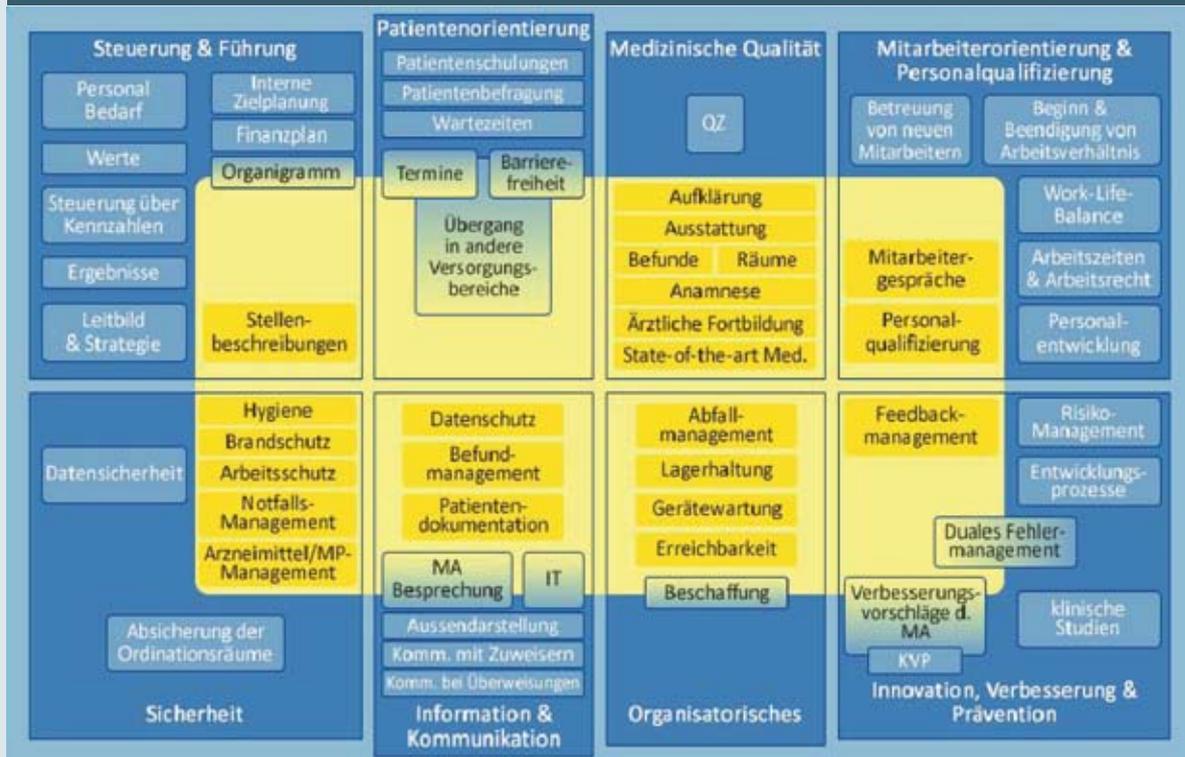
→ Stichprobenprüfungen werden bei uns im Rahmen der Ordinationsevaluierung durchgeführt. Das bedeutet, im Nachgang zu der Selbstauskunft wurden zu deren Validierung Praxisbegehungen auf Grundlage einer Stichprobe von fünf Prozent durchgeführt. Dazu suchen Ärzte, die im Vorfeld zu Auditoren/Qualitätssicherungsbeauftragten ausgebildet wurden, die Praxen auf und überprüfen sie. Bei dieser Praxisbegehung werden alle Kriterien geprüft, auch Dokumentationen der ärztlichen Behandlung. Aber auch wenn keine Praxisbegehung erfolgt, erhält die Praxis nach Durchführung der Ordinationsevaluierung zusätzlich ein telefonisches Feedback durch die Qualitätssicherungsbeauftragten. Verweigert der Arzt die Evaluierung, die

Kontrolle vor Ort oder die Mängelbehebung, folgt ein Disziplinarverfahren. Hinzu kommen Stichprobenprüfungen bei statistischen Auffälligkeiten im Kassenbereich.

Muss ein ambulant tätiger Arzt im Laufe seiner praktizierenden Zeit Auflagen erfüllen, um bestimmte medizinische Maßnahmen weiterhin durchführen zu dürfen? Zum Beispiel vorgegebene Frequenzen einhalten oder die Teilnahme an Fortbildungen oder Qualitätszirkeln nachweisen?

→ So etwas Ähnliches gibt es in Österreich für den Notfallarzt, er muss den Nachweis einer bestimmten Anzahl besuchter Kurse erbringen. Allgemein verbindliche Frequenzvorgaben einer bestimmten Anzahl, beispielsweise von Untersuchungen, existieren nicht. Wohl aber sind weitere verbindliche qualitätssichernde Maßnahmen, die über die Ausbildungsordnung hinausgehen, in den Kassenverträgen, die zwischen der Krankenversicherung und der Ärztekammer abgeschlossen wurden, aufgeführt. Handelt der Arzt nicht nach diesen Vorschriften, kann die durchgeführte medizinische Maßnahme nicht mit der Krankenversicherung abgerechnet werden und der Arzt verliert seinen Kassenvertrag. Im Unterschied zu Deutschland gelten in Österreich für jeden Arzt – egal ob Kassenarzt oder Wahlarzt – die gleichen Vorschriften in der Qualitätssicherung. Sucht ein Patient einen Wahlarzt auf, der keinen Vertrag mit einer Krankenkasse eingegangen ist, muss er zunächst für die Behandlung selbst aufkommen, erhält aber im Normalfall einen Großteil der Behandlungskosten von seiner

RAHMENKONZEPT ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT IN ÖSTERREICH – ÖQM®



Quelle: ÖQMed 2010

Krankenversicherung zurückerstattet. Die Voraussetzung dafür ist jedoch, dass auch der Wahlarzt entsprechend der fachspezifischen Qualitätsstandards handelt. So werden von Wahlärzten in der Regel dieselben Nachweise gefordert wie von Kassenärzten.

Welche zukünftigen Projekte im Bereich Qualitätssicherung sind bei Ihnen geplant?

→ Da gibt es natürlich noch vieles, was auf dem Plan steht. Wir möchten Ihnen hier nur einen kleinen Auszug geben und drei der anstehenden beziehungsweise teilweise schon laufenden Projekte vorstellen. In diesem Zusammenhang möchten wir noch einmal auf das BIQG, das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, zurückkommen, das wir zu Beginn bereits kurz erwähnt haben. Dem BIQG obliegen im Auftrag des Bundes die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluation eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems, das den Prinzipien Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz zu folgen hat. Eine der Institutsaufgaben besteht darin, unter Einbeziehung anderer Organisationen Bundesqualitätsleitlinien zu erarbeiten. Diese Leitlinien gelten als Orientierungshilfe empfohlener Standards und enthalten Vorgaben zu mindestens einer der drei Qualitätsdimensionen, also Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie berücksichtigen weiterhin eine sektorenübergreifende Vorgehensweise. Im Rahmen der Qualitätssicherung und -verbesserung ist vorgesehen, die

Umsetzung beziehungsweise Anwendung von Bundesqualitätsleitlinien zu evaluieren. Um eine standardisierte Entwicklung und Evaluierung zukünftiger Leitlinien garantieren zu können, wird im Moment eine Metaleitlinie entwickelt, die entsprechende Vorgaben enthält. An der Erarbeitung wirkt neben der Gesundheit Österreich GmbH und dem BIQG auch die Österreichische Ärztekammer mit.

Eine weitere Aufgabe, für die zukünftig die ÖQMed zuständig sein wird, ist die Überprüfung von Medizinprodukten im Rahmen der Ordinationsevaluierung. Bisher war dies Aufgabe der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit.

Zuletzt möchten wir noch auf unsere Bemühungen zur Entwicklung eines integrierten Qualitätsmanagementsystems für Ordinationen hinweisen. Da die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems – im Gegensatz zu Deutschland – in Österreich freiwillig ist, sollen auch die einzelnen Elemente angepasst auf die Ordination und das dort angebotene Leistungsspektrum individuell zu gestalten sein. Die ÖQMed stellt dem Arzt diesbezüglich Basisunterlagen zu verschiedenen Elementen des Qualitätsmanagements zur Verfügung. Die Ausgestaltung und Umsetzung fällt letztlich jedoch in den Bereich des Arztes.

ARTHROSKOPIE

Mit jährlich mehr als einer halben Million Eingriffen handelt es sich bei der Arthroskopie um die häufigste orthopädisch/unfallchirurgische Operation. Bei etwa der Hälfte der Patienten erfolgt sie ambulant. Die Einführung der neuen, bundesweit geltenden Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie des Gemeinsamen Bundesausschusses definiert einheitliche Beurteilungskriterien für arthroskopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk. Damit soll sichergestellt werden, dass überall in Deutschland die gleichen Qualitätsstandards gelten und eingehalten werden.

Einige Kassenärztliche Vereinigungen führen solche Prüfungen bereits seit Jahren auf Grundlage regional entwickelter Kriterien durch. Diese Stichprobenprüfungen hatten zum Teil erhebliche Qualitätsmängel deutlich gemacht.

In den ersten beiden Jahren nach Einführung der neuen Richtlinie werden zehn Prozent der arthroskopierenden Ärzte, danach jährlich vier Prozent einer Stichprobenprüfung unterzogen. Diese Prüfungen sollen dazu beitragen, die Qualität arthroskopischer Eingriffe weiter zu verbessern. Mögliche Defizite, unter anderem in der Indikationsstellung, in der Leistungsdokumentation und in den Nachbehandlungsmaßnahmen, sollen durch zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen reduziert werden. Die schriftliche und bildliche Dokumentation muss festgelegten Anforderungen entsprechen. Prüfinhalt ist zudem, dass die Dokumentationen in sich schlüssig und nachvollziehbar sein müssen.

1

ANFORDERUNGEN AN DIE SCHRIFTLICHE DOKUMENTATION

Aus dem Operationsbericht müssen mindestens folgende Angaben hervorgehen:

- ▶ Patientenidentifikation (Name, Vorname und Geburtsdatum)
- ▶ Operationsdatum
- ▶ Name des Operateurs, gegebenenfalls des Assistenten und des Anästhesisten
- ▶ Operationsgrund
- ▶ Diagnose mit Seitenangabe
- ▶ durchgeführte Operation
- ▶ gegebenenfalls Blutsperrzeit / Blutleerzeit
- ▶ Lagerung des Patienten
- ▶ Operationsdauer
- ▶ bei Normalbefund entsprechende Fragestellung
- ▶ bei pathologischem Befund detaillierte Beschreibung (Lokalisation mit Seitenangabe, Größe, Form, Struktur und so weiter)
- ▶ Beschreibung des operativen Vorgehens
- ▶ Beschreibung des Endbefundes nach Abschluss der Operation
- ▶ begründete Benennung nicht darstellbarer beziehungsweise in der Bilddokumentation nicht zu beurteilender Areale
- ▶ Angaben zur Indikation eventueller Folgeeingriffe oder konservativer Maßnahmen.

2

ANFORDERUNGEN AN DIE BILDICHE DOKUMENTATION

- ▶ Die Dokumentation kann auf Videoband, Prints oder allgemein lesbaren digitalen Datenträgern (CD, DVD) erfolgen und muss zugreifbar archiviert sein. Sie muss klar nachvollziehbar gekennzeichnet sein und eindeutig einem Patienten zuzuordnen sein.
- ▶ Zur eindeutigen Identifikation müssen aus der Bilddokumentation ersichtlich sein:
 - ▶ Patientenidentifikation
 - ▶ Operationsdatum
 - ▶ Name des Operateurs und der Praxis beziehungsweise Klinik.
- ▶ Die Bilddokumentation muss eine Beurteilung des präoperativen Befundes und des Operationsergebnisses ermöglichen, gegebenenfalls unter Verwendung eines Tasthakens.
- ▶ Der präoperative Befund und das postoperative Ergebnis sollten aus einer vergleichbaren Perspektive und Kameraeinstellung vorgenommen werden.
- ▶ Falls im Ausnahmefall wegen eines unvorhergesehenen technischen Defektes eine Bilddokumentation nicht möglich ist, muss dies im Operationsbericht unter Angabe der Gründe vermerkt werden.
- ▶ Bei allen Arthroskopien des Kniegelenks ist ein digitaler Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung aller Kompartimente einschließlich Diagnose mit Seitenangabe:
 - ▶ Innenmeniskus mit Hinterhorn
 - ▶ Außenmeniskus mit Hinterhorn
 - ▶ Interkondylarregion (vorderes/hinteres Kreuzband)
 - ▶ Femuropatellargelenk
 - ▶ gegebenenfalls Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (zum Beispiel Knorpelschäden, Synovitiden, Brandverletzungen).
- ▶ Bei allen Arthroskopien des Schultergelenks ist ein diagnostischer Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung von
 - ▶ Rotatorenmanschette – Übergang Humeruskopf
 - ▶ langer Bizepssehne mit Ansatz
 - ▶ Labrum mit Kapselkomplex
 - ▶ gegebenenfalls glenohumoraler Knorpelbelag
 - ▶ gegebenenfalls Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (zum Beispiel Fehlen der glenohumoralen Bänder, Rotatorenmanschettenrupturen).

SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG

Mit dem Beschluss der Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) – der sogenannten Qesü-Richtlinie – durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wurden Grundlagen für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung geschaffen. Damit wird erstmals die Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards in der ambulanten und stationären Versorgung möglich. Behandlungsergebnisse lassen sich sektorenübergreifend erfassen und bewerten. Die Qualität von Leistungen kann verglichen werden, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Mit der Richtlinie wird zugleich die Längsschnittbetrachtung von Daten etabliert, die die Aussagekraft von Qualitätsdarstellungen zum Leistungsgeschehen erhöht.

Die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erstreckt sich auch auf alle Selektivverträge und die privatärztliche Versorgung durch Vertragsärzte. Das eröffnet die Möglichkeit, künftig einheitliche Qualitätsstandards für Leistungen festzusetzen, unabhängig davon, ob diese im Rahmen des Kollektivvertrages, in ergänzenden Verträgen oder für privat Krankenversicherte erbracht werden.

Im Hinblick auf den Begriff Qualitätssicherung geht die Qesü-Richtlinie von einem qualitätsfördernden und unterstützenden Ansatz aus. Das heißt, dass bei Auffälligkeiten zunächst ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird. Qualitätsfördernde Maßnahmen, zum Beispiel die

Teilnahme an Qualitätszirkeln, die Implementierung von Behandlungspfaden oder an Leitlinien orientierte Handlungsempfehlungen, können folgen.

Die Richtlinie beschreibt die Strukturen, die zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung 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. In der Regel soll das Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung länderbezogen durchgeführt werden. In begründeten Fällen, zum Beispiel bei kleinen Fallzahlen, kann es auch ein sogenanntes bundesbezogenes Verfahren geben. Festgeschrieben ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen gemeinsam über die Einleitung sektorenübergreifender Maßnahmen zur Qualitätssicherung entscheiden. Dazu sollen Landesarbeitsgemeinschaften gegründet werden, die auch die Organisationen der Pflegeberufe, die Landesärztekammern und Patientenvertreter in ihre Entscheidungen einbeziehen. Für die Durchführung der eigentlichen Qualitätssicherung im ambulanten Bereich bleiben die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig. Dies konnte die KBV in den Beratungen zur Richtlinie durchsetzen.

Die Einführung und Umsetzung der ersten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen ist für das Jahr 2012 geplant.

AQUIK® – AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN

Die Transparenz medizinischer Qualität ist eine wichtige Voraussetzung für die Beurteilung und die Steuerung von Qualität im Gesundheitswesen. Qualitätsindikatoren sind ein Instrument, um einzelne Aspekte der Versorgungsqualität anhand messbarer und wissenschaftlich fundierter Kriterien abzubilden.

Die 48 Qualitätsindikatoren des AQUIK®-Sets stehen seit der Veröffentlichung im Jahr 2009 für die Nutzung in unterschiedlichen Einsatzgebieten zur Verfügung. Bereits 2010 werden die AQUIK®-Indikatoren als ergänzende, optionale Anregung in die neue Auflage des QEP®-Qualitätsziel-Katalogs für das praxisinterne Qualitätsmanagement aufgenommen. Sie sollen niedergelassenen Ärzten helfen, Qualitätsziele zu konkretisieren und ihre individuelle Zielerreichung zu messen, beziehungsweise – in einem weiteren Schritt – Möglichkeiten zur Quali-

tätsförderung abzuleiten. Um den Niedergelassenen den Zugang zu diesem neuen Thema zu erleichtern und sie in ihrer Arbeit mit Qualitätsindikatoren zu unterstützen und zu fördern, wurde das Handbuch Qualitätszirkel der KBV zwischenzeitlich um die neue Dramaturgie „Anwendung von Qualitätsindikatoren in Qualitätszirkeln und Praxen“ erweitert. Besondere Schwerpunkte dieses Curriculums für die Qualitätszirkelarbeit liegen hier auf den Aspekten Datenanalyse und -vergleich mit Kollegen, Diskussion von Abweichungen sowie Abgleich mit externer Evidenz und Qualitätsentwicklung. Für den Einsatz im Rahmen einer qualitätsorientierten Vergütung wurden erste Konzepte erstellt. Um die Datenerhebung und -auswertung unter der Prämisse der Datensparsamkeit und mit einem vertretbaren zeitlichen Aufwand realisieren zu können, arbeitet die KBV derzeit an entsprechenden IT-Lösungen.

ZIELE FÜR QUALITÄTSFÖRDERUNGSMASSNAHMEN KASSENÄRZTLICHER VEREINIGUNGEN

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV betrachten die Definition von Zielen der Qualitätsentwicklung als Grundvoraussetzung einer patienten- und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Zusätzlich sind die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 136 Abs. 1 SGB V verpflichtet, Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen und die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren sowie jährlich zu veröffentlichen. Darüber hinaus haben Kassenärztliche Vereinigungen nach § 136 Abs. 4 SGB V die Möglichkeit, mit Krankenkassen vergütungsbezogene Qualitätsförderungskonzepte auf regionaler Ebene zu vereinbaren.

Diesem Sachstand Rechnung tragend hat der Vorstand der KBV bereits 2007 beschlossen, die Identifikation von Qualitätszielen in den Kassenärztlichen Vereinigungen zu fördern. Durch die gemeinschaftliche und einheitliche Weiterentwicklung der Versorgungsqualität werden Kassenärztliche Vereinigungen zum Gestalter der Versor-

gungslandschaft und zum Impulsgeber bei der Lösung von Versorgungsproblemen. Eine KBV-übergreifende Arbeitsgruppe unter Beteiligung mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen hat ein Theorie- und Methodenkonzept entwickelt und damit die Basis für ein einheitliches Vorgehen bei der Implementierung eines strukturierten Prozesses der Zielauswahl und -umsetzung geschaffen. Mit diesen methodischen Werkzeugen erfolgte der Startschuss für eine exemplarische Erprobung des theoretischen Ansatzes mit den Themen:

- ▶ sektorenübergreifende Versorgung
- ▶ Impfen
- ▶ Depression

Jede Kassenärztliche Vereinigung ist aufgefordert, mindestens eines dieser Zielthemen für die Umsetzung auszuwählen. Nachfolgend sind die exemplarischen Zielthemen und die jeweils von den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgewählten Themen im Überblick dargestellt:

ZIELTHEMA SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN: BREMEN, MECKLENBURG-VORPOMMERN, NIEDERSACHSEN, NORDRHEIN, WESTFALEN-LIPPE	ZIELTHEMA IMPFEN KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN: BAYERN, BRANDENBURG, HAMBURG, HESSEN, SACHSEN, SACHSEN-ANHALT, THÜRINGEN	ZIELTHEMA DEPRESSION KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN: BADEN-WÜRTTEMBERG, BERLIN, HAMBURG
<p>OBERZIEL</p> <p>Die Qualität einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung ist sichergestellt und wird kontinuierlich verbessert.</p>	<p>OBERZIEL</p> <p>Die Rate vermeidbarer Infektionskrankheiten ist gesenkt.</p>	<p>OBERZIEL</p> <p>Erkennung und Diagnostik von Depressionen sowie die Behandlung der Patienten sind verbessert.</p>
<p>UNTERZIEL</p> <p>Die Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist verbessert.</p>	<p>UNTERZIEL</p> <p>Der Impfstatus der Bevölkerung ist verbessert.</p>	<p>UNTERZIEL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depressionen sind frühzeitig erkannt und diagnostiziert. 2. Die Krankheitslast von Patienten mit Depression ist durch eine bessere Strukturierung der Schnittstellen Hausarzt / Facharzt / Psychotherapeut / Krankenhaus gesenkt. 3. Die medizinische Versorgung von Patienten mit diagnostizierter Depression ist verbessert.
<p>PROJEKTZIEL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Verlauf eines Jahres ist ein indikations-spezifischer Kooperationsvertrag zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und mindestens einem Krankenhaus abgeschlossen und umgesetzt. 2. Zur Aufrechterhaltung der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in strukturschwachen Regionen sind Kooperationsvereinbarungen mit ausgewählten Krankenhäusern abgeschlossen mit dem Ziel, Ärztinnen und Ärzte sektorenübergreifend einzusetzen. 3. Voraussetzungen für eine elektronische Kommunikation zwischen Einweisern, Krankenhaus und Weiterbehandelnden sind entwickelt. 	<p>PROJEKTZIEL</p> <p>Die Durchimpfungsrate bei Personen über 60 Jahren gegen Influenza ist verbessert worden.</p>	<p>PROJEKTZIEL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Kompetenz zum Thema Depression ist durch geeignete Fortbildungsangebote für Vertragsärzte / -psychotherapeuten verbessert (zu Unterziel 1). 2. Regionale Netzstrukturen sind bis Ende 2010 entwickelt und in Verträge mit den Krankenkassen eingebunden (zu Unterziel 2). 3. Der Anteil von Frauen im Alter von 30–50 Jahren mit einer diagnostizierten mittelschweren bis schweren Depression, die medikamentös versorgt werden, ist erhöht (zu Unterziel 3).

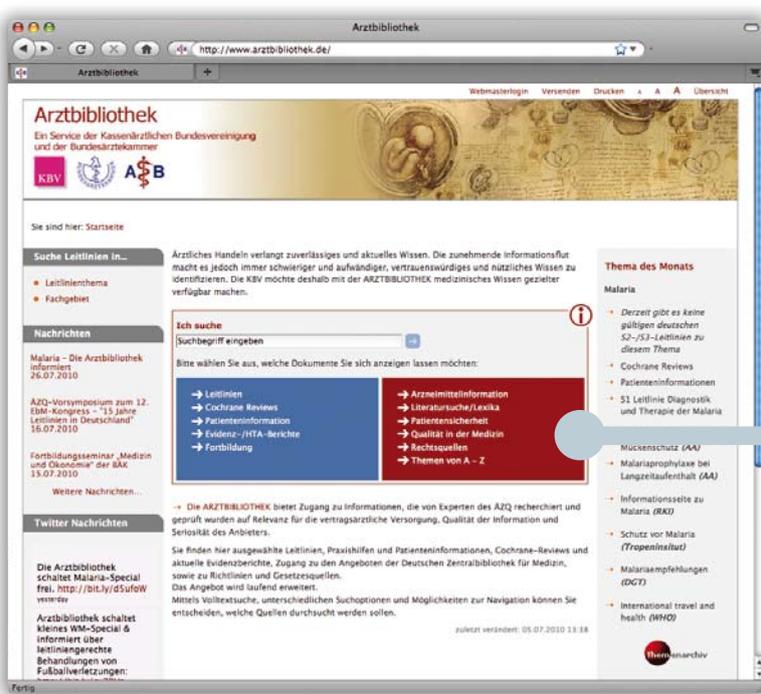
MEDIZINISCHES WISSEN VON EXPERTEN FÜR EXPERTEN

www.arztbibliothek.de

Ärztliches Handeln verlangt zuverlässiges und aktuelles Wissen. Die zunehmende Informationsflut macht es jedoch immer schwieriger und aufwendiger, vertrauenswürdigen und nützliches Wissen zu identifizieren. Die KBV und die Bundesärztekammer möchten deshalb mit der Arztbibliothek medizinisches Wissen gezielter verfügbar machen.

Das Portal bietet Zugang zu Informationen, die von Experten des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin recherchiert und auf Relevanz für die vertragsärztliche Versorgung, Qualität der Information und Seriosität des Anbieters geprüft wurden.

Zu finden sind hier ausgewählte Leitlinien, Praxishilfen und Patienteninformationen, Cochrane-Reviews und aktuelle Evidenzberichte, Zugang zu den Angeboten der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin sowie zu Richtlinien und Gesetzesquellen. Das Angebot wird laufend erweitert.



VEREINHEITLICHUNG DER KRITERIEN IN DEN STICHPROBENPRÜFUNGEN

Stichprobenprüfungen gehören zum Standardinstrumentarium der Qualitätssicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und werden schon seit Jahren durchgeführt. Bisher geschieht dies nach regional vereinbarten Kriterien und bei den Bereichen konventionelle Röntgendiagnostik/Computertomographie oft in Zusammenarbeit mit beziehungsweise parallel zu den Prüfungen der Ärztlichen Stellen.

Umfang, Zahl der Ergebniskategorien und Beurteilungsschemata waren aufgrund der regionalen Vorgaben unterschiedlich. Mit Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung gemäß § 136 Abs. 2 SGB V zum 1. Januar 2007 wurden ein Mindestumfang

dieser Prüfungen festgelegt und vier Ergebniskategorien vorgegeben. Für die Beurteilung der einzelnen zur Prüfung herangezogenen zwölf Dokumentationen wurden auf Initiative der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen einheitliche Bewertungsschemata für die Bereiche Kernspintomographie und konventionelle Röntgendiagnostik/Computertomographie entwickelt. Diese Schemata gewichten dezidiert alle für eine Gesamtbeurteilung der einzelnen Dokumentationsprüfung maßgeblichen Kriterien. Die Bewertungsschemata werden von den Qualitätssicherungskommissionen der meisten Kassenärztlichen Vereinigungen zugrunde gelegt. Beurteilungsschemata für weitere Bereiche, zum Beispiel für die Arthroskopie, sind geplant.

EINZELBEWERTUNG EINER DOKUMENTATION				
GEPRÜFTE KRITERIEN KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK / COMPUTERTOMOGRAPHIE				
1. Indikation	2 Punkte Indikation schlüssig		1 Punkt Indikation eingeschränkt schlüssig	0 Punkte fehlende oder falsche Indikation; Indikation begründet nicht die durchgeführte Aufnahme
2. charakteristische Bildmerkmale einschließlich Bildidentifikation	3 Punkte charakteristische Bildmerkmale adäquat abgebildet	2 Punkte charakteristische Bildmerkmale nicht optimal abgebildet, aber nicht relevant für die Fragestellung	1 Punkt charakteristische Bildmerkmale nicht optimal abgebildet, aber relevant für die Fragestellung	0 Punkte charakteristische Bildmerkmale inadäquat abgebildet
3. wichtige Bilddetails (analog / digital)	3 Punkte	2 Punkte diagnostisch nicht relevante Bildfehler	1 Punkt diagnostisch relevante Bildfehler	0 Punkte erhebliche die Diagnose beeinträchtigende Bildfehler
4. kritische Strukturen / kritische Bildelemente	3 Punkte	2 Punkte geringe Einschränkung der Bildqualität, aber Diagnose noch möglich	1 Punkt	0 Punkte keine ausreichende Diagnostik mehr möglich
5. Strahlenschutz	3 Punkte korrekte Einblendung, korrekt gewählte Dosis, Aufnahmeparameter, Gonadenschutz	2 Punkte	1 Punkt	0 Punkte
6. Befundung	6 Punkte Befundung schlüssig	5 / 4 Punkte therapeutisch nicht relevante oder geringfügige Befundungsfehler	3 / 2 / 1 Punkte Beschreibung nicht schlüssiger Befunde; unvollständige Befunde; therapeutisch relevante oder erhebliche Befundungsfehler	0 Punkte fehlende Befundung; Falschbefundung

GESAMTBEWERTUNG EINER DOKUMENTATION				
Gesamtpunktzahl	19–20 Punkte	16–18 Punkte	10–15 Punkte	0–9 Punkte
Beanstandungen	keine	geringe	erhebliche	schwerwiegende

GESAMTBEWERTUNG ALLER DOKUMENTATIONEN EINES ARZTES			
Beurteilungsstufe	Ergebnisse der einzelnen Dokumentationen		
	schwerwiegende Beanstandungen	erhebliche Beanstandungen	geringe Beanstandungen
Stufe I keine Beanstandungen	0	0	≤ 2
Stufe II geringe Beanstandungen	0	0	≥ 3
	0	1	≤ 4
Stufe III erhebliche Beanstandungen	0	1	≥ 5
	0	2	
	1		
Stufe IV schwerwiegende Beanstandungen	1	1	
	1*		
	1	2	
	≥ 2	≥ 3	

Abstufung der Gesamtbewertung auf „schwerwiegend“ bei systematischen Mängeln im Strahlenschutz | Abstufung bei systematischen Fehlern in der Indikationsstellung | * bei Gefahr für Leben oder Gesundheit

PATIENTENBROSCHÜRE WUSSTEN SIE SCHON ...

... WARUM FÜR GESETZLICH VERSICHERTE
DIE QUALITÄT IN DER ARZTPRAXIS BESONDERS
HOCH IST?

Diesem Thema widmet sich eine neue Broschüre, die speziell an Patienten gerichtet ist. In ihr wird erläutert, warum sich der gesetzlich versicherte Patient auf eine hohe Qualität in der Arztpraxis verlassen kann. Ob in Stuttgart oder auf Rügen – alle niedergelassenen Ärzte, die gesetzlich krankenversicherte Patienten behandeln, unterliegen denselben Qualitätskontrollen. Um diesen Sachverhalt und die dahinter stehenden Bemühungen der Akteure für den Patienten verständlich zu machen, werden einzelne Aspekte der Qualitätssicherung anhand dreier Beispiele aus der Praxis näher dargestellt. Die Broschüre im handlichen Pocketformat eignet sich insbesondere zur Auslage im Wartezimmer und kann bei der KBV bestellt werden.





2

**QUALITÄTSFÖRDERUNG
VON A BIS Z**

Qualitätsförderung ist eine der zentralen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen Ansprechpartner der Ärzte und Psychotherapeuten für Fragen der Qualität und für die Umsetzung der Vereinbarungen und Richtlinien sind, vertritt die KBV die Vertragsärzteschaft auf Bundesebene in Verhandlungen mit den Vertragspartnern und in Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Für die praktische Arbeit der KBV bedeutet dies vor allem Augenmaß zu bewahren, denn die Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung und -förderung sind vielfältig, differenziert und wirkungsvoll. Doch sie sind auch mit einem administrativen Aufwand verbunden – für die Kassenärztlichen Vereinigungen und vor allem aber für den Arzt. Für die KBV muss der Wunsch und Anspruch nach der Überprüfbarkeit einer ärztlichen Leistung in einem angemessenen Verhältnis zu dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand und zu dem erwarteten Effekt einer Prüfung stehen.

Ausgewählte Zahlen verdeutlichen diese Tätigkeiten: 2009 wurden etwa 12.000 Ärzte einer Stichprobenprüfung ihrer Behandlungsdokumentationen – in der Regel zu zwölf Behandlungsfällen – unterzogen. Hinzu kommen die Vollerhebungen jeder Behandlung in der Dialyse und den Disease-Management-Programmen sowie das Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Qualitätskontrollen gibt es aber auch jenseits der Dokumentationsprüfungen, beispielsweise bei Stichprobenprüfungen zur Umsetzung des Qualitätsmanagements, bei Frequenzprüfungen der Koloskopie und der invasiven Kardiologie, bei Eingangsprüfungen in der Mammographie und der Zytologie oder bei den Überprüfungen von Genehmigungsvoraussetzungen. Diese und andere Prüftätigkeiten sind nicht ohne das Engagement zahlreicher Vertragsärzte in den Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen denkbar.

