

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



QUALITÄTSBERICHT 2017

BERICHTSJAHR
2016

GRUSSWORT



Dr. Andreas Gassen
Vorsitzender des Vorstands der KBV



Dr. Stephan Hofmeister
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender



Dr. Thomas Kriedel
Mitglied des Vorstands

Die Sicherung und kontinuierliche Förderung der Qualität gehört zur ambulanten Versorgung wie das Stethoskop in die Arztpraxis. Ohne die nachgewiesene Kompetenz und Qualität darf ein Vertragsarzt gar nicht behandeln. Und das ist schon seit vielen Jahren so. Das KV-System hat eine lange Reihe von Qualitätsinstrumenten in die Versorgung gebracht, manche – beispielsweise die Qualitätszirkel oder Peer Reviews – auf freiwilliger Basis. Andere – wie die regelmäßige Beurteilung von Fallsammlungen oder Geräteprüfungen – sind in einzelnen Leistungsbereichen verpflichtend vorgegeben. Wie dieser Bericht wieder einmal darlegt, werden die Qualitätssicherungsmaßnahmen konsequent umgesetzt.

Qualität begreifen wir im KV-System als wesentliches Sicherstellungsmerkmal. Gerade in der aktuellen politischen Diskussion werden wir nicht müde, das immer wieder zu betonen. Denn im Wettbewerb mit dem stationären Sektor fördert die Politik derzeit leider einseitig die Krankenhäuser, anstatt der Selbstverwaltung das nötige Vertrauen bei der Sicherstellung der zukünftigen Versorgung entgegenzubringen. Wir müssen noch deutlicher machen, was wir in der ambulanten Versorgung bereits in Sachen Qualitätssicherung leisten und immer wieder hervorheben, dass die Versorgungsqualität bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sehr hoch ist. Dies tun wir unter anderem mit diesem Qualitätsbericht.

Der Bericht zeigt einmal mehr, dass wir den Sektorenvergleich nicht zu scheuen brauchen. Wir haben nichts gegen eine vergleichbare sektorenübergreifende Qualitätssicherung, aber wir arbeiten schon lange mit eigenen, gut funktionierenden Instrumenten. Entscheidend sind dabei für uns zwei Schlagworte: Strukturqualität und Prozessqualität. Denn nur damit können die typischen Krankheitsbilder des ambulanten Bereichs sinnvoll abgebildet werden.

Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sind die Spezialisten für chronische Erkrankungen. Sie betreuen oftmals multimorbide Patienten mit langen und komplizierten Krankheitsverläufen. Zudem sind sie erster Ansprechpartner für Präventionsmaßnahmen und die palliativmedizinische Versorgung. Mit der fortschreitenden Ambulantisierung der Medizin werden diese Stärken der Niedergelassenen noch weiter an Bedeutung gewinnen. Gut also, dass Qualität dem KV-System inhärent ist.

Wir wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

01 | AKTUELLES

Kennzahlen zur Qualitätssicherung – Gesamtumfang für das Berichtsjahr 2016	7
Aktualisierung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie.	8
Aktualisierung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur PET/CT.	9
Fortbildungspflicht	9
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	10
Qualitätsgesicherte ärztliche Versorgung von Menschen mit HIV / Aids	11
Jahresstatistik Zervix-Zytologie – Welche Informationen liefert die Münchner Nomenklatur III?	12
Regionale Qualitätsinitiativen.	14
▪ KV Baden-Württemberg	15
▪ KV Bayerns	16
▪ KV Berlin	17
▪ KV Brandenburg	18
▪ KV Bremen	19
▪ KV Hamburg	20
▪ KV Hessen	21
▪ KV Mecklenburg-Vorpommern	22
▪ KV Niedersachsen	23
▪ KV Nordrhein	24
▪ KV Rheinland-Pfalz	25
▪ KV Saarland	26
▪ KV Sachsen	27
▪ KV Sachsen-Anhalt	28
▪ KV Schleswig-Holstein	29
▪ KV Thüringen	30
▪ KV Westfalen-Lippe	31
Einrichtungen mit weiteren Qualitätsinitiativen.	32
▪ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.	33
▪ Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte.	34
▪ Kompetenzzentrum Kurative Mammographie	35
▪ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.	36
▪ Kooperationsgemeinschaft Mammographie	37

02 | QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z

Akupunktur	39
Ambulantes Operieren	40
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	41
Arthroskopie	43
Balneophototherapie	45
Blutreinigungsverfahren / Dialyse	46
Disease-Management-Programme	48
▪ Ausgewählte Qualitätszielerreichung für das Jahr 2015	
▪ Vertragsumfang	
Fakultative Stichprobenprüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V	54
▪ Ambulantes Operieren, Herzschrittmacher-Kontrolle, Langzeit-EKG-Untersuchungen, Onkologie, schlafbezogene Atmungsstörungen, Nuklearmedizin, substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	
Spezialisierte geriatrische Diagnostik	56
Herzschrittmacher-Kontrolle	57
Histopathologie Hautkrebs-Screening	58
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen.	60
Hörgeräteversorgung	62
Hörgeräteversorgung (Kinder).	64
Holmium-Laser-Eingriffe beim benignen Prostatasyndrom	66
Interventionelle Radiologie	67
Intravitreale Medikamenteneingabe	69
Invasive Kardiologie	71
Kapselendoskopie – Dünndarm	73
Koloskopie	75
Laboratoriumsuntersuchungen	78
Langzeit-EKG-Untersuchungen	79
Magnetresonanz- / Kernspintomographie	80
Magnetresonanz-Angiographie	83
Mammographie (kurativ)	85
Mammographie-Screening.	88

03 | HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE

Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)	91	Ambulante Qualitätssicherung	137
Molekulargenetik	92	▪ Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung	
Neuropsychologische Therapie	94	▪ Dimensionen der Qualitätssicherung	
Onkologie	96	▪ Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung	
Otoakustische Emissionen	97	Glossar	148
PET und PET / CT.	98	Arztstruktur	154
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	100	Abkürzungen	156
Phototherapeutische Keratektomie	101	Quellen	157
Psychotherapie	102	Adressen der Kassenärztlichen Vereinigungen	158
Qualitätsinitiativen	104	Impressum	160
▪ Qualitätszirkel			
▪ Peer Review			
Qualitätsmanagement und Patientensicherheit	106		
▪ Neue Qualitätsmanagement-Richtlinie in Kraft getreten			
▪ Mein PraxisCheck			
▪ QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®			
▪ Patientenbefragung mit ZAP			
Schlafbezogene Atmungsstörungen	108		
Schmerztherapie	109		
Sozialpsychiatrie	111		
Soziotherapie	112		
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	113		
Strahlendiagnostik / -therapie.	114		
▪ Konventionelle Röntgendiagnostik			
▪ Computertomographie			
▪ Osteodensitometrie			
▪ Strahlentherapie			
▪ Nuklearmedizin			
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	121		
Ultraschalldiagnostik	123		
▪ Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte			
Vakuumbiopsie der Brust	131		
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri	133		


01

AKTUELLES



KENNZAHLEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG – GESAMTUMFANG FÜR DAS BERICHTSJAHR 2016


ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DES PRÜFGESCHEHENS IM BERICHTSJAHR

169.866  **an der vertragsärztlichen
Versorgung teilnehmende Ärzte
und Psychotherapeuten**

inklusive angestellte und
ermächtigte Ärzte

277.543  **Genehmigungen zu
verschiedenen Bereichen**

keine Kopfzählung


12.261  **Stichproben- / Dokumentations-
prüfungen (Ärzte)**

inklusive Wiederholungen

124.720  **geprüfte
Patientendokumentationen**

Wert enthält für einzelne Leistungs-
bereiche Schätzungen

4.704  **Frequenzüberprüfungen
(Ärzte)**

16.508  **Fortbildungen gemäß
spezieller Qualitäts-
sicherungsvorgaben**

inklusive Fortbildungsprüfungen
und Wiederholungen

17.935  **gerätebezogene Prüfungen**

inklusive Wartungsnachweise und
Wiederholungen

3.877  **Hygieneprüfungen**

inklusive Wiederholungen

368  **Widerrufe wegen Wegfall der
Qualifikationsvoraussetzungen**

102  **Widerrufe wegen negativer
Prüfergebnisse**

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

Für die 169.866 Ärzte und Psychotherapeuten stehen diese besonders qualitätsgesicherten Leistungsbereiche unter Genehmigungsvorbehalt. Die KVen sind als ihre direkten Ansprechpartner für die Erteilung der Genehmigungen verantwortlich. Dazu prüft die KV die Einhaltung von Genehmigungsvoraussetzungen, wie besondere fachliche Befähigung, gerätetechnische Vorgaben, räumliche Gegebenheiten der Praxis.

Zum Ende des Berichtsjahres hielten die Ärzte und Psychotherapeuten 277.543 Genehmigungen zu verschiedenen Leistungsbereichen, zusätzlich 36.753 Genehmigungen für Psychotherapie.¹

Die Aufrechterhaltung von Genehmigungen ist in der Regel an die Erfüllung von Vorgaben geknüpft, zum Beispiel eine auf den Einzelfall bezogene Überprüfung der jeweils erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung, einschließlich der bildlichen Dokumentation. Fachlich wird die KV dabei von Ihrer Qualitätssicherungskommission unterstützt. Die Rückmeldung des Ergebnisses der stichprobenhaften Überprüfung an den Arzt dient dabei auch als konkrete Qualitätsförderungsmaßnahme.

In 12.261 Einzelfallprüfungen wurden 124.720 Patientendokumentationen geprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind im jeweiligen Leistungsbereich nachzulesen. Letzte Konsequenz bei speziellen Qualitätsmängeln oder wiederholten schwerwiegenden Beanstandungen ist jedoch der Widerruf der Genehmigung. In insgesamt 470 Fällen wurde die Genehmigung widerrufen. Darunter auch Fälle, in denen wichtige Vorgaben nicht mehr erfüllt waren, wie spezielle Fortbildungs- und Leistungsnachweise, Mindestfrequenzen, gerätebezogene Anforderungen wie Wartungsnachweise, messtechnische Kontrollen oder Hygieneprüfungen. Die KVen haben in 4.704 Fällen die Einhaltung von Frequenzvorgaben überprüft, 16.508 Überprüfungen spezieller Fortbildungsanforderungen vorgenommen, und – insbesondere im Leistungsbereich Ultraschall – 17.935 gerätebezogene Überprüfungen durchgeführt. 3.877 Hygieneprüfungen erfolgten zur Sicherung der Qualität der Koloskopie.

Markante Veränderungen gegenüber 2015: Es entfielen durch den Wegfall von speziellen Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Verordnung von medizinischer Rehabilitation über 40.000 Genehmigungen, durch die Aussetzung der Dokumentationsprüfungen in der Akupunktur über 500 Prüfungen und 9.000 geprüfte Patientendokumentationen, durch den Abschluss der Abnahmeprüfungen im Ultraschall über 20.000 gerätebezogene Prüfungen.

¹ Gezählt wurden hier als Näherung die an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Fachgruppen, bei denen die Genehmigung zu einem Richtlinienverfahren vorhanden sein muss (Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) oder häufig vorhanden ist (Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen und Psychiater)

AKTUALISIERUNG DER QUALITÄTS- SICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR STRAHLENDIAGNOSTIK UND -THERAPIE



In der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V sind seit 1993 apparative Voraussetzungen an Geräte zur (allgemeinen) Röntgendiagnostik und Computertomographie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin festgelegt. Mittlerweile sind nicht nur einzelne Mindestanforderungen, sondern die seinerzeit gewählte Systematik der Qualitätsparameter veraltet, so dass es für die KVen zunehmend schwieriger wurde, eine sinnvolle und dem aktuellen Stand der Medizintechnik entsprechende betriebsstättenbezogene Qualitätssicherung sicherzustellen.

Zudem sind apparative Anforderungen im Bereich der Strahlendiagnostik und -therapie detailliert vom Gesetzgeber vorgegeben – zum Beispiel in der Röntgenverordnung mit den zugehörigen Richtlinien – und werden dort auch in Gremien des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit regelmäßig und in der Regel in kurzen Abständen aktualisiert. Im Gegensatz zur bundesmantelvertraglichen Qualitätssicherung gelten diese Vorgaben nicht nur für die vertragsärztliche Versorgung, sondern gleichermaßen für alle (human-)medizinischen Anwendungen.

In einem ersten Schritt haben sich die Partner des Bundesmantelvertrags nun auf Änderungen der apparativen Anforderungen im Bereich der Röntgendiagnostik einschließlich Computertomographie verständigt. Demnach soll zukünftig auf die bundesmantelvertragliche Definition spezieller apparativer Voraussetzungen ganz verzichtet werden. Es ist stattdessen vorgesehen, dass der Arzt seiner KV im Rahmen eines Antrags auf Genehmigung die behördliche Genehmigung beziehungsweise Anzeigebestätigung nach Röntgenverordnung vorlegt. Darüber hinaus kann die KV weitere Unterlagen, zum Beispiel den Prüfbericht der Sachverständigenprüfung nach Röntgenverordnung, anfordern.

Auch zukünftig wird die Genehmigung nach Anwendungsklassen erteilt. Diese sind jedoch nicht mehr in der Qualitätssicherungsvereinbarung definiert, sondern entsprechen den röntgenrechtlichen Vorgaben. Die Zuordnung zu den beantragten Anwendungsklassen kann anhand der eingereichten Unterlagen vorgenommen werden. Gewährleistungserklärungen der Hersteller oder Vertreiber sind nicht mehr erforderlich. Durch die Änderungen werden zukünftig

reduzante Regelungen ebenso vermieden wie spezielle, nur für den vertragsärztlichen Bereich geltende Vorgaben. Darüber hinaus ist durch den Verweis auf röntgenrechtliche Vorgaben die Aktualität der apparativen Anforderungen gesichert. Zudem werden deutliche Vereinfachungen im Ablauf des Genehmigungsverfahrens für Ärzte, KVen und Qualitätssicherungskommissionen erreicht.

Die Änderungen sind zum 1. Oktober 2017 in Kraft getreten. Entsprechende Anpassungen für die Strahlentherapie und Nuklearmedizin sind zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

AKTUALISIERUNG DER QUALITÄTS- SICHERUNGSVEREINBARUNG ZUR PET / CT

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss im März 2017 beschlossen hatte, dass die Positronen-Emissions-Tomographie / Computertomographie (PET / CT) bei zwei weiteren Indikationen zur Diagnostik eingesetzt werden kann, wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung zur PET / CT entsprechend angepasst.

Bei den neuen Indikationen handelt es sich um Untersuchungen

- zur Entscheidung über eine sogenannte Neck Dissection bei Patienten
 - mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder
 - mit unbekanntem Primärtumor-syndromen des Kopf-Hals-Bereichs beziehungsweise

- zur Entscheidung über eine laryngoskopische Biopsie beim Larynxkarzinom, wenn nach Abschluss einer kurativ intendierten Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv besteht.

Die Änderungen in der Qualitätssicherungsvereinbarung betreffen vor allem die Zusammensetzung des interdisziplinären Teams. Dieses wird bei den neuen Indikationen um einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder einen Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie ergänzt.

Eine Übergangsregelung stellt sicher, dass bisherige Genehmigungsinhaber aufwandsarm auch für die neuen Indikationen eine Genehmigung erhalten können. Die Änderungen sind zum 1. Oktober 2017 in Kraft getreten.



FORTBILDUNGSPFLICHT

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

Honorarkürzungen bis hin zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung vor.

Das SGB V verpflichtet die KBV, den Umfang der Fortbildung sowie das Verfahren des Fortbildungsnachweises und der gegebenenfalls zu erfolgenden Honorarkürzung zu regeln. Das ist mit dem Inkrafttreten der Regelung der KBV zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V am 1. Juli 2004 geschehen. Erfahrungen aus der mehr als zehnjährigen Umsetzungspraxis und die erfolgte Rechtsprechung haben Anlass gegeben, die Regelung entsprechend anzupassen. Die Vertreterversammlung der KBV hat deshalb eine Neufassung zum 1. Oktober 2016 beschlossen.

Im Jahr 2016 waren bundesweit 13.092 Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet, ein Fortbildungszertifikat bei ihrer KV vorzulegen. Die große Mehrheit, nämlich

96,5 Prozent, ist dieser Verpflichtung nachgekommen. 454 Ärzte und Psychotherapeuten haben den Nachweis nicht fristgemäß erbracht und mussten Honorarkürzungen in Kauf nehmen. Zwölf Ärzte und Psychotherapeuten konnten auch nach zweijähriger Nachholfrist den Fortbildungsnachweis nicht erbringen – ihnen wurde im Jahr 2016 die Zulassung entzogen.

Die KBV und die KVen unterstützen die Fortbildungsaktivitäten durch verschiedene Angebote, wie beispielsweise Online-Fortbildungen zu Arzneimittel und MRSA oder die Bereitstellung didaktisch aufbereiteter Themen-Module für Qualitätszirkel. Zusätzlich gibt es vielfältige Fortbildungsangebote zu den Themenbereichen Qualitätsmanagement und Qualitätszirkelarbeit in Form von Präsenzveranstaltungen.

.....
www.kbv.de/html/fortbildung.php

SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG

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

Für die Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität hat der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 137a SGB V ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut zu gründen, welches in seinem Auftrag tätig wird. Seit 1. Januar 2016 ist das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit den Aufgaben der Institution nach § 137a SGB V betraut. Trägerin des IQTIG ist die gleichnamige Stiftung privaten Rechts, deren Errichtung der Gemeinsame Bundesausschuss am 21. August 2014 beschlossen hat.

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

PERKUTANE KORONAR-INTERVENTION UND KORONARANGIOGRAPHIE

Im Februar 2015 wurde das erste spezifische Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in einer Richtlinie beschlossen. Die

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie ist die erste Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bei der Vertrags- und Krankenhausärzte nach denselben Qualitätssicherungsverfahren bewertet werden. Das Verfahren stützt sich auf zwei Datenquellen – die Dokumentation durch den Arzt und Sozialdaten – die bei den Krankenkassen vorliegen.

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

Die Daten der Ärzte und die der Krankenkassen werden zusammengeführt und ausgewertet. Auf Basis dieser Auswertung erhalten die am Verfahren beteiligten Praxen und Krankenhäuser einen jährlichen Rückmeldebericht. Ende des ersten Quartals 2017 endete die Frist zur Datenübermittlung für das Erfassungsjahr 2016. Das IQTIG befasst sich mit der erstmaligen Auswertung der Daten aus diesem Qualitätssicherungsverfahren. Zukünftig soll das Verfahren um die Patientenperspektive ergänzt werden. Daher wurde das IQTIG am 21. April 2016 mit der Entwicklung einer Patientenbefragung beauftragt.

Zur Bewertung der Ergebnisse und Einleitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gründen die KVen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankengesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen sogenannte Landesarbeitsgemeinschaften. Während

die KVen in ihrer Funktion als Datenannahmestelle ihre Arbeit bereits aufgenommen haben, stehen die Gründungen der Landesarbeitsgemeinschaften in einigen Bundesländern derzeit noch aus.

VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFEKTIONEN: POSTOPERATIVE WUNDINFEKTIONEN

Am 1. Januar 2017 startete das zweite Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung „Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen“. Das Verfahren fußt größtenteils auf Sozialdaten und einer fallbezogenen Dokumentation in Krankenhäusern. Die einzige zusätzliche Dokumentationspflicht im vertragsärztlichen Bereich besteht in einer einmal jährlich stattfindenden einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement (Einrichtungsbefragung).

Aufgrund der komplexen Zusammenführung der stationär und ambulant erhobenen Daten mit Sozialdaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten wurde zunächst eine sogenannte Erprobungs-Richtlinie auf den Weg gebracht, die für einen Zeitraum von fünf Jahren gilt.

Die Einrichtungsbefragung findet einmal pro Jahr jeweils im ersten Quartal statt und bezieht sich auf das vorangegangene Jahr. Erstmals findet die Befragung Anfang des Jahres 2018 über ein Webportal statt. Dieses Webportal wird durch die KBV entwickelt und den KVen zur Verfügung gestellt. Von diesem sQS-Verfahren sind circa 8.000 operativ tätige Vertragsärzte (Chirurgen, Orthopäden, Gynäkologen sowie Urologen) in circa 5.500 Praxen beziehungsweise Einrichtungen betroffen.



QUALITÄTSGESICHERTE ÄRZTLICHE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT HIV / AIDS

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion / Aids-Erkrankung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung richtet sich nach den Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV / Aids, die seit Juli 2009 in Kraft ist. Ziel dieser Vereinbarung ist es, die Qualität der spezialisierten Versorgung von HIV-infizierten beziehungsweise an Aids erkrankten Patienten anhand einheitlicher Qualitätsanforderungen sicherzustellen. Die komplexe Betreuung von HIV- / Aids-Patienten erfolgt in speziell dafür zugelassenen Schwerpunktpraxen, die für ihre Zulassung hohe Qualitätsanforderungen erfüllen müssen. So muss beispielsweise die selbstständige Betreuung von 25 HIV- / Aids-Patienten, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst, regelmäßig nachgewiesen werden. Derzeit gibt es im Bundesgebiet 308 Ärzte mit Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen.

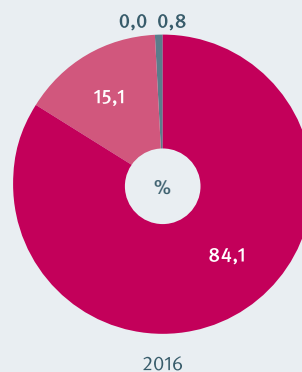
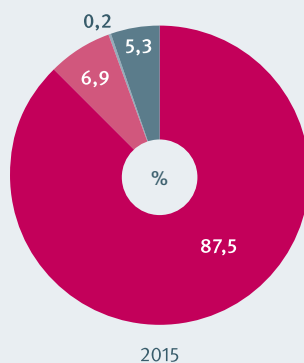
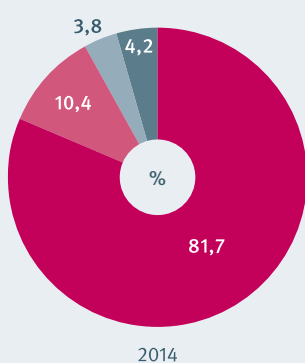
Im Jahr 2016 wurden im Rahmen von Stichprobenprüfungen durch die Qualitätssicherungskommissionen der KVen die Patientendokumentationen von 51 Ärzten geprüft, das sind 16,9 Prozent der an der Qualitätssicherungsvereinbarung teilnehmenden Ärzte. Von den 51 geprüften Ärzten haben 47 im ersten Anlauf die Dokumentationsprüfungen bestanden. Von sieben Ärzten wurde eine Stellungnahme zu den behandelten Patienten gefordert, die in sechs Fällen als ausreichend angesehen wurde. Bei einem Arzt mit negativem Prüfergebnis und nicht ausreichender Stellungnahme wurde ein Kolloquium im Sinne eines Beratungsgesprächs angesetzt.