Die Ergebnisse dieser Prüfungen wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen der KBV übermittelt und sind in diesem Bericht erstmals zusammengefasst dargestellt.

AKUPUNKTUR + APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN + ARTHROSKOPIE + AKUPUNKTUR + APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOT
BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE + FORTBILDUNG + DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME + BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE + FORTBILDUNG +
HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE + HAUTKREBS-SCREENING / HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING + HIV / AIDS + HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE + HA
INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE + INVASIVE KARDIOLOGIE + KOLOSKOPIE + LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN + INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE + INV
LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN + MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE + MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE + LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN + MAGNET
MAMMOGRAPHIE + MAMMOGRAPHIE-SCREENING + MEDIZINISCHE REHABILITATION + ONKOLOGIE + OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN + MAMMOGRAPHIE + M
PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND + PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE + PSYCHOTHERAPIE + PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGE
QUALITÄTSMANAGEMENT + QUALITÄTSZIRKEL + SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN + SCHMERZTHERAPIE + QUALITÄTSMANAGEMENT + QUALITÄTSZ
SOZIALPSYCHIATRIE + SOZIOtherAPIE + STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN + STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE + SOZIOtherAPIE + STOSSW
STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE + SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER + ULTRASCHALLDIAGNOSTIK + STRAHLENDIAGNOSTIK / -T
VAKUUMBIOPSIE DER BRUST + ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI + VAKUUMBIOPSIE DER BRUST + ZYTOLOGISCHE UNTE

AKUPUNKTUR

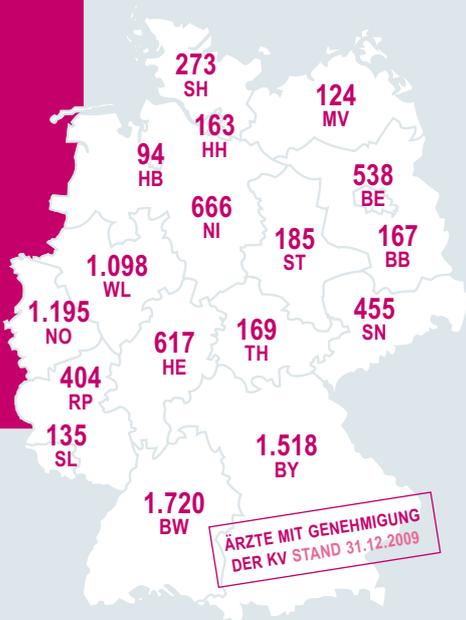
Mit Beschluss vom 19. September 2006 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Akupunktur als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für die folgenden Indikationen anerkannt:

- ▶ chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz)
- ▶ chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens sechs Monaten bestehen.

Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur) orientiert sich sehr eng an den detaillierten Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. Insbesondere wurde die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln beziehungsweise an Fallkonferenzen (mindestens viermal pro Jahr), die Ausgestaltung von Stichprobenprüfungen (stichprobenhafte Überprüfung von mindestens fünf Prozent der akupunktierenden Ärzte mit jeweils bis zu 30 Dokumentationen) sowie die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen konkretisiert.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135

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



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

AKUPUNKTUR QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	1.720	1.518	538	167	94	163	617	124	666	1.195	404	135	455	185	273	169	1.098
Anzahl beschiedene Anträge	83	110	60	12	7	16	59	19	64	75	55	12	19	2	24	9	88
▶ davon Anzahl Genehmigungen	74	106	60	12	7	16	47	19	63	73	49	12	15	2	21	9	78
▶ davon Anzahl Ablehnungen	9	4					12		1	4	6		4		3		10
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0	0	1		0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden			0														
▶ davon nicht bestanden			1														
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
▶ davon ohne Beanstandungen																	
▶ davon mit Beanstandungen																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	0	3	0	8	4	0	0	2	0	0	2	0
▶ aus sonstigen Gründen					1		3		8	4			2			2	
▶ wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6																	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	4	0	25	0	7	2	1	0	18	72	0	0	7	25	6	4	11
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6																	
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	61	76	28	0	5	8	38	9	35	61	10	6	33	8	9	10	82
Anzahl insgesamt Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	1	5	0	0	1	0	0	2	0	1	0	5	0	0	0	0	4
Anzahl Kolloquien insgesamt gemäß § 6 Abs. 6	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 ABS. 2																	
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 6 vorgelegt haben	1.505	ab 2010	376	ab 2010	89	86	379	124	218	1.182	ab 2010	49	ab 2010	ab 2010	219	159	981



APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

Mit dieser Richtlinie werden sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren:

- ▶ LDL-Apherese bei Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung

- ▶ LDL-Apherese bei Patienten mit schwerer Hypercholesterinämie
- ▶ LDL-Apherese bei Patienten mit isolierter Lp(a)-Erhöhung
- ▶ Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis

als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall geregelt.

Die einzusetzende Fachkommission prüft in jedem Fall, ob die Indikation für eine Therapie oder eine Therapieverlängerung gegeben ist. Für die in der Richtlinie genannten Krankheitsbilder stehen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel hochwirksame medikamentöse Standard-Therapien zur Verfügung, so dass Apheresen nur in Ausnahmefällen bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden sollen.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 12.9.2008. **Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 9.5.2003



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

**APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN
QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE**

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	92	96	19	45	7	27	36	25	73	106	42	20	20	27	20	37	82
Anzahl beschiedene Anträge	15	9	2		1	2	1	0	5	8	14	0	1	1	1	6	2
▶ davon Anzahl Genehmigungen	15	9	2		1	2	1		5	8	14		1	1	1	6	2
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0		0	0		0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	3	0	2	0	2		2	0	9	0	0	1	1	2	2	0
INDIKATIONEN																	
LDL-APHERESE BEI FAMILIÄRER HYPERCHOLESTERINÄMIE IN HOMOZYGOTER AUSPRÄGUNG																	
Anzahl Patienten in 2009	7	7	k. A.	k. A.	1	0	4	40	4	8	26	0	2	4	14	28	1
Anzahl Erstanträge	2	2			1			9	2	1	6		0	3	1	1	0
▶ davon angenommen	2	2			1			7	2	1	6			3	1	0	
▶ davon abgelehnt	0	0						2						0		1	
Anzahl Folgeanträge	5	5			0		4	31	2	7	20		2	1	13	27	1
▶ davon angenommen	5	5					4	30	2	7	20		2	1	13	27	1
▶ davon abgelehnt	0	0						1									
LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE 1)																	
Anzahl Patienten in 2009	60	159	k. A.	k. A.	1	2	55	4	112	132	12	5	39	14	1	5	112
Anzahl Erstanträge	12	37			0	0	2	1	25	39	2	3	9	3	0	0	6
▶ davon angenommen	8	31					0	1	22	18	2	2	2	2			2
▶ davon abgelehnt	4	6					2		3	21		8	7	1			4
Anzahl Folgeanträge	48	122			1	2	53	3	87	93	10	8	37	11	1	5	110
▶ davon angenommen	48	121			1	2	53	3	86	90	10		37	11	1	5	110
▶ davon abgelehnt		1							1	3							
LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER LP(A)-ERHÖHUNG																	
Anzahl Patienten in 2009	11	48	k. A.	k. A.	0	20	9	0	24	8	7	2	9	9	4	16	15
Anzahl Erstanträge	9	25				15	4		15	8	4	2	3	7	1	5	13
▶ davon angenommen	2	22				9	4		8	4	4	0	3	5	1	2	6
▶ davon abgelehnt	7	3				6			7	4		2		2		3	7
Anzahl Folgeanträge	2	23				5	5		9	0	3	2	6	2	3	11	9
▶ davon angenommen	2	23				5	5		8		3	2	6	2	3	11	9
▶ davon abgelehnt									1								
IMMUNAPHERESE BEI AKTIVER RHEUMATOIDER ARTHRITIS																	
Anzahl Patienten, die 2009 mindestens einen Zyklus begonnen haben	k. A.	0	k. A.	k. A.	0	1	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Anzahl Erstanträge		1				0										2	
▶ davon angenommen		0														0	
▶ davon abgelehnt		1														2	
Anzahl Folgeanträge		0				1											
▶ davon angenommen						1											
▶ davon abgelehnt																	

1) LDL-Apherese bei schwerer Hypercholesterinämie bei denen grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann

ARTHROSKOPIE

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

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden. Grundlage für die Genehmigungserteilung ist die Arthroskopievereinbarung. Mit Wir-

kung zum 3. März 2010 wurden darüber hinaus zur Förderung der Qualität von Arthroskopien in der vertragsärztlichen Versorgung bundesweite Stichprobenprüfungen eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu eine Richtlinie erlassen, die einheitliche Beurteilungskriterien für arthroskopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk enthält. Eine Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen führen solche Prüfungen bereits seit Jahren – bislang allerdings auf Grundlage regional entwickelter Kriterien – durch. Die Ergebnisse der bisher durchgeführten Prüfungen hatten zum Teil erhebliche Qualitätsmängel deutlich gemacht. Zwar haben viele Ärzte mit guten und sehr guten Ergebnissen abgeschnitten, etliche jedoch mit erheblichen und schwer-

wiegenden Beanstandungen. Die neue Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie soll dazu beitragen, die Qualität arthroskopischer Eingriffe weiter zu verbessern. Mögliche Defizite in der Indikationsstellung, in der Leistungsdokumentation und in den Nachbehandlungsmaßnahmen sollen damit reduziert werden. Ein erster Schritt in diese Richtung sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Beurteilungskriterien, die die Anforderungen an die schriftliche und bildliche Dokumentation bundeseinheitlich definieren. Weitere Maßnahmen sollen folgen. So plant der Gemeinsame Bundesausschuss, dass im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung künftig auch für Krankenhäuser Qualitätssicherungsmaßnahmen gleichermaßen gelten.



Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994; Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 3.3.2010

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen; abweichend von der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung sind für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte zu überprüfen.
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss
✓	BERATUNG gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

ARTHROSKOPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	501	715	198	56	34	73	345	49	301	331	212	69	117	49	114	81	277
Anzahl beschiedene Anträge	59	81	24	8	4	7	28	4	32	41	29	11	10	5	8	5	33
▶ davon Anzahl Genehmigungen	59	79	24	6	3	7	23	4	31	41	26	11	10	5	8	5	31
▶ davon Anzahl Ablehnungen		2		2	1		5		1		3						2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	3	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		3	17	0	2	1	0	0	10		2	5	13	1	0	7	11
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0		0	0		0			0	0	0	0	0	0	0
▶ davon ohne Beanstandung																	
▶ davon mit Beanstandung																	
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte (III / 2009)	370	520	136	37				32	217					30	65		
Anzahl geprüfter Ärzte	44	141	25	6				11	41					2	19		
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	40	117	25	6				5	33					2	18		
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	4	24	0	0				6	8					0	1		
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 1																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 2																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 3																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 4	4	24						6	8							1	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 5																	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	10,8	22,5	18,4	16,2				15,6	15,2					6,7	27,7		
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	-	-	-	-				-	-					-	-		
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▶ keine Beanstandungen	1	43	22	2				1	1					0	6		
▶ geringe Beanstandungen	11	34	2	4				0	19					2	5		
▶ erhebliche Beanstandungen	8	29	1	0				2	7					0	5		
▶ schwerwiegende Beanstandungen	20	11	0	0				2	6					0	2		
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▶ keine Beanstandungen	0	6						0	1						0		
▶ geringe Beanstandungen	3	13						0	4						1		
▶ erhebliche Beanstandungen	1	3						3	3						0		
▶ schwerwiegende Beanstandungen	0	2						3	0						0		

Fortsetzung nächste Seite →

↓ Fortsetzung Arthroskopie

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	43	92	3	4				10	55					0	0		
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	5	0	0				3	0					0	1		
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	39	135	0	0				0	0					0	0		
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	19	0	1				0	2					0	0		
▶ davon bestanden		18							2								
▶ davon nicht bestanden		1															
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0				0	0					0	0		
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0				0	0					0	0		
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0	0	0				0	0					0	0		
▶ davon ohne Mängel																	
▶ davon mit Mängeln																	
KOMMISSIONEN																	
Zuständigkeit	Arthroskopie	Arthroskopie	k. A.	Arthroskopie				Arthroskopie	Arthroskopie					Arthroskopie	Arthroskopie		
Mitglieder	22 ÄM KV 4 ÄM KK	6 ÄM KV	k. A.	3 ÄM KV				3 ÄM KV	3 ÄM KV 1 ÄM KK					3 ÄM KV	3 ÄM KV		

ÄM KV = ärztliche Mitglieder der KV | ÄM KK = ärztliche Mitglieder der Krankenkassen

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

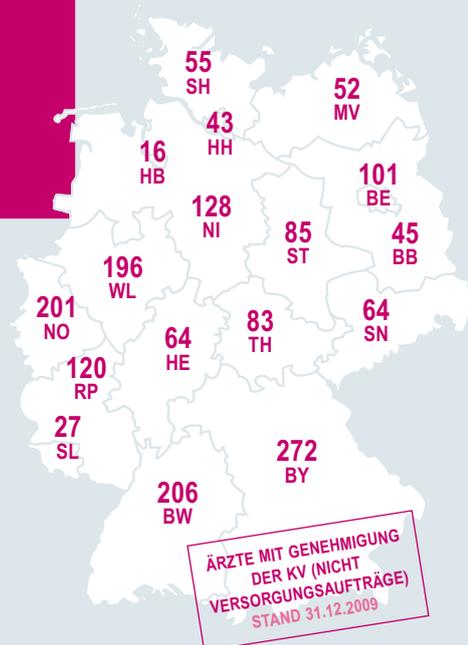
Die Zahl der Dialysepatienten ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Derzeit werden circa 60.000 Patienten flächendeckend in mehr als 1.200 ambulanten und stationären Einrichtungen behandelt.

Mit der 2006 in Kraft getretenen Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialysebehandlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ist eine verpflichtende Erfassung definierter Qualitätsindikatoren, für

die valide Grenzwerte vorliegen und die eine Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität zulassen, verbindlich geworden. Wichtig für die Ärzte ist, dass darüber hinaus alle Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen regelmäßige Benchmark-Berichte erhalten, die ihnen den erreichten Qualitätsstand im Vergleich zu den anderen Einrichtungen mitteilen. Basis dieser Berichte sind die vier Kernparameter:

- ▶ Dialysefrequenz
- ▶ Dialysedauer
- ▶ Hämoglobinwert und
- ▶ Kt/V („Dialyseleistung“).

Neben dem zentralen Benchmarking-Bericht sieht die Richtlinie die weitere verpflichtende Teilnahme an einem Rückmeldesystem vor, deren Ziel die Therapieoptimierung für den einzelnen Patienten ist. Grundlage für dieses Rückmeldesystem sind die in den Einrichtungen routinemäßig erfassten und dokumentierten zusätzlichen Parameter, die über die jeweilige Praxissoftware elektronisch erhoben werden. Über eine verbindliche, durchgängige Anonymisierung aller Patientendaten ist dabei die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben gewährleistet.



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

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

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
		4)			2)	5)		5)	4)				3)		5)		1)
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2009	79	125	33	25	7	14	59	22	71	78	37	12	35	25	22	23	69
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	206	272	101	45	16	43	64	52	128	201	120	27	64	85	55	83	196
Anzahl beschiedene Anträge	93	105	11	0	2	4	4	0	68	32	24	1	3	7	1	31	3
▶ davon Anzahl Genehmigungen	93	101	5		2	4	4		66	30	22	1	3	3	1	30	3
▶ davon Anzahl Ablehnungen		4	6						2	2	2			4		1	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1	0		0	0	0		1	0	0	0	0	0	0	1	0
▶ davon bestanden		1							1							1	
▶ davon nicht bestanden		0							0							0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	63	2	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	7	0	2	0	0	2	0	0	4	8	0	0	6	5	0	4	5
AUS DEN TÄTIGKEITSBERICHTEN DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN § 7 ABS. 3 QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE, BERICHTSZEITRAUM 1.1. – 31.12.2009																	
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1																	
I / 2009	81	123	32	24	7	14	59	25	71	79	38	12	35	18	24	23	69
II / 2009	80	124	32	24	7	14	59	25	71	79	38	12	35	25	23	23	69
III / 2009	79	125	32	24	7	14	59	25	71	78	37	12	35	25	22	23	69
IV / 2009	78	121	31	24	7	14	59	25	71	78	37	12	25	25	22	23	69
Anzahl der Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	10	3	4	3	4	4
Anzahl Informationsschreiben	0	517	127	1	0	0	59	0	4	2	0	0	0	0	0	0	33
Anzahl schriftlicher Stellungnahmeverfahren	62	26	16	3	0	1	26	3	5	15	1	0	2	15	7	3	8
Anzahl Prüfungen gemäß § 8 Abs. 1	62	0	0	0	0	10	43	0	5	0	0	9	0	0	1	1	0
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs.1 S. 1	0	1	0	1	3	8	39	0	5	0	0	4	0	0	0	1	7
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	2	4	7	0	2	0	3	0	5	1	0	2	0	0	0	1	4
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der widerrufenen Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1) Versorgungsaufträge sind in der KV WL und der KV NO oft an Ärzte gebunden (WL: 70 Praxen, 171 Versorgungsaufträge) | 2) Aufforderung zur Beseitigung von Mängeln und Beratungsgespräche betreffen eine Praxis und sind nach Sichtung der Berichte des Datenanalysten auf Systemfehler zurückzuführen, nicht auf eine Stichprobe | 3) Abweichung in IV/2009 wegen technischer Schwierigkeiten in einer Bezirksstelle | 4) hohe Zahl Anträge erklärt sich unter anderem aus der großen Zahl ermächtigtter Einrichtungen und dem dortigen Personalwechsel | 5) Gemeinsame Kommission, insgesamt drei Sitzungen

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

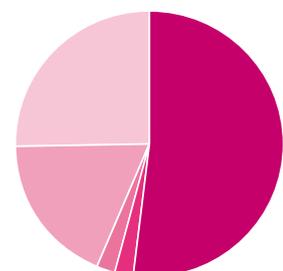
Im Jahr 2009 waren etwa 5,5 Millionen Versicherte mindestens in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschrieben, etwa 660.000 dieser Versicherten nahmen an mehreren Programmen teil, so dass insgesamt circa 6,2 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen sind.

Aktuelle Studien geben Hinweise darauf, dass sich durch die Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) die Qualität der Versorgung für chronisch kranke Patienten in Deutschland verbessert hat. Die besseren medizinischen Ergebnisse werden in erster Linie auf die Anwendung der evidenzbasierten Medizin und auf eine koordinierte Behandlung in den einzelnen Versorgungsebenen zurückgeführt.

Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2009 sind weitreichende Änderungen in der Systematik der DMP-Förderung eingetreten. Anstatt erhöhter Zuweisungen für DMP-Teilnehmer erhalten die Krankenkassen seit dem 1. Januar 2009 für jeden DMP-Patienten nur noch eine Programmkostenpauschale von 180 Euro pro Jahr.

Mit der 20. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung wurde ab 1. Juli 2009 das Modul chronische Herzinsuffizienz im Rahmen des DMP koronare Herzkrankheit (KHK) eingeführt. Eine ausschließlich elektronische Dokumentation im DMP Brustkrebs erfolgt ebenfalls seit dem 1. Juli 2009.

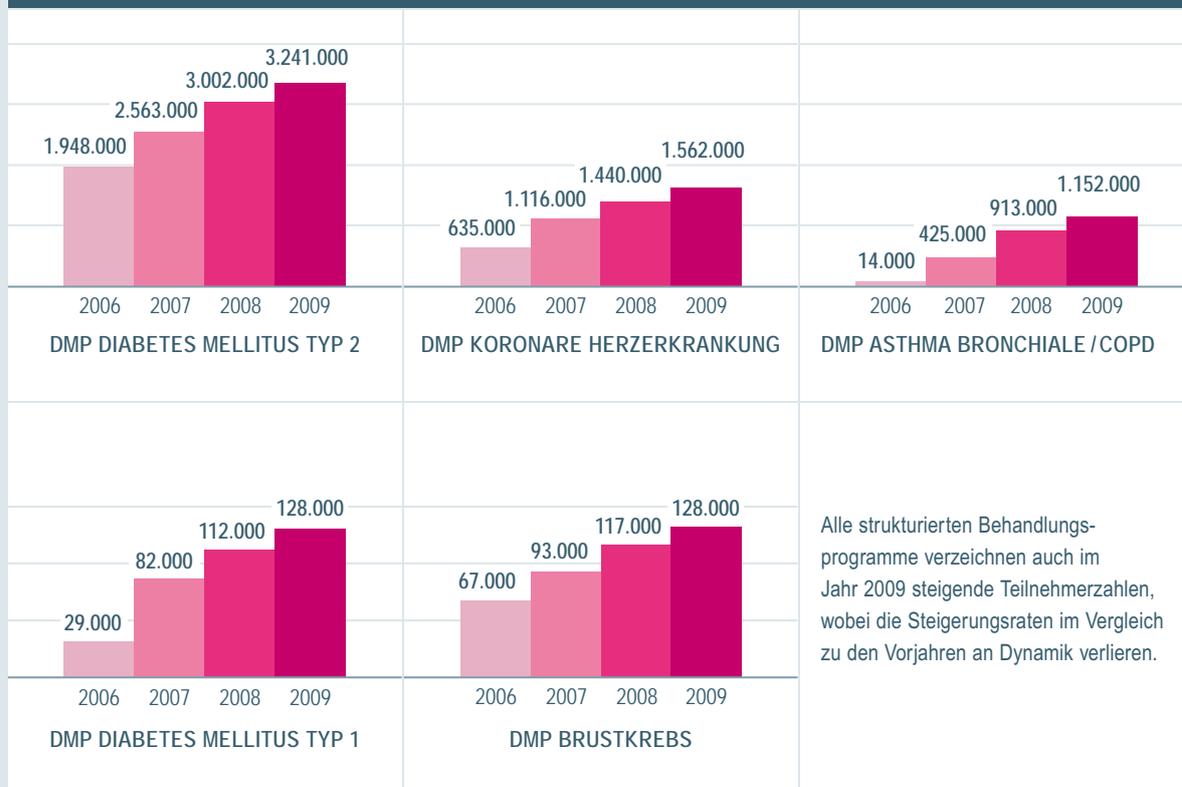
PROZENTUALE VERTEILUNG DER TEILNEHMER AUF DIE EINZELNEN DMP 2009



- Diabetes mellitus Typ 2 52,2 %
- Diabetes mellitus Typ 1 2,1 %
- Brustkrebs 2,1 %
- Asthma bronchiale / COPD 18,5 %
- koronare Herzkrankung 25,1 %

Quelle: amtliche Statistik KM 6 Teil II des BMG

ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PATIENTEN FÜR DEN ZEITRAUM 2006 BIS 2009



Quelle Grafiken oben: BVA-Tätigkeitsberichte (2006 und 2007) und DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG (2008 und 2009)

ERGEBNISSE AUS DEM DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM KORONARE HERZERKRANKUNG

Datenbasis

Anhand der vorliegenden Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen von elf Kassenärztlichen Vereinigungen werden im Folgenden die Ergebnisse zu geforderten Qualitätszielen exemplarisch dargestellt. Die Auswertung bezieht sich auf das Jahr 2008.

Acht der einbezogenen Berichte beziehen sich auf die Daten des zweiten Halbjahres 2008. In zwei Berichten werden Zeitspannen vom 1. April 2008 bis 30. September 2008 beziehungsweise vom 1. Oktober 2008 bis zum 31. März 2009 erfasst. Ein Be-

richt bezieht sich auf das erste Halbjahr 2008 und ein weiterer Bericht auf das ganze Jahr 2008. Bei den betrachteten Zeiträumen besteht also keine vollständige Deckungsgleichheit, woraus Unschärfen hinsichtlich der Vergleichbarkeit resultieren. Außerdem ist zu beachten, dass hier ausschließlich Ergebnisse aus DMP-Verträgen zur Darstellung kommen, bei denen die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragspartner sind.

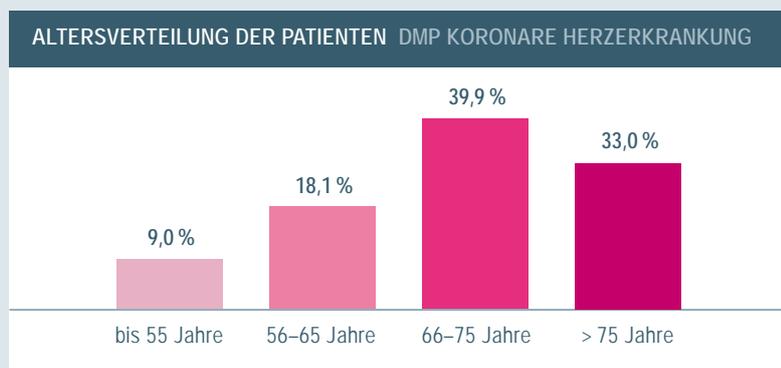
In den DMP-Verträgen vereinbarte Zielwerte können von den in der „Anlage Qualitätssicherung“ vorgegebenen Qualitätszielwerten abweichen, allerdings war dies beim DMP KHK im betrachteten Zeitraum lediglich bei einer Kassenärztlichen Vereinigung der Fall. Zur besseren

Vergleichbarkeit wurden auch für diese Kassenärztliche Vereinigung in der Darstellung der Ergebnisse die Zielwerte analog der „Anlage Qualitätssicherung“ (Stand 3. Juli 2008) zugrunde gelegt.

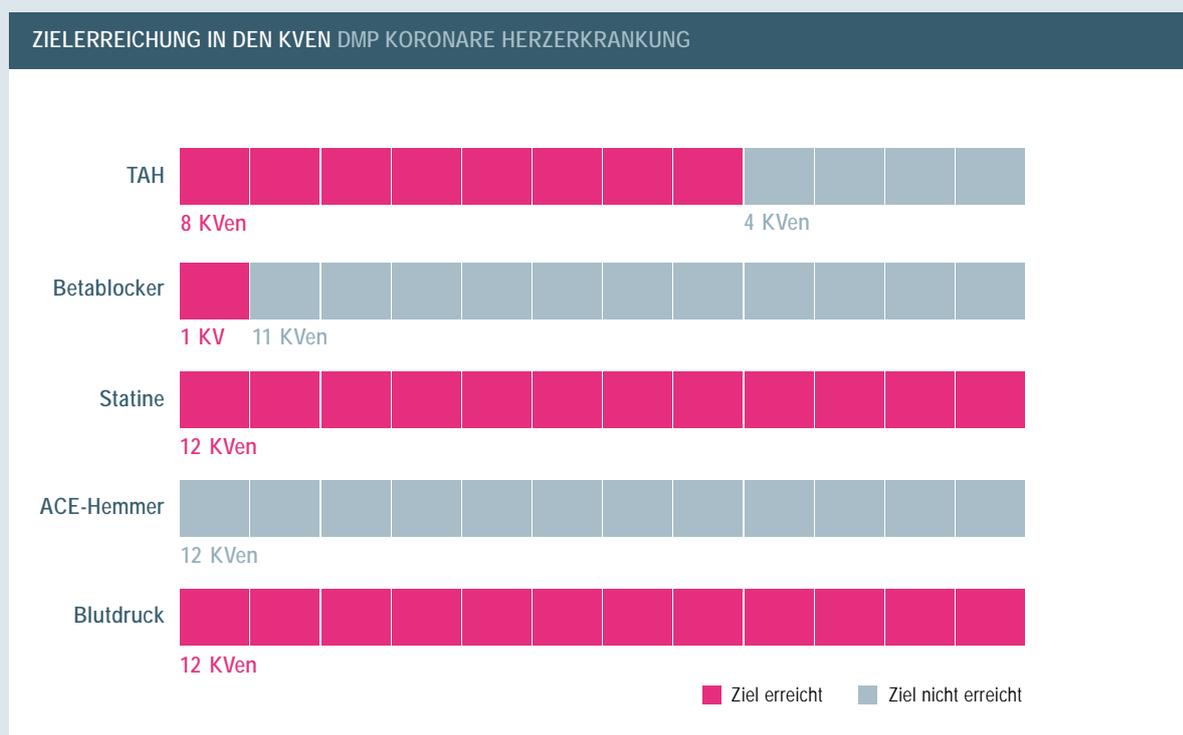
Von den im Jahr 2008 am DMP KHK teilnehmenden Patienten sind 72,9 Prozent älter als 65 Jahre. In den ausgewerteten Berichten wird ein Durchschnittsalter zwischen 69 und 70 Jahren angegeben.

Ergebnisse im Vergleich

Die Ergebnisse der ausgewerteten Berichte sind hier in Bezug auf die Kernindikatoren und weitere ausgewählte Parameter graphisch dargestellt. Eine umfassende Interpretation muss unter Berücksichtigung verschiedenster Faktoren erfolgen. So wird das Erreichen der Qualitätsziele nach Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung auch vom Alter, von der Erkrankungs- und Teilnahmedauer, vom Geschlecht und von der Komorbidität des Patienten beeinflusst. (Hagen B, Altenhofen L et al. Qualitätssicherungsbericht 2008 – Disease-Management-Programme in Nordrhein).



Basis: Berichte aus 2008 von 12 KVen | n = 827.026 Patienten

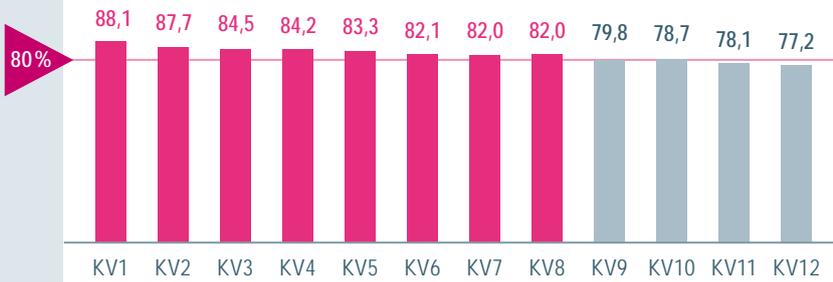


Datenbasis: Berichte aus 2008 von 12 KVen

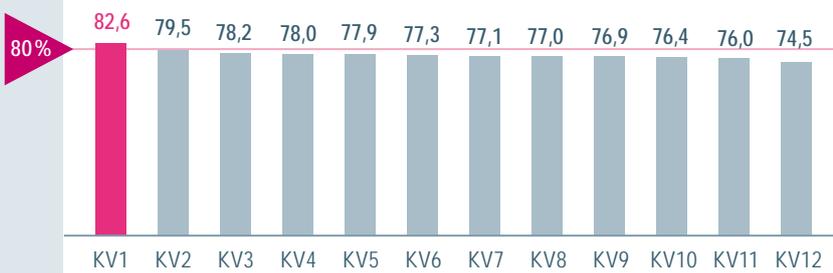
ZIELERREICHUNG IN DEN KVEN DMP KORONARE HERZERKRANKUNG

AUSWERTUNG

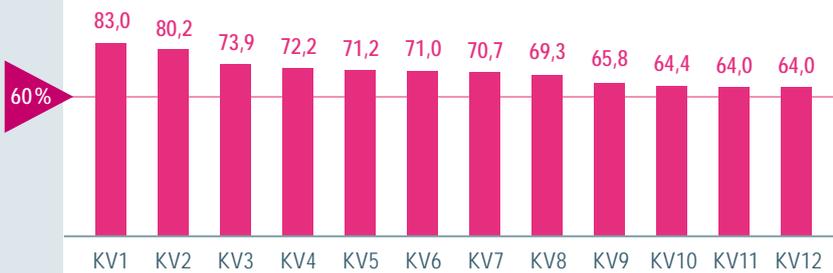
TAH Zielwert 80%. Hoher Anteil von Patienten, die Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) zur Sekundärprävention erhalten



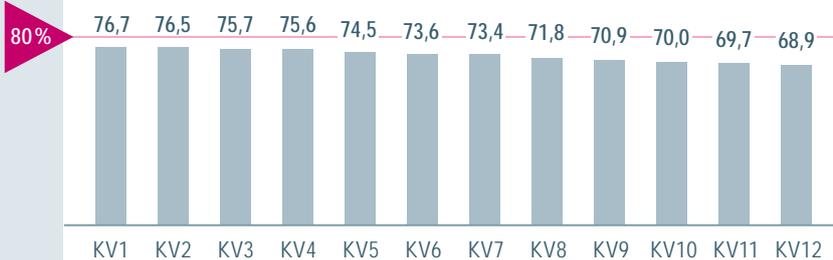
Betablocker Zielwert 80%. Hoher Anteil von Patienten, die Betablocker erhalten



Statine Zielwert 60%. Hoher Anteil von Patienten, die einen HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin) erhalten



ACE-Hemmer Zielwert 80%. Hoher Anteil von Patienten mit Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer erhalten



Blutdruck Zielwert 50%. Hoher Anteil von Hypertonikern mit normotensiven Blutdruckwerten

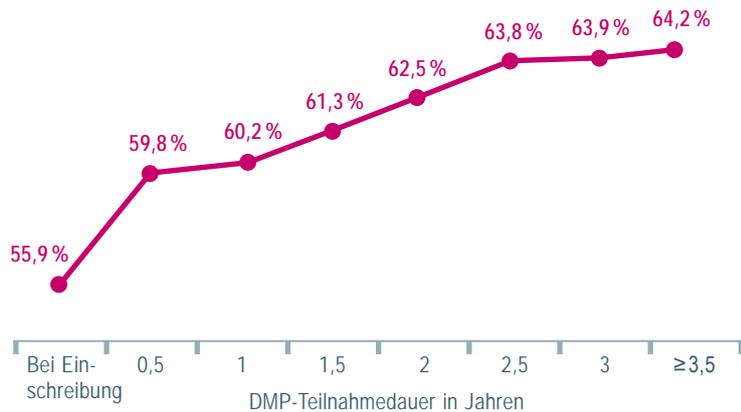


Der Zielwert von 80 Prozent wurde in elf Kassenärztlichen Vereinigungen verfehlt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Verordnung von Betablockern durch die Altersstruktur beeinflusst wird: Jüngeren Patienten werden diese häufiger verordnet als älteren. Da über 72,9 Prozent der KHK-Patienten der ausgewerteten Berichts über 65 Jahre alt sind, kann dies die Zielerreichung negativ beeinflussen.

In allen zwölf Kassenärztlichen Vereinigungen wurde der Zielwert von 60 Prozent erreicht.

In keiner der zwölf Kassenärztlichen Vereinigungen wurde das Ziel, mindestens 80 Prozent der Patienten mit Herzinsuffizienz einen ACE-Hemmer zu verordnen, erreicht. Die Ergebnisse stehen allerdings in Übereinstimmung mit den Aussagen einer kürzlich publizierten wissenschaftlichen Arbeit (Dini L, Heintze C et al. ZEFQ2010; 104: 113–119), die in einer prospektiven Beobachtungsstudie bei Berliner Hausärzten ähnliche Verordnungszahlen ermittelt hat.

In allen zwölf Kassenärztlichen Vereinigungen wurde der Zielwert von 50 Prozent erreicht.

ANTEIL DER PATIENTEN MIT BLUTDRUCK < 140 / 90 MMHG NORMOTON

AUSWERTUNG

In der verlaufsbezogenen Darstellung des normotonen Blutdrucks zeigt sich eine deutliche Verbesserung eines Kernparameters des DMP KHK.

ANTEIL DER DURCHFÜHRTEN SCHULUNGEN AN ALLEN EMPFOHLENE SCHULUNGEN

	Diabetes-Schulung	Hypertonie-Schulung
KV 1	31,3%	33,2%
KV 2	16,8%	14,1%
KV 3	32,9%	27,1%
KV 4	36,4%	45,6%
KV 5	41,8%	38,4%
KV 6	34,1%	30,3%
KV 7	26,7%	21,1%
KV 8	29,3%	35,9%
KV 9	27,9%	29,7%
KV 10	60,0%	36,4%
KV 11	48,1%	46,2%
KV 12	k. A.	k. A.

AUSWERTUNG

Bei Patienten, denen eine Schulung empfohlen worden ist, wurde zwischen 14,1 und 60,0 Prozent innerhalb von vier darauf folgenden Quartalen die Teilnahme an einer entsprechenden Schulung dokumentiert.

ÜBERWEISUNG / EINWEISUNG BEI NEU AUFGETRETERER ERKRANKUNG

	Angina pectoris	Herzinsuffizienz
KV 1	40,8%	
KV 2	37,3%	29,0%
KV 3	33,9%	32,1%
KV 4	25,0%	26,7%
KV 5	25,5%	29,1%
KV 6	27,5%	22,1%
KV 7	26,6%	21,4%
KV 8	21,1%	23,9%
KV 9	20,0%	16,1%
KV 10	24,6%	23,6%
KV 11	19,1%	15,2%
KV 12	13,1%	13,2%

AUSWERTUNG

Zwischen 13,1 und 40,8 Prozent der Patienten wurden bei neu aufgetretener Angina pectoris oder Herzinsuffizienz überwiesen beziehungsweise eingewiesen.

VERTRAGSUMFANG DER DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2				
Kassenärztliche Vereinigung	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.500	3)	338.200
Bayerns	KV – alle Kassen	8.290	7.240	441.600
Berlin	KV – alle Kassen	1.780	1.580	127.500
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.340	1.280	155.100
Bremen	KV – alle Kassen	430	410	25.700
Hamburg	KV – alle Kassen	890	790	46.800
Hessen	kein Vertrag mit KV			193.500
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.020	820 4)	94.700
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.060	3.070	254.800
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.110	4.710	383.600
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.430	2.270	172.300
Saarland	KV – alle Kassen	610	580 5)	44.400
Sachsen	KV – alle Kassen	2.450	2.270	273.800
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.540	1.460	169.400
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.620	1.540	81.200
Thüringen	KV – alle Kassen	1.360	1.140	123.500
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.670	3.470	314.900

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1				
Kassenärztliche Vereinigung	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	200	3)	10.000
Bayerns	KV – alle Kassen	2.390	1.300	17.700
Berlin	KV – alle Kassen	170	110	5.700
Brandenburg		3)	3)	5.000
Bremen	KV – alle Kassen	20	20	1.100
Hamburg	KV – alle Kassen	40	40	3.700
Hessen	KV – alle Kassen	210	160	7.600
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	50	50 4)	2.600
Niedersachsen	KV – alle Kassen	160	140	12.400
Nordrhein	KV – alle Kassen	860	220	16.200
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	13	130	7.200
Saarland	kein Vertrag mit KV			60
Sachsen	KV – alle Kassen	130	120	9.000
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	170	140	5.100
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	50	50	5.900
Thüringen	KV – alle Kassen	60	50	3.600
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	780	450	15.400

1) abrechnende Ärzte nach Angaben der KV | 2) DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG | 3) Daten aus dem Jahr 2009 liegen nicht vor | 4) Anzahl Praxen | 5) Anzahl koordinierender Ärzte

DMP KORONARE HERZERKRANKUNG

Kassenärztliche Vereinigung	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.000	2.600	126.600
Bayerns	KV – alle Kassen	8.400	6.900	208.900
Berlin	KV – alle Kassen	1.800	1.500	65.000
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.300	1.240	85.800
Bremen	KV – alle Kassen	420	370	10.700
Hamburg	KV – alle Kassen	810	730	19.000
Hessen	KV – alle Kassen	3.600	2.900	101.100
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.000	1.000	51.900
Niedersachsen	KV – alle Kassen	3.800	2.900	140.400
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.200	4.600	187.100
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.300	2.100	76.700
Saarland	KV – alle Kassen	630	600 ⁵⁾	22.500
Sachsen	KV – alle Kassen	2.100	1.800	99.400
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.400	1.260	76.900
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.600	1.500	44.300
Thüringen	KV – alle Kassen	1.300	1.000	61.500
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.700	3.400	184.700

DMP BRUSTKREBS

Kassenärztliche Vereinigung	Vertragspartner	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte 1)	Patienten 2)
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	1.240	260	9.000
Bayerns	KV – alle Kassen	2.400	1.180	18.600
Berlin	kein Vertrag mit KV			6.300
Brandenburg	KV – alle Kassen	180	140	5.100
Bremen	KV – alle Kassen	60	50	740
Hamburg	KV – alle Kassen	130	120	1.800
Hessen	kein Vertrag mit KV			10.800
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	180	140	3.700
Niedersachsen	KV – alle Kassen	620	440	13.900
Nordrhein	KV – alle Kassen	1.000	680	15.000
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	330	210	6.500
Saarland	KV – alle Kassen	110	110 ⁵⁾	1.600
Sachsen	KV – alle Kassen	250	190	4.400
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	160	100	3.100
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	430	260	5.900
Thüringen	KV – alle Kassen	150	90	3.500
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	820	410	17.600

1) abrechnende Ärzte nach Angaben der KV | 2) DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG | 3) Daten aus dem Jahr 2009 liegen nicht vor | 4) Anzahl Praxen | 5) Anzahl koordinierender Ärzte

DMP ASTHMA BRONCHIALE DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)					
Kassenärztliche Vereinigung	Vertragspartner	Erkrankung	Ärzte mit Genehmigung	aktiv teilnehmende Ärzte ¹⁾	Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	Asthma	5.600	³⁾	49.000
		COPD	5.300	³⁾	39.600
Bayerns	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	8.900	6.740	165.800
Berlin	KV – alle Kassen	Asthma	1.300	960	38.400
		COPD	1.200	950	31.600
Brandenburg	KV – alle Kassen	Asthma	600	560	30.700
		COPD	700	590	25.200
Bremen	KV – alle Kassen	Asthma	400	320	7.300
		COPD	300	280	5.600
Hamburg	KV – alle Kassen	Asthma	700	580	12.800
		COPD	600	520	6.600
Hessen	KV – alle Kassen	Asthma	3.200	2.390	40.100
		COPD	2.900	2.130	26.700
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	Asthma	600	400	16.100
		COPD	600	380	12.500
Niedersachsen	KV – alle Kassen	Asthma	3.700	2.650	78.400
		COPD	3.400	2.460	56.100
Nordrhein	KV – alle Kassen	Asthma	4.600	3.480	68.800
		COPD	4.100	3.250	72.200
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	Asthma	2.100	1.510	14.500
		COPD	1.900	1.500	26.600
Saarland	KV – alle Kassen	Asthma	600	570 ⁵⁾	8.200
		COPD	530	520 ⁵⁾	6.900
Sachsen	KV – alle Kassen	Asthma	920	680	28.300
		COPD	900	670	18.800
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	1.100	950	33.300
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	Asthma	1.500	1.180	22.400
		COPD	1.400	1.060	13.400
Thüringen	KV – alle Kassen	Asthma	800	540	24.200
		COPD	700	500	14.800
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	Asthma	4.200	3.020	86.200
		COPD	3.800	2.760	70.400

1) abrechnende Ärzte nach Angaben der KV | 2) DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG | 3) Daten aus dem Jahr 2009 liegen nicht vor | 4) Anzahl Praxen | 5) Anzahl koordinierender Ärzte

FORTBILDUNG

Eine kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz und Aktualisierung des Wissens gehört zum Selbstverständnis jedes Vertragsarztes und Vertragspsychotherapeuten. Die Verpflichtung zur Fortbildung ist in den Berufsordnungen festgeschrieben. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde diese bis dahin ausschließlich berufsrechtliche Anforderung auch in das Sozialrecht eingeführt. Seit dem 1. Juli 2004 besteht für jeden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt beziehungsweise Psychotherapeuten 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 (erstmalig 1. Juli 2004 bis 30. Juni 2009) insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen wurden.

Insgesamt waren im ersten Fünfjahreszeitraum 119.810 Ärzte und Psychotherapeuten nachweispflichtig. 97,4 Prozent von ihnen haben den Fortbildungsnachweis ordnungsgemäß erbracht. Damit hat die überwiegende Mehrzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden bewiesen, dass lebenslanges Lernen zum Selbstverständnis eines Arztes beziehungsweise Psychotherapeuten zählt. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V zum Stichtag 30. Juni 2009 im Überblick.

Ärzte und Psychotherapeuten können Fortbildungspunkte sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erwerben. Voraussetzung dafür ist, dass die Fortbildung durch eine Kammer oder

auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung von der Kassenärztlichen Vereinigung als Fortbildungsmaßnahme anerkannt ist. Näheres hierzu regelt die (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, die der 107. Deutsche Ärztetag im Jahr 2004 in Bremen verabschiedet hat, beziehungsweise die Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer vom 18. November 2006.

Neben dieser allgemeinen Verpflichtung zu einer kontinuierlichen Fortbildung ist der Nachweis einer fachspezifischen Fortbildung häufig Bestandteil von ergänzenden Verträgen, die Kassenärztliche Vereinigungen oder Berufsverbände mit Krankenkassen vereinbaren (zum Beispiel Disease-Management-Programme oder Verträge nach §§ 73b, c SGB V).

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

FORTBILDUNG QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

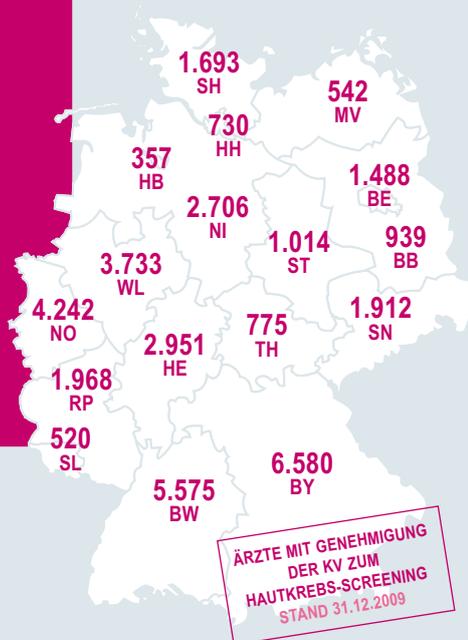
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Anzahl Nachweispflichtiger	14.787	22.897	6.703	3.000	1.364	3.221	8.885	2.220	10.038	14.325	5.536	1.528	5.125	3.025	3.762	3.079	10.315
▶ Ärzte		21.009	5.292	2.856	1.103	2.628	7.504	2.126	8.921	12.564	5.025	1.374	4.832	2.923	3.416	2.985	9.218
▶ Psychotherapeuten		1.888	1.411	144	261	593	1.381	94	1.117	1.761	511	154	293	102	346	94	1.097
Anteil der Nachweispflichtigen mit Zertifikat, in %	97,6	96,5	95,4	98,3	99,2	98,1	97,1	97,0	97,8	97,5	98,4	98,0	98,4	98,8	98,2	95,2	98,0
▶ Ärzte		96,3	94,5	98,2	99,2	97,9	96,8	97,2	97,7	97,4	98,4	98,0	98,5	98,8	98,2	95,2	97,8
▶ Psychotherapeuten		98,5	98,7	100,0	99,2	98,7	98,4	92,6	98,7	98,0	99,0	98,7	97,3	99,0	99,1	95,8	99,2
Anzahl durchzuführender Sanktionierungen	352	804	307	52	11	62	260	67	223	364	88	30	81	36	66	148	210
▶ Ärzte		776	289	52	9	54	238	60	208	330	83	28	73	35	63	144	201
▶ Psychotherapeuten		28	18	0	2	8	22	7	15	34	5	2	8	1	3	4	9

HAUTKREBS-SCREENING HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. November 2007 wurde das Hautkrebs-Screening zum 1. Juli 2008 als Präventionsleistung in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Diese Ent-

scheidung trägt der Tatsache Rechnung, dass Hautkrebs in einem frühen Stadium erkannt und behandelt werden kann. Die zweijährliche Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs können Dermatologen oder Hausärzte vornehmen. Wenn ein Verdacht auf Hautkrebs besteht, wird dieser immer durch einen Dermatologen abgeklärt, zunächst durch die visuelle Untersuchung und gegebenenfalls durch eine Gewebeentnahme.

Die histopathologische Beurteilung der Gewebeproben ist in der diagnostischen Kette von ausschlaggebender Bedeutung für das weitere therapeutische Vorgehen. Aus diesem Grund haben sich die Partner der Bundesmantelverträge auf eine Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Histopathologie beim Hautkrebs-Screening verständigt, die zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten ist.



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009; **Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien), Abschnitt D Nr. 2,** Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1.7.2008

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
✓	FREQUENZREGELUNG jährliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten
	REZERTIFIZIERUNG
✓	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG jährliche Prüfung von vier Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu zehn im Rahmen des Hautkrebs-Screenings befundeten histopathologischen Präparaten
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSSZIRKEL
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse (KFE-RL)
✓	BERATUNG gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation und ihre Praxis die entsprechenden apparativen Voraussetzungen erfüllen.

Diese Qualifikation konnte bis zum 31. März 2005 in zwei Stufen erworben werden. Die erste betrifft die Überprüfung der Reizbeantwortung und -wahrnehmung sowie die Beurteilung der Batteriekapazität, die zweite die komplette Funktionsanalyse der programmierbaren Parameter, gegebenenfalls einschließlich Um-

programmierung und – falls vorhanden – telemetrischer Abfragen. Seit dem 1. April 2005 gibt es nur noch die Genehmigung für die komplette Herzschrittmacher-Kontrolle. Damit können Ärzte, die nur über die Genehmigung der ersten Stufe verfügen, die entsprechenden Leistungen nicht mehr abrechnen.



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

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

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

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

GENEHMIGUNGEN

Anzahl Ärzte mit Genehmigungen zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2009	321	593	79	69	32	60	117	47	234	301	146	33	112	80	79	62	243
Anzahl beschiedene Anträge	23	37	7	3	2	6	8	6	15	22	20	1	10	13	8	5	50
▶ davon Anzahl Genehmigungen	23	37	7	3	2	6	8		15	22	19	1	10	12	8	5	32
▶ davon Anzahl Ablehnungen											1			1			18
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 5 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▶ davon ohne Beanstandungen																	
▶ davon mit Beanstandungen																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	9	0	3	0	0	0	9	32	1	2	8	12	7	0	0

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V
PRÜFUMFANG

abrechnende Ärzte (III / 2009)			58														58
Anzahl geprüfter Ärzte			3														23
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2			3														20
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3			0														3
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 1																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 2																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 3																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 4																	3
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 5																	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %			5,2														34,5
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			-														-

PRÜFERGEBNISSE

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▶ keine Beanstandungen			3														6
▶ geringe Beanstandungen			0														11
▶ erhebliche Beanstandungen			0														1
▶ schwerwiegende Beanstandungen			0														2
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▶ keine Beanstandungen																	1
▶ geringe Beanstandungen																	0
▶ erhebliche Beanstandungen																	0
▶ schwerwiegende Beanstandungen																	2

Fortsetzung nächste Seite →

↓ Fortsetzung Herzschrittacher-Kontrolle																	
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			0													16	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a			0													0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b			0													3	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c			0													0	
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1			0													0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.			0													0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8			0													0	
▶ davon ohne Mängel																	
▶ davon mit Mängeln																	
KOMMISSIONEN																	
Zuständigkeit			1)													1)	
Mitglieder			5 ÄM KV 14 ÄStV KV													3 ÄM KV	

1) alle Gebiete Kardiologie (auch Herzschrittacher-Kontrolle und Langzeit-EKG) | ÄM KV = ärztliche Mitglieder der KV | ÄStV KV = ärztliche Stellvertreter der KV

HIV / AIDS

Die ärztliche Betreuung und Behandlung von HIV-infizierten beziehungsweise an Aids erkrankten Patienten (HIV-/Aids-Patienten) hat nicht zuletzt durch die in den letzten Jahren rasant weiterentwickelte medikamentöse Therapie erhebliche Fortschritte gemacht. Die aufgrund der antiretroviralen Therapieoptionen

erzielte Verlängerung der Lebenserwartung der HIV-/Aids-Patienten führte in den Praxen zu einer Erweiterung des Therapiespektrums, auch aufgrund von altersbedingten Begleiterkrankungen. Doch sind die spezifischen Nebenwirkungen dieser Kombinationstherapien nicht unerheblich, so dass engmaschige Kontrollen und häufig individuelle Anpassungen der Zusammenstellung der Kombinationen notwendig werden. Die Betreuung und Behandlung von HIV-/Aids-Patienten erfordert somit von den verantwortlichen Ärzten ein hohes Maß an Engagement hinsichtlich einer individuellen aktivierenden Patientenführung, aber auch hinsichtlich der Aneignung ständig weiter-

entwickelter Therapieoptionen in den verschiedenen Stadien des Krankheitsbildes HIV/Aids.

Um diesen besonderen Anforderungen Rechnung zu tragen und um die spezialisierte Versorgung von HIV-/Aids-Patienten weiter zu fördern sowie künftig eine flächendeckende Versorgung nach einheitlichen Qualitätsstandards gewährleisten zu können, haben sich die Partner der Bundesmantelverträge auf die Einführung einer Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion beziehungsweise Aids-Erkrankung geeinigt, die am 1. Juli 2009 in Kraft getreten ist.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV / Aids), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2009

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
✓	FREQUENZREGELUNG jährlich durchschnittlich 25 Fälle pro Quartal; unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite kann die Mindestanzahl unterschritten werden.
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG jährliche Prüfung von zehn Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu zehn Fällen eines Quartals unter Einbezug aller Dokumentationen des 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
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
✓	BERATUNG bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



HIV / AIDS QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
	1)	1)	1)		1)	1)				1)	1)						
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009	20	50	112		9	31		0		39	7	0	0	0	0	0	0
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	25	37	60	1	9	31	28	0	16	41	7	5	4	2	0	2	13
Anzahl beschiedene Anträge																	
neu	6	38	61	1	9	1	38		16	2	7	5	5	2	5	2	16
▶ davon Anzahl Genehmigungen	5	37	60	1	9	1	28		16	2	7	5	4	2	0	2	13
▶ davon Anzahl Ablehnungen	1	1	1				10						1		5		3
erneut gemäß § 8 Abs. 4																	
▶ davon Anzahl Genehmigungen																	
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 10 Abs. 5						31											
▶ davon Anzahl Genehmigungen						31											
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4																	
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2																	
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen																	
▶ wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3																	
▶ wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4																	
▶ wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4																	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		50	52														1

1) Übergang aus regionalem Vertrag

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

In Analogie zu Herzkatheteruntersuchungen und -interventionen wurde die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen und interventionellen Angiographien in der vertragsärztlichen Versorgung zum 1. Juli 2006 unter Genehmi-

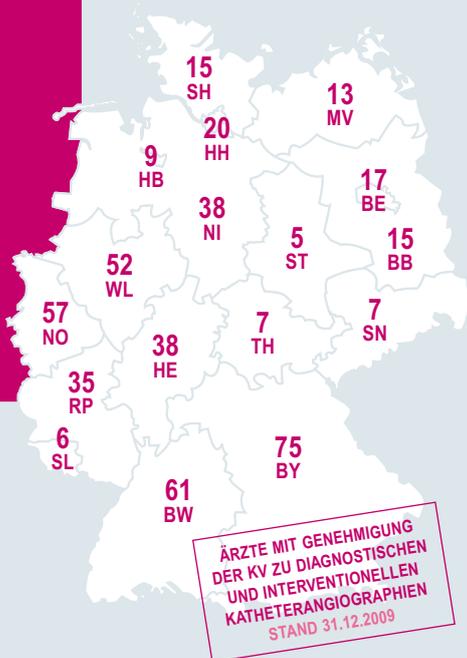
gungsvorbehalt gestellt. Die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie“ regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am arteriellen Gefäßsystem sowie die (nicht genehmigungspflichtige) Nachbetreuung der Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung.

Aufgrund des hohen Schwierigkeitsgrades der Erbringung von angiographischen Leistungen wurden An-

forderungen an die ärztliche Routine formuliert. Während Genehmigungsinhaber zur Durchführung ausschließlich diagnostischer Katheterangiographien jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen nachweisen müssen, haben Genehmigungsinhaber zur Durchführung von interventionellen Angiographien einen Nachweis über mindestens 100 Katheterangiographien, wovon mindestens 50 interventionell sein müssen, zu erbringen. Weiterhin wurden detaillierte Anforderungen an die Praxisorganisation im Hinblick auf die Durchführung der Angiographien und die Nachbetreuung festgelegt.

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

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



INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
		2) 3)					2)	1)		1)			2)		4)		

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 1

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009	9	27	2	2	0	1	6	0	15	2	0	0	6	2	4	1	12
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	7	21	1	3	0	1	4	0	10	2	0	0	2	2	1	0	11
Anzahl beschiedene Anträge	0		1						0	0			0	0	0	0	
neu		7	0	1		1	1										1
▶ davon Anzahl Genehmigungen		6		1		1	1										1
▶ davon Anzahl Ablehnungen		1															
erneut gemäß § 7 Abs. 6		0	1	0		0	0										0
▶ davon Anzahl Genehmigungen			1														
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0		0	0		0								0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0		0	0		0								0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	k. A.	0	0		0	2		1				0	0	2	1	1
▶ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 diagnostische Katheterangiographien							2		1						2	1	1
▶ aus sonstigen Gründen							0										
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	5	2	0					1				4	0	1	0	1

FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische Katheterangiographien)						k. A.			k. A.	k. A.							
< 100	1	21	0	0			4						1	2	0	1	1
≥ 100	6	0	1	1			0						1	0	1	0	9

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND KATHETERGESTÜTZTE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE
GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 2

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009	53	59	18	12	15	19	37	12	27	49	37	7	5	3	16	6	43
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	54	54	16	12	9	19	34	13	28	55	35	6	5	3	14	7	41
Anzahl beschiedene Anträge			0	0		0						0	0	0	0		
neu	5	8			2		1	1	2	13	3					1	7
▶ davon Anzahl Genehmigungen	5	7			1		1	1	2	13	3					1	7
▶ davon Anzahl Ablehnungen		1			1												
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0			0		0			12						0	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen										12							
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	

Fortsetzung nächste Seite →

1) Frequenzen werden nicht geprüft | 2) Prüfungen zu den Frequenzen sind noch nicht abgeschlossen | 3) Widerrufe wegen fehlendem Nachweis von Leistungen außerhalb der GKV noch in Bearbeitung | 4) Prüfungen bei zehn Ärzten, da in SH das Jahr nach Genehmigungserteilung zählt, nicht das Kalenderjahr.

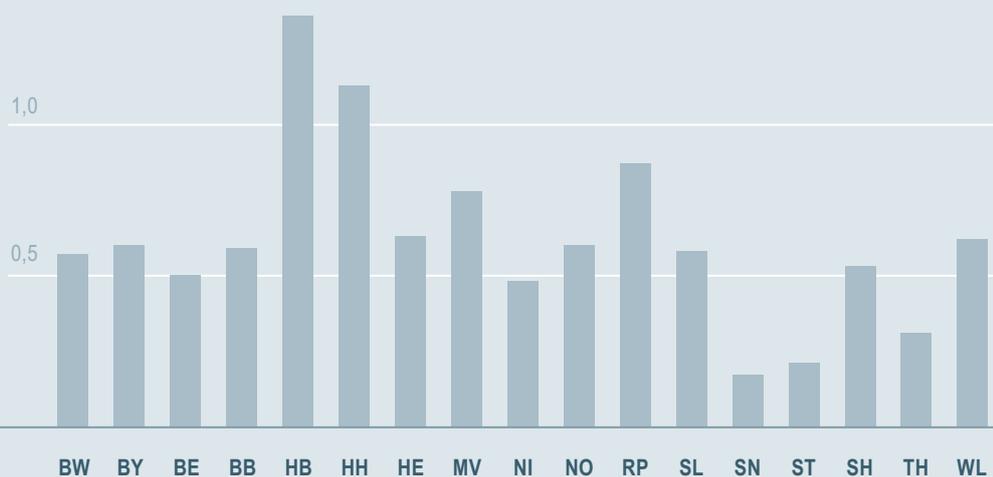
↓ Fortsetzung interventionelle Radiologie ▶ diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0			0		0		0							0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen	0	0			0	0	0		0			0	0	0		0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	k. A.	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	7
▶ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen		k. A.					0		1						1		5
▶ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe		k. A.					0		0						0		2
▶ aus sonstigen Gründen		1					3		0						0		0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	4	11	2	0	8	0	0	0	0	7	5	1	0	0	1	0	2

FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische Katheterangiographien, davon mindestens 50 kathetergestützte therapeutische Eingriffe)						k. A.		k. A.	k. A.	k. A.	k. A.						
< 100	17	39	4	0	0		4					0	1	0	0	0	14
≥ 100	37	15	12	12	8		0					7	4	3	10	6	26
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 kathetergestützte therapeutische Eingriffe)						k. A.		k. A.	k. A.	k. A.	k. A.						
< 50	21	37	5	0	0		0					0	1	0	1	0	18
≥ 50	33	17	11	11	8		12					7	4	3	9	6	22

ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG DER KV AUSSCHLIESSLICH ZUR DIAGNOSTISCHEN KATHETERANGIOGRAPHIE ODER ZUR DIAGNOSTISCHEN KATHETERANGIOGRAPHIE UND ZU KATHETERGESTÜTZTEN THERAPEUTISCHEN EINGRIFFEN PRO 100.000 EINWOHNER



INVASIVE KARDIOLOGIE

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, anhand derer die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. Sie regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung.

In dieser seit dem 1. Oktober 1999 geltenden bundesweiten Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Danach müssen alle Ärzte pro Jahr mindestens 150 Katheterisierungen nachweisen, Ärzte die eine Genehmigung sowohl zu den diagnostischen als auch den therapeutischen Katheterisierungen haben, müssen 50 von

diesen 150 Eingriffen aufgrund einer therapeutischen Indikation durchgeführt haben. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.