Die KVen fordern von jedem Arzt, der in die Stichprobenprüfung kommt, zehn abgerechnete Fälle unterschiedlicher Patienten aus einem Kalenderjahr an. 429 der insgesamt 510 im Jahr 2016 geprüften Dokumentationen, das sind 84,1 Prozent, waren im Sinne der Qualitätssicherungsvereinbarung vollständig und ergaben keine Beanstandungen der

Behandlungsqualität, 77 Dokumentationen (15,1 Prozent) waren unvollständig, jedoch ebenfalls ohne Beanstandungen der Behandlungsqualität. Dies bedeutet, dass 99,2 Prozent der geprüften Dokumentationen ohne Beanstandungen der Behandlungsqualität waren. In vier Fällen (0,8 Prozent) wurde die Behandlungsqualität beanstandet, davon drei wegen nicht leitliniengerechter antiretroviraler Medikation und einer wegen mangelnder Prophylaxemaßnahmen. Eine isolierte Betrachtung des Anteils der Fälle mit Beanstandung der Behandlungsqualität über die letzten drei vorliegenden Jahre zeigt einen Rückgang dieses Anteils von acht Prozent für 2014, über fünf Prozent für 2015 und auf den minimalen Anteil von unter einem Prozent im Jahr 2016.

Diese Ergebnisse belegen, dass die Qualitätssicherungsvereinbarung HIV / Aids der Partner des Bundesmantelvertrags hohe Qualitätsstandards in der Versorgung der gesetzlich versicherten HIV- / Aids-Patienten sicherstellt.

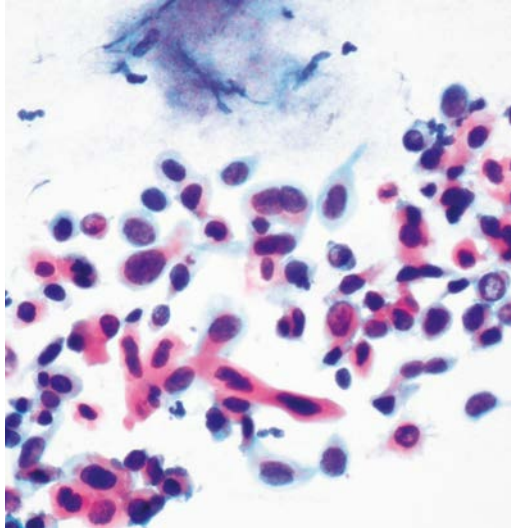
AKTUELLE ZAHLEN – DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN Prüfergebnisse (fallbezogen)



■ vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität
■ nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität

■ vollständig, aber Beanstandungen der Behandlungsqualität
■ nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität

JAHRESSTATISTIK ZERVIX-ZYTOLOGIE – WELCHE INFORMATIONEN LIEFERT DIE MÜNCHNER NOMENKLATUR III?



Anlässlich der Einführung der Münchner Nomenklatur III zur Klassifizierung der zytologischen Befunde wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie zum 1. Januar 2015 aktualisiert. Die aktualisierte Nomenklatur soll einer verbesserten Versorgung der Patientinnen im Zervix-Screening dienen und die internationale Vergleichbarkeit der zytologischen Befunde ermöglichen. Um die Effektivität der reformierten Klassifikation zu überprüfen, bietet sich zunächst die Jahresstatistik an, die gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung von jeder zytologischen Einrichtung zu erstellen ist. Für die Jahresstatistik 2015 wurde erstmals die aktualisierte Nomenklatur angewandt.

Die Ergebnisse werden von der Einrichtung an die zuständige KV übermittelt und von dort nach Ausgabe von Benchmark-Berichten anonymisiert zur Auswertung an die KBV weitergeleitet. Sie liefern wichtige Erkenntnisse zur Qualität der zytologischen Untersuchung, zu epidemiologischen Fragestellungen und sie reflektieren die diagnostische Arbeit der Einrichtung eines ganzen Jahres. Die bundesweiten Ergebnisse der Jahresstatistiken 2015 gemäß Münchner Nomenklatur III wurden nun erstmalig analysiert. Für 2015 konnten die Befunde von 15,1 Millionen Frauen ausgewertet werden.

KONTINUITÄT DER DATEN: NIEDRIGE RATE AUFFÄLLIGER BEFUNDE UND ABKLÄRUNGS- UNTERSUCHUNGEN

Von 15.124.043 im Jahr 2015 untersuchten Frauen erhielten 1,56 Prozent einen auffälligen Befund der Gruppen III, IIID, IV und V. Erwartungsgemäß liegt diese Auffälligenrate auf dem niedrigen Niveau der Vorjahre. Aufgrund des pathologischen zytologischen Befunds wurde bei insgesamt 49.707 Frauen aus Biopsie oder Konus gewonnenes Gewebe histologisch untersucht. Das entspricht einer Abklärungsrate von 0,33 Prozent bezogen auf alle untersuchten Frauen. Die geringe Positivrate und die geringe Anzahl nachfolgender Kontroll- und Abklärungsuntersuchungen bestätigen die bewährte Praxis der zytologischen Untersuchung als Suchtest im Rahmen des bundesweiten Früherkennungsprogramms.

NEUE ERKENNTNISSE AUS DER MÜNCHENER NOMENKLATUR III

Die Münchener Nomenklatur III kann durch korrekte Anwendung der Befundgruppen und einen adäquaten Umgang mit den zweifelhaften und positiven Befunden die Zervixkarzinom-Vorsorge weiter verbessern. Zudem vereinfacht sie die Kommunikation zwischen den Anwendern im zytologischen Labor und den behandelnden Frauenärzten sowie den Pathologen im histologischen Labor. Die Transparenz der Befunde erleichtert dem Arzt das Gespräch mit der Patientin über das mit der zytologischen Diagnose verbundene Risiko und stärkt damit das Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Arzt. Im Folgenden werden die wichtigsten Informationen, die die Münchener Nomenklatur III liefert, zusammengefasst.

NIEDRIG-RISIKO-BEFUNDE DER GRUPPE II-P

Mit Spannung wurde erwartet, wie hoch in Deutschland der Anteil der Befunde der Gruppe II-p – Korrelat für die international gebräuchliche Bethesda-

Kategorie ASC-US – ist. Da es in der Münchner Nomenklatur II für diese Kategorie des Bethesda-Systems weder eine Entsprechung noch Vorgaben zur Abklärung gab, wird die diesbezügliche Grauzone nun erstmals transparent. Dies interessiert zum Beispiel die Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie, die sich intensiv bemüht, eine ausreichende Kapazität qualifizierter Kolposkopie bereitzustellen. Daten aus der Jahresstatistik können für die Programm-Evaluation und bei der Weiterentwicklung von Algorithmen zur Abklärung auffälliger Screening-Befunde wichtige Informationen liefern.

Der Anteil der Gruppe II-p beträgt deutschlandweit durchschnittlich 1,13 Prozent und liegt damit deutlich unter den aus den USA berichteten ASC-US-Raten von 3,9 Prozent. Unter den wenigen laut Jahresstatistik histologisch abgeklärten II-p-Fällen (1.202 von 170.692 Frauen mit einer Gruppe II-p, Abklärungsrate 0,70 Prozent) wiesen 0,17 Prozent aller Frauen eine CIN2+ auf (297 Frauen, davon 138 CIN2, 151 CIN3, 8 Zervixkarzinome). Für eine wirkliche Risikobeurteilung der zunächst nur kontrollbedürftigen Befunde der Gruppe II-p (ebenso der Gruppen III und IIID, siehe unten) sind Langzeitbeobachtungen über ein Berichtsjahr hinaus notwendig. Die Jahresstatistik kann hier nur unzureichende Informationen liefern, da die kurzfristig sehr niedrigen Abklärungsraten und der fehlende Bezug zu Vorbefunden keine valide Aussage zulassen.

FAZIT AUS DER JAHRESSTATISTIK

Die Münchner Nomenklatur III erhöht das Niveau der Patientenversorgung im Zervix-Screening und erlaubt einen direkten Vergleich mit internationalen Daten. Ihre erfolgreiche Umsetzung verlangt vom Zytologen eine strikte Anwendung der Definitionen und bleibt hinsichtlich der Anwendung der Gruppe II, der Einordnung von Grenzfällen (Gruppe IIID1 – IIID2, Gruppe IIID2 – IVa-p) sowie der epithelspezifischen Zuordnung (platten- oder drüsenepithelial) eine Herausforderung.

DREI SCHWEREGRADE PLATTENEPITHELIALER DYSPLASIEN

Die erste Jahresstatistik nach der Münchner Nomenklatur III weist aus, wie häufig zytologische Befunde einer CIN1 (Gruppe IIID1) und einer CIN2 (Gruppe IIID2) auftreten: in 0,74 beziehungsweise 0,41 Prozent. Die Rate der zytologischen Befunde einer schweren Dysplasie/ eines Carcinoma in situ (Gruppe IVa,b-p) liegt wie in den Vorjahren bei 0,17 Prozent. Sehr unterschiedlich sind bei diesen drei Befundgruppen die Abklärungsraten mit 4,91 Prozent (IIID1), 16,58 Prozent (IIID2) und 82,66 Prozent (IVa,b-p), womit der Regressionsneigung der geringgradigeren Dysplasien der Gruppe IIID Rechnung getragen wird, während bei den therapiepflichtigen schwergradigen Läsionen eine möglichst vollständige histologische Abklärung anzustreben ist.

Die histologischen Diagnosen bei Abklärung der Gruppen IIID1, IIID2 und IVa,b-p (Tabelle 1) zeigen ebenfalls eine deutlich verschiedene Verteilung. Dies dokumentiert die Notwendigkeit einer dreistufigen Graduierung der CIN sowohl in der Zytologie als auch in der Histologie als Basis für ein risikoadaptiertes Befundmanagement.

Tabelle 1: Gruppe IIID1, IIID2 und IVa,b-p – Abklärungsraten und histologische Befunde

BEFUNDGRUPPE	IIID1	IIID2	IVa-p	IVb-p
Anzahl Frauen (%)	111.927 (0,74)	62.296 (0,41)	25.161 (0,17)	1.249 (0,008)
davon Anzahl Histologie (%)	5.494 (4,91)	10.326 (16,58)	20.846 (82,85)	984 (78,78)
– davon:				
ohne CIN / Karzinom	19,93	8,47	3,07	2,44
CIN1	37,82	12,80	2,54	1,22
CIN2	24,24	37,95	8,55	3,66
CIN3	17,35	39,76	82,24	65,14
AIS	0,22	0,29	0,62	1,52
P-Ca	0,27	0,40	2,48	22,26
A-Ca	0,05	0,09	0,27	1,32
E-Ca	0,11	0,23	0,22	2,44

CIN: Cervikale Intraepitheliale Neoplasie; AIS: Adenocarcinoma in situ; P-Ca: Plattenepithelkarzinom; A-Ca: Zervikales Adenokarzinom; E-Ca: Endometriumkarzinom u. a. Malignome

AUFFÄLLIGE BEFUNDE DES ZERVIKALEN DRÜSENEPITHELIS

Mit der anlässlich der Münchner Nomenklatur III veränderten Befunderfassung für die Jahresstatistik ist erstmals eine Differenzierung der Zervixkarzinome und der hochgradigen Vorläuferläsionen nach Epitheltypen möglich: Plattenepithelkarzinome überwiegen mit 1.878 Fällen gegenüber den endozervikalen Adenokarzinomen mit 606 Fällen. Bei 26.258 Frauen wurde eine CIN3 diagnostiziert, bei 643 Frauen ein Adenocarcinoma in situ (48,8 Prozent versus 1,2 Prozent aller histologisch abgeklärten Befunde). Außerdem wurden im Rahmen des Zervix-Screening 1.664 extrazervikale Malignome – meist Endometriumkarzinome – registriert.

Mit einer verbesserten Abstrich-Entnahme durch die Frauenärzte und einer gesteigerten Sensitivität der Zytologen für drüsenepitheliale Auffälligkeiten wird versucht, der relativen und absoluten Zunahme des Adenokarzinoms entgegenzutreten. Zielläsion sind das Adenocarcinoma in situ und frühinvasive, noch klinisch stumme Adenokarzinome. Im Gefolge der Münchner Nomenklatur III sollte durch Einführung von Subgruppen für die glandulären Befunde (Suffix -g) die Aufmerksamkeit für diese Befunde gesteigert und die Kommunikation mit betreuenden Frauenärzten und Operateuren verbessert werden.

Die glandulären Befundgruppen (Suffix -g) treten mit 0,28 Prozent im Vergleich zu 2,58 Prozent auffälligen plattenepithelialen Befunden selten auf. Ihr Anteil stimmt mit dem der auffälligen drüsenepithelialen Befunde, wie sie die Anwender des Bethesda-Systems berichten, überein. Ebenfalls übereinstimmend mit internationalen Daten zeigt sich, dass die Treffsicherheit hinsichtlich des Epitheltyps (Tabelle 2)

Tabelle 2: Glanduläre Befundgruppen – Abklärungsraten und histologische Befunde

BEFUNDGRUPPE	II-g	III-g	IVa-g	IVb-g	V-g
Anzahl Frauen (%)	32.401 (0,21)	8.773 (0,06)	1.391 (0,009)	160 (0,001)	280 (0,002)
davon Anzahl Histologie (%)	329 (1,02)	2.155 (24,66)	1.147 (82,46)	128 (80,00)	227 (81,07)
– davon:					
ohne CIN / Karzinom	69,60	37,12	7,32	6,25	2,20
CIN1	8,81	6,68	2,53	2,34	0,44
CIN2	4,26	9,61	6,89	3,13	0,88
CIN3	5,47	26,77	55,01	27,34	10,13
AIS	2,13	6,26	19,53	19,53	1,76
P-Ca	0,91	3,02	2,53	6,25	14,98
A-Ca	2,43	5,06	5,41	26,56	38,77
E-Ca	6,38	5,48	0,78	8,59	30,84

CIN: Cervikale Intraepitheliale Neoplasie; AIS: Adenocarcinoma in situ; P-Ca: Plattenepithelkarzinom; A-Ca: Zervikales Adenokarzinom; E-Ca: Endometriumkarzinom u. a. Malignome

nicht so hoch ist wie für die plattenepithelialen Befunde, bei denen eine Abklärung nur ausnahmsweise ein Adenocarcinoma in situ oder ein Adenokarzinom erbringt. Inwieweit hier künftig die Korrelation zwischen zytologischen und histologischen Befunden verbessert werden kann, werden nachfolgende Statistiken zeigen.

REGIONALE QUALITÄTSINITIATIVEN



An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten nach Kassenärztlichen Vereinigungen (Zählung nach Personen)

BAR-Statistik 31.12.2016

AUFBEREITUNG VON MEDIZINPRODUKTEN – ERSTE ERFAHRUNGEN MIT NEUEM FORTBILDUNGSKONZEPT

Im März 2007 wurde bei der KV Baden-Württemberg ein neues Angebot in den Fortbildungskatalog aufgenommen: der Kurs zum Erwerb der Sachkenntnis für die Aufbereitung von Medizinprodukten. Die Nachfrage danach ist über die Jahre konstant hoch geblieben. Seit dem Jahr 2016 erfolgt die Fortbildung nach einem neuen, von der Bundesärztekammer verabschiedeten, Curriculum.

Der Gesetzgeber hat eine ordnungsgemäße Ausführung des Aufbereitungsprozesses an eine besondere Qualifikation geknüpft. Die einschlägigen Rechtsgrundlagen in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung und die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“, haben in den vergangenen Jahren einige Änderungen erfahren. Gleich geblieben ist allerdings die Forderung nach Spezialwissen auf dem Gebiet der Instrumentenaufbereitung. Die KRINKO/BfArM-Empfehlung spricht von einer „Sachkenntnis“ des mit der Aufbereitung betrauten Personals und legt fest, was diese Kenntnis umfasst (Anlage 6 der KRINKO/BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“).

Von 2007 bis 2015 wurde der Kurs zur Aufbereitung von Medizinprodukten bei der KV Baden-Württemberg in Kooperation mit zwei Bildungsträgern nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung angeboten. Er umfasste 40 Unterrichtsstunden in zwei Schulungsblöcken und schloss mit einer schriftlichen Prüfung. Der Kurs erfreute sich einer sehr großen Nach-

Die Lerninhalte der 24-stündigen Fortbildung sind:

- Rechtsquellen, Verordnungen, betriebliche Anweisungen und Prozessvalidierung
- Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten sowie betriebliche Anforderungen als Voraussetzung zur Aufbereitung
- Mikrobiologie und Aufbereitungschemie
- Dekontamination
- Sichtkontrolle, Pflege und Funktionskontrolle bei der Aufbereitung
- Packen und Verpacken von Medizinprodukten
- Sterilisation und Freigabe zur Anwendung



frage: Über 3.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Fortbildung erfolgreich absolviert und damit die Sachkenntnis für die Aufbereitung von Medizinprodukten erworben.

Im Jahr 2016 fanden die ersten Fortbildungen auf der Grundlage des 2014 verabschiedeten Curriculums der Bundesärztekammer für Medizinische Fachangestellte „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ statt. Dieses Curriculum umfasst 24 Unterrichtsstunden und wird in einem Block an drei Tagen angeboten. Zugelassen zum neuen Kurs sind Medizinische Fachangestellte mit einer Ausbildung nach der zum 1. August 2006 in Kraft getretenen „Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten“. Teilnehmer mit Berufsausbildung zum Arzthelfer beziehungsweise Angehörige anderer

Berufsgruppen müssen in einem Eingangstest die erforderlichen Grundkenntnisse nachweisen.

Nach Absolvierung des Kurses durchlaufen die Teilnehmer eine schriftliche Lernerfolgskontrolle im Multiple-Choice-Verfahren und legen in einem Fachgespräch eine praktisch-mündliche Prüfung ab. Rund 360 Teilnehmer haben im Jahr 2016 den von der KV Baden-Württemberg angebotenen Kurs erfolgreich abgeschlossen und das Zertifikat zum Nachweis der Sachkenntnis für die Aufbereitung von Medizinprodukten erhalten.

WILLKOMMEN BABY

Seit dem 1. Oktober 2016 besteht zwischen der DAK-Gesundheit und der KV Bayerns der Vertrag „Willkommen Baby“. Ziel des Vertrags ist es, die Frühgeburtenrate zu senken und die natürliche Geburt zu fördern. Dazu bieten die Frauenärzte ihren schwangeren Patientinnen zusätzliche Leistungen an, die über die in der gesetzlichen Mutterschaftsvorsorge vorgesehenen Untersuchungen hinausgehen.

Teilnahmeberechtigt sind Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Wenn der teilnehmende Gynäkologe seinen Patientinnen im Rahmen des Qualitätsprogramms auch die Akupunktur anbieten möchte, muss er eine entsprechende Zusatzweiterbildung nachweisen. Interessierte Patientinnen können sich bei ihrem Frauenarzt in das Programm einschreiben. Sie erhalten dann einen Gutschein, mit dem sie bei der DAK ein kostenfreies „BabyCare-Basispaket“ anfordern können, das zahlreiche Informationen rund um die Schwangerschaft – zum Beispiel Ernährungsempfehlungen oder Kursangebote zur Gesundheitsförderung – enthält.

Im Rahmen des Qualitätsprogramms werden den Patientinnen, die sich für die Teilnahme entschieden haben, folgende zusätzlichen Untersuchungs-, Behandlungs- und Beratungsleistungen angeboten:

Risikoscreening

Zur verbesserten Einschätzung eines Frühgeburtsrisikos führt der Frauenarzt mit seiner Patientin anhand eines Fragebogens eine Analyse zur Identifikation von vier möglichen Risikofaktoren für eine Frühgeburt – Eisenmangel, Schilddrüsenerkrankung, Rauchen und Alkohol – durch. Sollte sich ergeben, dass die Patientin während der Schwangerschaft raucht oder Alkohol konsumiert, wird der Arzt besonderes Augenmerk auf die Einstellung beziehungsweise Reduzierung des Zigaretten- und / oder Alkoholkonsums richten, und die Patientin gegebenenfalls mit Hilfe eines zertifizierten Präventionsprogramms unterstützen.

Infektionsscreening

Zwischen der 15. und 20. Schwangerschaftswoche wird ein Infektionsscreening durchgeführt. Es besteht aus einer phasenkontrastmikroskopischen Untersuchung des Scheidensekrets auf pathogene Keime, Candida- und Trichomonadenbefall. Ziel ist es, eine asymptomatische bakterielle Vaginose frühzeitig zu entdecken, da diese mit einem erhöhten Frühgeburtsrisiko verbunden ist. Das Infektionsscreening kann bei Vorhandensein der entsprechenden fachlichen Kompetenz und technischen Ausstattung durch den Gynäkologen selbst in eigener Praxis erbracht werden. Alternativ kann der Gynäkologe ein qualifiziertes Labor beauftragen.

Zwei zusätzliche Ultraschalluntersuchungen

Den eingeschriebenen Patientinnen werden zusätzlich zu den in der Mutterschaftsrichtlinie vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen durch ihren Frauenarzt zwei weitere Ultraschalluntersuchungen zwischen der fünften bis achten sowie zwischen der 33. bis 37. Schwangerschaftswoche angeboten.

Beratung zur Geburt

Zur Förderung der natürlichen Geburt berät der Frauenarzt seine Patientin eingehend über Geburtsmethoden und motiviert sie zu einer vaginalen Entbindung. Das Beratungsgespräch soll der Patientin helfen, medizinische und persönliche Aspekte abzuwägen und eine Entscheidung zugunsten einer natürlichen Geburt zu treffen. Ergänzend zu dieser persönlichen Beratung erhält die Patientin das Merkblatt „Geburtsberatung“, in dem die wichtigsten Aspekte der natürlichen Geburt gegenüber dem Kaiserschnitt zusammengefasst sind.

Akupunktur zur Geburtsvorbereitung

Da die Akupunktur positive Wirkungen auf die Wehentätigkeit und die Geburtsdauer haben kann, können eingeschriebene Patientinnen ab der 36. Schwangerschaftswoche im Rahmen des Qualitätsprogramms bis zu vier Akupunkturbehandlungen in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass der Frauenarzt eine auf die Akupunkturbehandlung erweiterte Teilnahmeberechtigung erhalten hat.

In Bayern nehmen derzeit 561 Gynäkologen an dem Qualitätsprogramm teil, davon 81 mit dem Zusatzangebot „Akupunktur“.

FÖRDERUNG DER ELEKTRONISCHEN VERWALTUNG

Seit dem Jahr 2015 beteiligt sich die KV Berlin an einer bundeslandübergreifenden Kooperation: Auf Initiative der KV Sachsen wurde in enger Zusammenarbeit der beteiligten KVen das Grundkonzept einer Software zur Weiterentwicklung und Standardisierung der bestehenden Arbeitsabläufe erarbeitet und die Projektgruppe „Qualitätsmanagement-, Archivierungs-, Interface- und Prozessmanagementsystem“ (QAIP) gegründet.

An einer erfolgreichen Einführung und Weiterentwicklung des elektronisch gestützten Managementsystems beteiligt sich seit der Gründung der Projektgruppe auch ein fachübergreifendes Mitarbeiterteam der Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin.

Die KV Berlin, insbesondere die Abteilung Qualitätssicherung, wird damit den Verpflichtungen gegenüber dem „Gesetz zur Förderung der elektronischen Verwaltung“ nachkommen können. Dies bezieht sich insbesondere auf die Kernpunkte des Gesetzes: elektronische Aktenführung, Eröffnung elektronischer Kanäle, Erleichterung bei der Erbringung von Nachweisen und der Verpflichtung zur Dokumentation sowie Analyse von Prozessen.

Bei der Implementierung des hausweiten Dokumentenmanagementsystems bleibt die Anbindung an die neue Arztregisterstammdatenbank, das künftige KVAI Pro, ständig im Fokus.

QAIP wird den Umfang der bestehenden Arztregisterstammdatenbank und die erforderlichen Verwaltungsprozesse zur Umsetzung aller genehmigungspflichtigen Leistungen und Richtlinien sowie regionalen Vereinbarungen abbilden. Die Sicherung der Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität wird dabei berücksichtigt. Außerdem werden



neue, zukunftsweisende Schnittstellen geschaffen. Elektronische Schnittstellen zu anderen hausinternen Fachabteilungen und Institutionen sollen die Arbeitsprozesse erleichtern und beschleunigen.

Zudem wird das System anhand eines prozessspezifischen Aufbaus den Anwender durch die sachgerechte Überprüfung von fachlichen und apparativen Voraussetzungen führen. Außerdem können Qualitätssicherungskommissionen sowie deren Kolloquien dokumentiert und Bescheide erstellt, sowie Gerätenachweise und deren Standorte verwaltet werden.

Darüber hinaus soll, als zusätzlicher Service, den Mitgliedern der KV Berlin zukünftig die Möglichkeit geboten werden, über das Mitgliederportal online Anträge auf Teilnahme an genehmigungspflichtigen Qualitätssicherungsvereinbarungen und regionalen Verträgen zu stellen sowie die erforderlichen fachlichen, räumlichen, apparativen beziehungsweise organisatorischen Nachweise elektronisch einzureichen. Somit soll mithilfe des modular aufgebauten Systems unter anderem eine elektronische Aktenführung, Prozesssteuerung und Dokumentation

von unterschiedlichen Arbeitsprozessen eingeführt werden. Des Weiteren sollen regelmäßig benötigte Datenauswertungen, zum Beispiel für den Qualitätsbericht, standardisiert werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Implementierung der elektronischen Aktenführung eine umfangreiche und langjährige Aufgabe ist, die – bevor sie zur Arbeitserleichterung beiträgt – ein gehöriges Maß an Arbeit und Know-how fordert. Die immer wieder selbstkritische Reflexion bisheriger Arbeitsabläufe, gekoppelt an die digitalen Möglichkeiten und Herausforderungen, stellen innovative Gelegenheiten in der Schaffung der elektronischen Verwaltung dar.

SEKTORENÜBERGREIFENDE KOOPERATION IST IN BRANDENBURG GELEBTE REALITÄT

Den gesetzlichen Vorgaben des Krankenhausstrukturgesetzes, wonach die KVen zur Akut- und Notfallversorgung mit den Krankenhäusern kooperieren sollen, ist die KV Brandenburg mit den KV RegioMed Bereitschaftspraxen bereits eine Nasenlänge voraus.

Die Bereitschaftspraxen sind erste Anlaufstelle für Patienten bei akuten, nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen an Wochenenden, Feiertagen sowie nach Sprechstundende der niedergelassenen Ärzte. Mittlerweile betreibt die KV Brandenburg landesweit sechs dieser Praxen (in Potsdam, Cottbus, Brandenburg an der Havel, Eberswalde, Rüdersdorf und Königs Wusterhausen).

Im Dezember 2012 startete am Carl-Thiem-Klinikum (CTK) in Cottbus Brandenburgs zweite Bereitschaftspraxis. 2013 kam der kinderärztliche Bereitschaftsdienst hinzu. Im August 2016 wurde die Bereitschaftspraxis dann im Rahmen von Umbaumaßnahmen entscheidend weiterentwickelt: Sie ist nun in den Räumen der Notaufnahme des CTK fest integriert.

In vier hellen, modernen Behandlungsräumen werden die Patienten versorgt. Die Anmeldung erfolgt für beide Versorgungsbereiche – die Bereitschaftspraxis und die Notaufnahmen – zentral an einem Aufnahmetresen.

Die Zusammenarbeit zwischen der KV Brandenburg und dem CTK folgt zu den Öffnungszeiten der KV RegioMed Bereitschaftspraxis einem abgestimm-

ten Grundsatz: Jeder Patient, der fußläufig das Krankenhaus erreicht, gehört prinzipiell in die Bereitschaftspraxis und nicht in die Rettungsstelle. Der Bereitschaftsdiensthabende Arzt entscheidet im Rahmen seiner Akutversorgung, ob der Patient zu regulären Sprechzeiten weiterbehandelt werden kann oder ob aus medizinischer Sicht eine Krankenhauseinweisung erfolgen muss.

Das erfolgreich umgesetzte Konzept der Integration einer Bereitschaftspraxis in die Notaufnahme und der engen Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus, hat sich auch die KV RegioMed Bereitschaftspraxis, die im April 2017 direkt im Achenbach-Krankenhaus in Königs Wusterhausen eröffnet wurde, zum Vorbild genommen. Hier geht die KV Brandenburg sogar noch einen Schritt weiter und übernimmt erstmals die zentrale Patientensteuerung im ärztlichen Bereitschaftsdienst: Patientenrufe, die über die bundesweite Bereitschaftsdienstnummer 116117 ankommen, werden innerhalb der KV Brandenburg bewertet und disponiert. Mit diesem Modellprojekt wird die Grundlage für die zukunftssichere Weiterentwicklung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes im Land Brandenburg gelegt. Bis 2022 soll es landesweit insgesamt 20 Bereitschaftspraxen nach diesem Modell geben.



VIELE VERTRÄGE UND EINE ÜBERSICHT – BROSCHÜRE „GESUND GROSS WERDEN“

Die Weichen für die spätere Gesundheit werden bereits im Kindesalter gestellt. Die KV Bremen bietet ihren Kinderärzten ein breites Angebot an Verträgen, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern.

Für einen detaillierteren Überblick zu den jeweiligen Besonderheiten der einzelnen Verträge hat die KV Bremen für ihre Ärzte eine Broschüre erstellt: „Gesund groß werden – Verträge zur Kinderprävention der KV Bremen“.

Die Broschüre wird häufig in Beratungsgesprächen der KV Bremen eingesetzt beziehungsweise ausgehändigt. Die bisherigen Rückmeldungen der Ärzte sind sehr positiv. Geschätzt wird besonders der schnelle Überblick, der im Praxisalltag als sehr hilfreich empfunden wird. Die übersichtliche Darstellung und Zusammenfassung der wichtigsten Vertragsinhalte bietet eine schnelle und einfache Orientierungshilfe darüber, welche Krankenkasse, in welchem Vertrag, welche Leistung und für welche Patienten anbietet.

Die Broschüre fasst die wichtigsten Inhalte der Kinderpräventionsverträge, der Versorgungsverträge und der Hausarztverträge in einer tabellarischen Übersicht zusammen und beantwortet die wichtigsten Fragen:

Welche Ärzte sind zur Teilnahme berechtigt?

Welche fachlichen, apparativen und strukturellen Anforderungen müssen erfüllt werden?

Ist eine Genehmigung durch die KV erforderlich?

Was ist zur Aufrechterhaltung der Teilnahme erforderlich?

Wie wird dokumentiert?

Welche Patienten sind zur Teilnahme berechtigt?

Ist eine Teilnahmeerklärung des Patienten erforderlich?

Welche Gebührenordnungspositionen können abgerechnet werden?

Wie läuft die Vergütung?

Welche Kündigungsfristen sind einzuhalten?



ÄRZTLICHE STELLE HAMBURG

Die Ärztliche Stelle Hamburg führt im Auftrag der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz regelmäßige Qualitätsprüfungen auf der Grundlage des § 17a Röntgenverordnung (RöV) und § 83 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) durch.

Die vertragliche Grundlage hierfür ist eine zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg, vertreten durch das Amt für Arbeitsschutz der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, der Ärztekammer Hamburg (ÄKH) und der KV Hamburg geschlossene Vereinbarung vom 1. Juli 2004, zuletzt aktualisiert am 1. September 2016.

Die gemeinsame Einrichtung der Ärztekammer und der KV teilt sich in zwei Geschäftsbereiche: Während der Geschäftsbereich bei der ÄKH für Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen, welche nicht Mitglieder der KV Hamburg sind, zuständig ist, liegt die Zuständigkeit für alle niedergelassenen Ärzte, Belegärzte und Medizinischen Versorgungszentren im Geschäftsbereich der KV Hamburg.

In Abständen zwischen ein und drei Jahren führt die Ärztliche Stelle regelmäßige Qualitätsprüfungen in den Bereichen Röntgen, Nuklearmedizin und Strahlentherapie durch. Hierfür fordert sie vom Strahlenschutzverantwortlichen sowohl medizinische als auch technische Qualitätssicherungsunterlagen zur Beurteilung an. Die Begutachtung und Bewertung der Unterlagen findet in regelmäßigen Kommissionsitzungen im Hause der jeweiligen Geschäftsstelle oder auch vor Ort in den Institutionen selbst statt (zum Beispiel in der Strahlentherapie). Die Vorprüfung der technischen Unterlagen erfolgt durch die zuständigen Medizinisch-technischen Radiologieassistenten der Geschäftsstelle.

Zu den medizinischen Unterlagen gehören patientenbezogene Aufzeichnungen (Befunde, Bilddokumentationen), die Aufschluss über die Bild- und Befundqualität und die jeweilige rechtfertigende Indikation zur Untersuchung oder Behandlung geben. Bei den Überprüfungen werden ebenfalls der anwendungsbezogene Strahlenschutz und die gewählten Untersuchungsbeziehungsweise Behandlungsparameter berücksichtigt.

In der Radiologie und Nuklearmedizin werden zudem Dosiswerte für dosisintensive Untersuchungen abgefragt und mit den vom Bundesamt für Strahlenschutz veröffentlichten diagnostischen Referenzwerten verglichen und bewertet.

Zu den technischen Unterlagen gehören zum Beispiel Protokolle von Abnahme- und Teilabnahmeprüfungen der eingesetzten Apparaturen sowie Prüfkörperaufnahmen der vorgeschriebenen Konstanzprüfungen inklusive der dazugehörigen Dokumentationen.

Beurteilungsgrundlage bilden die RöV und StrlSchV sowie die in diesem Zusammenhang ergangenen Richt- und Leitlinien. Ebenso werden die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und geltende Normen herangezogen. Für die Klassifizierung festgestellter Mängel wird das einheitliche Bewertungssystem der Ärztlichen Stellen in der jeweils aktuellen Fassung herangezogen.

Im Fall von Beanstandungen gibt die Ärztliche Stelle Optimierungshinweise und überprüft in Wiederholungsprüfungen, ob diese umgesetzt werden. Im Fall von Überschreitungen der diagnostischen Referenzwerte beziehungsweise durchweg erhöhten Messwerten erhält der Strahlenschutzverantwortliche entsprechende Hinweise zur Reduzierung der Dosis.

Im September 2016 ist eine überarbeitete Version der bis zu diesem Zeitpunkt bestehenden Vereinbarung über die Ärztliche Stelle in Kraft getreten. Eine Überarbeitung war erforderlich geworden, da im Sommer 2015 die neue „Richtlinie Qualitätssicherung durch ärztliche und zahnärztliche Stellen“ verabschiedet wurde. Aus der neuen Vereinbarung resultiert ein höheres Anforderungsvolumen für die Prüfungen der Ärztlichen Stelle.

Bis zum Inkrafttreten der neuen Vereinbarung fanden die Überprüfungen in Personalunion mit der Radiologie-Kommission der KV Hamburg in gemeinsamen Sitzungen statt. Eine gemeinsame Überprüfung findet nun nicht mehr statt. Die Radiologie-Kommission der KV prüft die Qualitätssicherungsmaßnahmen, die sich aus den Bestimmungen des SGB V ergeben.

NEUE WEGE IN DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT

Die Qualitätszirkel-Moderatoren und -Teilnehmer leisten in Hessen seit mehr als 20 Jahren einen erfolgreichen Beitrag zur hohen Versorgungsqualität im ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Bereich. Diesen freiwilligen Beitrag erbringen landesweit etwa 550 Moderatoren in 650 aktiven Qualitätszirkeln mit rund 6.670 Teilnehmern; viele Moderatoren und Teilnehmer engagieren sich dabei in mehreren Qualitätszirkeln.

Die KV Hessen fördert dieses Engagement finanziell und organisatorisch. Ergänzt wird das seit langem bewährte Qualitätszirkelkonzept durch zwei im Jahr 2016 gestartete Projekte: frühe Hilfen sowie Qualitätssicherung mit Routinedaten.

Frühe Hilfen

Das Ziel dieses Vernetzungsprojekts ist es, die Verständigung und Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und den Mitarbeitern der Jugendhilfe zu intensivieren und zu verbessern. Für Schwangere und Eltern mit Kindern im Alter von bis zu drei Jahren, die absehbar einen Unterstützungsbedarf haben, sollen die präventiven Angebote der Frühen Hilfen niedrigschwellig erreichbar sein.

In Form systemischer Analysen innerhalb strukturierter Fallbesprechungen werden die Sichtweisen der verschiedenen Professionen zusammengetragen, um gemeinsam weitere Unterstützungsangebote für die betroffenen Familien abzustimmen oder aus den Erfahrungen vergangener Fälle zu lernen. Den Rahmen hierfür bilden interprofessionelle Qualitätszirkel, die von einem Moderatoren-Tandem, bestehend aus je einem Arzt oder Psychotherapeuten und einem Mitarbeiter der Jugendhilfe aus demselben Landkreis beziehungsweise derselben Stadt geleitet werden und deren Teilnehmergruppe sich berufs- und fachübergreifend zusammensetzt.

Die Schulung der Moderatoren-Tandems obliegt in Hessen speziell ausgebildeten Tutoren, die dabei auch fachlich und organisatorisch vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen und von Prof. Dr. Marcus Siebolds, Prodekan des Fachbereichs Gesundheitswesen der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln, unterstützt werden.

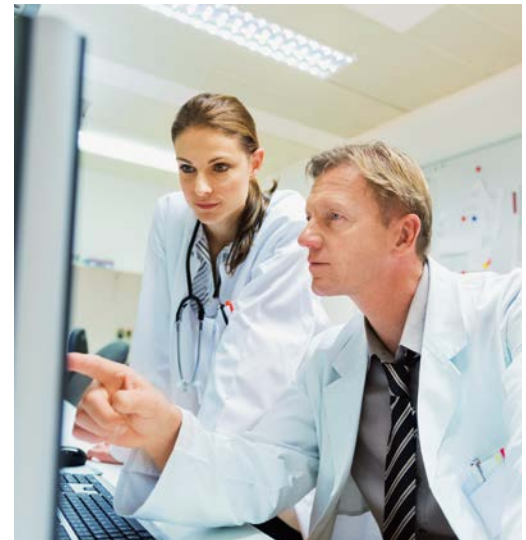
Im Jahr 2016 wurde der erste interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen im Landkreis Offenbach gegründet. Außerdem konnten sich am 18. November 2016 im Rahmen eines Fachtags in Frankfurt alle interessierten Personen, Verbände und Institutionen über die ersten Projekterfolge informieren.

Das innovative Projekt wird in enger Kooperation mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration durchgeführt. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen und die KBV unterstützen die Umsetzung ebenfalls. Um den kontinuierlichen Fortschritt des Projekts zu gewährleisten, wurde bei der KV Hessen die Stelle eines Projektkoordinators Frühe Hilfen geschaffen.

Qualitätssicherung mit Routinedaten

Die KV Hessen hat im Jahr 2016 erstmalig ein eigenes Qualitätszirkelmodul erarbeitet, um die Qualitätszirkelmoderatoren in ihrer Arbeit zu unterstützen und ihnen weitere Impulse für ihre Zirkelsitzungen zu geben.

Dieses neue Modul wurde gemeinsam mit vier in Hessen niedergelassenen Ärzten – zwei Allgemeinmediziner, ein Pädiater und ein Orthopäde – sowie Vertretern der AOK Hessen erarbeitet. Inhaltlich umfasst das Thema Qualitätssicherung mit Routinedaten ein statistisches Verfahren, das es ermöglicht, die Behandlungsqualität von Kliniken objektivierbarer zu messen. Dazu greift das Verfahren auf anonymisierte Abrechnungsdaten von Kliniken und anonymisierte Stammdaten der AOK zurück. Das Besondere dabei ist, dass die Qualität bestimmter stationärer Behandlungen langfristig, das heißt



über den Tag der Entlassung hinaus, gemessen wird.

Die so gewonnenen Kennzahlen, die ständig weiterentwickelt werden, sollen dabei helfen, relevante Qualitätsunterschiede zwischen den verschiedenen stationären Leistungserbringern transparent darzustellen. Diese risikoadjustierten Kennzahlen können in der Qualitätszirkelsitzung Grundlage für Diskussionen und Analysen sein.

Somit fungiert dieses Qualitätszirkelmodul als weiterer Baustein der Qualitätssicherung der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxen mithilfe objektiver Indikatoren.

EINE NEUE GENERATION – FÖRDERUNG DES ÄRZTLICHEN NACHWUCHSES

Gegen den Ärztemangel und die drohende medizinische Unterversorgung setzt die KV Mecklenburg-Vorpommern vor allem auf die Förderung des medizinischen Nachwuchses. Seit Jahren bewährte Förderangebote werden regelmäßig um neue innovative Projekte erweitert. Die Maßnahmen beginnen bereits während des Studiums und setzen sich über eine umfassende Betreuung und Unterstützung der Ärzte in Weiterbildung bis hin zur Niederlassung konsequent fort.

Unterstützung im Medizinstudium

Um jungen Medizinerinnen die Vorzüge einer ambulanten Tätigkeit näher zu bringen, hat die KV Mecklenburg-Vorpommern bereits frühzeitig umfassende Förderprogramme für Medizinstudierende auf den Weg gebracht.

Ein Meilenstein war die Einrichtung einer Stiftungsprofessur für den Lehrstuhl Allgemeinmedizin an der Universität Rostock. Gemeinsam mit dem weiterhin bestehenden Lehrstuhl in Greifswald trägt dieser dazu bei, bereits während des Studiums, welches überwiegend klinisch geprägt ist, die Breite des Fachs Allgemeinmedizin darzustellen und Einblicke in die hausärztliche Tätigkeit zu ermöglichen.

Darüber hinaus wurde eine finanzielle Unterstützung für Medizinstudierende geschaffen. Beginnend mit der Famulatur über das Blockpraktikum in hausärztlichen Landarztpraxen bis hin zum Praktischen Jahr können Studierende diese Unterstützungen erhalten. Die stetig wachsende Zahl der geförderten Studierenden beweist, dass die etablierten Förderprogramme bereits Wirkung zeigen. Im Jahr 2016 konnten über 400 Famulaturen finanziell gefördert werden. Weitere Unterstützung erfolgte für rund 170 allgemeinmedizinische Blockpraktika und 30 hausärztliche Tertiale im Praktischen Jahr.

Ärzte in Weiterbildung

Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist in Mecklenburg-Vorpommern besonders anspruchsvoll. In einem Zeitraum von fünf Jahren müssen insgesamt mindestens sieben verschiedene Weiterbildungsabschnitte im Krankenhaus und den Arztpraxen absolviert werden, bevor die Zulassung zur Facharztprüfung erfolgen kann. Derzeit haben etwa 20 Prozent der in Mecklenburg-Vorpommern praktizierenden Hausärzte eine Weiterbildungsbefugnis. Aber auch immer mehr Fachärzte bilden neben dem eigenen ärztlichen Nachwuchs angehende Hausärzte weiter.

Für die Gewährleistung der erforderlichen stationären Ausbildungsabschnitte hat die KV Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen der sogenannten Verbundweiterbildung Vereinbarungen mit allen großen Krankenhäusern des Landes geschlossen. Rund 20 Kliniken mit über 60 Rotationsstellen stehen für die Facharztausbildung in der Allgemeinmedizin im Land zur Verfügung. Die bereits seit 2007 eigens in der KV Mecklenburg-Vorpommern eingerichtete Koordinierungsstelle unterstützt Ärzte in Weiterbildung bei der Organisation der einzelnen Ausbildungsabschnitte und vermittelt bei Bedarf entsprechende Weiterbildungsstellen.

Im Mai 2016 fiel zudem der Startschuss für eines der ersten Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin in Deutschland. Angesiedelt ist es an den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin der Universitäten Rostock und Greifswald. Geldgeber sind das Land Mecklenburg-Vorpommern, die AOK Nordost und die KV Mecklenburg-Vorpommern. Mit Fortbildungstagen für Ärzte in Weiterbildung wird sowohl ihre medizinisch-fachliche als auch ihre organisatorisch-administrative Qualifikation gefördert. Zusätzlich werden auch die weiterbildenden Ärzte regelmäßig geschult.

Um die flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Land zu sichern, haben die KV Mecklenburg-Vorpommern und die AOK Nordost einen Vertrag zur Förderung der ambulanten Weiterbildung für dieses Fachgebiet abgeschlossen. Das Besondere an dieser Vereinbarung ist, dass diese Stellen zusätzlich zu den gemäß der Bundesvereinbarung förderfähigen Stellen der fachärztlichen Grundversorgung zur Verfügung stehen. Die KV Mecklenburg-Vorpommern und die AOK Nordost wollen damit einen besonderen Akzent auf die Förderung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen setzen.

HYGIENE IST DAS A UND O!

Eine Vielzahl von Gesetzen, Richtlinien, Normen, technischen Regeln und Vorschriften sowie Empfehlungen sind im Hinblick auf Hygiene und Medizinprodukte für Arztpraxen und in eingeschränktem Maße für psychotherapeutische Praxen verbindlich. Für das Praxisteam ist es nicht immer einfach, hier den Überblick zu behalten. Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sollten die gesetzlichen Vorgaben strukturiert in den Praxisablauf integriert und Rechtssicherheit hergestellt werden. Effektive Maßnahmen zum Thema Hygiene und Arbeitsschutz müssen eingehalten werden, um Gefährdungen bei Patienten und Mitarbeitern, zum Beispiel durch Übertragung ansteckender Krankheiten, zu vermeiden.