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

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

INVASIVE KARDIOLOGIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
	1)	2) 3)															1)

DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN
GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 2

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009	21	12	3	0	0	1	8	3	26	26	8	0	2	4	9	1	28
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	18	12	3	0	0	1	8	3	18	27	9	0	3	4	9	1	29
Anzahl beschiedene Anträge	0		0	0	0	0	0	0	0	0		0		0	0	0	
neu		1									2		1				1
▶ davon Anzahl Genehmigungen		1									2		1				1
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3		0									0		0				0
▶ davon Anzahl Genehmigungen																	
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0									0		0				0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen		0				0			0	0	0		0		0		0
▶ davon ohne Beanstandungen																	
▶ davon mit Beanstandungen																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0			0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	1
▶ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen																	1
▶ aus sonstigen Gründen																	
▶ davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)																	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3	0	0			0	0	0	8	0	1		0	0	0	0	0

FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																	
< 150	3	6				0	1	0	1	2	2		0	0	0	0	8
≥ 150	15	6				1	7	2	18	24	6		3	4	9	1	10

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN
GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 1

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009	44	65	20	10	15	31	68	3	55	47	18	1	15	6	2	3	37
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	54	65	20	10	15	32	73	3	51	51	22	1	15	7	2	3	42
Anzahl beschiedene Anträge			0		0			0				0	0		0	0	
neu	10	6		1		1	5		3	7	4			1			10
▶ davon Anzahl Genehmigungen	10	4		1		1	5		3	7	4			1			10
▶ davon Anzahl Ablehnungen		2															
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0		0		0	0		0	0	0			0			0
▶ davon Anzahl Genehmigungen																	
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	

Fortsetzung nächste Seite →

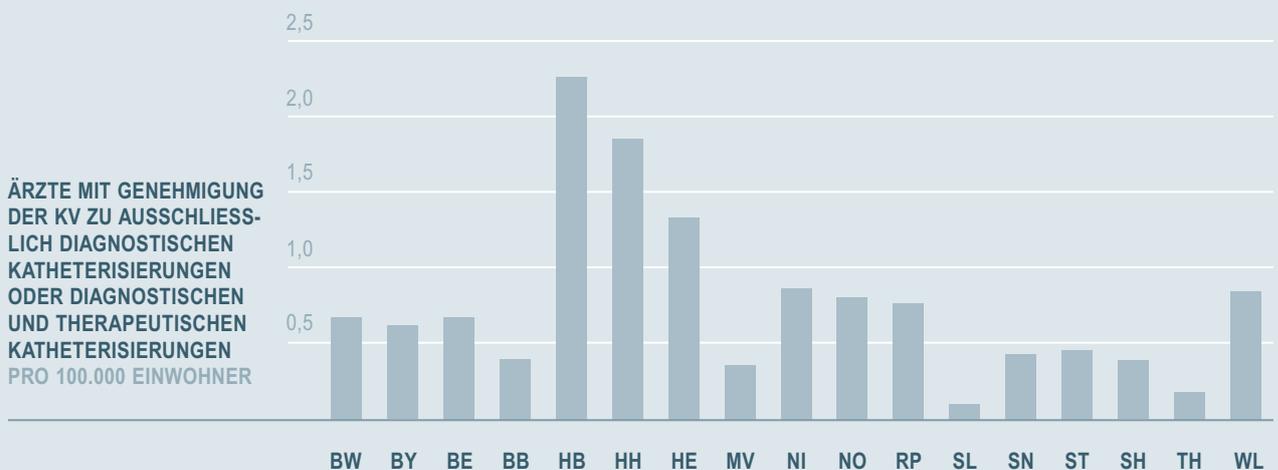
1) Bei Gemeinschaftspraxen werden die Frequenzen nicht für alle Ärzte gleichzeitig geprüft, die fehlenden sind in der Statistik 2010 enthalten. | 2) Antrag zu diagnostischen Katheterisierungen betraf nur Änderung der apparativen Ausstattung. | 3) Prüfungen zu außerhalb der GKV erbrachten Leistungen sind noch nicht abgeschlossen, Widerrufe und Frequenzangaben daher noch in Bearbeitung.

↓ Fortsetzung invasive Kardiologie ▶ diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0		0		0	0		0	0	0			0			0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Praxisbegehungen	0	0		0		0	0		0	0	0			0			0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0		0	0	0	0	1	0		0	0	0	0	1
▶ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen																	
▶ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und davon < 50 therapeutische Katheterisierungen										1							1
▶ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Katheterisierungen																	
▶ aus sonstigen Gründen																	
▶ davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)										0							1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	0		0	0	0	7	2	0		0	0	0	0	0

FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)			k. A.														
< 150	4	30		0	0	1	7	0	5	1	1	0	1	0	0	0	11
≥ 150	34	35		10	15	31	56	3	44	50	17	1	14	6	2	3	12
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)			k. A.														
< 50	1	18		0	0	1	3	0	5	2	1	1	0	0	0	0	12
≥ 50	23	17		10	15	31	60	3	44	49	17	0	15	6	2	3	11

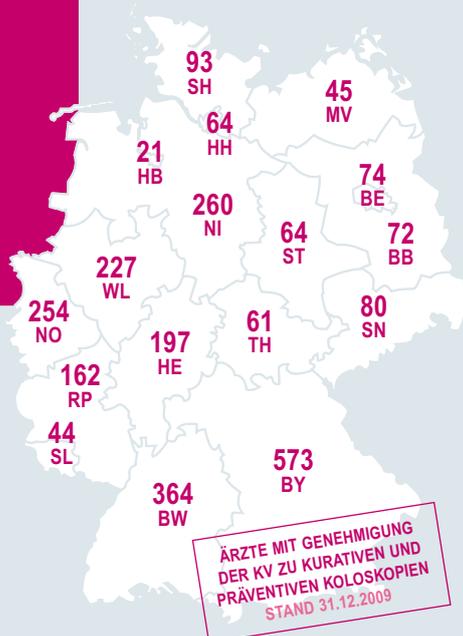


KOLOSKOPIE

Der Umfang der Vorsorgeleistungen zur Früherkennung von Darmkrebs wurde im Jahre 2002 um die Koloskopie erweitert. Diese können Personen ab dem 55. Lebensjahr im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Gleichzeitig mit der Einführung der Früherkennungskoloskopie wurde eine umfassende Qualitätssicherung

für die Durchführung von Koloskopien (kurativ und präventiv) in der vertragsärztlichen Versorgung verabschiedet. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie. Ihr zentraler Punkt ist eine Frequenzregelung. So kann die Genehmigung nur aufrechterhalten werden, wenn der Arzt innerhalb eines Jahres eine Mindestfrequenz von 200 totalen Koloskopien, davon mindestens zehn mit Polypektomien, nachweisen kann. Neu an dieser Vereinbarung war auch, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskope durchgeführt werden.

Zum 1. Oktober 2006 wurde die Vereinbarung geändert. Unter anderem gibt es nun eine Stichprobenprüfung mit Bewertung der Mängel im Einzelnen. Die Prüfung erstreckt sich zum einen auf die geforderte Erreichung der Mindestfrequenz der durchgeführten Koloskopien und Polypektomien sowie daran anschließend bei Erfüllung der Mindestzahlen auf eine stichprobenartig durchzuführende Bewertung, bezogen auf die kurativ und präventiv durchgeführten Koloskopien/Polypektomien. Polypektomien können sowohl bei totalen als auch bei partiell durchgeführten Koloskopien anerkannt werden. Neu ist zudem, dass auch Kinderärzte den Nachweis über die durchgeführten Koloskopien führen müssen (über die Totalität beziehungsweise Mängelfreiheit der Koloskopien).



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

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

KOLOSKOPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
									1) 2)								
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 1.1.2009	43	35	3	0	3	6	19	3	26	14	16	5	6	7	10	8	39
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2009	35	36	2	0	2	5	15	3	26	13	14	5	3	8	10	7	37
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 1.1.2009	331	549	72	66	18	60	184	41	248	240	143	37	76	56	80	54	186
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2009	329	537	72	72	19	59	182	42	234	241	148	39	77	56	83	54	190
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)		0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
neu	0									0							2
▶ davon Anzahl Genehmigungen																	2
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 6 Abs. 5	1									1							0
▶ davon Anzahl Genehmigungen	1									1							
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)																	
neu	22	21	9	6	1	5	11	1	11	22	9	0	3	5	3	2	25
▶ davon Anzahl Genehmigungen	22	21	9	6	1	4	10		10	21	9		3	5	3	2	25
▶ davon Anzahl Ablehnungen						1	1		1	1							
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen						1						2	1				
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0		0	0	0	0	1
▶ davon bestanden			1				1			1							1
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	9	9	2	0	0	1	8	0	6	0	1	2	3	0	0	1	0
▶ wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	1	0	0			0	0		3		1	0	0			0	
▶ wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e ausschließlich bei totalen Koloskopien	1	0	0			0	4		0		0	0	0			0	
▶ wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 totale Koloskopien	0	1	1			1	0		0		0	0	0			1	
▶ wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c ausschließlich bei Polypektomien	6	0	0			0	1		0		0	0	0			0	

Fortsetzung nächste Seite →

1) Angaben zu Widerrufen beziehen sich nur auf Prüfungen im Jahr 2009, weitere Widerrufe erfolgten aufgrund von Prüfungen im Jahr 2008. | 2) Bei den Anträgen sind auch jene aufgeführt, die lediglich eine Änderung des Zulassungsstatus betreffen.

↓ Fortsetzung Koloskopie																	
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
► wegen Nichterreichen Mindestzahl < 10 Polypektomien	0	0	0			0	0		0		0	0	0			0	
► sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c–e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b–c bei Polypektomien	2	0	0			0	2		1		0	0	0			0	
► wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien	0	8	1			0	1		2		0	2	3			0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	26	11	8	0	1	6	9	1	13	23	3	3	4	5	3	2	5
TOTALE KOLOSKOPIEN																	
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)		1)					2)			3)	1)						
< 200	2	132	1	0	1	1	2	1	9	49	20	10	2	0	47	0	2
≥ 200	361	410	68	66	19	53	155	44	257	212	116	39	76	64	78	64	226
DOKUMENTATIONS-PRÜFUNGEN																	
		5)	5)			6)	2)	7)			8)				4) 6)		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a–e	331	588	58	66	20	54	120	35	266	187	99	44	75	64	55	58	226
► davon bestanden	307	530	54	65	19	54	102	34	233	182	83	44	67	62	51	58	220
► davon nicht bestanden	19	58	4	1	1	0	18	1	33	5	16		8	2	4		6
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	12	98	2	1	1	0	14	3	20	13	11	15	2	2	0	0	5
► davon bestanden	6	73	2	1	1		10	1	15	13	4	13	2	2			4
► davon nicht bestanden	2	15	0				4	2	5		7	2	0	0			1
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	6	6	2		0	0	10	0	13	0	0	4	0	0	0	0	0
► davon bestanden	3	2	1				7		4			1					
► davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c–e	2		0				2		9								
► davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	1		1				1		7			3					
POLYPEKTOMIEN																	
FREQUENZREGELUNG																	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)		1)					2)			3)	1)						
< 10	0	49	1	0	0	0	2	1	5	22	7	9	2	0	17	2	2
≥ 10	336	493	68	66	20	54	144	44	261	235	129	40	76	64	99	54	226

Fortsetzung nächste Seite →

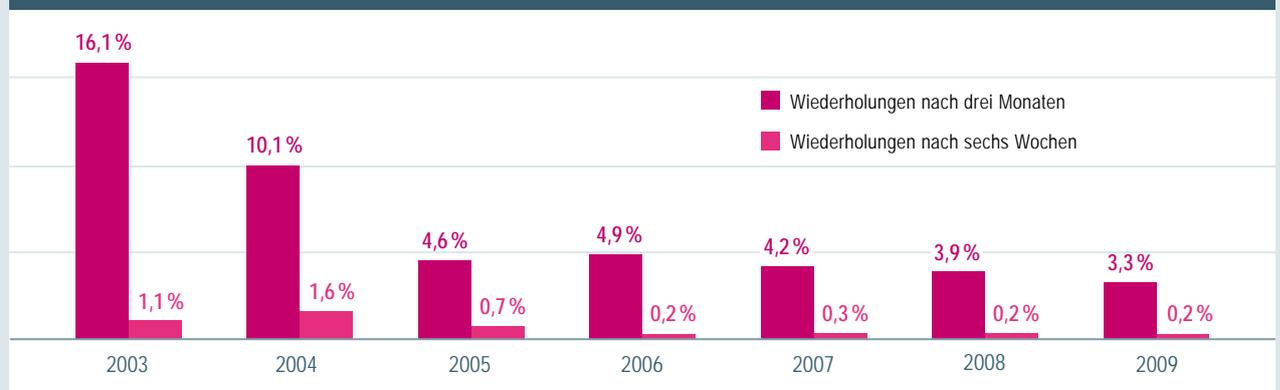
1) Prüfungen zu den Angaben zu den außerhalb der GKV erbrachten Leistungen sind noch nicht abgeschlossen. | 2) Angaben zu den Frequenzen und Umfang der Stichproben beziehen sich auf abrechnende Ärzte. | 3) Prüfungen über Frequenzen zu außerhalb der GKV erbrachten Leistungen werden aus rechtlichen Gründen nicht durchgeführt. | 4) Stichprobenprüfungen bei 13 Ärzten auf Anfang Januar 2010 verschoben, IV/2009 lag noch nicht vor – acht Ärzte aufgrund verschiedener anderer Gründe verschoben auf 2010, drei Ärzte haben Genehmigung ab Juli beziehungsweise September 2009. | 5) Überschneidung der Stichprobenprüfungen mit Vorjahresprüfungen | 6) Stichprobenprüfungen noch nicht abgeschlossen | 7) Sieben Ärzte werden 2010 geprüft. | 8) Von den nach § 6 Abs. 3a–e nicht bestandenen Prüfungen wurden nur elf nach § 6 Abs. 3f geprüft, weil die restlichen die Auflagen nach § 6 Abs. 4a (Polypektomien) nicht erfüllt haben.

↓ Fortsetzung Koloskopie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
DOKUMENTATIONS-PRÜFUNGEN																	
		1)	1)			2)	3)	4)							5) 2)		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a–c	309	523	56	66	20	54	131	31	266	179	99	44	75	64	55	58	226
▶ davon bestanden	277	467	49	66	19	46	119	30	253	175	85	44	66	64	43	56	225
▶ davon nicht bestanden	27	56	7		1	8	12	1	13	4	14		9	0	12	2	1
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	28	65	5		1	0	8	6	15	18	0	4	1		0	2	0
▶ davon bestanden	20	52	2		1		5	6	8	18		1	2				
▶ davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b–c	7	13	1				1		0				0				
▶ davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0		2						7			3	1				
PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT																	
	6)	7)															
Anzahl überprüfter Einrichtungen	326	412	66	67	13	54	203	45	224	207	127	39	79	65	80	61	190
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	644	824	126	132	26	108	363	90	437	433	249	74	157	127	160	122	394
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	98,8	100,0	95,5	98,5	100,0	100,0	89,4	100,0	97,5	104,6	98,0	94,9	99,4	97,7	100,0	100,0	103,7
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	26	20	4	2	0	7	4	6	20	15	19	1	0	6	4	0	15
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	2,0	2,4	3,2	1,5	0	6,5	1,1	6,7	4,6	3,5	7,6	1,4	0	4,7	2,5	0	3,8
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	2	1	0	0	0	0	0	0	3	1	3	0	0	0	0	0	0
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,3	0,1	0	0	0	0	0	0	0,7	0,2	1,2	0	0	0	0	0	0

1) Überschneidung der Stichprobenprüfungen mit Vorjahresprüfungen | 2) Stichprobenprüfungen noch nicht abgeschlossen | 3) Angaben zu den Frequenzen und Umfang der Stichproben beziehen sich auf abrechnende Ärzte. | 4) Sieben Ärzte werden 2010 geprüft. | 5) Stichprobenprüfungen bei 13 Ärzten auf Anfang Januar 2010 verschoben, IV/2009 lag noch nicht vor – acht Ärzte aufgrund verschiedener anderer Gründe verschoben auf 2010, drei Ärzte haben Genehmigung ab Juli beziehungsweise September 2009. | 6) Unterschied geprüfter Einrichtungen 2008/2009 wegen nachträglicher Korrektur | 7) Im letzten Jahr erfolgte der Bezug auf Ärzte und geprüfte Koloskope; dieses Jahr korrekter Bezug zu geprüften Einrichtungen. Nachdem viele Ärzte eine gemeinsame Einrichtung nutzen und sich die Geräte teilen, erklärt sich die Differenz der Genehmigungsinhaber zur Anzahl der überprüften Einrichtungen.

PROZENTUALE ANTEILE AN WIEDERHOLUNGEN DER HYGIENEPRÜFUNGEN



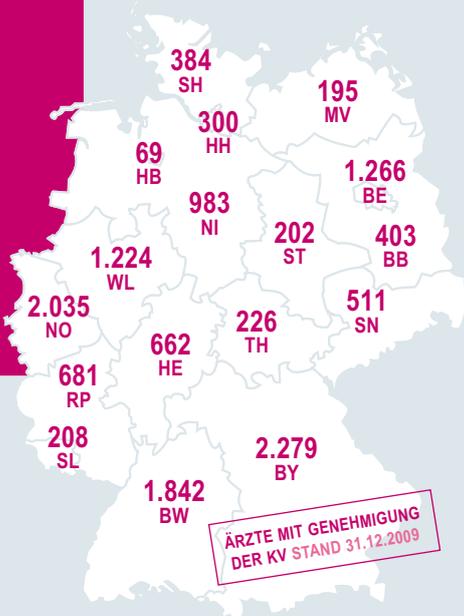
LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen der Kapitel 32.3 und der Gebührenordnungsposition 01708 (Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings). Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Antrag obligatorisch.

Ausgenommen von dieser Regelung sind die im Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie explizit genannten Ärzte. Dem Antrag sind erforderliche Zeugnisse und Bescheinigungen sowie gegebenenfalls ein Fachkundenachweis für Laboruntersuchungen beizulegen.

Die im Rahmen des Berufsrechts gleichzeitig geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen.

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



<input checked="" type="checkbox"/>	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Befreiung von obligatem Kolloquium möglich
	EINGANGSPRÜFUNG
<input checked="" type="checkbox"/>	KOLLOQUIUM bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
	1)						2)										
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	1.842	2.279	1.266	403	69	300	662	195	983	2.035	681	208	511	202	384	226	1.224
Anzahl beschiedene Anträge	86	633	71	13	16	22	65	5	116	112	80	49	33	16	28	29	145
▶ davon Anzahl Genehmigungen	73	606	59	13	12	22	20	4	104	74	78	46	25	14	27	29	143
▶ davon Anzahl Ablehnungen	17	27	12		4	0	19	1	12	38	2	3	8	2	1		2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	57	57	20	k. A.	9	14	20	3	51	50	17	5	3	5	21	7	41
▶ davon bestanden	48	55	17		8	14	17	2	47	40	17	5	2	4	20	7	41
▶ davon nicht bestanden	11	2	3		1	0	3	1	4	10			1	1	1		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	7	0	4	35	0	1	0		0	0	24	34	17	4	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	3	0	0	0
▶ davon ohne Beanstandungen														3			
▶ davon mit Beanstandungen																	

1) Zwei Antragsteller haben Teile der Prüfung bestanden und Teile nicht bestanden, deshalb doppelte Zählung. | 2) Prüfungen noch nicht abgeschlossen

LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN



Eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektro-Kardiographie (EKG) sind Voraussetzung für die Durchführung von langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen (Langzeit-EKG), um auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwer-

ten Bedingungen erkennen zu können. Nur Ärzte, die entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können, dürfen Langzeit-EKG-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen.

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

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

LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE
Kassenärztliche Vereinigungen **BW** **BY** **BE** **BB** **HB** **HH** **HE** **MV** **NI** **NO** **RP** **SL** **SN** **ST** **SH** **TH** **WL**
GENEHMIGUNGEN

Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung, Stand 31.12.2009	1.186	4.466	831	86	118	164	198	92	1.444	2.012	907	479	249	157	478	244	572
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2009	1.621	4.475	1.563	426	124	287	1.478	206	1.339	2.352	773	441	527	299	441	290	2.223
Anzahl beschiedene Anträge	188	629	106	32	18	36	169	27	188	193	146	34	73	37	90	40	353
▶ davon Anzahl Genehmigungen	187	613	103	32	18	36	168	27	187	193	143	34	64	36	90	40	297
▶ davon Anzahl Ablehnungen	1	16	3				1	0	1	1	3		9	1			56
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	7	0	0	0	0	0	0	3	0	0	16	3	0	0	0
▶ davon bestanden			6										13	2			
▶ davon nicht bestanden			1										3	1			
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	9	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	2	0	3	31	0		39	19	5	24	34	23	43	10	0

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V
PRÜFUMFANG

abrechnende Ärzte (III / 2009)			535	310				188						254			1.120
Anzahl geprüfter Ärzte			14	4				16						43			59
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2			13	4				15						39			59
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3			1	0				1						4			0
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 1																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 2																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 3																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 4			1					1						4			
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 5																	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %			2,4	1,3				8,0						15,4			5,3
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare			-	-				-						-			-

PRÜFERGEBNISSE

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▶ keine Beanstandungen			5	3				9						27			18
▶ geringe Beanstandungen			5	1				3						11			34
▶ erhebliche Beanstandungen			2	0				3						0			4
▶ schwerwiegende Beanstandungen			1	0				0						1			3
Ergebnisse kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▶ keine Beanstandungen			0					1						4			
▶ geringe Beanstandungen			0					0						0			
▶ erhebliche Beanstandungen			0					0						0			
▶ schwerwiegende Beanstandungen			1					0						0			

Fortsetzung nächste Seite →

1) Genehmigungen sind an die Betriebsstätte gebunden.

↓ Fortsetzung Langzeit-EKG-Untersuchungen																	
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			4	1				3						12			35
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a			0	0				0						4			3
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b			4	0				0						0			0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c			2	0				0						1			0
▶ davon bestanden			2											1			
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1			0	0				0						0			0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.			6	0				0						0			0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8			0	0				0						0			0
▶ davon ohne Mängel																	
▶ davon mit Mängeln																	
KOMMISSIONEN																	
Zuständigkeit			1)	2)				2)						2)			3)
Mitglieder			5 ÄM KV 14 ÄStV KV	3 ÄM KV				4 ÄM KV						3 ÄM KV 1 ÄStV KV			3 ÄM KV 4 ÄStV KV

ÄM KV = ärztliche Mitglieder der KV | ÄStV KV = ärztliche Stellvertreter der KV

1) alle Gebiete Kardiologie (auch Herzschrittmacher-Kontrolle und Langzeit-EKG) | 2) Langzeit-EKG und Herzschrittmacher-Kontrolle | 3) Langzeit-EKG

MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE KERNSPINTOMOGRAPHIE

Die Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V sichert die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie. In ihr sind unter anderem die Qualifikationsvoraussetzungen für die allgemeine Magnetresonanztomographie (MRT) und

für die Magnetresonanztomographie der Mamma (MRM) geregelt. Neben der persönlichen Qualifikation sind apparatetechnische Mindestanforderungen zu erfüllen. Besondere Bestimmungen gelten für die MRM. So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden. Wird aufgrund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

Die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie gemäß § 136 SGB V dient den Kassenärztlichen Vereinigungen als Grundlage, die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten kernspintomographischen Leistungen einschließlich der Indikationsstellung durch Stichproben auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Die Stichprobenprüfung umfasst die Qualität der kernspintomographischen Untersuchung mit ihren diagnostischen Informationen sowie die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Indikationsstellung und Befundung.



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

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

MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

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

1) 2)

GENEHMIGUNGEN ALLGEMEINE KERNSPINTOMOGRAPHIE

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	320	426	124	40	29	73	186	44	168	353	134	38	98	49	82	64	264
Anzahl beschiedene Anträge	49	164	26	5	3	11	30	5	36	177	18	8	17	4	13	9	60
▶ davon Anzahl Genehmigungen	46	164	25	5	3	11	30	5	36	177	17	8	16	3	13	9	60
▶ davon Anzahl Ablehnungen	3		1								1		1	1			
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	5	4	1	1	0	0	1	0	1	7	3	2	13	1	0	1	4
▶ davon bestanden	3	4	0	1			0		1	7	2	2	8	0		1	4
▶ davon nicht bestanden	2		1				1				1		5	1			
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	2		0	0	0		0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	12	22	0	0	2	0	0	0		9	4	6	2	2	0	0

GENEHMIGUNGEN KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA

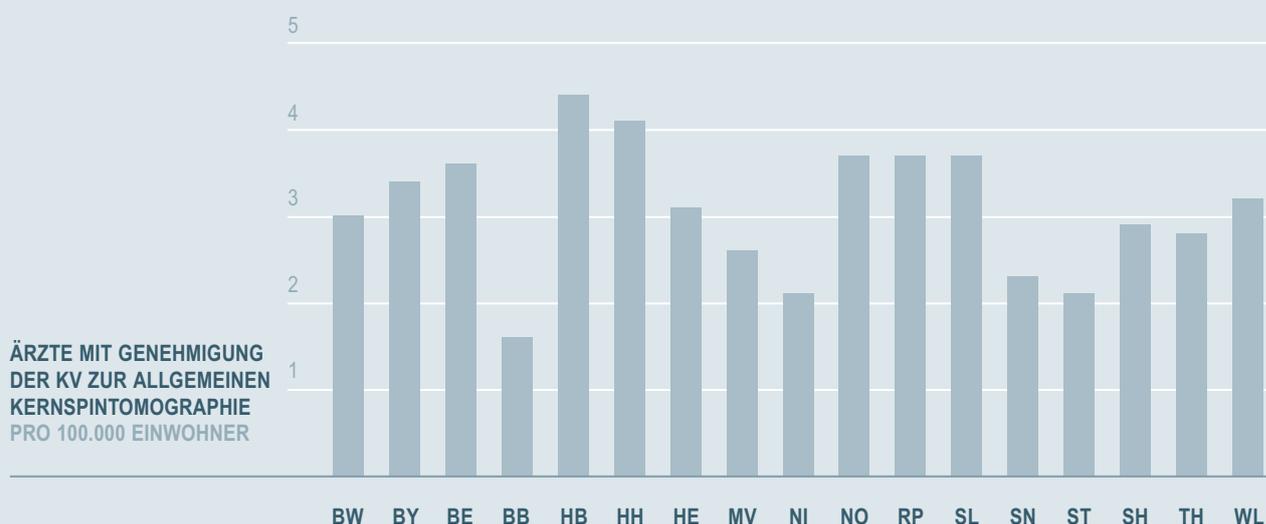
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	51	43	9	3	5	7	18	1	22	35	7	7	17	7	11	11	25
Anzahl beschiedene Anträge	6	15	5	1	0	1	5	0	3	17	0	2	4	1	1	1	3
▶ davon Anzahl Genehmigungen	4	14	4	1		1	5		2	17		1	4	1	1	1	3
▶ davon Anzahl Ablehnungen	2	1	1						1			1					
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	6	6	3	1	0	1	5		3	8		1	3	1	1	1	0
▶ davon bestanden	4	5	2	1		1	5		2	8		1	3	1	1	1	
▶ davon nicht bestanden	2	0	1						1				0				
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	0		0			0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	3	3	0	0	0	0		1		1	2	0	0	1	0	1

FREQUENZREGELUNG KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA

Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	k. A.				k. A.			k. A.									
▶ mindestens 50 Untersuchungen		17	3	2		6	13		22	19	7	5	11	6	4	7	22
▶ weniger als 50 Untersuchungen		26	0	0		1	0			4		2	4	1	2	3	0

Fortsetzung nächste Seite →

1) Frequenzprüfungen zur Kernspintomographie der Mamma sind noch nicht abgeschlossen. 2) Widerrufe wegen Beendigung des Angestelltenverhältnisses



↓ Fortsetzung Magnetresonanztomographie

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 (III / 2009)	292	409	124	39	29	74	178	43	168	330	132	36	93	50	73	64	245
Anzahl geprüfter Ärzte	31	165	8	3	6	5	8	2	20	48	26	2	4	2	3	4	16
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	30	153	8	3	6	5	8	2	18	48	26	2	4	2	3	4	15
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	1	12	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 1																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 2																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 3																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 4	1	12							2								1
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 5																	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	10,3	37,4	6,5	7,7	20,7	6,8	4,5	4,7	10,7	14,5	19,7	5,6	4,3	4,0	4,1	6,3	6,1
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	-	-	-	-	1)	-	-	-	1)	-	-	-	-	-	-	-	-
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▶ keine Beanstandungen	26	79	6	2	2	2	8	2	8	14	26	2	4	2	3	4	11
▶ geringe Beanstandungen	2	57	2	1	1	2	0	0	9	34	0	0	0	0	0	0	3
▶ erhebliche Beanstandungen	1	17	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
▶ schwerwiegende Beanstandungen	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▶ keine Beanstandungen	0	3							2								0
▶ geringe Beanstandungen	0	6							0								1
▶ erhebliche Beanstandungen	1	3							0								0
▶ schwerwiegende Beanstandungen	0	0							0								0
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	4	83	0	1	1	3	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	5
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	0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	

Fortsetzung nächste Seite →

1) Ergebnisse der Prüfungen liegen zum Teil noch nicht vor.

↓ Fortsetzung Magnetresonanztomographie																			
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL		
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
▶ davon ohne Mängel																			
▶ davon mit Mängeln																			
KOMMISSIONEN																			
Zuständigkeit	MRT	MRT	MRT	MRT	MRT	alle Gebiete Radiologie und MRT	gemeinsame Kommission HH MV SH in SH	MRT und CT	gemeinsame Kommission HH MV SH in SH	MRT und CT	MRT	MRT	MRT	MRT	konventionelle Röntgen-diagnostik, CT und MRT	gemeinsame Kommission HH MV SH in SH	MRT	MRT	
Mitglieder	10 ÄM KV	8 ÄM KV 2 MedPhys	5 ÄM KV 4 ÄStV KV	4 ÄM KV	7 ÄM KV			20 ÄM KV 1 ÄStV KV			5 ÄM KV 1 ÄM KK	9 ÄM KV 7 ÄStV KV	3 ÄM KV 5 ÄStV KV	5 ÄM KV	3 ÄM KV 2 ÄStV KV 2 Fachberater	10 ÄM KV	5 ÄM KV 2 ÄStV KV	3 ÄM KV	3 ÄM KV 3 ÄStV KV

ÄM KV = ärztliche Mitglieder der KV | ÄStV KV = ärztliche Stellvertreter der KV | ÄM KK = ärztliche Mitglieder der Krankenkassen | MedPhys = Medizinphysiker | CT = Computertomographie | MRT = Magnetresonanztomographie, Kernspintomographie

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Mit der Magnetresonanz-Angiographie (MR-Angiographie) ist zum 1. Juli 2005 eine dem medizinischen Fortschritt angepasste Leistung in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen worden. Es handelt sich dabei um ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Die MR-Angiographie stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar, weil weder ein Ka-

theter in eine Schlagader eingeführt werden muss noch zur Bilderzeugung Röntgenstrahlen und ein jodhaltiges Kontrastmittel benötigt werden. Da die MR-Angiographie jedoch keine therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können. Die 2007 in Kraft getretene Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie macht neben Vorgaben zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen insbesondere auch Vorgaben zur Indikationsstellung der Untersuchungen. Die Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung wird durch Stichproben geprüft. Hierzu werden jährlich mindestens zwölf Dokumentationen von 20 Prozent der Ärzte, die MR-Angiographien durchführen und abrechnen, angefordert. Aufgrund der seltenen Indikation und der Hinweise auf Qualitätsunterschiede bilden die MR-Angiographien der Venen eine Ausnahme: Hier sollen – bis zu einer

Höchstgrenze von 30 – alle Dokumentationen des ausgewählten Arztes eingereicht werden. Die Beurteilung der Dokumentationen hinsichtlich einer sachgerechten Indikationsstellung erfolgt aufgrund einer nach Gefäßart und -region gegliederten Liste von klinischen Fragestellungen, die eine Indikation zur MR-Angiographie begründen. Weitere Indikationsstellungen sind möglich, sofern sie aufgrund des Einzelfalls besonders begründet werden.

In Anbetracht der Neuartigkeit des Verfahrens der MR-Angiographie stützt sich diese Qualitätssicherungsvereinbarung insbesondere auf das Prinzip der kontinuierlichen Fortbildung. Im Falle einer nicht erfolgreichen ersten Stichprobenprüfung besteht die Möglichkeit, sich einer Wiederholungsprüfung zu unterziehen. Bei erneutem Nichtbestehen folgt ein kollegiales Fachgespräch in Form eines Kolloquiums.



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

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

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
	2) 4)	2)	5)			1)		1) 2)	2)	2) 3)	2)				1)		
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009	222	297	91	26	27	56	159	33	139	236	108	27	63	35	61	48	182
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	264	308	93	28	28	63	177	37	149	259	113	30	70	42	64	50	187
Anzahl beschiedene Anträge																	
neu	42	105	8	3	3	9	21	4	15	136	11	5	8	7	6	6	32
▶ davon Anzahl Genehmigungen	42	97	7	3	3	9	21	4	15	131	11	5	8		6	6	32
▶ davon Anzahl Ablehnungen		8	1							5							
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0		0	0	0	0	0	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen						0			11								
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1	0	0	0	0	0	0	0			0	2	0	0	0	0
▶ davon bestanden		0											2				
▶ davon nicht bestanden		1															
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl der Widerrufung von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	12	5	1	2	2	3	0	1		6	2	1	0	3	4	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																	
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	10	82	0	7	6	5	20	6	24	14	20	6	12	8	13	10	26
▶ davon ohne Beanstandungen	6	74		6	6	4	19	2	20	11	17	6	12	7	13	9	26
▶ davon mit Beanstandungen	4	8		1		1	1	4	4	3	3			1		1	
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	0	2		0	0	0	0	2	0	0			0		0	0	0
▶ davon ohne Beanstandungen		2						2									
▶ davon mit Beanstandungen																	
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	0			0	0		0	0				0		0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	

- 1) Die Qualitätsprüfung im Einzelfall wird durch das zuständige Kompetenzzentrum der Nord-KVen in der KV Schleswig-Holstein durchgeführt. | 2) Prüfungen sind noch nicht abgeschlossen, beziehungsweise werden im nächsten Jahr fortgeführt. | 3) hohe Anzahl bearbeiteter Anträge erklärt sich durch Geräte-, Statusänderungen und Praxissitzverlegungen | 4) Aus organisatorischen Gründen wurde die MR-Angiographiequalitätsprüfung mit der MRT-Qualitätsprüfung zusammengelegt. | 5) Prüfungen ab 2010 (nachdem im Haushalt Mittel zur Anschaffung einer digitalen Prüfstation bereitgestellt sind)

MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Mammographie waren seit langem Bestandteil der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Aufgrund der für die Mammographie besonders getroffenen Regelungen wurde jedoch mit Wirkung zum 1. Januar 2007 eine eigene Vereinba-

rung nach § 135 Abs. 2 SGB V geschaffen. Diese Vereinbarung macht detaillierte Vorgaben an die fachliche Qualifikation der Ärzte und die apparative Ausstattung der Praxen und sieht zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor. Im Wesentlichen sind dies:

- ▶ die Beurteilung einer Fallsammlung vor Erteilung einer Genehmigung
- ▶ die kontrollierte Selbstüberprüfung in zweijährigem Abstand
- ▶ die Überprüfung der Dokumentation.

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

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



MAMMOGRAPHIE (KURATIV) QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
		1)	3)											2)			
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009	319	405	123		19	49	145	33	237	312	158		122	71	80	85	234
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	331	408	118	64	20	51	136	35	226	306	129	42	124	69	76	88	232
Anzahl beschiedene Anträge																	
neu	38	128	5	2	1	4	6	2	17	75	7	3	9	5	5	7	21
▶ davon Anzahl Genehmigungen	30	124	4	2	1	4	6	2	15	72	6	1	9	1	5	7	21
▶ davon Anzahl Ablehnungen	8	4	1						2	3	1	2		4			
erneut	5	0	14	0	0	0	1	0	3	0	0		0	2	0	0	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen	5		14				1		2					0			
▶ davon Anzahl Ablehnungen									1					2			
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
BEURTEILUNG VON MAMMOGRAPHIEAUFNAHMEN (FALLSAMMLUNG) IM RAHMEN DES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS GEMÄSS ABSCHNITT C																	
1. Prüfungen	24	24	6	2	0	4	7	2	11	15	7	4	4	4	6	3	13
▶ davon bestanden	14	8	5	0		3	2	1	6	3	3	2	3	1	2	1	7
▶ davon nicht bestanden	10	16	1	2		1	5	1	5	12	4	2	1	3	4	2	6
Wiederholungsprüfungen	8	15	0	2	0	4	2	1	10	18	5	0	1	3	3	2	2
▶ davon bestanden	5	11		0		2	1	1	4	10	3		1	0	2	1	2
▶ davon nicht bestanden	3	4		2		2	1		6	8	2			3	1	1	
KONTROLLIERTE SELBST-ÜBERPRÜFUNG IM RAHMEN DER AUFRECHTERHALTUNG DER GENEHMIGUNG GEMÄSS ABSCHNITT D 4)																	
reguläre Selbstüberprüfungen	179	222	41	31	2	46	88	10	136	205	88	30	56	26	26	40	95
▶ davon erfolgreiche Teilnahme	169	219	39	28	2	46	84	7	125	198	4	29	52	25	26	39	86
▶ davon nicht erfolgreiche Teilnahme	10	3	2	3	0	0	4	3	11	7	0	1	4	1	0	1	9
Wiederholungsprüfungen	4	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
▶ davon erfolgreiche Teilnahme	4		1			1									2		2
▶ davon nicht erfolgreiche Teilnahme																	1

Fortsetzung nächste Seite →

- 1) große Zahl bearbeiteter Anträge aufgrund von Statuswechsel und Apparaturänderungen | 2) Zwei Wiederholungsprüfungen Abschnitt C betreffen einen Arzt. | 3) Neuanträge wegen Status- beziehungsweise Gerätewechsel oder Standortänderung | 4) In die Ergebnisaufstellung sind Prüfungen aus dem Zeitraum 1.10.2008 bis 31.12.2008 eingeflossen, da aus organisatorischen Gründen einmalig der Vergleichszeitraum 15 Monate betrug; zudem fanden Prüfungen auf freiwilliger Basis statt.

↓ Fortsetzung Mammographie (kurativ)																	
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
Anzahl Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	0	0	0		0	0		0		0		0	0	0	0	
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0	0	0			0	0		0		0		0	0	0	0	
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	0	0	0		0	0	1	0		0			0	0	0	
ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION IM RAHMEN DER AUFRECHTERHALTUNG DER GENEHMIGUNG NACH ABSCHNITT E					2)		1)			3)		2)	3)	3)			
Anzahl Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	134	196	29	3		22	71	20	90	141	62		64	31	67	26	82
▶ davon erfüllt	123	183	21	3		21	52	20	84	122	52		62	27	66	25	81
▶ davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	3	2	2			1	12	0	1	0	0		0	0	0	0	1
▶ davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	8	11	6			0	7	0	5	9	10		0	0	1	1	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	1	2	5	23		1		0	1	7	0		0	2	5	0	1
▶ davon erfüllt	1	2	3	23		0			1	7	0			1	0		1
▶ davon nicht erfüllt	0	0	2			1			0	0	0				0		0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	7	11	10	0		0		0	4	17	4		0	2	3	0	0
▶ davon erfüllt	5	11	6						4	13	2			1	1		
▶ davon nicht erfüllt	2	0	4						0	4	2				1		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7		0	2			0		0	0	4	2		0	0	0	0	0
RÜCKGABE / BEENDIGUNG VON GENEHMIGUNGEN ODER WIDERRUFE § 14 ABS. 5																	
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind gemäß § 11 Abs. 1	2	7	0	0	0	0	0	1	0	1	0		0	0	2	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	12	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
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	7	28	7	2	2	0	9	0	9	1	0	2	7	4	7	4	0

1) Abschnitt E – keine Unterscheidung in reguläre und Wiederholungsprüfungen | 2) Prüfungen nach Abschnitt E werden alle zwei Jahre durchgeführt, das nächste Mal 2010. | 3) Prüfungen zum Teil noch nicht abgeschlossen

MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Für das Mammographie-Screening als Maßnahme der Krebsfrüherkennung wurden neue Standards der Qualitätssicherung in der medizinischen Regelversorgung in Deutschland gesetzt. Diese umfassen alle Ebenen dieses Versorgungsbereiches: von der schriftlichen Einladung der Frau, über die Screening-Untersuchung und



die Durchführung der Abklärungsdiagnostik bis zur Diagnosestellung und Überleitung in die Therapie. Die Eckpunkte der Qualitätssicherung im Mammographie-Screening sind:

- ▶ arbeitstägliche Überprüfung aller eingesetzten Röntgengeräte, spezielle Kurse und intensive Trainingsprogramme für alle radiologischen Fachkräfte und alle beteiligten Fachärzte
- ▶ Frequenzregelungen (Beispielsweise müssen Ärzte, die Mammographien befunden, die Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen pro Jahr beurteilen.)
- ▶ regelmäßige Fallsammlungsprüfungen für die befundenden Ärzte
- ▶ eine obligatorische Doppelbefundung, das heißt jede Mammographie-Aufnahme wird von zwei speziell geschulten Ärzten unabhängig voneinander beurteilt. Entdeckt auch nur einer der beiden eine Auffälligkeit, werden die Aufnahmen von einem dritten Arzt, dem sogenannten Programmverantwortlichen Arzt, begutachtet.
- ▶ Konsensuskonferenzen, in denen auffällige Befunde von allen beteiligten Ärzten gemeinsam besprochen werden, bevor gegebenenfalls die Frau zur weiteren diagnostischen Abklärung eingeladen wird
- ▶ regelmäßige multidisziplinäre Fallkonferenzen in denen jeder Fall, bei dem eine Gewebeentnahme erforderlich war, gemeinsam mit dem Pathologen besprochen und das weitere Vorgehen eingeleitet wird
- ▶ standardisierte praxisinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen
- ▶ externe medizinische und technische Qualitätskontrollen durch Referenzzentren und Kassenärztliche Vereinigungen
- ▶ strukturiertes Zusammenwirken aller beteiligten Institutionen (Screening-Einheit, einladende Stelle, Referenzzentren, Kassenärztliche Vereinigung, Krebsregister)
- ▶ präzise Zeitvorgaben, innerhalb derer die einzelnen Programmschritte bezogen auf die Teilnehmerin zu erfolgen haben
- ▶ laufende Programmdokumentation und -evaluation durch ein strukturiertes Berichtswesen.

Der 2009 publizierte Evaluationsbericht und der 2010 publizierte Qualitätsbericht zu den Jahren 2005 bis 2007 liegen vor und sind auf den Internetseiten der Kooperationsgemeinschaft Mammographie veröffentlicht: www.mammo-programm.de

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: seit 1.1.2004. **Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien), Abschnitt B Nr. 4–7**, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1.1.2004. **Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.1.2007

PROGRAMMVERANTWORTLICHER ARZT	BEFUNDUNG VON SCREENING-MAMMOGRAPHIEN
✓	✓
<p>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 spezifischen Fortbildungskursen; Zertifizierung der apparativen (Röntgen und Ultraschall), der räumlichen und organisatorischen Anforderungen (insbesondere der Qualifikation der radiologischen Fachkräfte) durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie</p>	<p>AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes für eine befristete Genehmigung zur Befundung unter Supervision: fachliche Voraussetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung), eine Woche angeleitete Tätigkeit; für unbefristete Genehmigung: Fallzahlenforderungen 3.000 Beurteilungen von Screening-Mammographien unter Supervision</p>
✓	✓
<p>EINGANGSPRÜFUNG Beurteilung einer speziellen Screening-Fallsammlung (50 Fälle) in Analogie der Eingangsprüfung zur Mammographie-Vereinbarung</p>	<p>EINGANGSPRÜFUNG Beurteilung einer speziellen Screening-Fallsammlung (50 Fälle) in Analogie der Eingangsprüfung zur Mammographie-Vereinbarung</p>
✓	✓
<p>KOLLOQUIUM bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung (in Analogie zur Mammographie-Vereinbarung); bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung</p>	<p>KOLLOQUIUM bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung (in Analogie zur Mammographie-Vereinbarung); bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung</p>
✓	✓
<p>FREQUENZREGELUNG jährliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 Fällen; 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle); 30 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle</p>	<p>FREQUENZREGELUNG jährliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 Fällen; gegebenenfalls 3.000 unter Supervision</p>
✓	✓
<p>REZERTIFIZIERUNG jährliche Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; alle 30 Monate nach Beginn der Tätigkeit der Leistungsparameter (zusätzlich sechs Monate nach Beginn)</p>	<p>REZERTIFIZIERUNG jährlich nach Erteilen der unbefristeten Genehmigung Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung</p>
✓	✓
<p>PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG obligate Praxisbegehung im Rahmen der Akkreditierung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie und im Rahmen der Rezertifizierung</p>	<p>PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG</p>
✓	✓
<p>EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG jährliche Dokumentationsprüfung zu 20 Fällen und zweijährliche Dokumentationsprüfung zu zehn Abklärungsfällen durch das zuständige Referenzzentrum auf Anforderung der Kassenärztlichen Vereinigung</p>	<p>EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG</p>
✓	✓
<p>FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL wöchentliche interdisziplinäre Fallkonferenzen; Vorgaben zu kollegialen Fachgesprächen mit dem Referenzzentrum; Fortbildungen der radiologischen Fachkräfte</p>	<p>FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL regelmäßige Teilnahme an Konsensuskonferenzen; jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem programmverantwortlichen Arzt zur Sensitivität und Spezifität der Befundung; zweijährlicher Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung der Genehmigung</p>
✓	✓
<p>RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; jährliche detaillierte Berichte</p>	<p>RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; halbjährliche Statistik und vergleichende Auswertung der erbrachten Leistungen (Anteil Karzinome, falsch-positive, falsch-negative Befunde)</p>
✓	✓
<p>BERATUNG im Rahmen der kollegialen Fachgespräche mit dem Referenzzentrum und interdisziplinären Konferenzen</p>	<p>BERATUNG im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen</p>

BIOPSIIEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE 1)	
✓	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
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
✓	FREQUENZREGELUNG jährlich 20 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
✓	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem programmverantwortlichen Arzt zur Biopsiestatistik (Konkordanz)
✓	RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem programmverantwortlichen Arzt zur Biopsiestatistik (Konkordanz)
✓	BERATUNG im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING	
✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlenforderungen: Beurteilung von 100 Mammakarzinomen und 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb der letzten zwei Jahre; Prüfung von apparativen und räumlichen Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
✓	FREQUENZREGELUNG jährliche Beurteilung von 100 Läsionen der Mamma im Rahmen des Mammographie-Screenings
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
✓	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL zweijährlicher Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen (zu allen vorgenommenen Beurteilungen)
✓	RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE Zweitmeinung für die ersten 50 Beurteilungen
✓	BERATUNG im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

MAMMOGRAPHIE-SCREENING QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE																	
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN STAND 31.12.2009																	
programmverantwortliche Ärzte	19	26	8	4	3	4	12	4	15	18	8	2	10	7	7	3	19
▶ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	4	10	4	k. A.	3	4	0	4	2	0	3	2	4	5	6	3	2
kooperierende Ärzte:																	
Befunder von Mammographie-aufnahmen	69	92	20	16	11	7	32	15	69	56	23	10	26	15	23	22	74
histopathologische Beurteilung	19	34	11	7	4	3	17	7	36	25	14	3	11	9	9	4	24
Erbringung von Stanzbiopsien	24	43	7	1	3	2	14	1	34	18	16	0	5	3	3	5	24
▶ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	16	16	7	k. A.	3	2	13	1	30	0	15		5	3	3	5	25
ermächtigte Krankenhausärzte	103	56	15	10	5	0	51	8	170	43	43	12	20	29	25	8	0

1) Bei Vakuumbiopsien im Rahmen des Mammographie-Screenings gelten abweichende Fallzahlen und zusätzliche Dokumentationsanforderungen (siehe Seite 113).

MEDIZINISCHE REHABILITATION

Die Vereinbarung „Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien)“ gibt ein strukturiertes Verfahren zur Einleitung von ambulanten oder sta-

tionären Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Krankenkassen sind, vor. Nicht Gegenstand dieser Richtlinien sind beispielsweise die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V, die Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt sowie Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Deutsche Rentenversicherung Bund ist.

Die Richtlinien regeln, welche Qualifikationen vorliegen müssen, damit Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen dürfen. Diese Qualifikation kann unter anderem durch eine 16-stündige Fortbildung erworben werden. Zu den Inhalten dieser Fortbildung wurde ein Curriculum Rehabilitation zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.3.2005

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des veranlassenden Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG



MEDIZINISCHE REHABILITATION QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	7.032	8.106	836	720	463	624	2.022	748	3.095	2.484	1.602	557	1.868	1.229	1.803	1.202	3.160
Anzahl beschiedene Anträge	501	454	94	47	30	87	168	58	336	311	170	35	173	60	59	109	369
▶ davon Anzahl Genehmigungen	501	451	89	47	29	52	168	58	332	309	160	35	168	60	58	109	360
▶ davon Anzahl Ablehnungen		3	5		1	35			4	2	10		5		1		9
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	35		0	0	0	0	2		0	0	1	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0		10	14	0	0	55	1	0	0	44	35	57	22	0

ONKOLOGIE

Ziel dieser zum 1. Oktober 2009 neugefassten Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch wird in der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung eine Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt. Im Rahmen einer möglichst umfassenden Behandlung krebserkrankter Patienten wird eine wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Behandlung durch

dazu besonders qualifizierte Ärzte angestrebt, denen die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich obliegt. Dies umfasst auch eine enge und dauerhafte Kooperation mit anderen an der Behandlung direkt oder indirekt beteiligten Vertragsärzten, einen ständigen Erfahrungsaustausch mit Tumorzentren sowie einer kontinuierlichen onkologischen Fortbildung. Damit soll gesichert werden, dass krebserkrankte Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen sowie den geltenden Leitlinien ambulant versorgt werden können. Onkologisch qualifizierter Arzt im Sinne

dieser Vereinbarung ist der Vertragsarzt, der die ambulante Behandlung nicht nur ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan – unabhängig von notwendigen Überweisungen – leitet und mit den durch Überweisung hinzugezogenen Ärzten koordiniert.

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



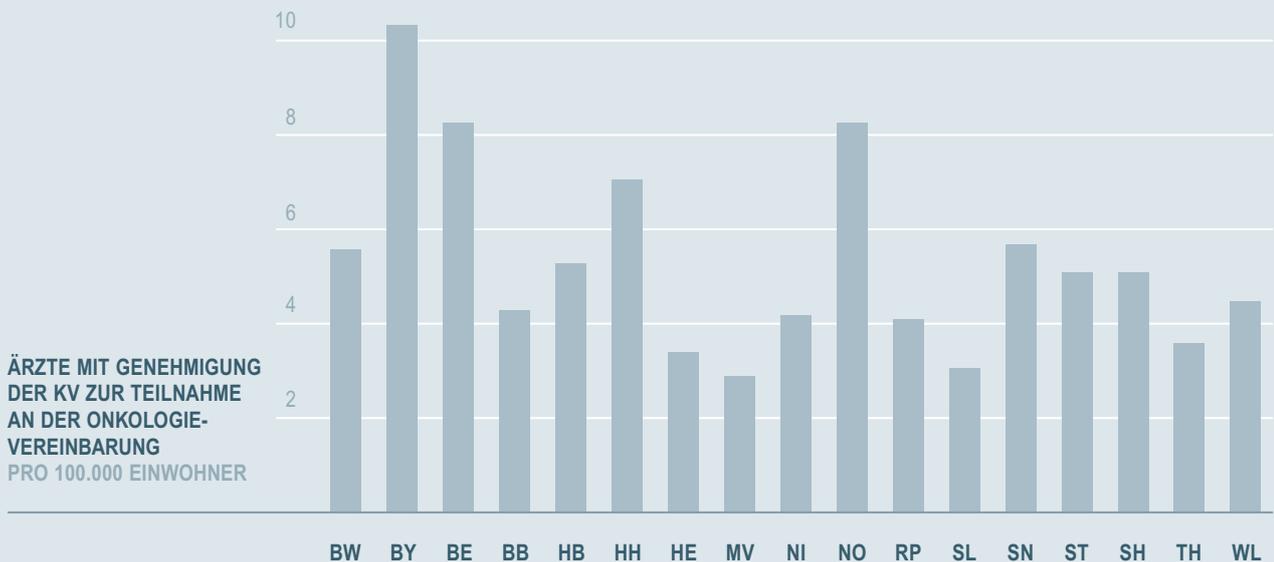
Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.10.2009

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
✓	FREQUENZREGELUNG Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie: Pro Quartal und Arzt Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und / oder intrakavitärer und / oder intraläsionaler Behandlung. Ärzte anderer Fachgruppen unter Berücksichtigung regionaler Vereinbarungen: 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.
	REZERTIFIZIERUNG
✓	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG jährliche Prüfung von acht Prozent der teilnehmenden Ärzte zu jeweils 20 Fällen
✓	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL Nachweis von 50 Fortbildungspunkten aus der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen mit onkologischen Inhalten; jährlich zweimalige Teilnahme an industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen; jährlich mindestens eine onkologische Fortbildung des Praxispersonals
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

ONKOLOGIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
	2)							2)	3)	2)						4)	1)
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009	571	1.285	278			117	199		330	798	141	30	243	115	158	74	356
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	605	1.299	285	109	35	125	205	49	336	798	167	31	240	121	145	81	379
Anzahl beschiedene Anträge	45	17	19	106		10	9	0	59	59	44	1	14	6	151	17	28
▶ davon Anzahl Genehmigungen	42	14	14	106		8	8		56	59	43	1	11	6	147	15	26
▶ davon Anzahl Ablehnungen	3	3	5			2	1		3		1		3	0	4	2	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	11	1	0	0		0	0		18	0	11	0	0	5	2	0	0
▶ davon bestanden	9	1							16		10			5	2		
▶ davon nicht bestanden	2								2		1			0			
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	7	0		0	0	1	2	0	0	0	0	0	6	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	9	0	0	0		0	11	0	0	12	0	0	14	0	7	7	3

1) Übergangsregelung bis 30.9.2009, Sonderregelung WL bis 31.12.2010 | 2) Vereinbarung auf Landesebene gilt bis Ende 2009. | 3) Vereinbarung auf Landesebene gilt bis Ende 2010, alle Ärzte mit der „alten“ Genehmigung dürfen aus Sicherstellungsgründen weiter an der Vereinbarung teilnehmen. | 4) Ab 1.4.2009 Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten zwischen AOKPlus und KV Thüringen. Aufgrund dieser Vereinbarung waren zusätzlich 67 Genehmigungen zu erteilen. Die Bundesvereinbarung wurde in Thüringen bisher nicht umgesetzt.

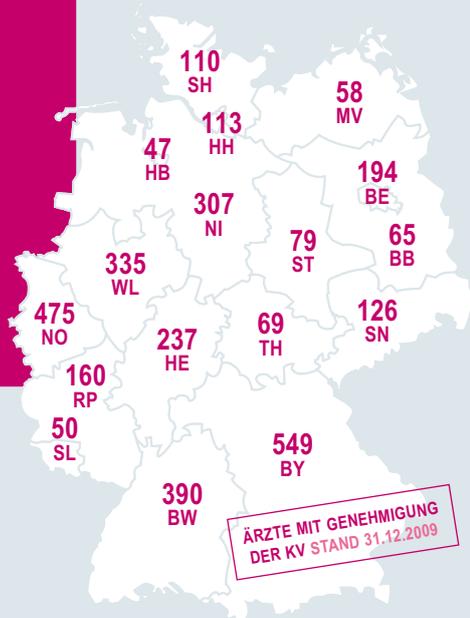


OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

Die Messung otoakustischer Emissionen ist eine moderne Diagnosemethode bei der Abklärung von Hörstörungen. Innerhalb eines bestimmten Rahmens ermöglicht sie objektive Aussagen über die Innenohrfunktion und im Ausschlussverfahren auch

über nervale Funktionen der Hörbahn. Anträge zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung otoakustischer Emissionen können nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Arzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder der Phoniatrie und

Pädaudiologie gestellt werden. Eine Genehmigung kann die Kassenärztliche Vereinigung erteilen, wenn zudem eine Gewährleistungsgarantie für das benutzte Gerät vorliegt, welche die in der Richtlinie beschriebenen Bedingungen umfasst.



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

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

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	390	549	194	65	47	113	237	58	307	475	160	50	126	79	110	69	335
Anzahl beschiedene Anträge	18	63	18	3	5	4	12	3	27	25	17	2	11	7	12	8	35
▶ davon Anzahl Genehmigungen	18	63	18	3	5		12	3	27	25	17	2	11	7	12	8	30
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	5
Anzahl der 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	5	2	2	2	0	0	10		0	3	6	1	2	4	0

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund umfasst die Indikationsgebiete:

- ▶ altersabhängige feuchte Makuladegeneration (AMD) mit subfovealer klassischer chorioidaler Neovaskularisation (CNV)
- ▶ subfoveale CNV aufgrund von pathologischer Myopie mit bestkorrigiertem Visus von mindes-

tens 0,2 bei der ersten Indikationsstellung und einer Läsionsgröße von maximal 5.400 Mikrometer

- ▶ subfoveale okkulte CNV ohne klassischen Anteil aufgrund von AMD mit bestkorrigiertem Visus von mindestens 0,2 bei der ersten Indikationsstellung und einer Läsionsgröße von maximal 5.400 Mikrometer sowie
- ▶ Verschlechterung mit Hämorrhagie bei CNV oder
- ▶ Verschlechterung innerhalb der vergangenen drei Monate mit entweder ▶ visuell: Verlust von mindestens fünf Buchstaben beziehungsweise einer Zeile auf der ETDRS-Tafel (standardisierter Visus-Test) oder ▶ anatomisch: Zunahme der Läsion um mindestens zehn Prozent.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung und die Dokumentation als

Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung der photodynamischen Therapie. Nach Erteilung der Genehmigung wird spätestens zweijährlich eine Überprüfung der ärztlichen Dokumentation durchgeführt, die in erster Linie auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung gerichtet ist. Im Jahr 2009 zeigte sich, dass bei vielen Kassenärztlichen Vereinigungen keine Prüfungen durchgeführt werden konnten, weil nicht genügend Dokumentationen für eine Prüfung vorlagen. Diese Abnahme an mit photodynamischer Therapie behandelten Patienten ist möglicherweise auf eine Neuentwicklung der therapeutischen Möglichkeiten der zu behandelnden Krankheitsbilder zurückzuführen. Nach der Stellungnahme der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands ist für einen Teil der Indikationen die Gabe von Medikamenten per Injektion am Auge (intravitreale Injektionen) die Therapie der ersten Wahl.

www.augeninfo.de/patinfo/0903amd.pdf



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

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

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
	2)		3)														1)
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009	43	54	21	13	2	10	15	9	38	44	12	10	14	6	21	5	50
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	43	56	20	13	3	10	14	9	37	45	12	10	17	6	20	5	52
Anzahl beschiedene Anträge				0		0	0	0			0	0		0	0	0	
neu	3	2	2		1				2	1			3				4
▶ davon Anzahl Genehmigungen	3	2	2		1				2	1			3				4
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0		0				0	0			0				0
▶ davon Anzahl Genehmigungen																	
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0		0				0				0				0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5 S. 3	0	0	0	0	0		0	0	0				0		0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	3	0	0		0	0	1				0		1	0	
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																	
Ärzte mit Überprüfung nach einem Jahr				0	0	0	0	0	0		0		0	0		0	
▶ 1. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5	1	1	0							10					2		1
▶ 2. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5 S. 1	1	0	0							0		1			0		0
▶ 3. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5 S. 2	0	0	0							0					0		0
Ärzte mit Überprüfungen nach zwei Jahren				0		0	0						0	0	0	0	
▶ 1. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5	0	14	21		1			9	2	26							0
▶ 2. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5 S. 1	0	0	3		0			0	0	0							0
▶ 3. Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5 S. 2	0	0	3		0			0	0	0							0

1) Seit April 2008 existiert auf Landesebene eine Vereinbarung zur intravitrealen Injektion, so dass die betreffenden PDT-Ärzte auf die Leistungen dieses Vertrags zurückgreifen und kaum noch PDT-Leistungen durchführen. Für 2009 konnte nur eine Überprüfung erfolgen, die noch abrechnenden Ärzte befinden sich im Zwei-Jahres-Prüfzeitraum. | 2) Leistungen werden nur noch in sehr geringem Umfang erbracht, deshalb sind Prüfungen kaum möglich. | 3) Sofern keine zehn Dokumentationen für eine Prüfung vorgelegt werden können, wird der Arzt zu einem Kolloquium gebeten; 2009 war dies bei zwei Ärzten der Fall.

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

Das Verfahren der phototherapeutischen Keratektomie gleicht technisch dem der photorefraktiven Keratektomie – einer laserinduzierten Veränderung der Brechkraft der Hornhaut – und ist seit 1989 im Bereich der augenärztlichen Medizin verfügbar. Bei der phototherapeu-

tischen Keratektomie handelt es sich jedoch nicht um einen refraktiv-chirurgischen, sondern um einen therapeutischen Eingriff bei verschiedenen Augenerkrankungen. Oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis zirka 100 Mikrometer Tiefe) werden durch die thermischen Impulse eines Excimer-Lasers abgetragen. Im Unterschied zu photorefraktiven Verfahren wird hierbei ein refraktionsneutrales planparalleles Vorgehen angestrebt. Dabei kommen unterschiedliche Typen von Lasergeräten zum Einsatz, die Pulse mit einem Durchmesser von 0,1 bis 0,5 Mikrometer und einer Pulsfrequenz von bis zu 300 Hertz erzeugen.

Seit 2006 ist die phototherapeutische Keratektomie bei den Indikationen:

- ▶ rezidivierende Hornhauterosio
- ▶ oberflächliche Hornhautnarben
- ▶ Hornhautdystrophie
- ▶ Hornhautdegeneration
- ▶ oberflächliche Hornhautirregularitäten (außer Pterygium)

anerkannt. Allerdings ist die Indikationsstellung durch eine Reihe von expliziten Vorgaben beschränkt. Beispielsweise müssen vor der Durchführung Therapiealternativen ausgeschöpft worden sein. Eine Qualitätssicherungsvereinbarung, die diese Empfehlungen konkretisiert und Vorgaben zur fachlichen Qualifikation, zur Durchführung, zur Dokumentation und zu den Prüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen enthält, ist zum 1. Oktober 2007 in Kraft getreten.