Informationsserie über Hygiene und Medizinprodukte

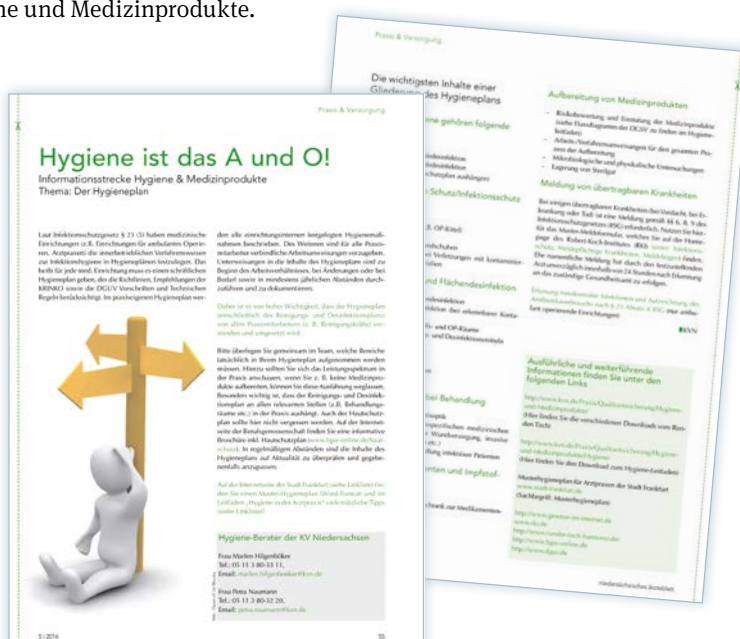
Damit sich die niedersächsischen Ärzte und Psychotherapeuten im Dschungel der Gesetze besser zurechtfinden, informiert die KV Niedersachsen seit Anfang 2016 mit der Informationsserie „Hygiene ist das A und O“ im Niedersächsischen Ärzteblatt regelmäßig über verschiedene Themen aus dem Bereich Hygiene und Medizinprodukte.

Die monatlichen Artikel geben einen Überblick über die Gesetze, Richtlinien, Empfehlungen und DIN-Normen sowie technische Regeln und Unfallverhütungsvorschriften, die in den Praxen zur Anwendung kommen: Beispielsweise über den Arbeitsschutz, da jede medizinische Einrichtung verpflichtet ist, die Mitarbeiter über bestimmte Gesetze, Vorschriften und Regeln zu informieren. Oder über den schriftlichen Hygieneplan, der die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie Vorschriften und technische Regeln berücksichtigt und auch einrichtungsintern festgelegte Hygienemaßnahmen beschreibt. Ein weiteres Thema waren die Anforderungen an die Hygiene zur Reinigung und Desinfektion von Flächen und der Unterschied zwischen routinemäßiger und gezielter Desinfektion. Im Dezember 2016 wurde die neue KRINKO-Empfehlung „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ vorgestellt. Dabei wurde am Beispiel „Sterilisation“ dargelegt, welche Risikobewertung und welche Einstufung die einzelnen Medizinprodukte aufweisen müssen, um sie mit geeigneten, geprüften und validierten Verfahren sterilisieren zu können.



Den vorläufigen Abschluss unserer Reihe bildete das Thema „Überwachung und Begehung durch das zuständige Gesundheitsamt“. Um die Gesundheitsämter in Niedersachsen zu unterstützen, existiert seit 2012 ein landesweites Programm zu strukturierten Begehungen. Dieses wird im Rahmen der AG Krankenhaushygiene des „Fachausschusses Infektionsschutz des Landesverbandes Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.“ in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt organisiert.

Die Idee und Umsetzung der Informationsserie im Niedersächsischen Ärzteblatt wird sowohl von den medizinischen Fachangestellten als auch von den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten sehr begrüßt und gut angenommen.



INNOVATIONSFONDS

Die KV Nordrhein hat im Jahr 2017 als Initiator oder Konsortialpartner für verschiedene Projekte Fördergelder aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss erhalten. So hat die KV Nordrhein in Zusammenarbeit mit der AOK Rheinland / Hamburg und dem BKK Landesverband NORDWEST für ein Projekt zur Verbesserung der neuropsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Rheinland eine finanzielle Förderung von rund 13 Millionen Euro bekommen. Das über eine Laufzeit von vier Jahren angelegte Konzept sieht vor, in Nordrhein eine bedarfsgerechte und koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen zu etablieren.

Des Weiteren erhielt das instituti-
onsübergreifende Versorgungsfor-
schungsprojekt „Accountable Care
in Deutschland – Verbesserung der
Patientenversorgung durch Vernet-
zung von Leistungserbringern und
informierten Dialog“ („ACD“) – einen
Zuschlag für die Förderung durch den
Innovationsfonds, in Höhe von knapp
vier Millionen Euro. Hier ist unter
anderem die KV Nordrhein Konsortial-
partner. Ziel des Forschungsprojekts ist
es, die Abstimmung zwischen den an
der Behandlung beteiligten Arztpraxen
und Krankenhäusern zu verbessern.
Damit einhergehen soll eine Redu-
zierung von potenziell vermeidbaren
Krankenhausaufenthalten, was gleich-
zeitig eine Reduzierung der Ausgaben
der gesetzlichen Krankenversicherung
bedeutet. Das Projekt hat im zweiten
Quartal 2017 begonnen und ist auf
drei Jahre angelegt.

Das Ziel, Resistenzen durch den
adäquaten Einsatz von Antibiotika zu
reduzieren, verfolgt ein Projekt mit
dem Namen RESIST. Es wird mit rund
14 Millionen Euro aus dem Innovations-
fonds gefördert. Im Fokus steht der
leitliniengerechte Einsatz von Breit-
bandantibiotika bei Atemwegsinfektio-
nen der oberen und unteren Atemwege.
In dem Projekt arbeiten der Verband
der Ersatzkassen (vdek) mit seinen
Mitgliedskassen, die KBV und über die
Hälfte aller KVen zusammen – darun-
ter auch die KV Nordrhein. Es können
rund 3.000 Hausärzte, Pädiater und
HNO-Ärzte teilnehmen, aus Nordrhein
sollen es ungefähr 500 sein. Die jewei-
ligen Praxen erhalten unter anderem
Online-Schulungen sowie Poster und
Patientenflyer, die für eine intensivier-
te Patientenberatung hilfreich sind.

NEUES FÜHRUNGSDUO IN NORDRHEIN

2016 war das Jahr der Wahlen. In der
KV Nordrhein wurde ein neuer Vorstand
gewählt und es fanden Landtagswahlen
in Nordrhein-Westfalen statt.

Der neue Vorstand der KV Nordrhein
trat sein Amt im Herbst 2016 an. Er
besteht aus zwei Ärzten, dem Vorsitzen-
den des Vorstandes, Dr. Frank Berg-
mann (Neurologe), und dem Allgemein-
arzt Dr. Carsten König. Beide möchten
sich zusammen mit dem Landesgesund-
heitsministerium für die Weiterentwick-
lung der Digitalisierung im Gesund-
heitswesen einsetzen. Telemedizin, die
Videosprechstunde und Weiteres sollen
mit entsprechend zertifizierten Unter-
nehmen ermöglicht beziehungsweise
attraktiver gestaltet werden. In naher
Zukunft kann so zum Beispiel den
Folgen des Haus- und Facharztmangels
in den ländlichen Gebieten entgegen-
gewirkt werden. Die verantwortlichen
Akteure sehen die Digitalisierung im
Gesundheitswesen deswegen vor allem
als Chance für eine gute Versorgung.

Zudem hat die KV Nordrhein schon seit
einiger Zeit damit begonnen, ein syste-
matisches Chancen- und Risikomanage-
ment aufzubauen und einzuführen.
Grund dafür war sowohl die Forderung
der Aufsichtsbehörde als auch die
Zertifizierung nach der DIN ISO 9001.
Zukünftig wird ein sogenanntes Chan-
cen- und Risikoregister geführt. An-
hand von Kriterien wie Eintrittswahr-
scheinlichkeit und Schadensausmaß
werden Risiken schnell identifiziert und
die jeweilige Risikoklasse ermittelt: A, B
oder C. Ein Risiko der Klasse C muss
lediglich beobachtet werden, während
A und B eine Handlung erfordern. Ein
solches systematisches Chancen- und
Risikomanagement trägt wesentlich
dazu bei, dass die KV Nordrhein profes-
sionell aufgestellt und allen kommen-
den Herausforderungen im Gesund-
heitswesen gewachsen bleibt.

SELBST ENTWICKELTES QUALITÄTSZIRKELMODUL GERIATRIE VERÖFFENTLICHT

In Rheinland-Pfalz werden im Jahr 2020 rund 23 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein. Der Anteil der Generation der Hochbetagten – 80 Jahre und älter – erhöht sich bis dahin voraussichtlich auf 7,3 Prozent der Bevölkerung. Angesichts dieser demografischen Entwicklung steigt der Bedarf an Ärzten mit geriatrischem Know-how.

Die Versorgung geriatrischer Patienten ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Für einen betagten, unter Umständen kognitiv und in der Mobilität eingeschränkten, Patienten ist es wichtig, vertraute und konstante Ansprechpartner vor Ort zu haben. Durch die Zusammenführung der relevanten Akteure in den rheinland-pfälzischen Qualitätszirkeln kommt ihnen eine Schlüsselrolle bei der Versorgung geriatrischer Patienten zu. Um die qualifizierte Betreuung der Patienten zu unterstützen, hat eine Arbeitsgruppe mit Ärzten der KV Rheinland-Pfalz das Qualitätszirkelmodul Geriatrie entwickelt. Es richtet sich bevorzugt an Qualitätszirkelmoderatoren und

Genehmigungsinhaber der spezialisierten geriatrischen Diagnostik, steht aber allen Interessierten frei zur Verfügung. Es dient als methodischer Leitfaden, um das Themenfeld Geriatrie effizient im Rahmen etablierter und bewährter Netzwerke zu behandeln.

Die Arbeitsgruppe betont: „Qualitätszirkelarbeit in der Geriatrie bedeutet eigenes Wissen und eigene Erfahrung im Austausch weiter zu vertiefen. Ziel ist es, die komplexen Anforderungen, welche der alte und kranke Mensch an die verschiedenen Berufsgruppen stellt, besonders nutzbringend und erfolgreich zu erfüllen“.

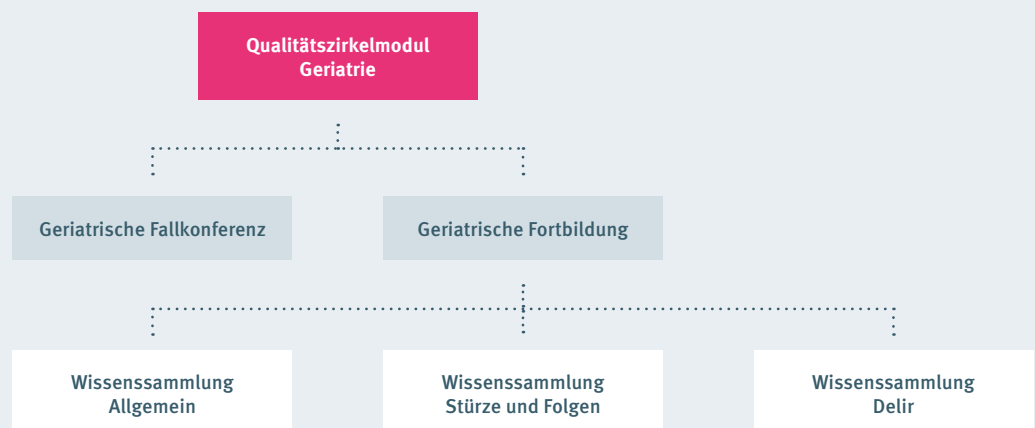
Das Qualitätszirkelmodul Geriatrie ist in zwei Elemente unterteilt, um je nach Gruppenzusammensetzung und Fortbildungsziel schnell passende Inhalte und Arbeitsmaterialien zur Hand zu haben. Element A umfasst eine geriatrische Fallkonferenz. Hier werden in einem geschlossenen Teilnehmerkreis konkrete Fälle durch Qualitätszirkelmitglieder vorgestellt und im Anschluss interdisziplinär und intersektoral reflektiert und mit dem Ziel diskutiert, neue Betreuungswege zu erarbeiten.

Element B umfasst Wissenssammlungen, mit denen ein offener Teilnehmerkreis angesprochen wird. Neben Vordrucken zu geriatrischen Assessments sowie allgemeinen Themen sind bisher die Themenkomplexe „Stürze und ihre Folgen“ sowie „Delir“ enthalten. Die Wissenssammlungen werden als nicht abschließende Textsammlung zur fachlichen Diskussion im Qualitätszirkel bereitgestellt.

Mit dem Qualitätszirkelmodul Geriatrie folgt die KV Rheinland-Pfalz dem 2016 neu gefassten Geriatriekonzept der Landesregierung, das eine lückenlose und möglichst wohnortnahe Behandlung geriatrischer Patienten zum Ziel hat.

Qualitätszirkelmodul Geriatrie:
www.kv-rlp.de/70483

AUFBAU DES QUALITÄTSZIRKELMODULS GERIATRIE DER KV RHEINLAND-PFALZ



PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT BEREITSCHAFTSDIENST-PRAXEN SEHR ZUFRIEDEN

Die KV Saarland hat eine Zufriedenheitsumfrage in ihren Bereitschaftsdienstpraxen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen: Patientinnen und Patienten fühlen sich auch in sprechstundenfreien Zeiten in der ambulanten medizinischen Versorgung gut aufgehoben.

Die KV Saarland möchte die Qualität der ärztlichen Versorgung im Bereitschaftsdienst weiterentwickeln. Zur Qualitätssicherung gehört auch die Befragung der Patienten. Deshalb hat die KV Saarland 2016 an einem Wochenende eine Zufriedenheitsumfrage in allen Bereitschaftsdienstpraxen durchgeführt. Alle Patienten erhielten mit ihrer Anmeldung einen Fragebogen, der nach der Behandlung wieder abgegeben werden konnte. Die KV wiederholte damit die Zufriedenheitsumfrage, die sie bereits 2011 durchgeführt hatte.

Erneut gute Ergebnisse

Über alle Bereitschaftsdienstpraxen gesehen, fühlen sich die Patienten mit einer durchschnittlichen Bewertung von 1,45 (1,53 im Jahr 2011) in den Bereitschaftsdienstpraxen mit ihren Wünschen und Sorgen sehr gut aufgehoben. Die verkehrstechnische Erreichbarkeit wurde von den Besuchern der Bereitschaftsdienstpraxen im Durchschnitt mit der Note 1,72 (1,74 im Jahr 2011) als gut bewertet. Über Öffnungszeiten und telefonische Erreichbarkeit beziehungs-



weise das Versorgungsangebot der Bereitschaftsdienstpraxen fühlen sich die Patienten ebenfalls gut informiert. Hier wurde eine Bewertung von 1,72 beziehungsweise 1,67 (1,81 beziehungsweise 1,83 im Jahr 2011) erreicht. Damit haben sich die Umfrageergebnisse im Vergleich zu 2011 sogar leicht verbessert.

Dr. Joachim Meiser, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KV Saarland, freut sich, dass sich die guten Umfrageergebnisse aus dem Jahr 2011 bestätigt haben: „Wir wollten mit dieser Umfrage in erster Linie die allgemeine Zufriedenheit mit dem Service in den Bereitschaftsdienstpraxen und der verkehrstechnischen Erreichbarkeit abfragen. Außerdem hat uns interessiert, ob sich die Bürger über die Bereitschaftsdienstpraxen gut informiert fühlen. Im Schnitt haben die Patienten den einzelnen Bereitschaftsdienstpraxen sehr gute bis gute Noten bescheinigt“.

Die Patientenumfrage nahm die KV Saarland gleichzeitig zum Anlass, den Bekanntheitsgrad der bundesweit einheitlichen Rufnummer des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 in Erfahrung zu bringen. Diese wurde 2014 saarlandweit eingeführt. 44 Prozent der Patienten kennen die Rufnummer, über die Patienten in sprechstundenfreien Zeiten den Bereitschaftsdienst in ihrer Nähe erreichen. Die Rufnummer funktioniert ohne Vorwahl und ist für den Anrufer kostenlos. Der Ärztliche Bereitschaftsdienst versorgt sowohl Kassen- als auch Privatpatienten.

Sanitätsrat Dr. Gunter Hauptmann, Vorsitzender des Vorstandes der KV Saarland ergänzt: „Die einheitliche Rufnummer 116117 muss noch bekannter werden. Daran werden wir arbeiten.“

VERRINGERUNG DER FRÜHGE- BURTENRATE UND FÖRDERUNG DER NATÜRLICHEN GEBURT

Die Leistungen der gesetzlichen Mutterschaftsvorsorge bilden die Grundlage für die Betreuung der Schwangeren und des ungeborenen Kindes. Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abgewendet sowie gesundheitliche Probleme rechtzeitig erkannt werden.

Darauf basierend bieten zwei neue Verträge die Aussicht, durch weitere Vorsorgemöglichkeiten sowie eine ausführliche Beratung der Schwangeren bestimmte Risikofaktoren zu minimieren oder auszuschließen.

Willkommen Baby

Der Vertrag über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren zwischen der DAK-Gesundheit und der KV Sachsen verfolgt in Ergänzung zu den gesetzlichen Leistungen der Mutterschaftsvorsorge mehrere Ansätze: Zum einen sollen Risikofaktoren für eine Frühgeburt durch ein zusätzliches Infektionsscreening sowie weitere Ultraschalluntersuchungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Zum anderen soll durch die Verknüpfung mit dem BabyCare-Programm das Wissen der Schwangeren über Frühgeburtsrisiken verbessert und damit ein möglichst gesunder Schwangerschaftsverlauf gefördert werden.

Darüber hinaus ermöglicht der Vertrag eine intensive Geburtsberatung, welche die Motivation und Bereitschaft zur natürlichen Geburt fördern und so den Anteil der Kaiserschnitte mit relativen Indikationen senken soll.

Gesund schwanger

Der Vertrag zwischen der KBV, dem Berufsverband der Frauenärzte, dem Berufsverband Deutscher Laborärzte und dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie verschiedenen Betriebskrankenkassen setzt ganzheitlich an den relevanten Risikofaktoren an und soll zur Minimierung des Gesamtrisikos einer Frühgeburt beitragen.

Ein konsequentes Screening nach vaginalen asymptomatischen Infektionen im frühen zweiten Schwangerschaftstrimenon ermöglicht eine frühzeitige Diagnose und kann durch die Einleitung leitliniengerechter Therapie- und Nachsorgemaßnahmen die Frühgeburtenrate reduzieren.

Die Versorgung der Schwangeren wird qualitativ verbessert, indem neben der Durchführung eines Frühultraschalls ein Fokus auf die gezielte Aufklärung und Beratung zu negativen verhaltensbedingten Einflussfaktoren – wie etwa Nikotin- und Alkoholkonsum – gelegt wird. Darüber hinaus sollen Schwangere dazu motiviert werden, sich bewusst zu ernähren und Risiken, die sie selbst steuern können, aktiv zu reduzieren.

FRÜHERKENNUNGS-UNTER- SUCHUNGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Für Kinder und Jugendliche sind von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr zehn Vorsorgeuntersuchungen gesetzlich vorgesehen (U1 bis U9 und J1). Um eine bessere Prävention in den verschiedenen, für die Entwicklung des Kindes entscheidenden Altersstufen zu ermöglichen, sollen mit den drei zusätzlichen Untersuchungen J2, U10 und U11 die Lücken zwischen den regulären Untersuchungsterminen geschlossen werden.

Die U10, als erste zusätzliche Früherkennungs-Untersuchung, findet im Alter von sieben bis acht Jahren statt. Dabei geht es vor allem um das Erkennen diverser Entwicklungsstörungen, wie zum Beispiel Lese-Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen, Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen (zum Beispiel ADHS).

Bei der zweiten zusätzlichen Früherkennungs-Untersuchung U11 mit neun bis zehn Jahren geht es vor allem darum, Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien sowie gesundheitsschädigendes Mediennutzungsverhalten zu erkennen. Außerdem soll diese Untersuchung der Bewegungs- und Sportförderung dienen, den problematischen Umgang mit Suchtmitteln erkennen und verhindern helfen, aber auch gesundheitsbewusstes Verhalten unterstützen. Ergänzt wird das Angebot durch Ernährungs-, Bewegungs-, Stress-, Sucht- und Medienberatung.

Die U10 und U11 sollen die große Zeitspanne zwischen der U9 mit fünf und J1 mit zwölf bis 14 Jahren überbrücken.

Die J2 ist die dritte zusätzliche Früherkennungs-Untersuchung. Sie findet im späten Jugendalter statt, um eine bessere Prävention in dieser für die Entwicklung der Jugendlichen so entscheidenden, aber in der medizinischen Versorgung oft vergessenen Altersstufe zu gewährleisten.

Bei der J2 mit 16 bis 17 Jahren stehen die Erkennung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, Haltungsstörungen, Kropfbildung, Diabetes-Risiko, Sozialisations- und Verhaltensstörungen sowie eine hilfestellende Beratung bei der Berufswahl im Vordergrund.

Die Kosten für U10, U11 und J2 werden mittlerweile von vielen Krankenkassen übernommen.

GUT VERNETZT FÜR BESTMÖGLICHE VERSORGUNG GERIATRISCHER PATIENTEN

Bei der Behandlung älterer Patienten stehen drei Ziele im Vordergrund: die Selbstständigkeit in der eigenen Häuslichkeit aufrechtzuerhalten beziehungsweise wieder herzustellen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Hausärzte, Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten in Sachsen-Anhalt haben gemeinsam die Initiative ergriffen und ein fachübergreifendes Reha-Netzwerk gegründet. Bereits im Jahr 1999 wurde eine erste Einrichtung

zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation in Schönebeck (Sachsen-Anhalt) eröffnet. Geriatrische Patienten haben im Rahmen eines auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Versorgungskonzepts die Möglichkeit, in eigens dafür geschaffenen Räumlichkeiten sowohl ärztliche Leistungen als auch Leistungen der Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie in Anspruch zu nehmen.

Zwischenzeitlich sind in Sachsen-Anhalt in Schönebeck, Wanzleben und Stendal insgesamt drei ambulante geriatrische Reha-Zentren entstanden. Sie bieten eine wohnortnahe ambulante Rehabilitation unter einem Dach. Die

Zentren werden von niedergelassenen Ärzten geleitet. Die Konzepte beinhalten einen ganzheitlichen ambulanten Behandlungsansatz für ältere Patienten – unter Einbeziehung des persönlichen Umfelds und der Angehörigen. In den Zentren können geriatrische Patienten über einen Zeitraum von 20 Tagen ambulant behandelt werden. Ein Fahrdienst gewährleistet den täglichen Transport zur Einrichtung und wieder nach Hause.

Behandelt werden Patienten, die ambulant rehabilitationsfähig sind, zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems, Stoffwechselerkrankungen mit Spätschäden, Gelenkoperationen, Herz- und Kreislauferkrankungen, nach einem Unfall oder einem langen Krankenhausaufenthalt.

In den Zentren arbeiten interdisziplinäre Teams zusammen: Gesundheitsmanager, Organisations- und Therapieassistenten, Pflegekräfte sowie Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden, Sozialdienste und ferner ein Fahrdienst. Die Leitung der Zentren haben Hausärzte übernommen, die neben ihrer Praxis gemeinsam die medizinischen und koordinativen Aufgaben übernehmen.

Inhalte der Konzepte der ambulanten geriatrischen Reha-Zentren in Sachsen-Anhalt wurden in die im Jahr 2016 geschlossene Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik übernommen.



HOHE QUALITÄT IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST

Der ärztliche Bereitschaftsdienst in Schleswig-Holstein nimmt auch bei der Qualitätssicherung eine Vorreiterrolle ein. Alle 43 Anlaufpraxen der KV Schleswig-Holstein erfüllen die Anforderungen des Qualitätsmanagementverfahrens QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® und wurden erfolgreich zertifiziert.

„Die Zertifizierung unserer Anlaufpraxen ist das Ergebnis von fast zwei Jahren Arbeit und zeigt den Patienten, dass sie sich auf die qualitätsgesicherten Strukturen und Abläufe im ärztlichen Bereitschaftsdienst verlassen können“, erklärte Alexander Paquet, Leiter der Notdienstabteilung der KV Schleswig-Holstein. „Ohne die Teams in den Anlaufpraxen und ihr Engagement wäre diese Aufgabe nicht zu bewältigen gewesen“, sagte er vor 25 Medizinischen Fachangestellten (MFA) aus den Anlaufpraxen, die zum jährlichen Treffen der Ersthelferinnen in die KV Schleswig-Holstein gekommen waren. „Der Weg zur Zertifizierung war spannend, aufregend und lehrreich. Er hat sich gelohnt“, berichtete Sandra Hauch, MFA an der Anlaufpraxis Lübeck über ihre Erfahrungen. „Mit der Zertifizierung und den damit eingeführten Strukturen kann unser großes Team, das aus 32 Medizinischen Fachangestellten und rund 50 Ärzten besteht, die Arbeitsabläufe und somit die Versorgung der Patienten in beiden Lübecker Anlaufpraxen noch effektiver sicherstellen“.



Zertifikatsvergabe

QEP-Visitor Dr. Wolfgang Tiedemann überreichte die Zertifikate. Der Geschäftsführer der TQZert Zertifizierungsgesellschaft – früher selbst als Allgemeinmediziner niedergelassen – fasste dabei die Ergebnisse des Prozesses noch einmal zusammen: „Die durch QEP® optimal strukturierten Abläufe sorgen für noch mehr Behandlungssicherheit und -qualität für die Patienten.“ Als besonderen Vorteil hob er hervor, dass die MFA durch die QEP®-Vorgaben mehr Verantwortung für die organisatorischen Abläufe in den Anlaufpraxen übernehmen, sodass den diensthabenden Ärzten mehr Zeit für die Behandlung der Patienten bleibt. „Die Verleihung der Zertifizierungskunden bedeutet aber nicht nur eine sichtbare Anerkennung für die bereits geleistete Arbeit. Sie ist auch Ansporn, sich weiterhin für mehr Qualität zu engagieren, um so in drei Jahren die erfolgreiche Rezertifizierung zu feiern“, erklärte der Visitor.

Lohnender Aufwand

Die Zertifizierung von Anlaufpraxen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes war eine Premiere und gleichzeitig ein Beweis, dass QEP® auch in diesem Bereich funktioniert. QEP® ermöglicht es, sämtliche Prozesse in einer Anlaufpraxis – von der Anmeldung über diagnostische und therapeutische Leistungen bis hin zum Notfall-, Hygiene- oder Gerätemanagement – zu optimieren. Ein Vorteil bei der Umsetzung ist die Struktur des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Schleswig-Holstein mit ihrem Zusammenspiel aus Anlaufpraxen, fahrendem Dienst und zentraler Leitstelle.

DELEGATION ÄRZTLICHER LEISTUNGEN IN THÜRINGER HAUSARZTPRAXEN

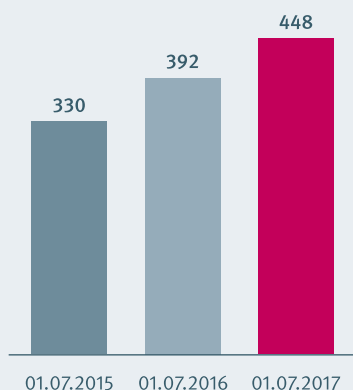
Im Rahmen des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V mit der AOK PLUS war es Hausärzten in Thüringen seit 2010 möglich, eine vom Institut für hausärztliche Fortbildung zugelassene Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – VERAH – unterstützend einzusetzen. Damit etablierte sich die Hausarztpraxis als zentraler Ort der optimierten Patientenversorgung für AOK PLUS-Versicherte. An dem hausarztentlastenden Praxismanagement der AOK PLUS haben 209 Thüringer Hausärzte, Stand 31. Dezember 2014, teilgenommen.

Dieses regionale Modell, das heute nur noch von zehn Hausärzten in Thüringen genutzt wird, wurde durch das bundesweite Modell „Nichtärztliche Praxisassistenten“ abgelöst. Mit Aufnahme der entsprechenden Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch den Bewertungsausschuss kann seit 2015 jede Hausarztpraxis einen nichtärztlichen Praxisassistenten beschäftigen, der sie bei der Betreuung ihrer Patienten unterstützt. Nichtärztliche

Praxisassistenten führen Hausbesuche sowie Besuche in Alten- und Pflegeheimen durch. Gerade in ländlichen Gebieten ist der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten unverzichtbar geworden. In Thüringen wird mittlerweile fast jeder vierte Hausarzt durch mindestens einen nichtärztlichen Praxisassistenten unterstützt. Der Arzt überwacht die Tätigkeit des Assistenten und ist jederzeit für ihn erreichbar. Praxismitarbeiter, die diese Aufgabe übernehmen wollen, müssen für mindestens 20 Wochenstunden in der Praxis beschäftigt sein und außerdem die Ausbildung der Landesärztekammer mit dem Abschluss eines nichtärztlichen Praxisassistenten besitzen oder über eine Zusatzqualifikation gemäß § 7 der Delegationsvereinbarung verfügen beziehungsweise eine Fortbildung begonnen haben. Praxismitarbeiter, die bereits eine Ausbildung zur VERAH absolviert haben, müssen zur Erfüllung der Anforderungen der Delegationsvereinbarung ergänzende Ausbildungsstunden oder -module absolvieren, um den Abschluss gemäß Delegationsvereinbarung nachweisen zu können. Die Bundesärztekammer hat ein entsprechendes Fortbildungscurriculum entwickelt, das explizit der Fortbildung von Helferinnen für delegierbare Hausbesuche dient. Die

Umsetzung des Curriculums erfolgt in den Landesärztekammern. Hier kann die KV Thüringen auf eine sehr gute Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Thüringen zurückblicken. So wurde zum Beispiel Anfang 2015 aufgrund der großen Nachfrage in Bezug auf die Zusatzqualifikation gemeinsam eine Auftaktveranstaltung durchgeführt, an der 45 zukünftige nichtärztliche Praxisassistenten teilnahmen, um die Genehmigungsvoraussetzungen zu erhalten. So war es möglich, schon bis 1. Juli 2015 für 330 Hausärzte die Genehmigung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen zu erteilen. Zum 1. Juli 2017 waren es bereits 448 Ärzte mit entsprechenden Genehmigungen.

ENTWICKLUNG DER GENEHMIGUNGEN FÜR HAUSÄRZTE ZUR ERBRINGUNG ÄRZTLICH ANGEORDNETER HILFELEISTUNGEN DURCH NICHTÄRZTLICHE PRAXISASSISTENTEN



THÜRINGEN AKTUELL:

Aktuell sind in Thüringen **236** zertifizierte nichtärztliche Praxisassistenten im Einsatz.

103 Mitarbeiter in Hausarztpraxen absolvieren derzeit das Fortbildungscurriculum der Landesärztekammer.

Die Zusatzqualifikation gemäß § 7 der Delegationsvereinbarung haben **34** VERAH begonnen.

BERATUNG ALS MITTEL DER WAHL

Die KVen führen bundesweit verpflichtend Stichprobenprüfungen zur Förderung der Qualität, unter anderem in der radiologischen Diagnostik und der Kernspintomographie, durch. Nach einem statistisch gesicherten Verfahren werden Ärzte per Zufallsgenerator ermittelt und gebeten, die entsprechenden Befundberichte und Bilddokumentationen bei der KV einzureichen.

In den vergangenen Jahren hat die Qualitätssicherungskommission der KV Westfalen-Lippe die Ärzte, bei denen erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen vorlagen, vermehrt beraten. In einigen Fällen erfolgte die Beratung auch in der Praxis des Arztes, wodurch technische Besonderheiten direkt geprüft und besprochen werden konnten und zu einer zeitnahen Beseitigung der Beanstandungen führten. In einigen Fällen wurde das Personal mit einbezogen, sodass auch an dieser Schnittstelle eine Optimierung der Einstelltechnik und des Strahlenschutzes erfolgen konnte. Außerdem kann auf Wunsch des Arztes eine besondere – allerdings kostenpflichtige – Schulung durch einen Medizinisch-technischen Radiologieassistenten (MTRA) mit Lehrerlaubnis durchgeführt werden.

Diese Maßnahmen tragen deutlich zur Entlastung der radiologischen Praxen bei.

Bei den Nachprüfungen zeigte sich, dass die Beratungen als Unterstützung dienen, um Beanstandungen zu beseitigen. Damit wird deutlich, dass Beratung vor Sanktionierung das Mittel der Wahl ist, um die Qualität bei den überprüften Ärzten nachweislich zu verbessern und die Wirkung von Qualitätssicherung zu belegen. Insgesamt zeigte sich, dass die meisten Beanstandungen im administrativen und technischen Bereich auftreten. Dies lässt vermuten, dass insbesondere bei der Erstellung von Röntgenaufnahmen ein erhöhter Beratungs- und Schulungsbedarf besteht.

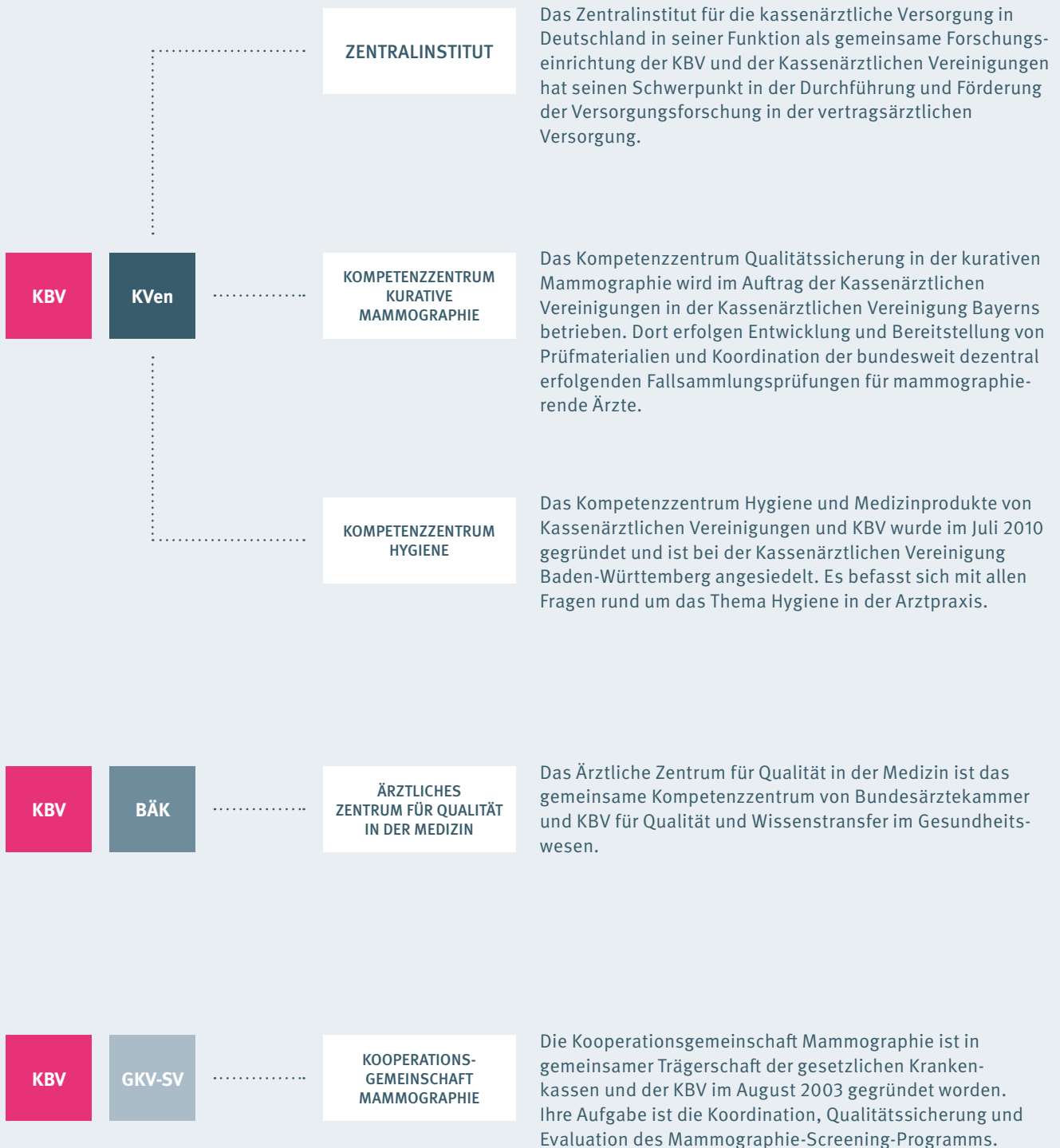
Das individuelle Beratungsangebot wird seit Herbst 2016 durch Informationsveranstaltungen und ab 2018 durch fachbezogene Workshops ergänzt. Die Veranstaltungen werden hauptsächlich durch Lehr-MTRA geleitet, die mit ihren umfassenden Erfahrungen das Basiswissen auffrischen. Die festgestellten Beanstandungen werden den Teilnehmern durch Beispiele vorgestellt, und der Referent gibt Tipps zu deren Vermeidung.

Die angebotenen Informationsveranstaltungen wurden von den Ärzten und den Medizinischen Fachangestellten (MFA)/MTRA bisher sehr gut angenommen. Die ersten Termine waren umgehend ausgebucht. Dies zeigt, dass die Ärzte außerordentlich daran interessiert sind, die Qualität in ihren Praxen zu steigern und die Durchführung von Röntgenaufnahmen zu optimieren. Im Nachgang zu den Informationsveranstaltungen werden ab 2018 fachbezogene Workshops zur Einstelltechnik angeboten. Hier erhalten die MFA/MTRA die Gelegenheit, aktiv in kleiner Runde die optimierte / richtige Einstellung direkt an einer Röntgenanlage zu üben. Die Workshops werden in Kooperation mit einer Klinik durchgeführt.



Darüber hinaus werden die Qualitätsprüfungen der Ärzte, bei denen es Beanstandungen gegeben hatte, über einen längeren Zeitraum evaluiert. Anhand dieser Daten kann die Frage „Wie wirkt QS?“ nach Abschluss der Evaluation beantwortet werden. Bereits jetzt lässt sich erkennen, dass die Ärzte, die aktiv an der Beseitigung der Beanstandungen mitarbeiten, ihre Qualität deutlich verbessern und auch halten konnten.

EINRICHTUNGEN MIT WEITEREN QUALITÄTSINITIATIVEN



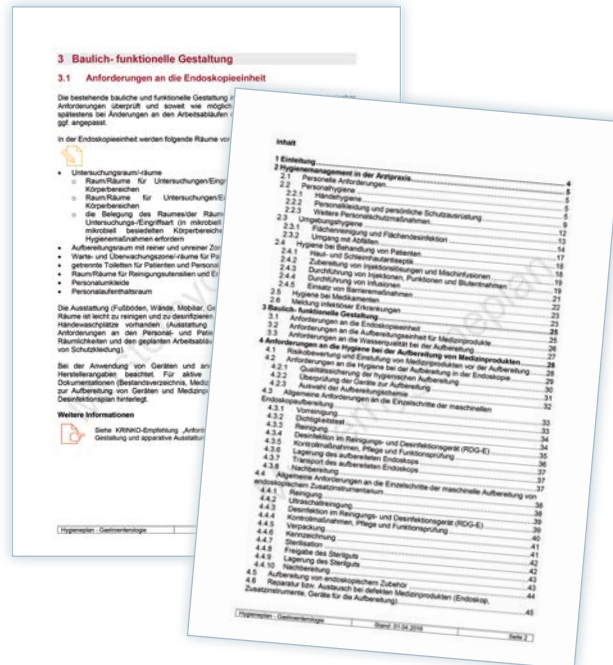


Seit seiner Gründung im Jahr 2010 befasst sich das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV mit Themen rund um die Hygiene in Arztpraxen. So vertritt das Kompetenzzentrum die Interessen Niedergelassener im Themenfeld Hygiene und bringt diese bereits bei Änderungen oder Anpassungen rechtlicher Rahmenbedingungen ein.

Im Jahr 2016 hat das Kompetenzzentrum in Zusammenarbeit mit der KBV verschiedene Stellungnahmen zu Entwürfen des Bundesministeriums für Gesundheit und des Robert-Koch-Instituts sowie zu Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention abgegeben. Um Empfehlungen und Vorgaben zur Medizinproduktaufbereitung auf den niedergelassenen Bereich zu übertragen, arbeitet das Kompetenzzentrum im Fachausschuss Arzt-/Zahnarztpraxen der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e. V. mit. In regelmäßigen Sitzungen werden die gestellten Anforderungen praktikabel auf die speziellen Bedürfnisse des ambulanten Sektors übertragen.

Daneben unterstützt das Kompetenzzentrum die Hygieneberater der einzelnen KVen in ihrer Tätigkeit. Diese informieren ihre Mitglieder rund um das Thema Hygiene und Medizinprodukte in der Praxis und geben Hilfestellung in der täglichen Umsetzung. Die Unterstützung seitens des Kompetenzzentrums gestaltet sich vielfältig: Von einem Newsletter, der zeitnah über aktuelle und relevante Themen informiert, über die Hilfestellung bei Beantwortung von komplexen Anfragen aus Praxen bis hin zum Austausch der Hygieneberater untereinander und der Weiterqualifikation des Einzelnen.

2016 wurde der vier Jahre zuvor veröffentlichte Musterhygieneplan Gastroenterologie überarbeitet. In ihm sind hygienerelevante Abläufe einer gastroenterologischen Praxis detailliert dargestellt. Die beschriebenen Rege-



Auszüge aus dem
Musterhygieneplan
Gastroenterologie
(zweite Auflage 2016)

Folgende Publikationen hat das Kompetenzzentrum bereits veröffentlicht:

Musterhygieneplan Gastroenterologie (erste Auflage 2012)

Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden (2014)

Hygiene in der psychotherapeutischen Praxis. Ein Leitfaden (2015)

Hygiene und Medizinprodukte – Feststellung des Status quo in der Arztpraxis (2015)

Musterhygieneplan Gastroenterologie (zweite Auflage 2016)

lungen erstrecken sich von allgemeinen Hygienemaßnahmen bis hin zur baulich-funktionellen Gestaltung der Arztpraxis. Da im Praxisalltag verschiedene Aufbereitungsverfahren zur Anwendung kommen, wurde die Mustervorlage in drei Versionen – maschinelle, manuelle und teilmaschinelle Aufbereitung – erstellt.

Alle Publikationen des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte stehen sowohl auf seiner eigenen Website als auch auf den Websites der KVen als PDF zum

Download zur Verfügung. Eine Word-Version des Musterhygieneplans Gastroenterologie, die für die individuelle Anpassung an die eigene Praxis benötigt wird, kann bei den zuständigen Hygieneberatern der KVen angefordert werden.

www.kvb.de

ARBEITSTEILUNG SCHAFFT EFFIZIENZ

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

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

Entsprechend der Mammographie-Vereinbarung und der Beauftragung durch die KBV bietet das Kompetenzzentrum allen mammographierenden Ärzten im Bundesgebiet an, die ständige Verbesserung des Bilderpools durch das Einreichen geeigneter Fälle zu unterstützen. Hierbei ist es wichtig, dass die Aufnahmen die relevanten Kriterien der Mammographie-Vereinbarung erfüllen und technisch einwandfrei sind.

Die eingereichten Fälle werden durch ein Sachverständigen-gremium beurteilt. Dieses Gremium ist in seiner Zusammensetzung auf der Bundesebene einvernehmlich abgestimmt. Es prüft unter

anderem die Fälle auf ihre Eignung zur Aufnahme in einen Fall-Pool nach Abschnitt C und /oder D und übernimmt deren Zusammenstellung zu einer Fallsammlung. Ein besonderes Augenmerk legen die Experten hierbei auf die Qualität der analogen Ausdrucke unter dem Aspekt der Gleichwertigkeit gegenüber der digitalen Darstellung.

Die Fallsammlung nach Abschnitt D wird in dem Zeitraum von zwölf Monaten aus Gründen der Vergleichbarkeit aller Prüfungsergebnisse nicht variiert. Die Fallsammlung nach Abschnitt C wird spätestens nach einer maximalen Einsatzzeit von drei Monaten durch Austausch von mindestens zehn Fällen variiert. Im Jahr 2016 hat das Kompetenzzentrum fünf analoge Fallsammlungsordner nach Abschnitt D produziert und je nach Bedarf an die KVen versandt. Eine analoge Fallsammlung nach Abschnitt C wurde von keiner KV benötigt.

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

ZENTRALE AUFGABEN DES KOMPETENZZENTRUMS QUALITÄTSSICHERUNG IN DER KURATIVEN MAMMOGRAPHIE:

.....
Aufbau und Pflege eines Bilderpools aus digitalen Mammographieaufnahmen, um die für die Prüfungen nach den Abschnitten C und D der Mammographie-Vereinbarung notwendigen Fallsammlungen erstellen zu können. Abschnitt C betrifft die Eingangsprüfung, Abschnitt D die Qualitätssicherungsmaßnahme zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung,
.....

Erstellung von Fallsammlungsprüfungen entsprechend den Abschnitten C und D und Bereitstellung der Prüfmateriale,
.....

Unterstützung der KV bei der Übermittlung der Prüfungsergebnisse zur Auswertung an die KBV,
.....

Unterstützung der KV bei der Einführung eines flächendeckenden digitalen Prüfungsbetriebs.
.....



Das Zentralinstitut trägt mit wissenschaftlichen Analysen, Studien, Software und Services dazu bei, dass gesetzlich Versicherte in ausreichender Qualität ärztlich versorgt sind – ganz gleich, wann und wo in Deutschland. In seinen Analysen nutzt das Zentralinstitut vor allem Routinedaten der KVen und der Apothekenrechenzentren und schafft mit seinen Arbeiten, zum Beispiel mit der Internetplattform „Versorgungsatlas“ Transparenz im Gesundheitssystem. Im Bereich der Arzneimittelversorgung hat das Zentralinstitut im Jahr 2017 den „RX-Trendbericht“ neu aufgelegt, der nun eine schnelle und fundierte Darstellung aktueller Verordnungstrends, zum Beispiel über Preis und Mengenentwicklungen spezifischer Indikationsbereiche bietet. Im Fokus standen dabei zuletzt die Auswirkungen neuer Festbeträge in der Wirkstoffgruppe der Urologika.

Wesentliches Element der Datenbasis im Gesundheitswesen sind die mit der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) kodierten Diagnosen. Das Zentralinstitut stellt daher verschiedene Werkzeuge zur Unterstützung der Vertragsärzte bei einer qualitativ hochwertigen Kodierung zur Verfügung, unter anderem die Kodierhilfe des Zentralinstituts. Damit soll nicht nur eine effiziente Bewältigung gesetzlicher Anforderungen sichergestellt werden, sondern auch eine hochwertige Datenbasis für die Versorgungsforschung.