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

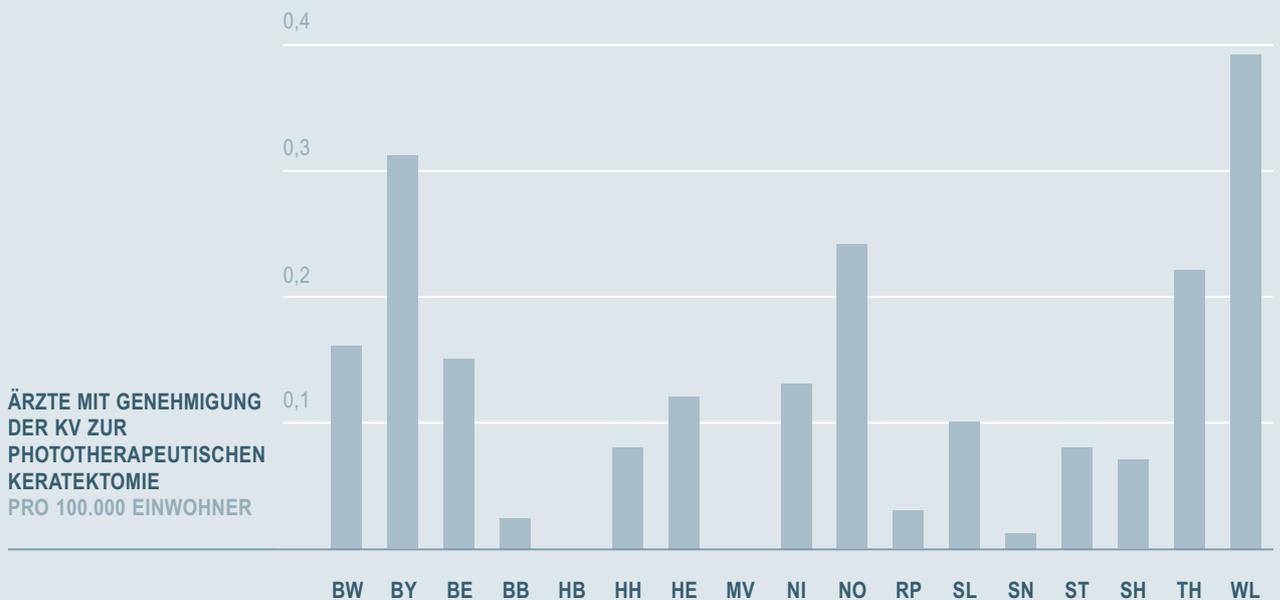
✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen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



PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
	3)	2)										1)					
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	17	39	5	1	0	1	7	0	10	23	2	1	1	2	2	5	33
Anzahl beschiedene Anträge	3	3	1	0		0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	1	13
▶ davon Anzahl Genehmigungen	3	2	1				1			2				1	1	1	13
▶ davon Anzahl Ablehnungen		1															
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0							0				0	0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	0				0				0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0		0				0				0	0	0	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																	
Anzahl geprüfter Ärzte		20	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	
▶ davon ohne Beanstandungen																	
▶ davon mit Beanstandungen																	
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 5						0				0							
▶ davon ohne Beanstandungen																	
▶ davon mit Beanstandungen																	
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5						0				0							
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	

1) Leistung wird nicht erbracht | 2) Unterlagen angefordert, Ergebnisse der Prüfungen liegen noch nicht vor. | 3) Prüfungen ab 2010



PSYCHOTHERAPIE

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 Jugendlichen-

psychotherapeuten sowie psychotherapeutisch tätige Ärzte setzt eine Genehmigung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung voraus.

Richtlinienverfahren

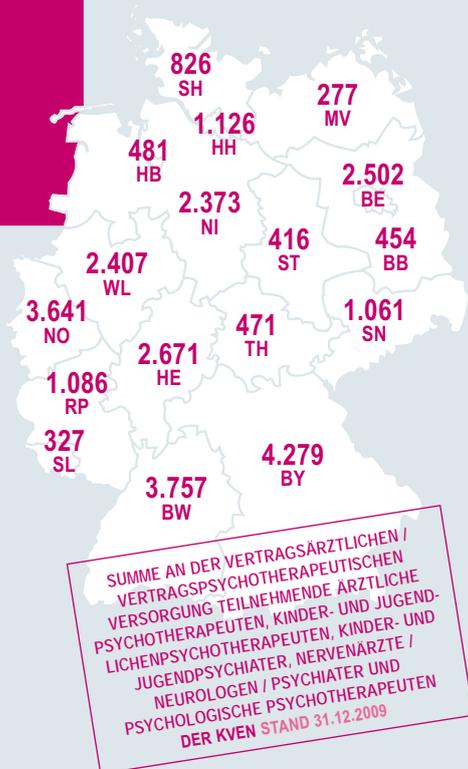
- ▶ analytische Psychotherapie
- ▶ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ▶ Verhaltenstherapie

psychosomatische Grundversorgung

- ▶ verbale Interventionen
- ▶ übende Techniken: Autogenes Training, Jacobson'sche Relaxation
- ▶ suggestive Techniken: Hypnose

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2008.
Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: zuletzt geändert: 18.4.2009

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



Gutachterverfahren

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

Das Gutachterverfahren dient dazu, festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und den -Vereinbarungen festgelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Verfahren nach den Richtlinien anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt. Bestätigt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht für Psychotherapie aufgrund eines Antrags- beziehungsweise Gutachterverfahrens, wird eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die bewilligte Psychotherapie nicht durchgeführt.

Gemäß § 12 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarungen sind die Gutachter verpflichtet, eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutach-

tungen 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.

GUTACHTERSTATISTIKEN IM ZEITVERLAUF 2005–2009

Verfahren		Anzahl (Ober-)Gutachter	Anzahl (Ober-)Gutachten	Nichtbefürwortung der Anträge in %	Änderung der Anträge in %	
tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	2005	89 Gutachter	142.128 Gutachten	3,9	10,0	
		15 Obergutachter	1.756 Obergutachten	22,0	26,6	
	2006	88 Gutachter	150.350 Gutachten	3,7	11,2	
		15 Obergutachter	1.982 Obergutachten	22,0	23,2	
	2007	86 Gutachter	153.251 Gutachten	3,8	10,4	
		15 Obergutachter	2.064 Obergutachten	25,4	23,8	
	2008	89 Gutachter	169.319 Gutachten	3,7	10,3	
		15 Obergutachter	2.332 Obergutachten	23,2	23,3	
	2009	92 Gutachter	164.587 Gutachten	4,0	10,3	
		16 Obergutachter	1.917 Obergutachten	23,0	23,0	
	Verhaltenstherapie	2005	77 Gutachter	117.530 Gutachten	3,3	7,7
			9 Obergutachter	656 Obergutachten	14,8	37,5
2006		76 Gutachter	118.793 Gutachten	3,0	7,3	
		9 Obergutachter	710 Obergutachten	16,8	32,7	
2007		72 Gutachter	128.125 Gutachten	3,3	6,8	
		9 Obergutachter	767 Obergutachten	19,4	41,1	
2008		74 Gutachter	136.077 Gutachten	3,1	7,2	
		9 Obergutachter	607 Obergutachten	16,6	27,0	
2009		78 Gutachter	142.896 Gutachten	2,8	7,0	
		8 Obergutachter	551 Obergutachten	18,1	26,0	

QUALITÄTSMANAGEMENT QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®

Fünf Jahre seit Inkrafttreten der gesetzlichen Verpflichtung für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren, ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen, ist das Qualitätsmanagement bei den Akteuren angekommen. Die Stichprobenergebnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen bestätigen dies. Nach § 8 der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses forderten die Kassenärztlichen Vereinigungen nach 2007 und 2008 im Jahr 2009 zum dritten Mal 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte und Psy-

chotherapeuten auf, den erreichten Einführungs- und Entwicklungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements schriftlich darzulegen. Nach Auswertung der Ergebnisse der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen lag die Rücklaufquote der Fragebögen bei 94,0 Prozent (2008: 86,7 Prozent, 2007: 89,7 Prozent). Von den 3.222 befragten Vertragsärzten, darunter auch 20 ärztliche Leiter von Medizinischen Versorgungszentren und 97 ermächtigte Ärzte in Krankenhäusern, machten 3.029 folgende Angaben zum Entwicklungsstand ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

ENTWICKLUNGSSTAND DES EINRICHTUNGSINTERNEN QUALITÄTSMANAGEMENTS

bisherige Aktivitäten in den Praxen	N = 3.029	Stichprobe 2009
NOCH NICHT MIT QUALITÄTSMANAGEMENT BEGONNEN ODER IN DER PHASE „PLANUNG“ Maßnahmen zur Planung ihres Qualitätsmanagements und eine schriftliche Selbstbewertung durchgeführt, gegebenenfalls an einem Fortbildungskurs teilgenommen, bei mehreren Ärzten einen zuständigen Arzt und in größeren Praxen einen nichtärztlichen Mitarbeiter benannt	5,5 %	nicht konform mit der Qualitätsmanagement-Richtlinie (nicht phasenkonform)
IN DER PHASE „UMSETZUNG“ auf Grundlage der Selbstbewertung Analysen und Planungen konkreter Umsetzungsmaßnahmen ergriffen, alle Grundelemente (§ 3) unter Verwendung aller Instrumente (§ 4) eingeführt	51,2 %	konform mit der Qualitätsmanagement-Richtlinie (phasenkonform)
IN DER PHASE „ÜBERPRÜFUNG“ Selbstbewertung durchgeführt und Zielerreichung überprüft, Nachweise erbracht und Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität durchgeführt, zum Beispiel Patienten befragt, Beschwerden und Fehler erfasst und ausgewertet	43,3 %	weiter als die Qualitätsmanagement-Richtlinie (weiter als phasenkonform)
IN DER PHASE „WEITERENTWICKLUNG“ jährliche Selbstbewertungen und Überprüfung der Zielerreichung		



BESTNOTEN FÜR QEP®

Die Stiftung Warentest (11/2009 test, Journal Gesundheit S. 86–89) hat im Jahr 2009 die vier am häufigsten genutzten Systeme geprüft und QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® Bestnoten verliehen, auch weil QEP® die Patientenbelange am besten berücksichtigt und in den Qualitätszielen zur Patientenversorgung eine stark ausgeprägte Patientenperspektive eingearbeitet hat. Mittlerweile haben mehr als 28.500 Ärzte, Psychotherapeuten und nicht-ärztliche Mitarbeiter an QEP®-Einführungseminaren teilgenommen. Mehr als 350 Zertifizierungsverfahren wurden durchgeführt (Stand April 2010). Im Sommer 2009 erfolgte nach Ablauf der dreijährigen Gültigkeit des QEP®-Zertifikates erstmals eine erfolgreiche Rezertifizierung.

EINGESETZTE QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEME

QEP®	44,2 %	
ISO 9001	24,1 %	
KTQ	1,6 %	
KPQM	1,6 %	
EPA	1,5 %	
EFQM	1,1 %	
Sonstige	25,9 %	

Die freiwillige Angabe der Praxen zur Wahl eines Qualitätsmanagementsystems machten 774 Praxen, wobei hier am häufigsten QEP® und DIN EN ISO 9001 genannt wurden.

QUALITÄTSZIRKEL

Qualitätszirkel haben sich in der ambulanten Versorgung sowohl als Instrument der Qualitätsförderung als auch als Form der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Fortbildung etabliert. Qualitätszirkel arbeiten grundsätzlich auf freiwilliger Basis und mit selbst gewählten Themen. Durch ihre strukturierte Form tragen sie in hohem Maße zur ärztlichen und psychotherapeutischen Kompetenzentwicklung bei.

Die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinien) aus dem Jahr 1994 bilden die rechtliche Grundlage der Qualitätszirkelarbeit im ambulanten Sektor. Der Abschnitt Qualitätszirkel wurde aktuell überarbeitet und trat zum 1. Januar 2009 in Kraft. Ziel war es, die Qualität der Zirkelarbeit weiter zu verbessern. Die Vorgaben der Richtlinien zur Qualitätszirkelarbeit werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen in regionalen Qualitätszirkelgrundsätzen beziehungsweise -leitlinien umgesetzt.

Qualitätszirkel sind ein geeignetes Instrument, unterschiedliche Verfahren und Instrumente der Qualitätsförderung miteinander zu verbinden. So werden zum Beispiel Aspekte der Qualitätssicherungs-Verfahren und -Richtlinien in der Zirkelarbeit thematisiert. Auf der Basis von Rückmeldeberichten können Zirkel ein Feedbackverfahren für die Zirkelteilnehmer darstellen. Die Anwendung von Qualitätsindikatoren im Rahmen der Zirkelarbeit ermöglicht ein Benchmarking zwischen den Teilnehmern. Die Implementierung von Leitlinien in die Zirkelarbeit unterstützt eine evidenzbasierte Arbeit der Praxen.

Grundlage dafür ist das Qualitätszirkelkonzept der KBV, das in dem 2010 aktualisierten Handbuch Qualitätszirkel zusammengefasst ist. Es unterstützt die regionale Qualitätszirkelarbeit unter anderem durch fachlich-didaktische Dramaturgien und Moderationshilfen (Plakate, Arbeits-

blätter, Checklisten, Literaturquellen, Präsentationen). Im Jahr 2009 sind die Dramaturgien Arzneimittelmonographie, Erstellen evidenzbasierter Patienteninformationen und Anwendung von Qualitätsindikatoren in Zirkeln und Praxen gemeinsam mit Ärzten und Psychotherapeuten entwickelt, vorgestellt und geschult worden.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen lässt sich für das Jahr 2009 bundesweit folgende Bilanz der Qualitätszirkelarbeit ziehen:

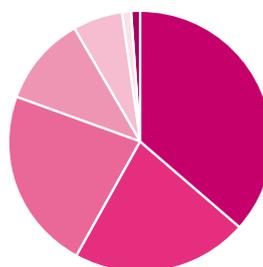
mehr als 8.900 anerkannte und geförderte Qualitätszirkel
etwa 75.000 Qualitätszirkelteilnehmer bundesweit
etwa 8.400 aktive Qualitätszirkelmoderatoren (Allein im Jahr 2009 wurden 453 neue Moderatoren ausgebildet.)
Fortbildungsveranstaltungen für Qualitätszirkelmoderatoren in nahezu allen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Professionalisierung der Moderatorenarbeit
129 Qualitätszirkeltutoren / lehrende Vertragsärzte unterstützen die Qualitätszirkelarbeit

Die Themenvielfalt der Qualitätszirkel umfasst nahezu alle Bereiche der Medizin und Psychotherapie. Die Zirkel beschäftigen sich mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern, mit Pharmakotherapie, Patientensicherheit, aber auch Qualitätsmanagement oder IT-Themen.

Im Folgenden sind beispielhaft einige Themen aufgeführt, die die inhaltliche Breite der Qualitätszirkelarbeit deutlich machen:

ADHS
Akupunktur
ambulantes Operieren
Asthma bronchiale
COPD
Diabetologie
evidenzbasierte Medizin / Leitlinien
koronare Herzerkrankung
Neue Grippe
Notfallmanagement
Reisemedizin / Impfungen
Schmerztherapie
Verbundweiterbildung
Zytologie

QUALITÄTSZIRKELARTEN



fachärztlich	36,6 %
hausärztlich	21,5 %
psychotherapeutisch	22,8 %
fachübergreifend	11,1 %
sektorenübergreifend	6,1 %
Qualitätsmanagement	1,2 %
berufsgruppenübergreifend	0,7 %

Wie in der nebenstehenden Abbildung dargestellt, setzen sich die Teilnehmergruppen der Qualitätszirkel unterschiedlich und in der Regel selbstbestimmt zusammen.

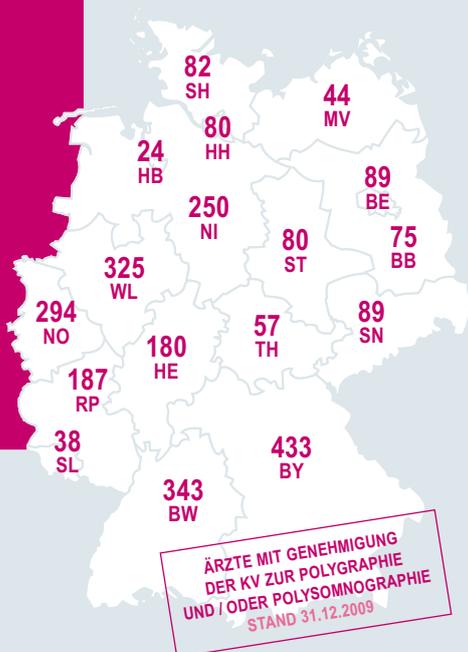
Weitere Informationen unter:
www.kbv.de/qualitaetszirkel.html

SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

Mit dieser Vereinbarung wird die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert. Schlafbezogene

Atmungsstörungen im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und

apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Ablauf der Stufendiagnostik ist in der Anlage I Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung) definiert.



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

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

✓ regionale Vereinbarungen

SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
	1)			3)					2)								
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und /oder Polysomnographie, Stand 31.12.2009	343	433	89	75	24	80	180	44	250	294	187	38	89	80	82	57	325
▶ davon Genehmigungen nur Polygraphie	307	381	77	58	21	74	161	41	203	254	172	31	86	64	64	54	254
▶ davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	32	52	12	17	3	6	19	4	47	40	15	7	3	16	18	3	71
Anzahl beschiedene Anträge nur Polygraphie	38	62	6	8	3	12	9	0	16	31	31	3	7	5	2	3	29
▶ davon Anzahl Genehmigungen	37	52	6	8	3	12	9		16	31	28	3	7	4	2	3	29
▶ davon Anzahl Ablehnungen	1	10									3			1			
Anzahl beschiedene Anträge Polygraphie und Polysomnographie	2	13	1	5	2	0	1	0	5	10	3	0	0	0	0	0	9
▶ davon Anzahl Genehmigungen	2	7	1	5	2		1		4	10	3						9
▶ davon Anzahl Ablehnungen		6							1								0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren Polysomnographie)	0	0	0	0	0		0		1	0	0		0	0	0	0	0
▶ davon bestanden									0								
▶ davon nicht bestanden									1								
Anzahl der 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	7	0	0	0	2	0	1	3	4	2	0	6	2	1	0	0
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V																	
PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte (III / 2009)				57													
Anzahl geprüfter Ärzte				6													
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2				5													
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3				1													
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 1																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 2																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 3																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 4				1													
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 5																	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %				8,8													
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare				-													
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▶ keine Beanstandungen				3													
▶ geringe Beanstandungen				2													
▶ erhebliche Beanstandungen				0													
▶ schwerwiegende Beanstandungen				0													

Fortsetzung nächste Seite →

1) Differenz wegen Ermächtigungen ausschließlich zur Polysomnographie | 2) von den Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie 17 nur Polysomnographie, bei den Anträgen Polygraphie und Polysomnographie vier nur Polysomnographie, diese alle genehmigt | 3) Prüfergebnisse liegen nicht vollständig vor.

↓ Fortsetzung schlafbezogene Atmungsstörungen

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

ÄM KV = ärztliche Mitglieder der KV | KK = Teilnehmer der Krankenkassen

SCHMERZTHERAPIE

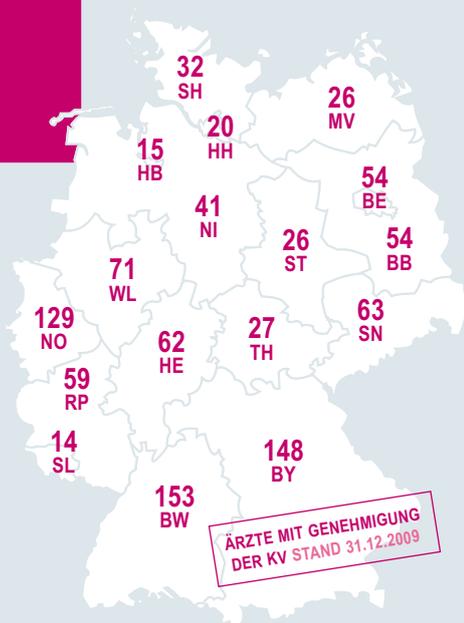
Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (zum Beispiel operativen Eingriffen), nach vorangegangenen Traumen und ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen,

für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist. Diese kann qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von solchen Ärzten gewährleistet werden, die über eine besondere Qualifikation verfügen und bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen. Die Vereinbarung regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie folgender Patientengruppen:

- ▶ chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt hat. Diese Verselbstständigung des Schmerzleidens führt zu psychopathologischen Veränderungen. Der Schmerz wird für diese Patienten zum Mittelpunkt ihres Denkens und Verhaltens.

- ▶ chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden ist (zum Beispiel bei einem inkurablen Grundleiden).

Neben Nachweisen über die geforderten fachlichen Qualifikationen sowie apparativ-technischen und räumlichen Voraussetzungen ist der Schmerztherapeut verpflichtet, jährlich an mindestens acht interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilzunehmen, eine entsprechende Dokumentation der Qualitätssicherungskommission zur Prüfung vorzulegen sowie an vier Tagen pro Woche mindestens vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten. Ferner ist der Nachweis zu erbringen, dass der Arzt in seiner Praxis überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten behandelt.



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

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung und gegebenenfalls bei Patienten, die länger als zwei Jahre in Dauerbehandlung sind
✓	FREQUENZREGELUNG bei schmerztherapeutischen Einrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten pro Quartal
	REZERTIFIZIERUNG
✓	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Dokumentationsprüfung auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung
✓	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL pro Jahr acht (schmerztherapeutische Einrichtungen zwölf) interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung in schmerztherapeutischen Einrichtungen; tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu sammeln und jährlich auszuwerten; Zusammenstellung an Vertragspartner auf Anforderung
	BERATUNG

SCHMERZTHERAPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
		1)								3)			2)				
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	153	148	54	54	15	20	62	26	41	129	59	14	63	26	32	27	71
Anzahl beschiedene Anträge	18	36	12	6	1	3	6	4	8	9	4	1	4	0	3	2	13
▶ davon Anzahl Genehmigungen	14	15	9	4	1	3	3	4	7	6	4	1	4		1	2	11
▶ davon Anzahl Ablehnungen	4	21	3	2			3		1	3					2		2
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	1	15	2	4	1	3	5	0	6	6	4	1	0		3	2	3
▶ davon bestanden	0	13	2	4	1	3	5		5	6	4	1			3	2	3
▶ davon nicht bestanden	1	2		1					1								
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs. 2	0	1	0	1	0	0	2	0	1	1		0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	0	3	0	1	2	1	1	1	3		0	0	0	1	0	0
VERSORUNG																	
Anzahl Kolloquien gemäß § 5 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden									6								
▶ davon nicht bestanden																	
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																	
Anzahl Prüfungen gemäß § 7 Abs. 2	153	112	0	0	1	10	0	9	18	11	0	k. A.	3	0	12	1	0
▶ davon ohne Beanstandungen	114				1	10		3	17				3		12	0	
▶ davon mit Beanstandungen	15							6	1							1	

1) Prüfergebnisse lagen bei Datenübermittlung noch nicht vor | 2) Kolloquien der Ärztekammer werden im Antragsverfahren anerkannt. | 3) elf Dokumentationsprüfungen nach § 7 Abs. 2 zu zehn Teilnehmern



SOZIALPSYCHIATRIE

Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versor-

gung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden. Besonderes Kennzeichen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist die Kooperation mit komplementären Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines sogenannten Praxisteam (Heilpädagoge und Sozialarbeiter) im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften findet.

Anträge zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen.



Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2009

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE höchstens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung und wiederholt nach weiteren fünf Jahren werden teilnehmende Ärzte / Praxen und Patienten / Bezugspersonen befragt. Diese Evaluationsdaten werden den Vertragspartnern und teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt.
	BERATUNG

SOZIALPSYCHIATRIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
			1)														
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	66	78	35	11	7	25	29	5	69	102	20	4	15	4	29	12	67
Anzahl beschiedene Anträge	4	8	88	1	0	25	6	1	4	28		0	1	0	4	2	2
▶ davon Anzahl Genehmigungen	4	5	87	1		25	3	1	4	28			1		2	2	2
▶ davon Anzahl Ablehnungen		3	1				3								2		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0			1	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	1	1	0	0	0	0	1	2	0			1	0	2	1	1

1) hohe Zahl Anträge wegen erneuten / modifizierten Genehmigungen

SOZIOThERAPIE

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Die Soziotherapie soll dem Patienten

durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen und ihn in die Lage versetzen, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antrag stellende Arzt berechtigt ist,

die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen. Der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern und die Therapie gegebenenfalls abzubrechen. Die soziotherapeutischen Leistungserbringer (in der Regel sozialpsychiatrische Dienste) haben Verträge mit den Kostenträgern abgeschlossen und rechnen ihre Leistungen direkt mit den Kassen ab.



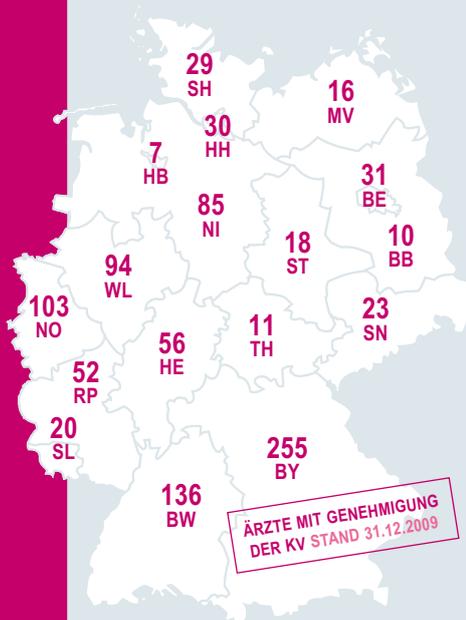
Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002

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

SOZIOThERAPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2009	459	240	155	24	46	45	49	29	72	124	136	31	83	3	64	22	60
Anzahl beschiedene Anträge	21	18	21	3	6	2	5	1	6	9	11	3	3	0	2	1	4
▶ davon Anzahl Genehmigungen	21	18	21	3	6	2	5	1	6	9	11	3	3		2	1	4
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
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	9	0	0	1	0	0	0	0		0	2	0	1	1	0

STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN



Bei der Stoßwellenlithotripsie handelt es sich um ein minimal-invasives Therapieverfahren, bei dem die Harnsteine mit Hilfe gebündelter Schallwellen zerkleinert werden. Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie muss der Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die in der Richtlinie beschriebene fachliche Qualifikation nachweisen, außerdem muss er die Genehmigung zur Abrechnung sono-

graphischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes besitzen. Bestehen dennoch begründete Zweifel an der Qualifikation des Antrag stellenden Arztes, ist die Genehmigungserteilung an die erfolgreiche Teilnahme an einem fachspezifischen Kolloquium gebunden.

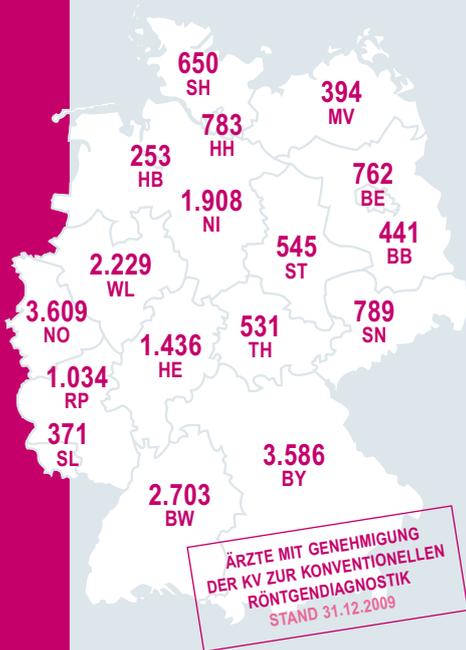
Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	136	255	31	10	7	30	56	16	85	103	52	20	23	18	29	11	94
Anzahl beschiedene Anträge	16	24	4	0	1	6	4	0	9	13	9	2	1	0	4	6	13
▶ davon Anzahl Genehmigungen	16	24	3		1	6	4		9	12	8	2	1		4	6	12
▶ davon Anzahl Ablehnungen			1								1						1
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0	0		0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0

STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE



Die auf Bundesebene gemäß § 135 Abs. 2 SGB V geschlossene Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin sowie von Strahlentherapie umfasst die Bereiche:

- ▶ konventionelle Röntgendiagnostik
- ▶ Computertomographie
- ▶ Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)
- ▶ Strahlentherapie
- ▶ Nuklearmedizin.

Die fachlichen Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung sind anhand von Zeugnissen nachzuweisen. Es wird geprüft, ob die benötigten Kenntnisse im Rahmen einer Facharztweiterbildung erworben wurden. Hierbei werden die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Ärztekammern zu den Prüfungen herangezogen. Hat der Arzt seine fachlichen Kenntnisse außerhalb der Facharztweiterbildung erworben oder bestehen begründete Zweifel, muss er diese in einem Kolloquium nachweisen. Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen

müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung, die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung müssen alle Antragsteller die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachweisen. Aus dieser Vereinbarung ausgegliedert wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 der Bereich der Mammographie, der in eine eigene Vereinbarung überführt wurde. Grundlage für die in diesem Bereich durchgeführten Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 sind die geltenden Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik. Diese seit 1992 geltenden Vorgaben wurden 2010 neugefasst. Die wichtigsten Punkte der neuen Richtlinie sind:

Einheitliche Anforderungen an die Bildqualität

Mit der Neufassung wurden die Anforderungen an die Bildqualität für Prüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und darüber hinausgehende Prüfungen der Untersuchungs- und Aufnahmetechnik durch die Ärztlichen Stellen andererseits vereinheitlicht. Aufgrund dieser gemeinsamen Basis können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Stichprobenprüfungen zusammen mit der Ärztlichen Stelle organisieren und so den bürokratischen Aufwand für den einzelnen Arzt reduzieren.

Trennung der Stichprobenprüfungen für konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie

Die konventionelle Röntgendiagnostik und die Computertomographie werden zukünftig als getrennte Leistungsbereiche definiert und jeweils

in gesonderten Stichproben geprüft. Dies haben die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen bereits in der Vergangenheit so praktiziert. Zeigen die Ergebnisse der bisherigen Stichprobenprüfungen in der Computertomographie überwiegend keine oder nur geringe Beanstandungen, können die Prüfungen für einen Übergangszeitraum von zwei Jahren ab Inkrafttreten der neuen Richtlinie ausgesetzt werden.

Gesonderte Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen

Anforderungen des Strahlenschutzes werden in der neuen Richtlinie insbesondere in Bezug auf Kinder und Jugendliche detaillierter behandelt. Wenn Ärzte Patienten dieser Altersgruppen behandeln, müssen im Rahmen der Stichprobenziehung in Zukunft immer auch Kinder und Jugendliche berücksichtigt werden.