KODIERHILFE DES ZENTRALINSTITUTS

Die Angabe von Behandlungsanlässen ist notwendiger Bestandteil der ärztlichen Abrechnung. Formal genügt ein gültiger Diagnosen-Kode der deutschen Modifikation der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM); inhaltlich bedeutet dies jedoch nicht, dass gleiche medizinische Sachverhalte als gleich erkannt und immer gleich kodiert werden. Hier setzt die Kodierhilfe an und ergänzt das Regelwerk durch die Empfehlung von medizinischen Bedingungen, den „Kriterien“, die zur Verwendung eines Codes erfüllt sein sollten. Diese Kriterien werden von Vertragsärzten in Arbeitsgruppen erarbeitet und konsentiert. Die Moderation der Arbeitsgruppen übernehmen dabei Mitarbeiter des Zentralinstituts. In mehr als 70 Arbeitsgruppen und 230 Sitzungen konnten bislang rund 90 Prozent der Codes der ICD-10-GM auf diese Weise für eine inhaltlich korrekte Kodierung angereichert werden. Neben notwendigen und möglichen Kriterien werden in den Arbeitsgruppen Hinweise erarbeitet, die sowohl medizinische Aspekte als auch kodierspezifische „Kniffe“ wie alternative oder zusätzliche Verschlüsselungsmöglichkeiten umfassen. Diese Wissensbasis ist inzwischen auf fast 60.000 Einträge für über 12.500 Codes angewachsen.

Die Wissensbasis der Zi-Kodierhilfe kann je nach Anwendungsszenario über verschiedene Wege in den Praxisalltag eingebunden werden. Über die Kodierhilfe-Stammdatei der KBV können die Anbieter von Praxisverwaltungssystemen die Wissensbasis direkt integrieren und somit deren Nutzung ohne Wechsel des Systems ermöglichen. Als zusätzliches Programm ermöglicht der KodierAssistent der KBV die Verwendung der Wissensbasis im lokalen Rechnernetz einer Praxis ohne Internetzugang. Die Kodierhilfe ist online erreichbar und steht ab Herbst 2017 auch als App für Smartphones unter Android und iOS zur Verfügung.

Vertragsärzte, die Routinedaten selbst zur Steuerung ihrer Praxis nutzen, profitieren von einer qualitätsgesicherten Diagnosenkodierung mit der Kodierhilfe in zweifacher Hinsicht. Im Rahmen der Abrechnung werden die richtigen Codes bereitgestellt, gleichzeitig basieren Erkenntnisse zur eigenen Praxis auf einer zuverlässigen und korrekten Datengrundlage.

www.versorgungsatlas.de
www.rx-trendbericht.de
www.kodierhilfe.de

MAMMOGRAPHIE-SCREENING-PROGRAMM IN DEUTSCHLAND NACH EUROPÄISCHEN STANDARDS ZERTIFIZIERT

Das Mammographie-Screening-Programm ist das erste Krebsfrüherkennungsprogramm nach einheitlichen europäischen Qualitätsstandards. Es wird von Ärztinnen und Ärzten sowie radiologischen Fachkräften in insgesamt 95 Screening-Einheiten umgesetzt.

Für die spezifische Qualitätssicherung in den Screening-Einheiten einschließlich der Fortbildungen und der regelmäßigen (Re-)Zertifizierungen sind – hinsichtlich medizinischer und technischer Qualität – die fünf überregional tätigen Referenzzentren verantwortlich. Für diese ist eine unabhängige Überprüfung im Bundesmantelvertrag¹ verbindlich festgeschrieben.

Zur Zertifizierung nach europäischen Standards hat die Kooperationsgemeinschaft Mammographie 2007 den Auftrag zur Zertifizierung der Referenzzentren an die „European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services“ (EUREF) vergeben. Die Kriterien zur Zertifizierung von Mammographie-Screening-Programmen sind als Kapitel elf Bestandteil der „European guidelines for quality assurance in mammography screening“, Third Edition. Dazu zählen unter anderem ein implementiertes personenbezogenes Einladungssystem, eine stetige Überwachung der technisch-physikalischen Parameter, eine regelmäßige Evaluation sowie ein kontinuierliches Fortbildungsprogramm.

In einem dreistufigen Verfahren erfolgten Konsiliarbesuche, Prä-Zertifizierungsbesuche sowie ein abschließender Zertifizierungsbesuch durch Vertreter von EUREF. Bereits im 2008 erfolgten Konsiliarbesuch drückte EUREF seine Anerkennung für die erfolgreiche Implementierung des bevölkerungsbezogenen Mammographie-Screening-

Programms in Deutschland innerhalb der kurzen Zeitspanne von drei Jahren aus. Als besonders beeindruckend wurde hervorgehoben, dass es gelungen ist, ein in Bezug auf Qualitätssicherung und -management zentralisiertes Programm in einem dezentralen, föderalen Gesundheitssystem einzuführen.

Nach den Prä-Zertifizierungsbesuchen 2011 bestätigte EUREF dem Programm auch in Prozess- und Ergebnisqualität ein sehr hohes Niveau.

In der regelhaften Evaluation des Mammographie-Screening-Programms fehlt bisher die Erfassung und Bewertung der Intervallkarzinome, also derjenigen Karzinome, die zwischen zwei Screening-Runden auftreten. Diese sind zusammen mit der Brustkrebsentdeckungsrate ein wesentlicher Baustein für die Bewertung des Programms und ein zentrales Element der Qualitätssicherung. Intervallkarzinome werden über einen Datenabgleich von Screening-Teilnehmerinnen mit Daten der Krebsregister erfasst. Für diesen Datenaustausch ist eine rechtliche Grundlage erforderlich, die in jedem Bundesland geschaffen werden muss. Da dies außerhalb des Regelungskreises der Referenzzentren liegt, hat sich EUREF dazu entschlossen, 2016 und 2017 die abschließenden Zertifizierungsbesuche durchzuführen. In zwei der fünf Referenzzentren war 2016 eine Evaluation von Intervallkarzinomen möglich. In den anderen drei Referenzzentren wurden anstelle der Intervallkarzinome die T2+-Folgerundenkarzinome zusammengestellt und begutachtet. Anhand eines durch die Referenzzentren und die Geschäftsstelle der Kooperationsgemeinschaft entwickelten und bundesweit geltenden Protokolls zur Identifizierung und Evaluation von Intervallkarzinomen wurde in dem Review durch EUREF die Methodik und praktische Umsetzung dieser wichtigen qualitätssichernden Maßnahme bewertet. EUREF kommt dabei zu dem Schluss, dass die Referenzzentren einen herausragenden

Prozess zur Bewertung der Intervallkarzinome etabliert haben und lobten das große Engagement und Interesse, mit dem das sich daran anknüpfende Qualitätsmanagement erfolgt.

Des Weiteren wurden im Rahmen der EUREF-Besuche die Qualität der Mammographie-Aufnahmen sowie die physikalisch-technische Qualitätssicherung, die dem System zugrunde liegt, geprüft und als exzellent beurteilt. EUREF kommt nach Prüfung aller Qualitätsparameter einschließlich der Programmresultate zu dem Schluss, dass das deutsche Mammographie-Screening-Programm eine ausgezeichnete Brustkrebsfrüherkennung für die Frauen in Deutschland bietet.

¹ § 6 Abs. 6 Anlage 9.2 BMV-Ä

02

QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z

RECHENLISTE





✓ 9.313 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

📄 8.378 **PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE**

AKUPUNKTUR

§ Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007, zuletzt geändert zum 1.1.2016

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTZRINGEL: mindestens viermal im Jahr Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema chronische Schmerzen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von fünf Prozent der abrechnenden Ärzte; zwölf Fälle und bis zu 18 Ausnahmefälle hinsichtlich Dokumentation des Therapieplans sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung. Aussetzen der Prüfungsverpflichtung für den Zeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch die Partner des Bundesmantelvertrags festgelegt

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	3)	3)	4)			3)	5)						3), 4)		3)		3)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	1.602	1.440	578	185	86	168	648	118	705	1.256	403	130	373	176	270	165	1.129	9.432
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	1.553	1.418	596	192	85	161	651	116	694	1.230	387	131	367	175	270	160	1.127	9.313
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	37	89	98	12	1	7	42	1	28	66	13	8	4	6	7	5	59	483
– davon Anzahl Genehmigungen	37	86	98	12	1	7	41	1	28	66	13	8	4	6	7	5	56	476
– davon Anzahl Ablehnungen	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	30	1	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	9	48
– aus sonstigen Gründen	30	1				6							1		1		9	48
– wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	0	0				0							0		0		0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	14	3	49	5	0	11	0	2	18	8	29	2	13	7	7	0	34	202
📄 FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 Abs. 2																		
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.420	1.305	526	192	82	152	415	116	661	1.193	387	112	353	6)	257	78	1.129	8.378

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Widerrufe wegen nicht erfüllter Fortbildungsverpflichtung. ⁴⁾ Die Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung liegen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vollständig vor. ⁵⁾ Weitere Ärzte haben zur Fortbildung an anerkannten Qualitätszirkeln der KV teilgenommen, dies aber nicht nachgewiesen. ⁶⁾ Die Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung liegen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor.

✓ 32.256 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

42 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

504 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

AMBULANTES OPERIEREN



§ Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.12.2011

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

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: wenn Operateur und behandelnder / nachbehandelnder Arzt nicht identisch sind, muss eine Kooperation erfolgen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	3)								4)									
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	4.494	5.343	2.541	784	377	900	2.646	505	2.959	2.715	1.401	454	1.910	730	1.062	573	2.496	31.890
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	4.528	5.405	2.628	793	381	1.033	2.636	504	2.966	2.743	1.337	466	1.952	737	1.074	580	2.493	32.256
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	406	919	271	57	28	164	463	31	423	306	97	19	133	41	62	77	384	3.881
– davon Anzahl Genehmigungen	400	890	271	57	28	164	462	31	417	305	97	17	133	41	61	77	383	3.834
– davon Anzahl Ablehnungen	6	29	0	0	0	0	1	0	6	1	0	2	0	0	1	0	1	47
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	24	0	0	0	0	6	0	1	0	3	0	0	4	0	0	38
– davon ohne Beanstandungen			24					6		1		3			4			38
– davon mit Beanstandungen			0					0		0		0			0			0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	1	0	184	48	0	126	6	32	171	219	161	5	112	34	48	25	106	1.278
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V (fakultativ)																		
Anzahl geprüfter Ärzte (Ergebnisse s. Seite 55)																		42

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

²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Die Anzahl Ärzte mit Genehmigung umfasst 1.575 Ärzte mit Genehmigung gemäß § 115 SGB V.

⁴⁾ Anzahl Beendigungen erhöht aufgrund von Datenbereinigung.



✓ 1.129 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

APHERESSEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN



Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 6.3.2015

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Indikationsstellung ist für jeden Einzelfall zu dokumentieren, Dokumentation durch den Arzt pseudonymisiert zur Prüfung an die beratende Kommission der KV

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: ergänzende ärztliche Beurteilung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	129	126	33	65	20	36	53	37	109	138	75	25	42	56	33	36	96	1.109	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	131	129	33	68	19	38	51	40	108	138	74	26	45	56	39	37	97	1.129	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	10	15	19	5	1	12	5	8	24	3	4	1	4	1	7	3	6	128	
– davon Anzahl Genehmigungen	10	15	19	5	1	12	5	5	24	3	4	1	4	1	7	3	6	125	
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	3	2	0	11	k.A.	3	25	3	5	0	3	1	0	0	2	58	

→ Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
INDIKATIONEN																		
LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung																		
Anzahl Erstanträge	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	3	9
– davon angenommen					0	1						1		2			3	7
– davon abgelehnt					1	0						0		1			0	2
Anzahl Folgeanträge	7	5	14	0	2	4	2	1	6	14	19	2	3	9	7	1	0	96
– davon angenommen	7	5	14		2	4	2	1	6	14	19	2	3	9	7	1		96
– davon abgelehnt	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
LDL-Apherese bei schwerer Hypercholesterinämie																		
Anzahl Erstanträge	0	23	3	13	0	1	5	6	6	72	0	1	14	44	0	5	30	223
– davon angenommen		13	1	4		1	2	6	6	63		1	9	31		3	8	148
– davon abgelehnt		10	2	9		0	3	0	0	9		0	5	13		2	22	75
Anzahl Folgeanträge	59	249	43	125	1	22	50	70	84	359	29	4	104	127	13	62	163	1.564
– davon angenommen	59	247	43	123	1	22	50	70	84	356	29	4	104	126	13	62	159	1.552
– davon abgelehnt	0	2	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	4	12
LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung																		
Anzahl Erstanträge	8	45	18	15	4	11	7	23	231	17	15	9	80	1	17	17	17	535
– davon angenommen	5	41	10	6	2	4	3	18	192	14	11	6	63	1	10	11	15	412
– davon abgelehnt	3	4	8	9	2	7	4	5	39	3	4	3	17	0	7	6	2	123
Anzahl Folgeanträge	12	143	56	33	3	44	32	47	415	38	39	17	78	24	20	45	31	1.077
– davon angenommen	12	142	56	33	3	43	32	47	402	38	39	17	78	22	20	45	27	1.056
– davon abgelehnt	0	1	0	0	0	1	0	0	13	0	0	0	0	2	0	0	4	21
Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis																		
Anzahl Erstanträge	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon angenommen		0																0
– davon abgelehnt		1																1
Anzahl Folgeanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Kein Neuantrag enthalten. ⁴⁾ 3 nicht genehmigte Anträge wurden durch Vorstandsbeschluss als Beendigungen behandelt. ⁵⁾ Zusätzlich 15 Umschreibungen aufgrund MVZ-Anstellung

✓ 4.191 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

358 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

4.296 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**



ARTHROSKOPIE

§ Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 1.1.2015

Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 135b Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 3.3.2010, zuletzt geändert zum 1.1.2016

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

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

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen; abweichend von der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung sind für den Zeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017 mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte zu überprüfen, im Umfang von zwölf Fällen

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	6)						9)						14)					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	597	903	234	70	44	84	350	55	343	415	227	96	157	66	124	91	324	4.180
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	599	906	234	72	46	84	360	58	348	392	220	96	159	70	127	94	326	4.191
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	42	224	25	3	6	11	83	3	56	37	15	4	10	10	5	9	34	577
– davon Anzahl Genehmigungen	42	214	25	2	6	10	82	3	54	35	15	4	10	10	5	9	33	559
– davon Anzahl Ablehnungen	0	10	0	1	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	17
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
– davon bestanden		7			0													7
– davon nicht bestanden		0			1													1
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon ohne Mängel										0								0
– davon mit Mängeln										1								1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	25	0	0	4	0	0	23	45	22	4	8	6	2	6	12	157

→ Arthroskopie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V	3)	5)	7)		8)													
Prüfungsumfang																		
Anzahl abrechnender Ärzte	380	565	158	58	29	42	222	38	218	273	122	52	103	48	78	61	184	2.631
Anzahl geprüfter Ärzte	38	74	19	7	6	6	31	7	37	40	13	7	18	6	13	14	22	358
– Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	27	70	19	7	5	6	24	4	35	34	12	6	16	5	13	14	18	315
– kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	11	4	0	0	1	0	7	3	2	6	1	1	2	1	0	0	4	43
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	7.1	12.4	12.0	12.1	17.2	14.3	10.8	10.5	16.1	12.5	9.8	11.5	15.5	10.4	16.7	23.0	9.8	12.0
Begründung zum Prüfungsumfang; sonstige Kommentare	4)							10)	11)	12)			13)					
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
– keine Beanstandung	9	33	11	7	1	3	10	0	9	28	6	6	6	1	7	7	11	155
– geringe Beanstandungen	2	20	4	0	2	2	5	2	11	3	6	0	5	1	5	1	5	74
– erhebliche Beanstandungen	4	14	2	0	1	1	5	0	1	3	0	0	3	2	1	5	1	43
– schwerwiegende Beanstandungen	12	3	2	0	1	0	4	1	14	0	0	0	2	1	0	1	1	42
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
– keine Beanstandung	2	2			0		3	0	0	4	0	0	1	1			3	16
– geringe Beanstandungen	4	1			0		2	1	0	0	1	0	0	0			1	10
– erhebliche Beanstandungen	0	1			0		1	1	2	0	0	0	0	0			0	5
– schwerwiegende Beanstandungen	5	0			1		1	1	0	2	0	1	1	0			0	12
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	28	9	10	0	5	3	18	5	28	17	7	0	4	4	1	6	8	153
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	2	1	0	0	3	0	5	0	12	6	0	0	1	0	1	0	1	32
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	18	1	4	0	2	0	8	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	39
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	2	0	0	1	0	0	2	3	0	0	1	0	0	0	0	2	11
– davon bestanden		2			0			2	1			1					1	7
– davon nicht bestanden		0			1			0	0			0					1	2
Anzahl Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4
Anzahl mit Auflagen versehener Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Das Fehlen einzelner inhaltlicher Anforderungen (z. B. 2 oder mehr Kompartimente, fehlende Patienten-ID) wird als schwerwiegende Beanstandung gewertet. ⁴⁾ Vorgaben zum Prüfungsumfang wurden 2015 übererfüllt. Zusätzlich erfolgte in 11 Fällen eine Fortsetzung des Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 3c (Ergebnisse: 2/4/0/5). ⁵⁾ Es wurden 3 Kolloquien vorgesehen, diese finden 2017 statt. ⁶⁾ 3 Genehmigungen erfolgten aufgrund von Neuanträgen. ⁷⁾ Anzahl abrechnender Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I – IV/2015). ⁸⁾ Zusätzlich erfolgte in einem Fall eine Fortsetzung des Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 3c), mit erheblichen Beanstandungen. ⁹⁾ 23 Genehmigungen erfolgten aufgrund von Erstanträgen. ¹⁰⁾ Ein Arzt hatte trotz wiederholter Aufforderung keine Dokumentationen eingereicht; die Überprüfung erfolgt nun 2017. ¹¹⁾ 2 Kolloquien sind zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht abgeschlossen. ¹²⁾ Ein Arzt hat im Zusammenhang mit dem Prüfergebnis auf seine Genehmigung verzichtet, daher keine weiteren Maßnahmen. ¹³⁾ Eine Prüfung mit weniger als 12 Dokumentationen, da in den berücksichtigten Quartalen keine weiteren Abrechnungen stattfanden. ¹⁴⁾ 15 Genehmigungen erfolgten aufgrund von Neuanträgen.

✓ 918 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

📄 246 GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN

BALNEOPHOTOTHERAPIE



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

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

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: zum Nachweis der regelmäßigen Wartung der Bestrahlungsgeräte und der

Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel jährliche Stichprobenprüfungen im Umfang von mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfung auf Verlangen der KV

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	99	137	23	11	20	27	43	3	143	99	42	17	39	17	36	17	127	900	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	100	144	24	12	18	26	42	3	154	103	40	17	41	14	35	18	127	918	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	6	26	5	1	1	0	2	0	11	6	2	0	3	2	1	3	22	91	
– davon Anzahl Genehmigungen	6	26	5	1	1		2		11	6	2		3	2	1	3	16	85	
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0		0		0	0	0		0	0	0	0	6	6	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	4	0	0	1	k.A.	0	2	0	4	0	1	5	0	0	2	19	
📄 WARTUNGSNACHWEISE § 8																			
Anzahl abrechnender Ärzte	88	158	21	12	18	20	40	1	115	89	34	17	36	12	35	17	113	826	
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	20	32	23	12	4	7	³⁾	3	23	11	7	17	10	3	8	18	35	233	
– davon Nachweise erbracht	18	31	18	12	4	4		3	23	11	7	17	10	3	8	18	35	222	
– davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	2	1	5	0	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	
Anzahl nochmaliger Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	2	1	5	0	0	3	³⁾	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	13	
– davon Nachweise erbracht	2	1	5			3				2								13	
– davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0	0	0			0				0								0	
Anzahl abrechnender Ärzte geprüft, in %	22,7	20,3	109,5	100,0	22,2	35,0	0,0	300,0	20,0	12,4	20,6	100,0	27,8	25,0	22,9	105,9	31,0	28,2	

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Überprüfung der Wartungsnachweise wurde aus organisatorischen Gründen (u. a. Umzug) 2016 nicht durchgeführt.

✓ 2.562 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

248 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

BLUTREINIGUNGS- VERFAHREN / DIALYSE



§

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.4.2014

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1.7.2002, zuletzt geändert: 1.1.2014

Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: §§ 135b und 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert: 12.4.2017

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

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

FREQUENZREGELUNG: in der Zentrumsdialyse wird durch Vergabe von Versorgungsaufträgen sichergestellt, dass bestimmte Arzt- / Patientenschlüssel gewährleistet sind (Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr): bei mehr als 30 Patienten mindestens ein zweiter Arzt, der die fachlichen Befähigungen nach § 4 erfüllt; bei mehr als 100 Patienten und je weiteren 50 Patienten zusätzlich ein weiterer Arzt, welcher ab der dritten Arztstelle ein Facharzt für Innere Medizin sein kann, der nicht über die Schwerpunktbezeichnung Nephrologie verfügt

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei Dialyse von Erwachsenen ist die Kooperation mit einem Transplantationszentrum nachzuweisen, bei Dialyse von Kindern ist die pädiatrische und psychosoziale Betreuung und die Kooperation mit einem Transplantationszentrum für Kinder nachzuweisen

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und im Rahmen der Überprüfungsverfahren

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Vollerhebung; Daten in Bezug auf den Patienten pseudonymisiert, mit der Möglichkeit einer längsschnittlichen Analyse

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: vierteljährliche Stichprobenprüfung, entweder bei auffälligen Werten, bei begründetem Verdacht oder durch Zufallsauswahl

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Auswertung der elektronischen Dokumentation extern durch Datenanalysten; vergleichende Quartalsberichte an KVen und jede Einrichtung; Jahresberichte an Gemeinsamen Bundesausschuss

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

→ Blutreinigungsverfahren / Dialyse

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN	3)			4)			5)			6)			7)			8)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	240	647	122	65	20	50	252	58	189	187	131	30	90	102	53	78	151	2.465
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	239	707	121	68	21	49	255	60	185	197	122	29	96	102	55	78	178	2.562
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	27	254	34	5	1	6	34	9	31	24	4	2	2	7	3	10	27	480
– davon Anzahl Genehmigungen	27	252	33	5	1	5	34	5	31	23	4	2	2	7	3	10	27	471
– davon Anzahl Ablehnungen	0	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
– davon ohne Mängel									1				1					2
– davon mit Mängeln									0				0					0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	4	2	0	6	k.A.	4	35	2	13	3	4	7	2	7	0	89

**AUS DEN TÄTIGKEITSBERICHTEN DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN § 7 Abs. 3
Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.2016**

Anzahl Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung gemäß § 2 Abs. 1 teilnehmen																		
– I/2016	77	121	32	23	7	13	57	24	71	74	37	13	35	24	22	23	68	721
– II/2016	77	121	32	23	7	12	57	24	71	74	37	13	35	24	22	23	68	720
– III/2016	77	121	32	23	7	12	57	24	71	74	37	13	35	24	22	23	68	720
– IV/2016	77	121	32	23	7	11	57	24	71	74	37	13	35	24	22	23	68	719
Anzahl Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	6	4	10	4	4	4	4	4	76
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	23	48	2	0	0	5	25	12	48	19	2	0	3	6	5	23	27	248
Maßnahmen, auch aufgrund der Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1																		
Anzahl Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	0	48	0	3	0	0	2	0	13	1	0	0	1	0	1	0	48	117
Anzahl durchgeführter Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	0	6	1	0	0	0	0	0	12	1	0	0	1	2	0	0	2	25
Anzahl Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl widerrufener Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.
²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Ärzte mit Genehmigung einschließlich angestellte Ärzte (KfH, MVZ, Praxen). ⁴⁾ Abnahme der Anzahl Einrichtungen wegen Zusammenführung infolge MVZ-Gründung. ⁵⁾ 4 nicht genehmigte Anträge wurden durch Vorstandsbeschluss als Beendigungen behandelt.
⁶⁾ Auffälligkeiten in den Stichprobenprüfungen durch Stellungnahmen ausreichend begründet. ⁷⁾ Hohe Sitzungsfrequenz der Kommission anstelle von Stellungnahmeverfahren, da grundsätzlich alle Anträge geprüft werden. ⁸⁾ Es werden an Stelle einer Stichprobe die Daten aller Einrichtungen geprüft.

Ende des Jahres 2016 waren 6,8 Millionen Patienten in Disease-Management-Programme für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Brustkrebs eingeschrieben. Da Patienten zum Teil an mehreren DMP teilnehmen, waren per 31. Dezember 2016 circa 7,9 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen.

EINSCHREIBUNGEN IN DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Entwicklung für den Zeitraum 2008 bis 2016, in Millionen



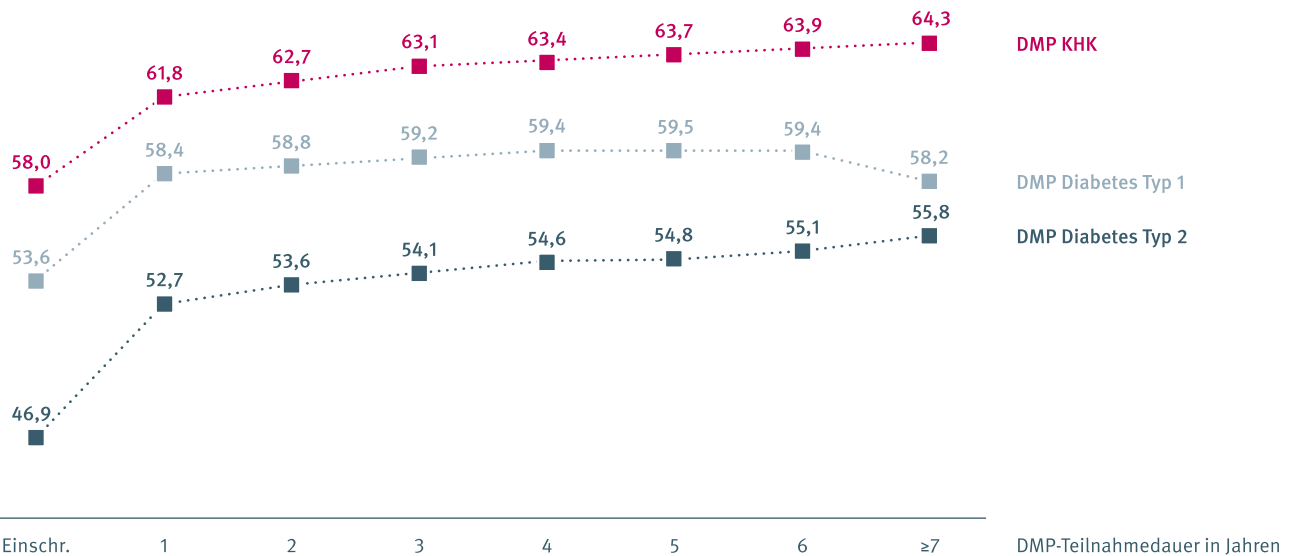
Quelle: amtliche Statistik des BMG KM6 Teil II (2008 bis 2016)

DMP AUSGEWÄHLTE QUALITÄTSZIELERREICHUNGEN FÜR DAS JAHR 2015

Im Folgenden werden Ergebnisse zu ausgewählten Qualitätszielen der Disease-Management-Programme dargestellt.

HYPERTONIKER MIT NORMOTENSIVEN BLUTDRUCKWERTEN ($\leq 139/89$ mmHg)

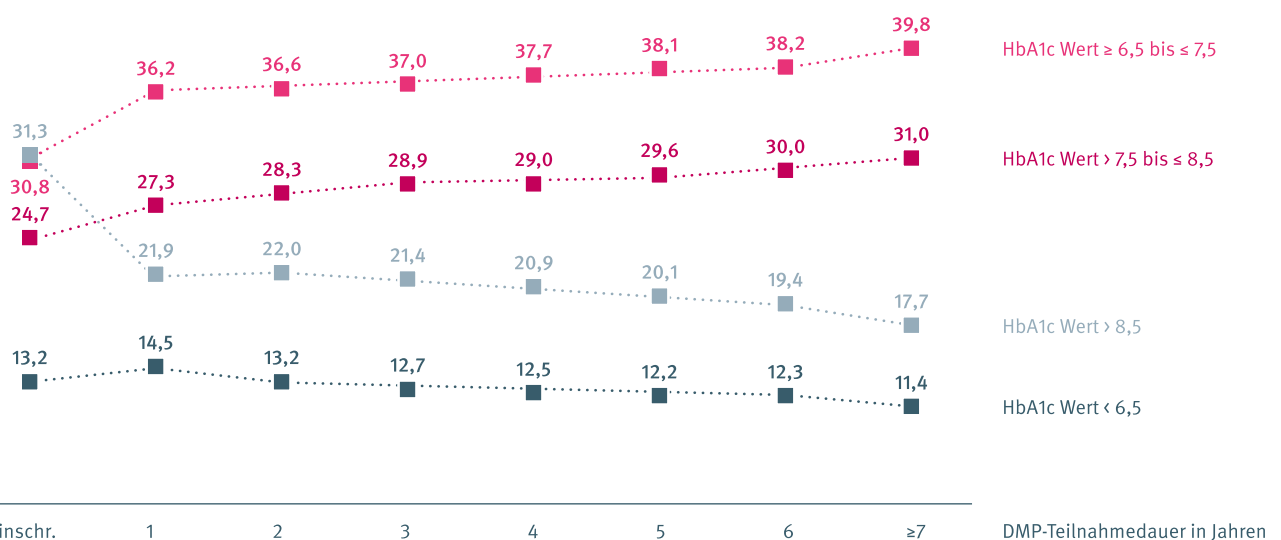
Anteil der Patienten, die im Verlauf ihrer DMP-Teilnahme einen normotensiven Blutdruck erreichten, in Prozent



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte für 2015 aus zwölf KVen

HbA1c-WERTEKLASSEN

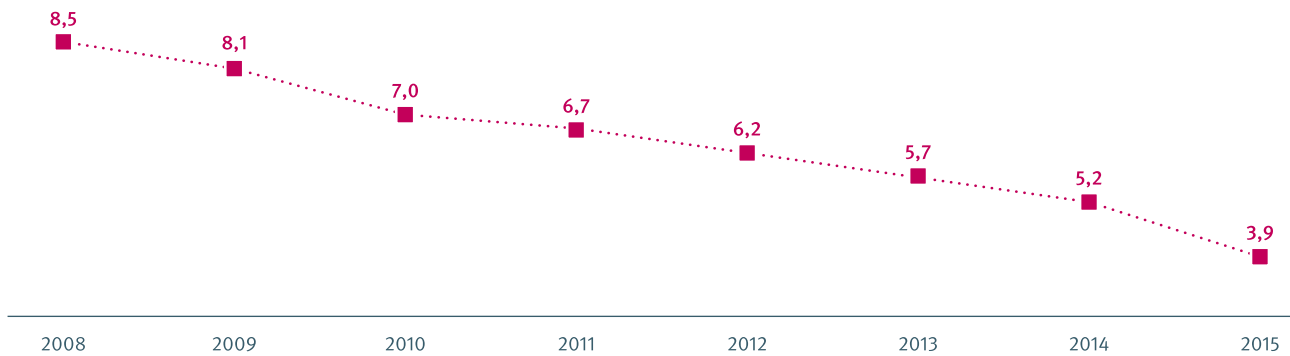
Verteilung der HbA1c-Werteklassen nach DMP-Teilnahmedauer der Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 1, in Prozent



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte für 2015 aus elf KVen

SCHWERE HYPOGLYKÄMIEN

Entwicklung des Anteils der Patienten mit schweren Hypoglykämien im DMP Diabetes mellitus Typ 1, in Prozent



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte der Jahre 2008 bis 2015 aus elf KVen

UNTERSUCHUNG DER INJEKTIONSSTELLEN

Anteil der Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 1, bei denen mindestens halbjährlich die Injektionsstellen untersucht wurden. Es handelt sich hier um ein neu definiertes Qualitätsziel. Die Dokumentation der Untersuchungen der Injektionsstellen erfolgte erstmals ab dem 1. Juli 2015, in Prozent



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte für 2015 aus 13 KVen

DMP VERTRAGSUMFANG

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ¹⁾	PATIENTEN ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.607	483.729
Bayern	KV – alle Kassen	8.316	546.137
Berlin	KV – alle Kassen	2.006	170.915
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.459	197.564
Bremen	KV – alle Kassen	431	33.758
Hamburg	KV – alle Kassen	905	60.796
Hessen	KV – alle Kassen	3.882	254.286
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.054	104.056
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.645	354.443
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.260	487.337
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.483	206.912
Saarland	KV – alle Kassen	644	56.470
Sachsen	KV – alle Kassen	2.505	342.151
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.393	189.232
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.660	110.695
Thüringen	KV – alle Kassen	1.350	154.856
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.727	384.582

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ¹⁾	PATIENTEN ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	241	18.378
Bayern	KV – alle Kassen	2.683	28.918
Berlin	KV – alle Kassen	262	8.594
Brandenburg	KV – alle Kassen	95	6.536
Bremen	KV – alle Kassen	22	1.677
Hamburg	KV – alle Kassen	62	5.736
Hessen	KV – alle Kassen	252	13.747
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	51	3.363
Niedersachsen	KV – alle Kassen	215	19.549
Nordrhein	KV – alle Kassen	1.121	23.041
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	149	9.680
Saarland	kein Vertrag mit KV		50
Sachsen	KV – alle Kassen	143	11.531
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	194	6.466
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	64	8.430
Thüringen	KV – alle Kassen	93	5.763
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	984	22.301

DMP BRUSTKREBS

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ¹⁾	PATIENTEN ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	793	7.654
Bayern	KV – alle Kassen	2.062	17.774
Berlin	kein Vertrag mit KV		3.306
Brandenburg	KV – alle Kassen	169	4.542
Bremen	KV – alle Kassen	61	821
Hamburg	KV – alle Kassen	83	734
Hessen	kein Vertrag mit KV		10.455
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	171	2.848
Niedersachsen	KV – alle Kassen	653	12.497
Nordrhein	KV – alle Kassen	909	12.171
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	326	4.665
Saarland	KV – alle Kassen	110	1.010
Sachsen	KV – alle Kassen	239	3.975
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	155	3.137
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	323	4.321
Thüringen	KV – alle Kassen	137	3.018
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	841	14.777

DMP KHK

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ¹⁾	PATIENTEN ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.373	211.897
Bayern	KV – alle Kassen	8.456	239.877
Berlin	KV – alle Kassen	1.995	76.079
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.461	98.721
Bremen	KV – alle Kassen	433	13.524
Hamburg	KV – alle Kassen	877	26.984
Hessen	KV – alle Kassen	3.895	86.747
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.049	48.669
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.560	181.296
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.425	223.782
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.445	80.738
Saarland	KV – alle Kassen	657	24.450
Sachsen	KV – alle Kassen	2.323	127.012
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.426	81.126
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.632	54.421
Thüringen	KV – alle Kassen	1.331	77.485
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.783	181.287

DMP ASTHMA / COPD

Kassenärztliche Vereinigungen	VERTRAGSPARTNER	ERKRANKUNG	ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ¹⁾	PATIENTEN ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	Asthma	6.440	94.553
		COPD	5.910	77.397
Bayern	KV – alle Kassen	Asthma/COPD	9.098	239.368
Berlin	KV – alle Kassen	Asthma	1.562	55.335
		COPD	1.516	46.590
Brandenburg	KV – alle Kassen	Asthma	885	48.955
		COPD	886	36.805
Bremen	KV – alle Kassen	Asthma	470	9.401
		COPD	415	8.267
Hamburg	KV – alle Kassen	Asthma	816	21.988
		COPD	729	11.988
Hessen	KV – alle Kassen	Asthma	3.782	46.959
		COPD	3.509	32.983
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	Asthma	675	17.162
		COPD	625	14.321
Niedersachsen	KV – alle Kassen	Asthma	4.609	102.901
		COPD	4.221	86.657
Nordrhein	KV – alle Kassen	Asthma	5.206	99.076
		COPD	4.703	109.605
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	Asthma	2.314	19.178
		COPD	2.141	36.481
Saarland	KV – alle Kassen	Asthma	649	8.574
		COPD	572	8.803
Sachsen	KV – alle Kassen	Asthma	1.355	65.887
		COPD	1.285	36.486
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	Asthma/COPD	1.225	40.647
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	Asthma	1.559	28.900
		COPD	1.418	19.139
Thüringen	KV – alle Kassen	Asthma	914	36.368
		COPD	828	26.075
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	Asthma	4.790	102.562
		COPD	4.326	80.614

¹⁾ Anzahl der Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31. Dezember 2016 ²⁾ DMP-Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG



FAKULTATIVE STICHPROBENPRÜFUNGEN NACH § 135b Abs. 2 SGB V

GRUNDLAGEN DER OBLIGATEN PRÜFUNGEN

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

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

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

Einheitlich vorgegeben werden mit der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung die Beurteilungskategorien: keine, geringe, erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen. Die Zuordnung von Mängeln zu einer Beurteilungskategorie sowie die Bildung einer Gesamtbeurteilung aus den Beurteilungen der einzelnen Fälle wurde aufgrund des großen Spektrums der überprüften Leistungsbereiche und des bereichsübergreifenden Charakters der Richtlinie dort nicht operationalisiert. Daher können die Ergebnisse der KVen nur schwer miteinander verglichen werden. Aus diesem Grund haben KBV und KVen zunächst für die Leistungsbereiche konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie bundeseinheitliche Bewertungsschemata erarbeitet, deren Anwendung ab dem 1. April 2011 in den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V geregelt ist. Für den Leistungsbereich Arthroscopie wurde ebenfalls ein Bewertungsschema entwickelt und den KVen zur Verfügung gestellt.

Die richtlinienkonforme Umsetzung der Stichprobenprüfungen wird in den KVen durch eine Diskrepanz zwischen datenschutzrechtlichen Vorgaben nach §§ 285 und 299 SGB V sowie der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung zunehmend erschwert. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes und des dort neugefassten § 299 SGB V wurden datenschutzrechtliche Vorgaben geändert und konkretisiert, die in der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung auszugestalten und umzusetzen sind. Die Richtlinie wird zurzeit überarbeitet.

FAKULTATIVE PRÜFUNGEN 2016

Für Leistungsbereiche, für die der Gemeinsame Bundesausschuss keine Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie beschlossen hat, können KVen nach eigenem Ermessen Stichprobenprüfungen auf der Grundlage eigener Qualitätsbeurteilungskriterien vornehmen. Das heißt, es obliegt der Entscheidung der KV, ob in einem bestimmten Bereich fakultative Stichprobenprüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V durchgeführt werden. Im Jahr 2016 gab es solche Prüfungen in folgenden Bereichen: ambulantes Operieren, Herzschrittmacher-Kontrolle, Langzeit-EKG, Onkologie, schlafbezogene Atmungsstörungen, Nuklearmedizin, substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger.

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

→ fakultative Prüfungen nach § 135b Abs. 2

Kassenärztliche Vereinigungen	BE	BE	MV	SN	BE	BB	MV	ST	WL	WL	BB	NO	ST	SH	HH	BE
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; color: red;"> ambulantes Operieren Herzschrittmacher-Kontrolle Herzschrittmacher-Kontrolle Herzschrittmacher-Kontrolle Langzeit-EKG Langzeit-EKG Langzeit-EKG Langzeit-EKG Langzeit-EKG Onkologie schlafbezogene Atmungsstörungen schlafbezogene Atmungsstörungen schlafbezogene Atmungsstörungen schlafbezogene Atmungsstörungen Nuklearmedizin Substitution </div>																
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V																
Prüfumfang																
Anzahl abrechnender Ärzte	1.046	87	57	126	550	271	255	326	1.300	400	77	546	76	24	30	125
Anzahl geprüfter Ärzte	42	4	5	14	31	11	10	27	111	42	10	21	5	11	11	47
– Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	42	4	5	6	22	10	10	22	104	38	7	21	4	11	11	45
– kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	0	0	8	9	1	0	5	7	4	3	0	1	0	0	2
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	4,0	4,6	8,8	4,8	4,0	3,7	3,9	6,7	8,0	9,5	9,1	3,8	5,3	45,8	36,7	36,0
Begründung zum Prüfumfang; sonstige Kommentare	1)	1)		2)	1)			3)		4)		5)	6)	7)		8)
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																
– keine Beanstandung	41	4	2	3	7	6	5	16	24	12	4	9	3	8	5	32
– geringe Beanstandungen	1	0	3	3	6	3	5	3	73	19	2	2	1	3	6	7
– erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0	3	1	0	0	3	1	1	3	0	0	0	4
– schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0	6	0	0	3	4	6	0	7	0	0	0	2
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																
– keine Beanstandung				4	7	0		4	1	1	2		0			1
– geringe Beanstandungen				2	0	1		1	5	1	1		0			0
– erhebliche Beanstandungen				0	1	0		0	1	2	0		0			0
– schwerwiegende Beanstandungen				1	1	0		0	0	0	0		1			1
Maßnahmen																
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	5	0	3	1	11	4	5	3	8	7	4	14	1	3	0	14
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	0	2	0	0	1	7	5	0	7	0	0	0	1
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	7
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
Anzahl Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl mit Auflagen versehener Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Anzahl abrechnender Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (II/2015 bis I/2016). ²⁾ Eine Prüfung konnte nicht abschließend beurteilt werden. Arzt wird 2017 erneut geprüft. Die 8 kriterienbezogenen Prüfungen sind Initialprüfungen gemäß Vorstandsbeschluss der KV SN. ³⁾ Anzahl abrechnender Ärzte nicht ermittelbar, da Leistung Bestandteil von Komplexziffer (bei Fachärzten). ⁴⁾ Abweichend von der Onkologievereinbarung erfolgt die Dokumentationsprüfung gemäß § 135b Abs. 2 SGB V, von 8 % der Ärzte mit je 20 Fällen. ⁵⁾ Ausschließlich Polygraphie geprüft. ⁶⁾ Keine Kopfzählung. Die Prüfung erfolgte getrennt für Polygraphie und Polysomnographie, die Werte wurden addiert. ⁷⁾ Ausschließlich Polysomnographie geprüft. ⁸⁾ Anzahl abrechnender Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I/2015 bis I/2016).

SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2016

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Patientenorientierte Vorabklärung mit dem überweisenden Vertragsarzt ohne Patientenkontakt; Bereitstellung eines schriftlichen Behandlungsplans für den überweisenden Arzt; sofern gemäß EBM-Regelung keine Überweisung erfolgen muss, kann die Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments von einem anderen qualifizierten Arzt bescheinigt werden; Gewährleistung der multidisziplinären Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, Ergothera-

peuten und Logopäden mit nachgewiesenen Fortbildungen im Bereich Geriatrie; Fallbesprechungen mit den eingebundenen Berufsgruppen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und im Rahmen der Überprüfungsverfahren

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: zwei Mal jährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel; regelmäßige Schulung der Praxismitarbeiter; zweijährlich 48 Fortbildungspunkte im Bereich Geriatrie (altersassoziierte Krankheiten, Syndrome und Versorgungsformen)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Evaluation wird auf Basis von Routinedaten erfolgen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung (außerhalb von Geriatrischen Institutsambulanzen), Stand 31.12.2016	16	79	12	1	3	4	11	6	15	12	36	6	4	10	14	2	23	254

SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK

Zum 1. Juli 2016 ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik, Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik, in Kraft getreten. Vertragsärztlich tätige Geriater und Geriatrische Institutsambulanzen, die zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, können eine Genehmigung bei der KV beantragen.

Im Fokus der Qualitätssicherungsvereinbarung stehen ältere Patienten mit mehreren Erkrankungen, die einen besonderen Behandlungsbedarf haben.

Der Geriater ermittelt den individuellen Behandlungsbedarf der betroffenen Patienten anhand geriatrischer Assessments. Hierbei werden je nach Bedarf ein Physiotherapeut, ein Ergotherapeut oder ein Logopäde eingebunden.

Aus diesen Ergebnissen der Assessments und unter Berücksichtigung der Multimorbidität, aber auch des persönlichen Lebenskontextes des geriatrischen Patienten, soll ein Behandlungsplan abgeleitet werden. Dieser beinhaltet unter anderem Empfehlungen für die medikamentöse Therapie sowie gegebenenfalls zu Heil- und Hilfsmitteln. Zudem schließt der Plan auch Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Überwachung ein, sofern diese notwendig ist.

Der Behandlungsplan wird dann dem überweisenden Vertragsarzt und gegebenenfalls dem Hausarzt zur Verfügung gestellt, der diesen für die Einleitung und Koordination geeigneter, wohnortnaher Therapiemaßnahmen nutzt.

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

✓ 3.014 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

23 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

276 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE



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

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

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	363	557	104	74	36	68	232	55	300	345	166	39	127	90	91	60	270	2.977	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	375	561	104	79	38	70	231	57	310	325	154	43	137	94	99	59	278	3.014	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	30	67	20	5	4	8	28	2	45	51	12	6	12	4	13	4	27	338	
– davon Anzahl Genehmigungen	29	64	20	5	4	8	25	2	44	51	11	6	11	4	13	4	26	327	
– davon Anzahl Ablehnungen	1	3	0	0	0	0	3	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	11	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 5 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	20	0	0	4	0	2	13	26	23	2	5	0	8	0	12	115	
23 STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V (fakultativ)																			
Anzahl geprüfter Ärzte (Ergebnisse s. Seite 55)			4					5					14					23	

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

²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden.