Stichprobenprüfung anhand der Dokumentation

Wie bisher erfolgt das Verfahren der Stichprobenprüfung auf der Grundlage der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen des behandelnden Arztes. Hierzu fordert die Kassenärztliche Vereinigung von dem Arzt die entsprechenden Befundberichte und Bilddokumentationen an. Zur Förderung der bundeseinheitlichen Umsetzung hat die KBV auf Grundlage der Qualitätsprüfungsrichtlinie vertragsärztliche Versorgung ein verbindliches Bewertungsschema für die Einzel- und Gesamtbewertung erstellt. Siehe auch Kapitel Aktuelles.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage:

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

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie), Rechtsgrundlage:

§ 136 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert: 13.3.1997

✓	<p>AKKREDITIERUNG</p> <p>Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen</p>
EINGANGSPRÜFUNG	
✓	<p>KOLLOQUIUM</p> <p>bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung (Osteodensitometrie: vor 2003) erbracht wurden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung ▶ Strahlentherapie und Nuklearmedizin: gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
FREQUENZREGELUNG	
REZERTIFIZIERUNG	
✓	<p>PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG</p> <p>gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung ▶ Strahlentherapie und Nuklearmedizin: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
✓	<p>EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik ▶ Strahlentherapie und Nuklearmedizin: Stichprobenprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen ▶ bei obligaten und fakultativen Prüfungen: Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL	
✓	<p>RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss ▶ Strahlentherapie und Nuklearmedizin: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen an Gemeinsamen Bundesausschuss
✓	<p>BERATUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung ▶ Strahlentherapie und Nuklearmedizin: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

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

		1) 2)	1)														
--	--	-------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 5

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	2.703	3.586	762	441	253	783	1.436	394	1.908	3.609	1.034	371	789	545	650	531	2.229
Anzahl beschiedene Anträge	275	1.970	121	22	44	61	86	18	251	149	123	30	41	30	55	43	296
▶ davon Anzahl Genehmigungen	269	1.785	119	22	43	61	84	17	240	146	123	27	41	27	48	43	291
▶ davon Anzahl Ablehnungen	6	185	2		1		2	1	11	2		3		3	7		5
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	5	2	1	0	0	0		0	2	11	1	0	20	23	2	0	8
▶ davon bestanden	4	0	0						2	11	1		19	20	1		8
▶ davon nicht bestanden	1	1	1										1	3	1		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	2	0	0	1	0	1	0	4			0	1	0	4	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	465	18	14	9	5	16	0	53	44	79	24	45	17	26	70	0

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V
PRÜFUMFANG

abrechnende Ärzte (III / 2009)	2.340	3.206	671	335	214	436	1.118	342	1.856	2.224	915	282	785	412	600	435	2.010
Anzahl geprüfter Ärzte	197	975	31	28	9	220	92	15	84	185	231	16	45	20	225	80	189
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	187	913	30	28	9	205	72	15	78	173	227	16	44	18	204	80	177
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	10	62	1	0	0	15	20	0	6	12	4	0	1	2	21	0	12
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 1																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 2																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 3																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 4	10	62	1			15	20		6	12	4		1	2	21		12
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 5																	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	8,0	28,5	4,5	8,4	4,2	47,0	6,4	4,4	4,2	7,8	24,8	5,7	5,6	4,4	34,0	18,4	8,8
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	-	3)	4)	-	-	-	-	-	4)	4)	5)	-	-	-	-	-	-

PRÜFERGEBNISSE

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▶ keine Beanstandungen	165	177	21	23	2	198	10	0	15	37	177	14	27	11	145	16	110
▶ geringe Beanstandungen	22	609	7	3	1	4	14	9	54	201	34	1	12	5	35	64	46
▶ erhebliche Beanstandungen	0	109	1	2	2	2	22	4	8	112	15	1	5	2	10	0	13
▶ schwerwiegende Beanstandungen	0	18	2	0	4	1	1	2	1	1	5	0	0	0	14	0	8
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▶ keine Beanstandungen	8	3	0			15	5		2	2	3		0	1	9		6
▶ geringe Beanstandungen	1	29	0			0	5		3	39	0		1	0	8		4
▶ erhebliche Beanstandungen	1	18	1			0	5		0	7	1		0	0	4		2
▶ schwerwiegende Beanstandungen	0	12	0			0	1		1	2	0		0	1	0		0

Fortsetzung nächste Seite →

1) Große Zahl der Anträge begründet sich durch Statuswechsel und Apparaturänderungen. | 2) Ergebnisse der Kolloquien stehen zurzeit noch aus. |

3) Ergebnisse zu Kolloquien liegen noch nicht vollständig vor; pro Arzt alle drei Jahre Prüfungen zu sechs Dokumentationen | 4) Prüfungen zu Radiologie und CT

werden zusammen durchgeführt. | 5) Prüfungen beziehen sich auf Praxen, nicht auf Ärzte

↓ Fortsetzung Strahlendiagnostik / -therapie ▶ 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	47	795	8	5	9	2	40	10	67	35	54	1	18	5	71	0	67
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	2	0	1	16	1	0	0	1	26	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	0	128	3	0	0	2	5	0	0	0	49	1	0	1	0	0	3
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	30	0	0	0	0	-	0	1	0	0	0	0	0	4	0	1
▶ davon bestanden		27							0						4		1
▶ davon nicht bestanden		1							1						0		0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▶ davon ohne Mängel																	
▶ davon mit Mängeln																	
KOMMISSIONEN																	
Zuständigkeit	alle Gebiete Radiologie	alle Gebiete Radiologie außer CT und Mammographie	alle Gebiete Radiologie	alle Gebiete Radiologie	alle Gebiete Radiologie und MRT	alle Gebiete Radiologie	konventionelle Röntgendiagnostik, Osteodensitometrie und Strahlentherapie	alle Gebiete Radiologie	konventionelle Röntgendiagnostik, Osteodensitometrie und Strahlentherapie	alle Gebiete Radiologie	konventionelle Röntgendiagnostik, CT und Osteodensitometrie	alle Gebiete Radiologie	konventionelle Röntgendiagnostik, CT und MRT	alle Gebiete Radiologie	alle Gebiete Radiologie	alle Gebiete Radiologie	alle Gebiete Radiologie
Mitglieder	34 AM KV 2 AM KK 1 A AS RöV	30 AM KV 6 MedPhys 1 A AS RöV	9 AM KV 29 ASV KV	7 AM KV 1 KK	7 AM KV	39 AM KV 3 SV KV	29 AM KV 1 ASV KV	8 AM KV 1 MedPhys	81 AM KV 100 ASV KV 25 MedPhys 40 SV KV 5 AM KK	7 AM KV 8 ASV KV	20 AM KV 8 ASV KV	12 AM KV	7 AM KV 4 ASV KV 10 Fachberater	10 AM KV	12 AM KV 1 ASV KV 2 ASV KV	12 AM KV	9 AM KV 22 ASV KV

Fortsetzung nächste Seite →

AM KV = ärztliche Mitglieder der KV | ASV KV = ärztliche Stellvertreter der KV | AM KK = ärztliche Mitglieder der Krankenkassen | A KK = Ärzte der Krankenkassen
 KK = Teilnehmer der Krankenkassen | A ex SV = ärztliche externe Sachverständige | A AS RöV = Arzt der Ärztlichen Stelle nach Röntgenverordnung |
 MedPhys = Medizinphysiker | SV KV = Sachverständige der KV

↓ Fortsetzung Strahlendiagnostik / -therapie

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

COMPUTERTOMOGRAPHIE

GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 7

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	415	466	214	90	43	127	190	65	214	487	180	49	148	77	112	103	328
Anzahl beschiedene Anträge	58	190	129	8	9	23	34	8	30	120	33	3	21	6	11	9	77
▶ davon Anzahl Genehmigungen	56	184	129	8	8	23	33	8	30	119	33	3	21	6	11	9	77
▶ davon Anzahl Ablehnungen	2	6			1				1								0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	1	4	0	0	0	1	3	1	0		1	0	1	1	0	1
▶ davon bestanden	1		4				0	3	1			1		1	1		1
▶ davon nicht bestanden	1						1										
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		0	0	0	1	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	11	10	0	2	3	0	0	0	0	14	2	21	3	5	9	0

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte (III / 2009)	344	435		79	38	95	194	62			147	44	125	65	81	77	292
Anzahl geprüfter Ärzte	22	143		6	4	39	8	2			13	2	10	5	22	7	24
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	22	142		6	4	39	8	2			13	2	10	5	22	7	24
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	1		0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 1																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 2																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 3																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 4		1															
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 5																	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	6,4	32,6		7,6	10,5	41,1	4,1	3,2			8,8	4,5	8,0	7,7	27,2	9,1	8,2
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	-	1)	2)	-	-	-	-	3)	2)	2)	4)	-	-	-	-	-	-
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▶ keine Beanstandungen	22	117		6	2	39	8	0			13	2	8	5	17	1	24
▶ geringe Beanstandungen	0	24		0	1	0	0	2			0	0	2	0	4	6	0
▶ erhebliche Beanstandungen	0	1		0	1	0	0	0			0	0	0	0	1	0	0
▶ schwerwiegende Beanstandungen	0	0		0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▶ keine Beanstandungen		1															
▶ geringe Beanstandungen		0															
▶ erhebliche Beanstandungen		0															
▶ schwerwiegende Beanstandungen		0															

Fortsetzung nächste Seite →

1) Ergebnisse zu Kolloquien liegen noch nicht vollständig vor; pro Arzt alle drei Jahre Prüfungen zu sechs Dokumentationen | 2) Prüfungen zu Radiologie und CT werden zusammen durchgeführt. | 3) Schwierigkeiten aufgrund der Umstellung auf Prüfungen digitaler Aufnahmen | 4) Prüfungen beziehen sich auf Praxen, nicht auf Ärzte.

↓ Fortsetzung Strahlendiagnostik / -therapie ▶ Computertomographie

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	0	25		0	2	0	0	0			0	0	2	0	5	0	0
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	1	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	1		0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	0		0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0		0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0		0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0		0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0
▶ davon ohne Mängel																	
▶ davon mit Mängeln																	
KOMMISSIONEN																	
Zuständigkeit	alle Gebiete Radiologie	CT	alle Gebiete Radiologie	alle Gebiete Radiologie	alle Gebiete Radiologie und MRT	alle Gebiete Radiologie	MRT und CT	alle Gebiete Radiologie	MRT und CT	alle Gebiete Radiologie	konventionelle Röntgendiagnostik, CT und Osteosintimetrie	alle Gebiete Radiologie	CT	konventionelle Röntgendiagnostik, CT und MRT	alle Gebiete Radiologie	alle Gebiete Radiologie	alle Gebiete Radiologie
Mitglieder	34 ÄM KV 2 ÄM KK 1 A ÄS RöV	6 ÄM KV 4 MedPhys	9 ÄM KV 29 ÄStV KV	7 ÄM KV 1 KK	7 ÄM KV	39 ÄM KV/ 3 SV KV	20 ÄM KV 1 ÄStV KV	8 ÄM KV 1 MedPhys	5 ÄM KV 1 ÄM KK	7 ÄM KV 8 ÄStV KV	20 ÄM KV 8 ÄStV KV	12 ÄM KV	3 ÄM KV 2 ÄStV KV	10 ÄM KV	12 ÄM KV 1 ÄStV KV 2 ÄStV KV	12 ÄM KV	9 ÄM KV 22 ÄStV KV

Fortsetzung nächste Seite →

ÄM KV = ärztliche Mitglieder der KV | ÄStV KV = ärztliche Stellvertreter der KV | ÄM KK = ärztliche Mitglieder der Krankenkassen | Ä KK = Ärzte der Krankenkassen
 KK = Teilnehmer der Krankenkassen | Ä ex SV = ärztliche externe Sachverständige | A ÄS RöV = Arzt der Ärztlichen Stelle nach Röntgenverordnung |
 MedPhys = Medizinerphysiker | SV KV = Sachverständige der KV

↓ Fortsetzung Strahlendiagnostik / -therapie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
						1)									2)		

STRALENTHERAPIE

GENEHMIGUNGEN § 9

Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2009	140	121	45	21	10	26	43	10	75	91	54	7	20	13	32	21	124
Anzahl beschiedene Anträge	33	81	12	0	1	5	9	0	59	58	14	2	4	0	6	2	32
▶ davon Anzahl Genehmigungen	32	75	12		1	5	9		57	58	14	2	4		6	2	32
▶ davon Anzahl Ablehnungen	1	6							2								
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0		0	1	0		0			0	0		0	0	0
▶ davon bestanden						1											
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0		0	0	0	0	1			0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	24	4		1	0	0	0	0		2	5	4	0	1	1	0

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

PRÜFUMFANG																	
abrechnende Ärzte (III / 2009)												32					
Anzahl geprüfter Ärzte												9					
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2												4					
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3												5					
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 1																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 2																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 3																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 4												5					
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 5																	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %												12,5					
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												-					
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▶ keine Beanstandungen												1					
▶ geringe Beanstandungen												1					
▶ erhebliche Beanstandungen												2					
▶ schwerwiegende Beanstandungen												0					
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▶ keine Beanstandungen												0					
▶ geringe Beanstandungen												3					
▶ erhebliche Beanstandungen												2					
▶ schwerwiegende Beanstandungen												0					

Fortsetzung nächste Seite →

1) In Hamburg gibt es nur vier strahlentherapeutische Einrichtungen, die nächste Prüfung erfolgt 2010. | 2) Anträge wegen Standortwechsel

↓ Fortsetzung Strahlendiagnostik / -therapie ▶ Strahlentherapie																	
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											8						
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a											0						
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b											0						
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c											0						
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1											0						
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.											0						
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8											0						
▶ davon ohne Mängel											-						
▶ davon mit Mängeln											-						
KOMMISSIONEN																	
Zuständigkeit											Strahlentherapie						
Mitglieder											2 AM KV 4 ÄStV KV						

Fortsetzung nächste Seite →

ÄM KV = ärztliche Mitglieder der KV | ÄStV KV = ärztliche Stellvertreter der KV

↓ Fortsetzung Strahlendiagnostik / -therapie

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

NUKLEARMEDIZIN

GENEHMIGUNGEN § 10

Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2009	228	271	83	22	14	49	73	22	95	239	80	16	44	24	42	34	172
Anzahl beschiedene Anträge	23	156	17	3	2	4	9	2	20	68	13	3	4	2	3	0	30
▶ davon Anzahl Genehmigungen	23	137	16	3	2	4	9	2	20	67	13	3	4	2	3		30
▶ davon Anzahl Ablehnungen		19	1							1							
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	4	4	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0		0
▶ davon bestanden	4	4															
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	31	5	3	0	1	0	2	0	4	5	3	4	0	0	0	0

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 136 ABS. 2 SGB V

PRÜFUMFANG

abrechnende Ärzte (III / 2009)						43	84				73						
Anzahl geprüfter Ärzte						14	6				25						
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2						14	6				25						
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3						0	0				0						
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 1																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 2																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 3																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 4																	
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 5																	
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %						32,6	7,1				34,2						
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare						-	-				-						

PRÜFERGEBNISSE

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▶ keine Beanstandungen						14	6				1						
▶ geringe Beanstandungen						0	0				19						
▶ erhebliche Beanstandungen						0	0				5						
▶ schwerwiegende Beanstandungen						0	0				0						
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▶ keine Beanstandungen																	
▶ geringe Beanstandungen																	
▶ erhebliche Beanstandungen																	
▶ schwerwiegende Beanstandungen																	

Fortsetzung nächste Seite →

↓ Fortsetzung Strahlendiagnostik / -therapie ▶ Nuklearmedizin

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
		1)															
MASSNAHMEN																	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a						0	0				24						
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a						0	0				0						
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b						0	0				0						
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c						0	0				0						
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1						0	0				0						
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.						0	0				0						
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8						0	0				0						
▶ davon ohne Mängel																	
▶ davon mit Mängeln																	
KOMMISSIONEN																	
Zuständigkeit						alle Gebiete Radiologie	Nuklearmedizin				Nuklearmedizin						
Mitglieder						39 ÄM KV 3 SV KV	7 ÄM KV 2 ASV KV				2 ÄM KV 4 ASV KV						
OSTEODENSITOMETRIE																	
GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 8																	
Anzahl beschiedene Anträge	55	74	24	4	3	5	1	1	25	16	19	3	19	7	3	8	56
▶ davon Anzahl Genehmigungen	55	71	24	4	3	4	1	1	25	16	19	3	19	7	3	8	55
▶ davon Anzahl Ablehnungen		3		3		1				0				0			1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	15	6	3	0	5	0		17	16		3	0	7	3	1	0
▶ davon bestanden		7	6			4			17	16		3		7	3	1	
▶ davon nicht bestanden		2				1				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	5	26	3	5	0	1	5	0	4	0	6	4	4	0	2	5	0

ÄM KV = ärztliche Mitglieder der KV | ÄStV KV = ärztliche Stellvertreter der KV | SV KV = Sachverständige der KV

1) Betrifft Osteodensitometrie: Ergebnisse der Kolloquien liegen noch nicht vollständig vor.

SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

Die Richtlinien zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sind von 1991 bis 2002 mehrfach geändert und zuletzt 2010 um die Verordnungsfähigkeit von Diamorphin ergänzt worden. Ziel der Behandlung ist im Wesentlichen die schrittweise Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Wichtige Bestandteile der Richtlinie sind:

- ▶ Der substituierende Arzt muss für jeden substituierten Patienten zu Beginn der Behandlung ein umfassendes individuelles Therapiekonzept erstellen (das auch die begleitende psychosoziale Betreuung einbezieht) und den Verlauf daran kritisch überprüfen.
- ▶ Eine Überprüfung der Indikation und des Therapiekonzeptes erfolgt durch die Qualitätssicherungskommission im Rahmen von Stichprobenprüfungen von mindestens zwei Prozent der insgesamt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Behandlungsfälle pro Quartal.
- ▶ Bei einer Substitution mit Diamorphin, Codein/Dihydrocodein, bei einer Abhängigkeitsdauer von weniger als zwei Jahren oder bei einer Substitution von Patienten unter 18 Jahren ist die Behandlung unmittelbar bei Therapiebeginn zu melden und zu beantragen.
- ▶ Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.



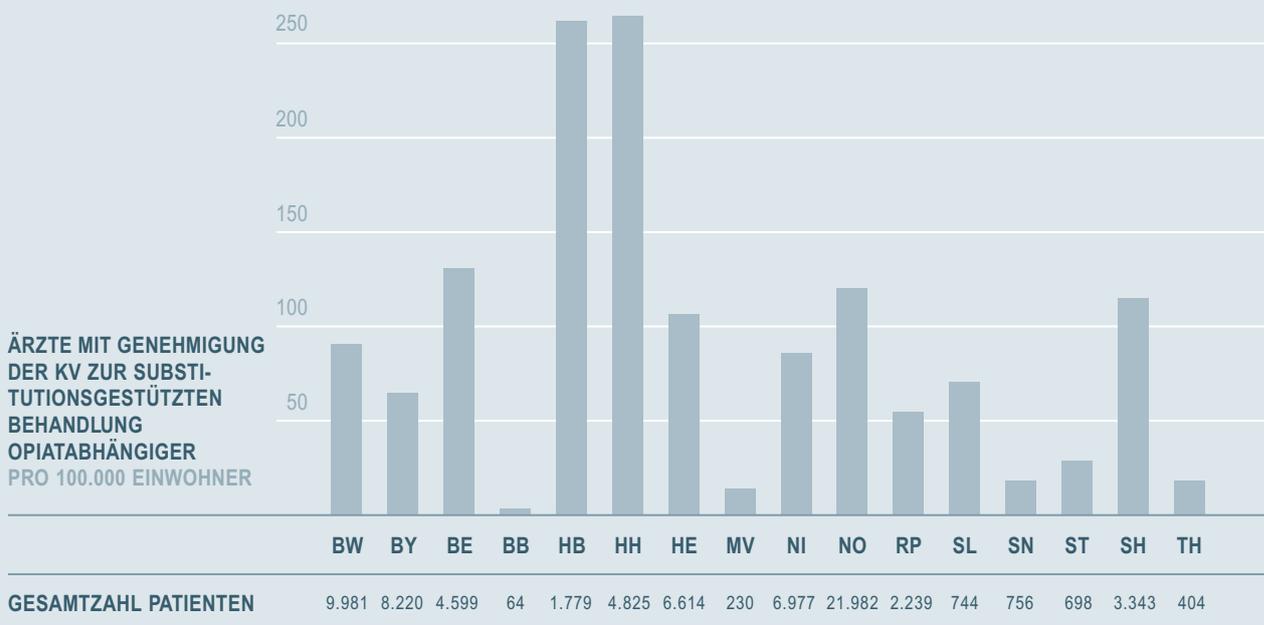
Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 1.1.2003

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Anzeige inklusive Dokumentation aller Fälle zu Beginn der Behandlung an Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen; pro Quartal Prüfung von mindestens zwei Prozent der Fälle; alle Fälle nach fünf Jahren Behandlung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE Ergebnis der Überprüfungen als schriftlicher Bericht an den Arzt; alle zwei Jahre Bericht der Qualitätssicherungskommission über gesamten Zuständigkeitsbereich an Kassenärztliche Vereinigung und (Landes-)Verbände der Krankenkassen
✓	BERATUNG jederzeit auf Wunsch des Arztes und bei Beanstandungen nach Dokumentationsprüfung

SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
							1)						2)				
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	350	411	173	20	77	123	203	11	282	395	111	25	24	41	130	26	349
Anzahl beschiedene Anträge	5	36	6	1	6	3	20	5	13	115	15	2	5	4	3	9	8
▶ davon Anzahl Genehmigungen	5	35	6	1	6	3	20	5	12	94	14	2	5	4	3	8	8
▶ davon Anzahl Ablehnungen		1							1	21	1					1	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	k. A.	0	1	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	11	3	0	0	0	2	0	0	21	8	2	0	0	4	6	1	7
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	103	45	20	3	9	2	25	22	117	64	15	0	10	39	58	12	77
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9 ABS. 3																	
Anzahl geprüfter Ärzte	k. A.	185	18	4	k. A.	85	k. A.	9	406	k. A.	56	19	13	20	71	15	354
Anzahl geprüfter Fälle	717	416	160	16	123	333	552	29	599	478	149	80	71	81	173	49	387
▶ keine Beanstandungen	585	173	k. A.	15	73	230	209	22	528	307	101	42	62	64	79	43	341
▶ geringe Beanstandungen	111	158	k. A.	1	40	103	60	1	56	109	30	37	9	15	76	6	21
▶ erhebliche Beanstandungen	21	85	k. A.	0	10	0	8	3	2	49	11	1	0	2	13	0	0
▶ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	k. A.	0	0	0	27	3	13	13	7	0	0	0	5	0	25
5-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN PATIENTEN § 9 ABS. 5																	
Anzahl geprüfter Fälle	407	15	130	1	148	264	35	17	249	8	0	11	9	108	119	39	305
▶ ohne Beanstandungen	319	5	119	1	103	195	7	17	225	8		5	4	94	91	30	279
▶ mit Beanstandungen	88	10	11		45	69	11		24			6	2	14	28	9	26

1) Prüfergebnisse liegen noch nicht vollständig vor. | 2) 5-Jahres-Überprüfungen: zwei Verwerfungen wegen Beendigung Arzt, zu einem Arzt bisher keine Entscheidung



Quelle: Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2009; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; Stand 1.10.2008

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Die bereits seit Jahren geltende und mehrfach neu gefasste Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V wurde 2009 grundlegend überarbeitet. Damit konnte medizinisch-technischen Weiterentwicklungen sowie zwischenzeitlichen Änderungen der Weiterbildungsordnungen und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes Rechnung getragen werden.



Gliederung der Vereinbarung

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

Übergangsregelung

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

Apparative Anforderungen

Die Mindestanforderungen sind für alle Anwendungsklassen einzeln in Anlage III aufgeführt. Relevant für den Arzt sind diejenigen, für die er eine Genehmigung beantragt oder bereits besitzt. Die Einhaltung der Anforderungen wird im Rahmen der Abnahmeprüfung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen. Darüber hinaus muss, je nach Anwendungsklasse, eine Bilddokumentation eingereicht werden. Wird das Ultraschallgerät für mehrere Anwendungsklassen verwendet, ist

die Bilddokumentation einer Anwendungsklasse ausreichend. Die Dokumentation darf nicht älter als drei Monate sein und muss die Kriterien der technischen Bildqualität gemäß Anlage III erfüllen, was von der Ultraschallkommission beurteilt wird.

Ärztliche Dokumentation/ Stichprobenprüfungen

Erstmals werden in der neuen Ultraschall-Vereinbarung Dokumentationsstandards definiert, die bei der ärztlichen Dokumentation und auch bei der Bilddokumentation zu berücksichtigen sind. Ein gesonderter Befundbericht muss für die Ultraschalluntersuchung nicht erstellt werden. Die in § 10 definierten Anforderungen müssen aber aus der Patientenakte nachvollziehbar hervorgehen. Die Einhaltung der Dokumentationsstandards wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen mittels einer jährlich durchzuführenden Stichprobe von mindestens drei Prozent der abrechnenden Ärzte über fünf abgerechnete Fälle geprüft (das bedeutet: In Deutschland werden pro Jahr deutlich mehr als 10.000 Dokumentationen geprüft).

Konstanzprüfungen

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

Fachliche Befähigung

Ärzte, die noch keine Genehmigung besitzen oder die Genehmigung für einen anderen Anwendungsbereich beantragen möchten, können die er-

forderliche fachliche Befähigung wie bisher im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung, einer ständigen Tätigkeit außerhalb der Facharztweiterbildung oder durch die Teilnahme an Ultraschallkursen erlangen. In jedem Fall ist für jeden Anwendungsbereich eine gewisse Mindestanzahl an Untersuchungen nachzuweisen. Neu ist, dass der theoretische Teil des Abschlusskurses durch eine computergestützte Fortbildung ersetzt werden kann, wenn die Kassenärztliche Vereinigung diese anerkennt.

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

Im besonders sensiblen Bereich der Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte findet eine zweijährliche Prüfung aller Ärzte statt. Sowie einer der zwölf geprüften Fälle der Beanstandungsstufe III oder mehr als zwei der Stufe II zugeordnet werden, erfolgen weiterreichende Maßnahmen. Die Kriterien, die der Einordnung in die Beanstandungsstufen zugrunde liegen, werden derzeit überarbeitet.

Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1.4.2009, zuletzt geändert: 1.7.2010; zuvor 1. Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen
✓	EINGANGSPRÜFUNG zusätzliche Abnahmeprüfung der verwendeten Ultraschallsysteme (B-Modus) durch Vorlage aktueller Bilddokumentationen
✓	KOLLOQUIUM obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
✓	REZERTIFIZIERUNG alle vier Jahre Konstanzprüfung der im B-Modus arbeitenden Ultraschallgeräte
✓	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG ▶ allgemein: jährliche Prüfung von drei Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu fünf Fällen; bei Beanstandungen engere Prüfintervalle ▶ alternativ: Stichprobenprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle) ▶ Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte: zweijährliche Prüfung aller Ärzte zu mindestens zwölf Fällen (48 Bilddokumentationen, zwölf schriftliche Dokumentationen); bei Mängeln engere Prüfintervalle
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE statistische Auswertung und Ergebnisanalyse zu Abnahmeprüfung, Prüfung der ärztlichen Dokumentation und Konstanzprüfung, insbesondere zur Dokumentationsprüfung der Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Kriterien werden durch Vertragspartner festgelegt; bei Dokumentationsprüfungen auf Grundlage regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
✓	BERATUNG gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
		5)			2)		2)	1)	2) 3)	4)		2)				2)	
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2009	10.011	13.412	2.895	1.262	836	1.623	5.732	1.103	6.541	9.741	4.144	1.266	2.998	1.598	2.563	1.934	8.151
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)																	
neu	1.275	2.140	412	144	107	216	437	111	734	k. A.	539	117	156	141	k. A.	353	k. A.
▶ davon Anzahl Genehmigungen	1.230	1.961	335	144	65	207	415	109	457		449	117	129	134		329	
▶ davon Anzahl Ablehnungen	45	179	77		5	9	213	2	188		90	22	26	7		86	
erneut	0	0	86	k. A.	37	1	0	0	11		32	k. A.	0	0		0	
▶ davon Anzahl Genehmigungen			85		37	1			11		32						
▶ davon Anzahl Ablehnungen			1														
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)																	
neu	2.749	4.448	825	k. A.	245	528	2.052	252	2.173	3.374	k. A.	325	k. A.	254	857	982	3.783
▶ davon Anzahl Genehmigungen	2.637	3.958	657		196	513	1.459	210	1.990	2.320		279		243	376	758	3.570
▶ davon Anzahl Ablehnungen	112	494	168		8	15	593	42	163	1.054		46		11	481	203	206
erneut		0	248		41	1	0	0	21	1.502		0		0	0	0	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen			247		41	1			21	1.004							
▶ davon Anzahl Ablehnungen			1							498							
Anzahl Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	218	508	55	37	7	65	65	10	160	379	41	10	14	147	67	42	247
▶ davon bestanden	199	435	48	35	5	62	59	9	143	224	33	8	12	136	60	39	216
▶ davon nicht bestanden	19	73	7	2	2	3	6	1	17	22	8	2	2	11	7	7	31
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	0	0	0	0	0	1	18	0	5	119	32	k. A.	0	0	0	10	0
▶ davon bestanden						1	14		5	96	30					10	
▶ davon nicht bestanden							4			23	2						
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	1	2	75	0	0	8	5	k. A.	16	k. A.	0	0	8	0	0	17	8
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	1	2	226			8	6		29	240			k. A.			20	k. A.
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	9	411	46	0	33	86	133	k. A.	59	k. A.	k. A.	0	66	116	260	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	12	1.031	149		71	223	355		313	187				236	k. A.		
ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN STAND 31.12.2009																	
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	369		62	39	34	40	239	25	215		247	53	114	45	63	44	218
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	187		52	26	22	33	117	18	141		83	33	66	22	49	25	139
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	221		42	26	22	11	33	18	97		101	32	68	25	35	20	176
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	421		214	76	35	109	337	71/54	312		175	56	195	122	104	91	361
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.010		423	125	106	333	884	41/10	612		354	100	629	75	193	347	548
3.3 Schilddrüse, B-Modus	3.545		955	544	252	614	2.735	374/49	2.194		1.654	423	1.245	717	940	625	3.386
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	613		163	114	53	100	981	65	506		314	75	190	131	149	92	411

Fortsetzung nächste Seite →

1) Angaben zu Anwendungsbereichen bei Kindern extra | 2) Genehmigungen /Ablehnungen (Ärzte) sind auch Teilgenehmigungen /Teilablehnungen, beziehungsweise sind noch nicht abschließend beschieden. | 3) Niedersachsen hat in Bezug zu den Genehmigungen andere Systematik, Angaben hier interpretiert | 4) Systematik der Angaben zu Anwendungsbereichen folgt zuvor geltender Vereinbarung, deshalb nicht übernommen | 5) Keine Angaben zu Anwendungsbereichen

↓ Fortsetzung Ultraschalldiagnostik																	
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
							1)	1)									
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	73		163	41	49	43		0	506		153	4	14	4)	3)	34	193
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	52		18	41	7	8	61	5	66		143	3	0	6	2)	18	39
4.4 Echokardiographie Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	1		18	41	5	0		0	66		58	0	1	4)	2)	6	7
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	235		69	28	23	32	288	27	162		82	21	75	17	44	33	163
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	0		0	0	1	0		0	162		0	0	72		0	0	1
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.445		409	80	72	230	1.480	61	748		468	105	647	19	207	235	1.355
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	8		409	80		0		0	748		0	12	1	4)	3)	2	43
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.078		409	175	115	146	1.051	74	895		396	154	299	195	209	170	972
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	5.746		1.372	727	457	744	3.984	478	4.205		2.218	764	1.638	755	1.647	897	4.863
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	28		1.372	727		0		4	4.205		9	75	46	7		15	72
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	26		1.372	727		0		0	4.205		9	75	2	4)		13	77
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	1.162		472	727	69	85	514	79	499		635	336	6	89	2)	107	1.455
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	2.531		781	545	212	509	1.433	100/6	1.533		927	372	1.347	99	1.156	295	1.218
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	111		781	86		75		64	1.533		207	47	126	4)	3)	79	332
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.525		595	289	134	301	1.186	206	1.009		614	174	601	297	357	290	1.104
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.484		579	289	130	299	1.193	199	935		502	143	558	293	344	288	1.075
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	893		214	41	52	165	921	38	655		310	117	85	141	173	192	672
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften), B-Modus	957		439	117	87	143	747	85/75	763		476	116	316	125	193	166	797
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.001		218	128	77	132	722	91	624		395	135	294	115	212	145	672
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	974		224	90	89	99	866	38	638		357	84	209	64	173	75	393
12.1 Haut, B-Modus	11		0	0	1	2	10	1	6		8	1	0	4	3	1	13
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	29		7	0	1	2		1	6		8	7	8	4)	3	5	13
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.135		336	148	97	167	82	74/1	913		507	197	227	131	217	127	1.081
20.2 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	1.101		275	118	87	136	960	45/1	1.010		307	263	216	113	250	133	994
20.3 CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	7		275	118	87	0		0	141		250	0	1	4)	250	133	0
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	207		69	10	28	8	145/70	9	141		69	41	40	12	47	4	79

Fortsetzung nächste Seite →

1) Angaben zu Anwendungsbereichen bei Kindern zum Teil extra | 2) Angabe Echokardiographie und Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex) sowie Abdomen und Retroperitoneum Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche nicht möglich | 3) Angabe erst 2010 möglich | 4) bisher nicht abfragbar

↓ Fortsetzung Ultraschalldiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	329		74	37	28	53	195	35/1	252		158	54	74	28	48	40	182
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	683		183	116	62	92	704	56/2	494		236	58	174	83	113	84	442
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	146		0	40	49	17	112	13	420		119	23	24	9	108	54	17
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	526		180	101	49	92	803	47	420		130	45	153	64	93	64	360
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	6		180	101	49	0		0	0		84	0	1	1)	93	64	1
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	443		148	116	55	43	764	35/5	453		210	58	137	36	91	75	334
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	202		80	14	18	33	252	9	195		72	54	87	11	23	28	175
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	542		151	108	45	85	734	64	440		260	68	183	116	112	89	324
21.2 Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	72		151	108	45	43		0	440		153	4	38	1)	2)	34	179
21.3 Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	47		18	112	5	8	41	5	70		124	4	0	6	3)	18	37
21.4 Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	1		18	112	5	0		0	70		58	0	0	1)	3)	5	7
22.1 Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System	91		43	16	7	26	61	12	0		20	27	15	6	20	14	85
22.2 Duplex-Verfahren – feto-maternales Gefäßsystem	385		91	45	24	57	332	16	1		158	94	175	38	76	50	342

GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG

BAUJAHRE DER ULTRASCHALLSYSTEME, DIE BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER VEREINBARUNG VERWENDET WURDEN § 16 ABS. 6 (ÜBERGANGSREGELUNG)																	
Stichtag	31.3. 2010	31.3. 2010	31.3. 2010		31.3. 2010	3.2. 2010	10.3. 2010	28.2. 2010		31.3. 2010				1.3. 2010	22.2. 2010	25.2. 2010	31.12. 2009
Anzahl gemeldeter Ultraschall-systeme gemäß § 2c	10.548	8.970	4.021	ab 2010	716	1.884	541	1.103	ab 2010	3.962	ab 2010	ab 2010	2.101	1.604	2.038	204	ab 2010
▶ Baujahr des Systems: vor 1990 5)	544	184	67		27	112	18	0		149			0	1	75		
▶ Baujahr des Systems: 1990–94 5)	1.355	590	366		49	362	55	44		236			72	227	201		
▶ Baujahr des Systems: 1995–99 5)	2.211	1.478	729		159	447	145	158		771			188	336	382		
▶ Baujahr des Systems: 2000–2004 5)	2.865	2.378	1.268		193	452	155	278		1.094			328	442	563		
▶ Baujahr des Systems: 2005–heute 5)	3.177	2.942	1.591		277	511	168	623		1.505			628	598	817		
▶ (bisher) keine Angabe des Baujahrs	396	1.398			11					207			885				

Fortsetzung nächste Seite →

1) bisher nicht abfragbar | 2) Angabe erst 2010 möglich | 3) Angabe Echokardiographie und Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex) sowie Abdomen und Retroperitoneum Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche nicht möglich | 4) Angaben zur apparativen Ausstattung nur aus der Bezirksstelle Köln | 5) Baujahr = Baujahr der Hauptkomponente

↓ Fortsetzung Ultraschalldiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
APPARATIVE AUSSTATTUNG § 9 (ABNAHMEPRÜFUNGEN)							3)					1)					2)
Anzahl abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c, Stand 31.12.2009	57	1.364	k. A.	k. A.	11	32		8	24	k. A.	k. A.	k. A.	20	169	83	29	k. A.
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme gemäß § 2c, neue Systeme	22	k. A.			11	26	82	8	10				1	145	83	29	
▶ davon ohne Beanstandungen	20				11	24	75	8	10				1	117	83	15	
▶ davon mit Beanstandungen	2					2	7						0	27		14	
bei Beanstandungen																	
▶ Baujahr des Systems: vor 1990 5)	0					0								0		0	
▶ Baujahr des Systems: 1990–94 5)	0					0								0		0	
▶ Baujahr des Systems: 1995–99 5)	0					0								0		0	
▶ Baujahr des Systems: 2000–04 5)	0					1								10		0	
▶ Baujahr des Systems: 2005–heute 5)	2					1	7							17		14	
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme gemäß § 2c, Alt-Systeme 4)	35				0	6	680	0	14				19	24	0	0	625
▶ davon ohne Beanstandungen	29					6			14				19	22			267
▶ davon mit Beanstandungen	6					0							0	2			358
bei Beanstandungen																	
▶ Baujahr des Systems: vor 1990 5)	0													0			
▶ Baujahr des Systems: 1990–94 5)	1													0			
▶ Baujahr des Systems: 1995–99 5)	1													0			
▶ Baujahr des Systems: 2000–04 5)	2													1			
▶ Baujahr des Systems: 2005–heute 5)	2													1			

Fortsetzung nächste Seite →

1) Abnahmeprüfungen ab 2010 | 2) weitere Angaben zur apparativen Ausstattung (Abnahmeprüfung) derzeit nicht möglich | 3) 680 Apparatur-Überprüfungen für Ultraschallsysteme, die vor dem 1.4.2009 im Einsatz waren (keine Abnahmeprüfungen nach der neuen Vereinbarung) | 4) Mit dem Wort Alt-Systeme sind alle Ultraschallsysteme gemeint, die gemäß § 16 Abs. 4 geprüft werden. In Kauf genommen ist mit dieser Abfrage, dass bei Beanstandungen gegebenenfalls eine erneute Abnahmeprüfung durch den Arzt beantragt wird. | 5) Baujahr = Baujahr der Hauptkomponente

BAUJAHRE DER ULTRASCHALLSYSTEME ÜBERGANGSREGELUNG § 16 ABS. 6, STAND 31.3.2010



↓ Fortsetzung Ultraschalldiagnostik

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 (III / 2009)			2.634			1.464	4.800	1.012			3.774		2.746		2.448		
Anzahl geprüfter Ärzte			101			76	246	30			18		88		177		
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2			64			76	46	29			18		79		125		
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3			37			0	200	1			0		9		52		
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 1			–			–	–	–			–		–		–		
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 2			–			–	–	–			–		–		–		
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 3			–			–	–	–			–		–		–		
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 4			37			–	200	1			–		9		52		
▶ davon wegen § 4 Abs. 3 Nr. 5			–			–	–	–			–		–		–		
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %			2,4			5,2	1,0	2,9			0,5		2,9		5,1		
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag oder falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare			–			1)	–	–			2)		–		–		
PRÜFERGEBNISSE																	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																	
▶ keine Beanstandungen			18			38	37	4			11		49		52		
▶ geringe Beanstandungen			13			15	0	13			6		19		43		
▶ erhebliche Beanstandungen			7			14	9	1			0		0		28		
▶ schwerwiegende Beanstandungen			26			9	0	11			1		11		2		
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																	
▶ keine Beanstandungen			16			–	59	0			–		2		29		
▶ geringe Beanstandungen			8			–	23	0			–		6		16		
▶ erhebliche Beanstandungen			5			–	97	1			–		0		7		
▶ schwerwiegende Beanstandungen			8			–	21	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			25			23	150	26			6		13		96		
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a			2			0	21	0			1		2		3		
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b			46			0	12	0			0		0		0		
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c			6			0	0	0			0		0		0		
▶ davon bestanden			2			–	–	–			–		–		–		
▶ davon nicht bestanden			4			–	–	–			–		–		–		

Fortsetzung nächste Seite →

1) Angaben wurden der KBV im November 2010 übermittelt | 2) Prüfungen begannen erst IV / 2009

↓ Fortsetzung Ultraschalldiagnostik																	
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
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			5	6	0			0		1		0		
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.			0			0	0	0			0		0		0		
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8			1			0	0	0			0		1		0		
▶ davon ohne Mängel			0			-	-	-			-		1		-		
▶ davon mit Mängeln			1			-	-	-			-		0		-		
KOMMISSIONEN																	
Zuständigkeit			Ultraschalldiagnostik	Ultraschalldiagnostik		Ultraschalldiagnostik	Ultraschalldiagnostik	Ultraschalldiagnostik			Ultraschalldiagnostik		Ultraschalldiagnostik		Ultraschalldiagnostik		
Mitglieder			12 ÄM KV 54 ASV KV	5 ÄM KV		26 ÄM KV 2 SV KV	206 ÄM KV 4 ASV KV	6 ÄM KV			43 ÄM KV / 10 Ä KK 31 ASV KV		23 ÄM KV / 3 ÄSTV KV 23 Fachberater		5 ÄM KV 5 ASV KV		
ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE																	
							1)										
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009	980	1.242	231	112		125	559	91	663	1.038	373	128	287	113	205	146	672
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	1.002	1.316	218	116	77	132	722	91	624	1.079	374	135	294	115	210	145	672
Anzahl beschiedene Anträge																	
neu	82	99	15	4	7	14	22	3	51	56	33	7	19	3	15	4	60
▶ davon Anzahl Genehmigungen	78	92	13	4	7	14	22	3	46	52	33	7	19	3	7	2	60
▶ davon Anzahl Ablehnungen	4	7	2						5	4					9		
erneut gemäß § 11 Abs. 3 S. 5	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen						2					3		1				
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	4	0	6	3	2	0	2	2	0	0	0	3	0	0	0
▶ davon bestanden	1		3		6	3	2		2	2				3			
▶ davon nicht bestanden			1			0											
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	12	0	7	0	3	1	1	0	4	1	0	2	2	0	1	4	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	24	11	24	0	4	5	9	3	22	0	0	4	11	1	0	1	0

Fortsetzung nächste Seite →

ÄM KV = ärztliche Mitglieder der KV | ÄStV KV = ärztliche Stellvertreter der KV | ÄM KK = ärztliche Mitglieder der Krankenkassen | Ä KK = Ärzte der Krankenkassen | SV KV = Sachverständiger der KV

1) Genehmigungen zum 31.12. beziehen sich auf Betriebsstätten.

↓ Fortsetzung Ultraschalldiagnostik ▶ Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
		3)		4)	2)						1)						
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																	
DOKUMENTATIONS-PRÜFUNGEN GEMÄSS § 8 I. V. M. § 3																	
Berurteilungen																	
Stufe II (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis ... Stufe II)																	
▶ 0	109	191	12	8		3	37	1	52	8	83	24	70	37	54	14	20
▶ 1	29	72	5	3		0	1	0	39	1	0	9	4	7	36	4	6
▶ 2	27	45	3	0		2	1	0	30	1	0	10	9	3	24	5	14
▶ 3	10	6	2	0		2	2	0	3	1	4	1	5	0	4	1	6
▶ 4	2	8	2	0		2	0	0	9	4	2	2	1	1	5	3	4
▶ 5	5	4	2	0		1	1	0	5	0	2	2	0	0	0	1	4
▶ > 5	33	27	7	20		7	5	3	29	13	42	4	0	1	0	23	50
Stufe III (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis ... Stufe III)																	
▶ 0	208	348	24	29		16	46	4	136	23	102	49	83	49	116	39	73
▶ 1	2	4	4	0		1	0	0	6	5	0	2	0	0	5	6	15
▶ 2	4	0	1	0		0	0	0	4	0	3	0	0	0	5	2	3
▶ 3	0	1	2	0		0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	1	1
▶ 4	1	0	1	2		0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	6
▶ 5	0	0	0	0		0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1
▶ > 5	0	0	1	0		0	1	0	1	0	21	1	5	0	0	2	5
Grund für die jeweilige Beurteilungsstufe gemäß § 8 Abs. 2																	
Stufe II (Anzahl Beurteilungen wegen Mängeln in ...)																	
▶ schriftliche Dokumentation	11	56	0	0			1	0	37		22	1	0	0	0	0	24
▶ bildliche Dokumentation	289	312	97	123		65	61	10	242	100	15	85	23	25	41	284	535
▶ schriftliche und bildliche Dokumentation	29	32	23	0			12	8	126		13	0	18	4	79	0	41
Stufe III (Anzahl Beurteilungen wegen Mängeln in ...)																	
▶ schriftliche Dokumentation	1	2	0	0			0	0	0		2	0	0	0	0	0	1
▶ bildliche Dokumentation	19	2	14	8		1	0	0	24	5	26	7	20	0	20	39	98
▶ schriftliche und bildliche Dokumentation	0	3	10	0			0	0	6		3	1	33	0	0	0	26
Ergebnis Dokumentationsprüfungen gemäß § 9 – Anzahl Ärzte																	
sachgerecht gemäß § 9	162	304	17	9		5	37	1	149	10	99	44	77	47	105	21	31
Wiederholungsprüfung sechs Monate	45	45	7	21		11	5	3	38	17	3	5	6	2	8	18	37
Wiederholungsprüfung drei Monate	7	4	5	1		1	4	0	12	1	27	2	5	0	10	8	23
Widerruf	1	1	4	0			1	0	0		4	1	1	0	0	4	13

Fortsetzung nächste Seite →

1) Angaben zu Gründen beziehen sich auf Ärzte, nicht auf Dokumentationen. | 2) Prüfungen werden alle zwei Jahre durchgeführt, das nächste Mal 2010. |

3) Widerruf erst 2010 ausgesprochen | 4) Aufgrund personeller Ausfälle in den Kommissionen werden die Wiederholungsprüfungen erst 2010 durchgeführt.

↓ Fortsetzung Ultraschalldiagnostik ▶ Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 2																	
Beurteilungen																	
Stufe II (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis ... Stufe II)				0													
▶ 0	41	12	3			5	6	8	2	71	26	1	3	1	7	3	0
▶ 1	21	4	3			3	0	2	4	15	0	1	0	0	10	5	0
▶ 2	23	8	4			2	1	4	11	15	1	0	0	0	0	3	0
▶ 3	4	1	0			1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0
▶ 4	3	0	0			0	0	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0
▶ 5	6	1	0			2	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	1
▶ > 5	34	1	10			6	2	9	6	22	11	2	0	1	0	10	4
Stufe III (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis ... Stufe III)				0													
▶ 0	127	27	18			19	10	22	21	107	34	2	3	2	16	19	5
▶ 1	3	0	0			0	0	0	1	9	0	0	0	0	0	1	0
▶ 2	2	0	2			0	0	1	1	9	0	1	0	0	0	2	0
▶ 3	0	0	0			0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
▶ 4	0	0	0			0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
▶ 5	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▶ > 5	0	0	0			0	0	0	0	1	6	1	0	0	0	0	0
Ergebnis Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 2 – Anzahl Ärzte																	
sachgerecht gemäß § 9	78	24	9			10	6	14	23	87	32	1	3	1	16	11	0
erneute Wiederholungsprüfung sechs Monate	29	3	9			9	4	10	9	38	2	1	0	1	0	8	5
Widerruf	7	0	2			0	0	2	1	7	1	0	0	0	1	4	0
ERNEUTE WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 3 S. 4																	
Beurteilungen																	
Stufe II (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis ... Stufe II)			0	0			0				0		0	0			0
▶ 0	15	0				3		4	0	21		1			1	5	
▶ 1	4	0				0		0	1	0		0			3	0	
▶ 2	2	0				0		1	0	0		0			2	2	
▶ 3	0	0				0		0	0	0		0			0	0	
▶ 4	0	2				0		0	0	0		0			0	0	
▶ 5	0	0				0		0	0	0		0			0	0	
▶ > 5	1	1				1		0	0	0		0			0	2	
Stufe III (Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis ... Stufe III)			0	0			0				0		0	0			0
▶ 0	20	0				3		5	1	21		1			6	8	
▶ 1	1	0				1		0	0	0		0			0	0	
▶ 2	1	0				0		0	0	0		0			0	0	
▶ 3	0	0				0		0	0	0		0			0	0	
▶ 4	0	0				0		0	0	0		0			0	0	
▶ 5	0	0				0		0	0	0		0			0	0	
▶ > 5	0	0				0		0	0	0		0			0	1	
Ergebnis erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 3 S. 4 – Anzahl Ärzte																	
sachgerecht gemäß § 9	19					3		5	1	21		1			6	6	
Widerruf	4					1										3	

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

2007 wurde die Vakuumbiopsie der Brust unter Röntgenkontrolle sowohl für die kurative Versorgung als auch für die Anwendung im Rahmen des Mammographie-Screenings in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen. Neben den Gewebeentnahmen (Stanzbiopsien) unter Ultraschall- oder Röntgenkontrolle ist die Vakuumbiopsie ein weiteres Verfahren, um die Dignität eines

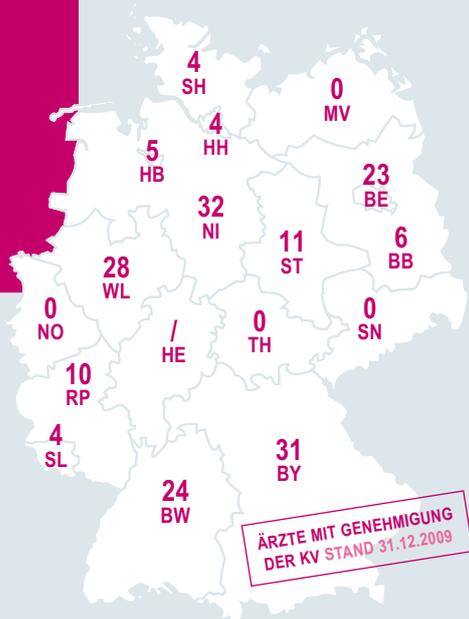
suspekten Befunds zu klären. Ihren Stellenwert hat sie auch in der Operationsplanung und der Entscheidung zu einer eventuellen Vorbehandlung.

Begleitend mit der Einführung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab wurde auf Grundlage von § 135 Abs. 2 SGB V eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung erstellt, in der unter anderem die 2008 aktualisierte Stufe-3-Leitlinie „Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland“ Berücksichtigung fand. Präzisiert werden in der Vereinbarung Fallzahlenanforderungen als Genehmigungsvoraussetzung, eine Mindestzahl jährlich durchzu-

führender Vakuumbiopsien, apparative Anforderungen (zum Beispiel automatische Nadelführung) sowie Vorgaben zur Durchführung (zum Beispiel Erstellung von Kontrollaufnahmen, Überprüfung der Korrelation von histopathologischem Befund und Bildgebung) und zur Dokumentation. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich eine Auflistung durchgeführter Vakuumbiopsien mit Angaben zur Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund vorzulegen. Die Vereinbarung ist zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten.

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

✓	AKKREDITIERUNG Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
✓	FREQUENZREGELUNG jährliche Durchführung von 25 Vakuumbiopsien
	REZERTIFIZIERUNG
✓	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG jährliche Durchführung von 25 Vakuumbiopsien
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG zweijährliche Dokumentationsprüfung zu zehn Fällen, erstmalig innerhalb von zwölf Monaten nach Genehmigungserteilung oder bei Auffälligkeiten in der jährlichen Auflistung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche Auflistung zur Indikation und zum abschließenden histologischen Befund für alle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien an Kassenärztliche Vereinigung; jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Vertragspartner
✓	BERATUNG gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



VAKUUMBIOPSIE DER BRUST QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2009		0	0	0	3	0		0		0		0	0	0	6	0	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	24	31	23	6	5	4	k. A.	0	32	0	10	4	0	11	4	0	28
Anzahl beschiedene Anträge								0		0						0	
neu	24	31	23	6	2	4			32		10	5		11			29
▶ davon Anzahl Genehmigungen	24	31	23	6	2	4			32		10	4		11			28
▶ davon Anzahl Ablehnungen												1					1
erneut gemäß § 8 Abs. 5																	
▶ davon Anzahl Genehmigungen																	
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
erneut gemäß § 9 Abs. 6																	
▶ davon Anzahl Genehmigungen																	
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2																	
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3																	
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen																	
▶ davon wegen Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4																	
▶ davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5																	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen																2	

ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Zur Vereinheitlichung bereits bestehender regionaler Qualitätssicherungsaktivitäten sowie zur Anpassung an internationale Standards wurde die bestehende Zytologie-Vereinbarung überarbeitet und in wesentlichen Punkten weiterentwickelt. Die neue „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)“ gilt seit dem 1. Oktober 2007. Die Neuregelungen betreffen insbesondere folgende Bereiche:

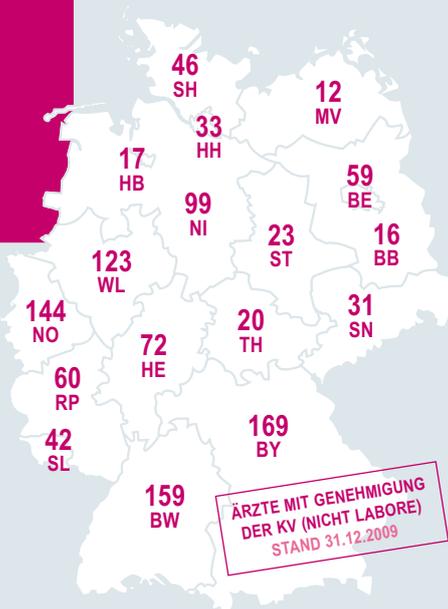
Die Neuregelungen betreffen insbesondere folgende Bereiche:

Einheitliche Eingangsqualifikation

Die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen sind nun für die berechtigten Facharztgruppen (Pathologen und Gynäkologen) einheitlich geregelt. Unverändert blieb die Notwendigkeit einer erfolgreichen Teilnahme an einer Präparateprüfung.

Fachliche Qualifikation der Präparatebefunder

Mit der neuen Zytologie-Vereinbarung wird auch die fachliche Qualifikation der im Zytologie-Labor unter Anleitung und Aufsicht des zytologieverantwortlichen Arztes tätigen Präparatebefunder verbindlich vorgegeben. Gefordert wird die erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als „Zytologisch tätige/-r Assistent/-in“ oder „Medizinisch-technische/-r Laboratoriumsassistent/-in“ mit einer anschließenden ganztägigen einjährigen praktischen Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie.



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

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

Durchführung von zytologischen Präparatebefundungen

Vorgaben zur Durchführung von zytologischen Präparatebefundungen sehen vor, dass die Präparatebefundung in den Räumen der zytologischen Einrichtung und an einem zytologischen Arbeitsplatz erfolgt. Entsprechend international üblichen Standards dürfen am Mikroskop arbeitende Präparatebefunder durchschnittlich pro Arbeitsstunde nicht mehr als zehn Präparate befunden. Geregelt sind auch Vorgaben zur Präparateaufbereitung. Die Präparatebefundung nach der „Münchner

Nomenklatur II“ ist verbindlich und regelt, welche Präparate vom zytologieverantwortlichen Arzt zu begutachten sind.

Stichprobenprüfung der Präparatequalität und ärztlichen Dokumentation/Statistik

Die Kassenärztliche Vereinigung fordert vom zytologieverantwortlichen Arzt zweijährlich zwölf Präparate mit der dazugehörigen Dokumentation und Befundung an. Die eingereichten Präparate werden von der Qualitätssicherungs-Kommission auf ausrei-

chende technische Präparatequalität, zutreffende und vollständige Beurteilung des Präparates sowie auf vollständige Dokumentation überprüft. Zudem ist der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich eine Jahresstatistik, die eine fallbezogene Auflistung der zytologischen Befundgruppen enthält, zu übermitteln. In dieser Jahresstatistik ist eine Zusammenführung und Korrelation zytologischer und histologischer Befundergebnisse vorzunehmen.

ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN UND PRÜFERGEBNISSE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL
GENEHMIGUNGEN																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009	159	169	59	16	17	33	72	12	99	144	60	42	31	23	46	20	123
Anzahl beschiedene Anträge					0	0		0									
neu	7	28	12	1		0	1		8	5	5	0	1	1	1	4	6
▶ davon Anzahl Genehmigungen	7	16	6	1			1		8	5	0		0	1	1	4	4
▶ davon Anzahl Ablehnungen		12	6								5		1				1
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0			0			0	0		0	0	0	0	0	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen																	
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0		0			0			0	0		0	0	0	0	0	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen																	
▶ davon Anzahl Ablehnungen																	
Anzahl Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	2	15	12	1		0	1		12	6	5	0	1	1	1	9	3
▶ davon bestanden	2	7	6	1			1		2	5	0		0	1	1	4	1
▶ davon nicht bestanden		8	6						10	1	5		1			5	2
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0			0			0	0	0	0	0	0	0	0	0
▶ davon bestanden																	
▶ davon nicht bestanden																	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	k. A.	0	0		0			0	0	0	0	0	0	0	0	0
▶ Mängel in der Dokumentations- / Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6																	
▶ Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4																	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	10	2	3	2		4		0	0	0	3	4	2	1	4	1	0

INDEX

- ▶ Abnahmeprüfungen _107
- ▶ Aktuelles _12
- ▶ Akupunktur _5, 6, 20
- ▶ analytische Psychotherapie _78
- ▶ Anwendung von Qualitätsindikatoren in Qualitätszirkeln und Praxen _13
- ▶ Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren _22
- ▶ AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen _13
- ▶ Arthroskopie _6, 12, 24
- ▶ Arztbibliothek _15
- ▶ Asthma _5, 29, 35
- ▶ Bewertungsschemata _16
- ▶ Blutreinigungsverfahren / Dialyse _27
- ▶ Brustkrebs _29, 34
- ▶ chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) _5, 29, 35
- ▶ Computertomographie _94
- ▶ Diabetes mellitus Typ 1 _5, 29, 33
- ▶ Diabetes mellitus Typ 2 _5, 29, 33
- ▶ Dialyse _27
- ▶ Disease-Management-Programme _5, 29
- ▶ Dokumentationsprüfungen _20, 52, 53, 63, 66, 75, 77, 86, 101, 110
- ▶ Eingangsprüfung _65, 115
- ▶ einheitliche Bewertungskriterien _16
- ▶ Fortbildung _20, 36
- ▶ Frequenzprüfungen _45, 46, 48, 49, 52, 59
- ▶ Genehmigungsvorbehalt _5, 6
- ▶ Geräteprüfungen, Ultraschall _106
- ▶ Gutachterverfahren _79
- ▶ Hautkrebs-Screening _5, 37
- ▶ Herzschrittmacher-Kontrolle _39
- ▶ Histopathologie (Hautkrebs-Screening) _37
- ▶ HIV / Aids _42
- ▶ Hygieneproofungen _53
- ▶ interventionelle Radiologie _44
- ▶ invasive Kardiologie _47
- ▶ Kernspintomographie _58
- ▶ Koloskopie _50
- ▶ kontrollierte Selbstüberprüfungen _65
- ▶ konventionelle Röntgendiagnostik _6, 92
- ▶ koronare Herzerkrankung _5, 29, 30, 34
- ▶ Laboratoriumsuntersuchungen _54
- ▶ Langzeit-EKG-Untersuchungen _5, 55
- ▶ Magnetresonanz-Angiographie _62
- ▶ Magnetresonanz-Tomographie der Mamma _59
- ▶ Magnetresonanz-Tomographie _58
- ▶ Mammographie (kurativ) _64
- ▶ Mammographie-Screening _67
- ▶ medizinische Rehabilitation _5, 70
- ▶ Nuklearmedizin _98
- ▶ Onkologie _71
- ▶ ÖQM _11
- ▶ ÖQMed _8, 10
- ▶ Osteodensitometrie _99
- ▶ Österreich _8
- ▶ otoakustische Emissionen _73
- ▶ Patientenbroschüre _17
- ▶ photodynamische Therapie am Augenhintergrund _74
- ▶ phototherapeutische Keratektomie _76
- ▶ psychosomatische Grundversorgung _5, 78
- ▶ Psychotherapie _78
- ▶ QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® _80
- ▶ Qualitätsförderung von A–Z _18
- ▶ Qualitätsmanagement _11, 80
- ▶ Qualitätssicherung im Praxisalltag _4, 6
- ▶ Qualitätssicherungs-Vereinbarungen auf Bundesebene _7
- ▶ Qualitätsziele _14
- ▶ Qualitätszirkel _81
- ▶ schlafbezogene Atmungsstörungen _82
- ▶ Schmerztherapie _85
- ▶ sektorenübergreifende Qualitätssicherung _13
- ▶ Sozialpsychiatrie _87
- ▶ Soziotherapie _88
- ▶ Status quo _2
- ▶ Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V _16, 24, 40, 56, 60, 83, 92, 94, 96, 98, 108
- ▶ Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen _89
- ▶ Strahlendiagnostik /-therapie _90
- ▶ Strahlentherapie _96
- ▶ substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger _5, 100
- ▶ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie _78
- ▶ Ultraschall, Anwendungsbereiche _104
- ▶ Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte _6, 109
- ▶ Ultraschalldiagnostik _5, 6, 102
- ▶ Ultraschallsysteme, Baujahre (Übergangsregelung) _106
- ▶ Vakuumbiopsie der Brust _112
- ▶ Verhaltenstherapie _78
- ▶ Wussten Sie schon ... _17
- ▶ zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri _114

ABKÜRZUNGEN

A Ä RöV	Arzt der ärztlichen Stelle nach Röntgenverordnung
Ä ex SV	ärztliche externe Sachverständige
Ä KK	Ärzte der Krankenkassen
ACE	Angiotensin Converting Enzyme
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom
Aids	acquired immuno deficiency syndrome (erworbenes Immunschwäche-Syndrom)
ÄM KK	ärztliche Mitglieder der Krankenkassen
ÄM KV	ärztliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung
AMD	altersabhängige feuchte Makuladegeneration
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AQUIK®	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
ÄStV KV	ärztliche Stellvertreter der Kassenärztlichen Vereinigung
ÄSV KV	ärztliche Sachverständige der Kassenärztlichen Vereinigung
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (Österreich)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
CNV	chorioidale Neovaskularisation
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Atemwegserkrankung)
CT	Computertomographie
DMP	Disease-Management-Programm
EFQM	European Foundation for Quality Management
EKG	Elektrokardiographie
EKV	Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen
EPA	Europäisches Praxisassessment
ETDRS	Early Treatment Diabetic Retinopathy Study
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HIV	human immunodeficiency virus (Humanes Immundefizienz-Virus)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KHK	koronare Herzerkrankung
KK	Teilnehmer der Krankenkassen
KPQM	Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
Kt/V	Parameter zur Bestimmung der Dialysequalität
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDL	low density lipoprotein (Lipoprotein geringer Dichte, ein Protein zum Transport von Blutfetten)
Lp(a)	spezielles Lipoprotein
MedPhys	Medizinphysiker
MRA	Magnetresonanztomographie
MRM	Magnetresonanztomographie

MRT	Magnetresonanztomographie
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖQM®	Österreichisches Qualitätsmanagement
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin
PDT	photodynamische Therapie
PTK	phototherapeutische Keratektomie
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QZ	Qualitätszirkel
RAND	Research AND Development (gemeinnütziges Forschungsinstitut)
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SV KV	Sachverständige der Kassenärztlichen Vereinigung
TAH	Thrombozytenaggregationshemmer

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

QUELLENVERZEICHNIS

- ▶ Bundesversicherungsamt. Tätigkeitsberichte 2006 und 2007
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit. Amtliche Statistik KM6 Teil II 2008 und 2009
- ▶ Datenerhebung, Qualitätsberichte und Internetauftritte der Kassenärztlichen Vereinigungen
- ▶ Dini L, Heintze C et al. ZEFQ 2010;104:113–119
- ▶ Hagen B, Altenhofen L et al. Qualitätssicherungsbericht 2008 – Disease-Management-Programme in Nordrhein
- ▶ MNC Medical Netware GmbH. Geschäftsbericht 2009 Datenanalyse Dialyse für den Gemeinsamen Bundesausschuss
- ▶ Stiftung Warentest. 11/2009 Journal Gesundheit 86–89

ANSCHRIFTEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Alles Gute.



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



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
Gute Versorgung. Gut organisiert.

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



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



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



KV 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 Saarland
Faktoreistraße 4
66111 Saarbrücken
Tel. (06 81) 40 03 - 0
Fax (06 81) 40 03 - 3 50
www.kvsaarland.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 Sachsen
Schützenhöhe 12
01099 Dresden
Tel. (03 51) 82 90 - 50
Fax (03 51) 82 90 - 5 63
www.kvs-sachsen.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 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 Hamburg
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Tel. (0 40) 2 28 02 - 0
Fax (0 40) 2 28 02 - 4 20
www.kvhh.de



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



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



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

IMPRESSUM

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

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

Redaktion:
Gabriele Sander

Dezernat Kommunikation
Dezernat 1
Dezernat 2
Dezernat 7

Gestaltung:
www.malzwei.de

Fotos:
Christof Rieken

Druck:
Lochmann Grafische Produktion GmbH

Copyright:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
November 2010

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