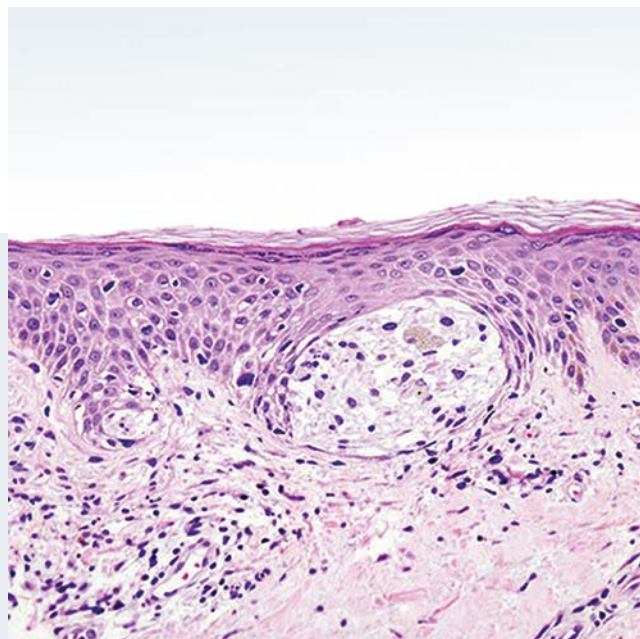
✓ 581 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

41 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

391 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

467 **FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING



§

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening),

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

**Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL),
Abschnitt D Nr. II,** Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V,
Gültigkeit: mit Änderungen zum 1.7.2008, hier zuletzt geändert: 3.10.2009

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

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

FREQUENZREGELUNG: jährliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei nicht eindeutiger Diagnose wird eine zweite Meinung bei einem qualifizierten Arzt eingeholt; zweite Meinung und Konsens werden dokumentiert; standardisierter Befundbericht an den einsendenden Arzt

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

→ Histopathologie Hautkrebs-Screening

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	5)																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	88	89	25	12	5	16	42	15	67	56	26	8	24	24	17	24	57	595
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	83	90	25	11	5	15	41	16	63	55	25	8	25	21	16	23	59	581
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	2	14	1	0	0	1	1	1	0	1	3	0	4	0	0	1	6	35
neu	2	14	1			1	1	1		1	3		4			1	6	35
– davon Anzahl Genehmigungen	2	14	1			1	1	1		1	3		4			1	5	34
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0			0	0	0		0	0		0			0	1	1
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	0			0	0	0		0	0		0			0	0	0
erneut gemäß § 8 Abs. 6	0	0	0			0	0	0		0	0		0			0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	4
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate									3		1							4
– wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5									0		0							0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	1	0	1	1	0	2	0	0	4	0	3	0	3	3	1	0	3	22
■ FREQUENZREGELUNG § 5 Abs. 1 und 2																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate)	3)																	
< 1.000	1	10	1	0	0	1	4)	0	1	k.A.	0	0	5	1	0	0	1	21
≥ 1.000	78	81	23	11	5	13	4)	15	60	k.A.	22	7	19	20	16	23	53	446
■ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	4,5	4,5	8,0	8,3	100,0	12,5	0,0	13,3	4,5	0,0	3,8	75,0	4,2	0,0	5,9	8,3	10,5	6,7
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4	2	1	5	2	4)	2	3	4)	1	6	1	0	1	2	6	40
– davon bestanden	4	4	2	1	5	2		2	3		0	6	1		1	2	5	38
– davon nicht bestanden	0	0	0	0	0	0		0	0		1	0	0		0	0	1	2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden									0									0
– davon nicht bestanden									1									1
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate	40	40	11	10	50	20	4)	20	30	4)	10	60	10	0	10	20	60	391
– davon vollständig und nachvollziehbar	38	37	11	10	50	20		20	28		1	57	10		10	20	57	369
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	2	0	0	0	0		0	0		0	0	0		0	0	2	4
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	2	1	0	0	0	0		0	1		9	3	0		0		1	17
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0	0	0	0	0	0		0	0		0	0	0		0		0	0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Frequenzregelung bei 4 Ärzten aus der KV BW wird von der KV BY geprüft, da diese in KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften tätig sind. ⁴⁾ Überprüfung der Dokumentation und der Frequenzregelung wurde aus organisatorischen Gründen (Umgang 2016 nicht durchgeführt) ⁵⁾ Dokumentationsprüfung: Ein Fall wurde nicht gewertet (kein HKS-Fall) ⁶⁾ Stichprobenprüfungen werden erst 2017 wieder durchgeführt.

✓ 308 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

58 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

580 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

300 **FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

288 **PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE**

HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN



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

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

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: regelmäßige Teilnahme an Fallkonferenzen

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

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

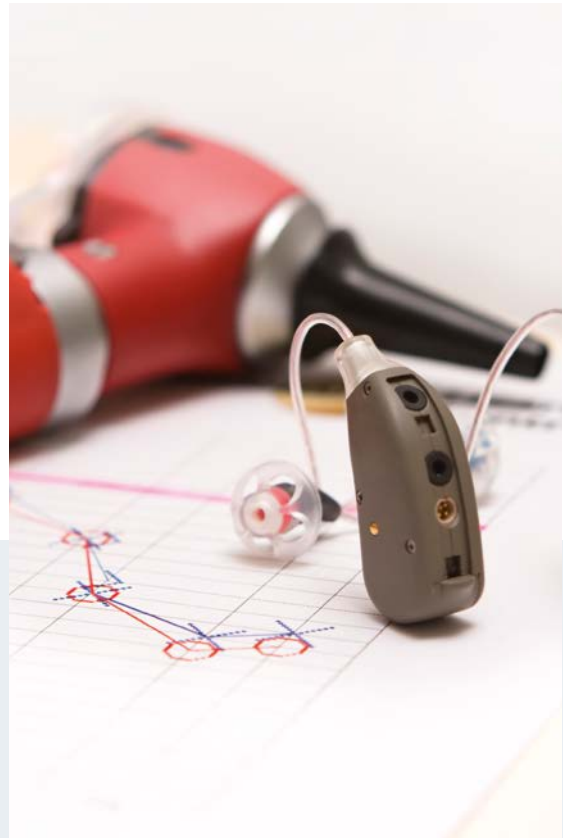
BERATUNG: bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	4)																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	37	38	57	0	9	31	28	2	15	38	13	6	10	4	0	2	11	301
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	37	40	59	1	9	32	30	2	18	39	8	6	10	3	0	2	12	308
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	3	7	19	1	0	3	2	0	2	3	0	0	0	1	0	0	1	42
neu	3	7	19	1	0	3	2	0	2	3	0	0	0	1	0	0	1	42
– davon Anzahl Genehmigungen	3	7	19	1	0	2	2	0	2	3	0	0	0	1	0	0	1	41
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– darunter wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3			0															0
– darunter wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4			1															1
– darunter wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4			1															1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	1	13	0	0	2	0	0	1	1	5	1	1	2	0	0	0	27

→ HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
FREQUENZREGELUNG § 10 Abs. 1 Nr. 1																			
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:																			
< 25	4	4	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	14	
– davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	1	4	1		0		0		1	0	2	0	0				0	9	
≥ 25	33	36	54	0	8	29	28	2	18	39	6	6	10	3	0	2	12	286	
FORTBILDUNG																			
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	37	36	53	0	1	27	30	2	15	37	8	6	9	1	0	2	12	276	
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten (§ 10 Abs. 4)	0	0	0		8	1	0	0	0	0	0	0	3	0		0	0	12	
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																			
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																			
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	10,8	10,5	10,5	0,0	11,1	9,7	14,3	100,0	20,0	13,2	7,7	100,0	10,0	50,0	0,0	50,0	72,7	16,9	
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4	6	0	1	3	4	2	3	5	1	6	1	2	0	1	8	51	
– davon bestanden	4	3	6		1	3	4	2	3	5	1	6	1	2		1	5	47	
– davon nicht bestanden	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	3	4	
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	3	0		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		0	3	7	
– davon Begründung ausreichend		2							1								3	6	
– davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben		1							0								0	1	
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	1	
– davon bestanden		3)																0	
– davon nicht bestanden – Auflage		3)																0	
– davon nicht bestanden – Widerruf		3)																0	
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																			
Anzahl geprüfter Dokumentationen	40	40	60	0	10	30	40	20	30	50	10	60	10	20		10	80	510	
– davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	10	60		10	27	40	20	30	50	10	37	9	20		9	57	429	
– davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		0	3	4	
– davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	30	0		0	3	0	0	0	0	0	23	0	0		1	20	77	
– davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität:																			
– darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)													0				3	3	
– darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)													1				0	1	
– darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9)													0				0	0	

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Bei einem Arzt mit negativem Prüfergebnis und nicht ausreichender Stellungnahme wurde ein Kolloquium angesetzt, das Ergebnis liegt bei Datenerhebung noch nicht vor. ⁴⁾ Eine Genehmigungsinhaberin war im Mutterschutz, daher Angaben zur Fortbildung unvollständig.



✓ 4.005 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

📄 3.308 PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE

🔊 4.054 GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN

HÖRGERÄTEVERSORGUNG



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012, zuletzt geändert: 1.1.2016

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: strukturierter regelmäßiger Austausch beteiligter Berufsgruppen zur Versorgungsoptimierung

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: Nachweis der mindestens einmal jährlich durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durchgeführten messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 11 MPBetreibV

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSSZIRKEL: Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von sieben Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren; regelmäßige Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zur Audiologie und ihrer Grundlagen

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die KV beziehungsweise eine von ihr beauftragte Stelle

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfungen nach dem Zufallsprinzip auf Verlangen der KVen

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an die Qualitätssicherungskommission der KV und die Partner des Bundesmantelvertrags; Quartalsberichte an den Arzt

→ Hörgeräteversorgung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	⁶⁾																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	460	524	221	113	51	128	287	83	368	520	190	55	228	115	128	95	382	3.948
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	464	534	223	112	51	125	290	79	365	576	183	54	230	115	131	99	374	4.005
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	18	51	36	6	1	3	29	1	20	15	13	1	13	8	6	6	9	236
– davon Anzahl Genehmigungen	18	49	36	6	1	3	29	1	20	15	13	1	12	8	4	6	9	231
– davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	5
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen							0											0
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung							1											1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	6	18	5	0	7	0	3	3	8	20	2	13	8	8	0	8	109
🔊 MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 Abs. 1, Nr. 1																		
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	464	510	223	114	36	125	162	79	365	576	183	55	225	115	115	99	265	3.711
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	114	0	0	0	0	0	0	3	5	0	221	343
Anzahl Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
📄 FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 8 Abs. 1, Nr. 2																		
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	464	464	153	114	46	13	48	³⁾	275	576	183	54	⁴⁾	⁵⁾	111	93	266	2.860
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	23	34	5	0	10	115		0	0	0	0			0	0	261	448
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	6	0	0	0	2	1		0	0	0	0			0	0	5	14

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an. ⁴⁾ Gemäß Vorstandsbeschluss der KV SN wird die Erfüllung der gesonderten Fortbildungsverpflichtung nicht geprüft. ⁵⁾ Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an. ⁶⁾ Werte enthalten Nachmeldungen, Vorjahreszahlen waren fehlerhaft.

✓ 345 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

📄 183 **PRÜFUNGEN/FORTBILDUNGSNACHWEISE**

📶 353 **GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN**

HÖRGERÄTEVERSORGUNG (KINDER)



§

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2012, zuletzt geändert: 1.1.2016

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: strukturierter regelmäßiger Austausch beteiligter Berufsgruppen zur Versorgungsoptimierung

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: Nachweis der mindestens einmal jährlich durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durchgeführten messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 11 MPBetreibV

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen insbesondere bei Kindern sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von sieben Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren; regelmäßige Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zur Audiologie und ihren Grundlagen

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die KV beziehungsweise eine von ihr beauftragte Stelle

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfungen nach dem Zufallsprinzip auf Verlangen der KVen

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an die Qualitätssicherungskommission der KV und die Partner des Bundesmantelvertrags; Quartalsberichte an den Arzt

→ Hörgeräteversorgung (Kinder)

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	18	95	10	2	2	18	64	5	37	18	4	2	16	5	7	3	34	340	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	20	96	12	3	2	18	62	4	36	20	5	2	16	5	7	2	35	345	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	4	11	7	1	0	1	5	0	3	2	1	0	0	1	1	0	1	38	
– davon Anzahl Genehmigungen	3	10	7	1		1	5		3	2	1			1	0		1	35	
– davon Anzahl Ablehnungen	1	1	0	0		0	0		0	0	0			0	1		0	3	
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	1	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	1	1	0	0	0	8	
🔊 MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 Abs. 1, Nr. 1																			
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	20	94	12	3	2	18	21	4	36	18	5	2	16	5	7	2	41	306	
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	47	
Anzahl Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
📖 FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 8 Abs. 1, Nr. 2																			
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	20	24	10	3	1	4	15	³⁾	21	19	4	2	⁴⁾	⁵⁾	7	2	25	157	
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	3	0	0	1	2	20		0	0	0	0			0	0	0	26	
Anzahl Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0			0	0	0	0	

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an. ⁴⁾ Gemäß Vorstandsbeschluss der KV SN wird die Erfüllung der gesonderten Fortbildungsverpflichtung nicht geprüft. ⁵⁾ Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung dauert bei Abschluss der Datenerhebung noch an.

HOLMIUM-LASER-EINGRIFFE BEIM BENIGNEN PROSTATASYNDROM

§ Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels Holmium-Laser (Qualitätssicherungsvereinbarung Holmium-Laser bei bPS), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2016

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

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Einrichtungen, die nicht über eine Intensivstation verfügen, haben organisatorisch zu gewährleisten, dass eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische Behandlung des Patienten durch Kooperation mit einer anderen Einrichtung erfolgt

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: Protokolle über die sicherheitstechnischen Kontrollen entsprechend § 6 Abs. 3 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sind gemäß deren Fristen aufzubewahren und der KV auf Verlangen vorzulegen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen durch die Qualitätssicherungskommission gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung kann die KV die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einer Schulung oder einem Kurs (Anforderungen definiert) abhängig machen

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Zusammenfassende Jahresstatistik mit detaillierten aggregierten Daten zu sämtlichen Interventionen (Erst- und Folgeeingriffe)

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfungen auf Verlangen der KVen

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte auf Basis der Angaben in den Jahresstatistiken an den teilnehmenden Arzt, die Qualitätssicherungskommission der KV und die Partner des Bundesmantelvertrags

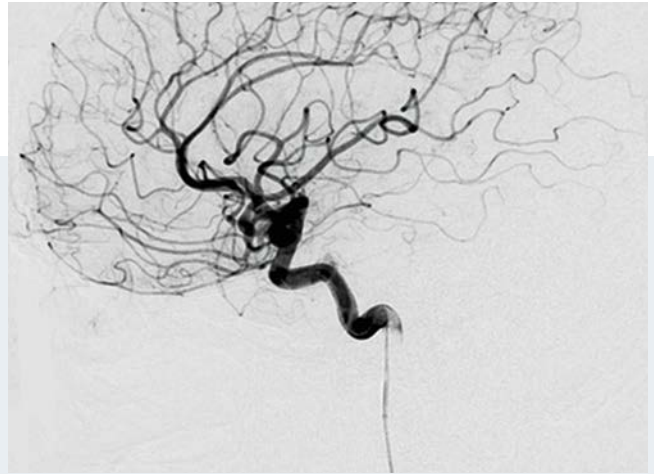
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	4
– davon Anzahl Genehmigungen		1									1						0	2
– davon Anzahl Ablehnungen		0									0						2	2
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 6		0									0						0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0									0							0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾		0									0							0
🔊 GERÄTETECHNISCHE ANGABEN § 9 Abs. 1, Nr. 2, Buchst. e)																		
Anzahl genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung von unter 50 W		0									0							0
Anzahl genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung von 50 W bis 64 W		1									1							2
Anzahl genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung von 65 W bis 79 W		0									0							0
Anzahl genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung von 80 W und mehr		0									0							0

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

✓ 320 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

li 278 FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE



§

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

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

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem müssen Vereinbarungen mit einer stationären Einrichtung zur Übernahme der Patienten bestehen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: die KV kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN																		
✓ GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 1																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	6	5	0	2	0	4	3	0	7	8	0	0	1	0	0	0	19	55
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	6	3	0	1	0	2	3	0	5	8	1	0	1	0	0	0	17	47
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	0	4	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	8
neu		4							2		1						1	8
– davon Anzahl Genehmigungen		4							2		1						1	8
– davon Anzahl Ablehnungen		0							0		0						0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 6		0							0		0						0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0		0		0	0		0	0	0		0				0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0		0		0	0		0	0	0		0				0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0		0		0	0		0	0	0		0				0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	3		1		2	k. A.		1	0	0		0			⁴⁾	2	9



→ Interventionelle Radiologie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
II FREQUENZREGELUNG																			
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)																			
< 100	2	2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7	
≥ 100	4	1	0	1	0	2	2	0	4	6	0	0	1	0	0	0	10	31	
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND KATHETERGESTÜTZTE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE																			
✓ GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 2																			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	38	34	8	9	8	15	24	14	32	34	21	5	4	2	9	2	27	286	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	36	32	8	9	5	15	22	15	32	32	18	5	4	2	9	2	27	273	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	1	8	1	0	0	1	1	1	1	8	0	0	2	0	0	0	2	26	
neu	1	8	1			1	1	1	1	8			2				2	26	
– davon Anzahl Genehmigungen	1	8	1			1	1	1	1	8			0				2	24	
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0			0	0	0	0	0			2				0	2	
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0			0	0	0	0	0			0				0	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	5	
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen					0	1				2								3	
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe					0	0				0								0	
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen und < 50 therapeutische Eingriffe					1	0				0								1	
– aus sonstigen Gründen					0	0				1								1	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	2	0	0	1	3	0	0	3	4	3	0	0	0	0	0	2	18	
III FREQUENZREGELUNG																			
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																			
< 100	6	0	0	0	0	4	5	k. A.	3	0	2	0	0	2	0	0	1	23	
≥ 100	30	32	8	9	5	11	16	k. A.	28	20	16	5	4	0	9	2	22	217	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																			
< 50	8	0	0	0	0	9	2	k. A.	3	0	2	0	0	0	0	0	3	27	
≥ 50	28	32	8	9	5	5	19	k. A.	28	20	16	5	4	2	9	2	20	212	
IV STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V (fakultativ)																			
Anzahl geprüfter Ärzte (Ergebnisse s. Seite 55)																			

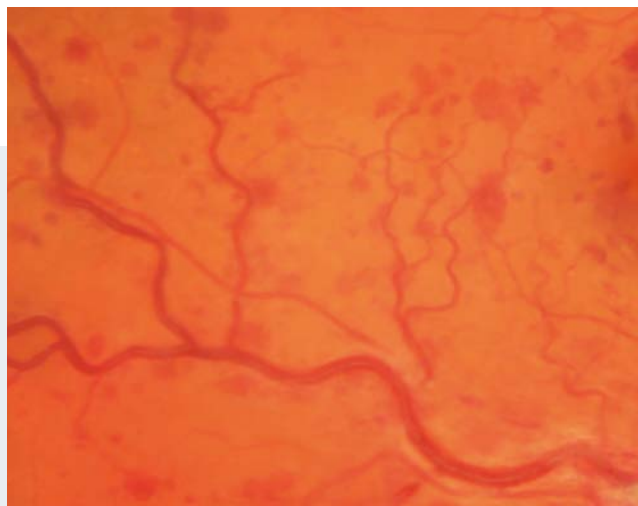
¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Fakultative Prüfungen konnten aus organisatorischen Gründen (u. a. Umzug) nicht erfolgen. ⁴⁾ Bei einem Arzt wird die Genehmigung 2017 widerrufen, wegen 2016 erneut nicht erreichter Frequenzvorgabe.

✓ 1.753 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

164 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

1.648 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2014, zuletzt geändert: 1.4.2017

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; als zusätzliche Anforderung bei einem Antrag auf Wiedererteilung der Genehmigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährlich mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte; schriftliche und bildliche Dokumentationen zur Indikationsstellung von zehn intravitrealen Medikamenteneingaben jeweils unterschiedlicher Patienten (befristet auf den Zeitraum 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2019)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Partner des Bundesmantelvertrags

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN							4)		5)										
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2015	197	277	74	49	38	45	56	35	162	178	102	42	73	33	53	26	170	1.610	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2016	223	308	77	55	41	44	60	42	177	194	103	37	89	38	59	27	179	1.753	
Anzahl abrechnender Ärzte	182	288	77	27	36	38	53	39	141	142	88	35	80	37	42	26	143	1.474	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	44	97	12	8	4	7	39	8	33	24	10	3	20	5	7	2	27	350	
– davon Anzahl Genehmigungen	44	94	12	8	4	7	39	8	33	24	10	3	20	5	7	2	27	347	
– davon Anzahl Ablehnungen	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	9	2	1	9	1	1	6	8	9	8	13	0	1	0	12	80	

→ Intravitreale Medikamenteneingabe

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 2 (Erstüberprüfung)																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Erstüberprüfung abrechnender Ärzte, in %	9,9	9,7	10,4	22,2	13,9	10,5	11,3	10,3	12,1	12,0	10,2	11,4	10,0	10,8	9,5	11,5	9,1	10,7
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	18	28	8	6	5	4	6	4	17	17	9	4	8	4	4	3	13	158
– davon Anforderungen erfüllt	11	22	6	6	5	3	5	4	16	17	9	4	8	4	4	3	13	140
– davon Anforderungen nicht erfüllt	7	6	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	18
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen	180	280	80	60	50	40	60	40	178	170	90	40	80	40	40	30	130	1.588
darunter Anzahl Dokumentationen:																		
– in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	39	36	0	0	0	2	5	2	12	2	0	0	0	0	0	0	0	98
– in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	20	4	0	0	0	0	4	0	16	1	1	0	0	0	0	0	0	46
– in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	1	3	3	0	0	0	1	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	20
– in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	21	8	2	0	0	0	2	0	13	1	0	0	0	0	0	0	0	47
– in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	2	3	0	0	0	0	1	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	16
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 5 (erneute Überprüfung)																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6 Abs. 5	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
– davon Anforderungen erfüllt		3							1									4
– davon Anforderungen nicht erfüllt		2							0									2
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen	0	50	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	60
darunter Anzahl Dokumentationen:																		
– in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist		18							0									18
– in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist		0							0									0
– in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist		0							0									0
– in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist		0							0									0
– in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist		0							0									0
Kolloquien § 6 Abs. 5 und 6																		
Anzahl Kolloquien gemäß § 6 Abs. 5 und Abs. 6	0	³⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Angaben zu Kolloquien liegen bei Abschluss der Datenerhebung noch nicht vor. ⁴⁾ Von den 39 Genehmigungen erfolgten 9 aufgrund von Neuanträgen. ⁵⁾ Von den 33 Genehmigungen erfolgten 21 aufgrund von Neuanträgen.

✓ 686 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

664 **FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

INVASIVE KARDIOLOGIE

§ Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1999, zuletzt geändert: 1.1.2013

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

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei therapeutischen Katheterinterventionen müssen Vereinbarungen mit einer stationären Einrichtung zur Übernahme der Patienten bestehen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: die KV kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN 3) 5)																		
✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 2																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	16	4	2	0	0	4	7	2	11	18	4	0	1	5	6	1	23	104
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	14	5	2	0	0	3	6	2	11	20	4	1	1	5	7	1	22	104
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	4
neu	1					1					1				1			4
– davon Anzahl Genehmigungen	1					1					1				1			4
– davon Anzahl Ablehnungen	0					0					0				0			0
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	0					0					0				0			0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0			0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen	1										1							2
– aus sonstigen Gründen	0										0							0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	2	0	0			0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	6
664 FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																		
< 150	1	1	0	0	0	1	0	0	3	0	2	0	0	0	1	0	5	14
≥ 150	13	4	2	0	0	3	6	2	8	20	1	1	1	5	6	1	15	88

→ Invasive Kardiologie

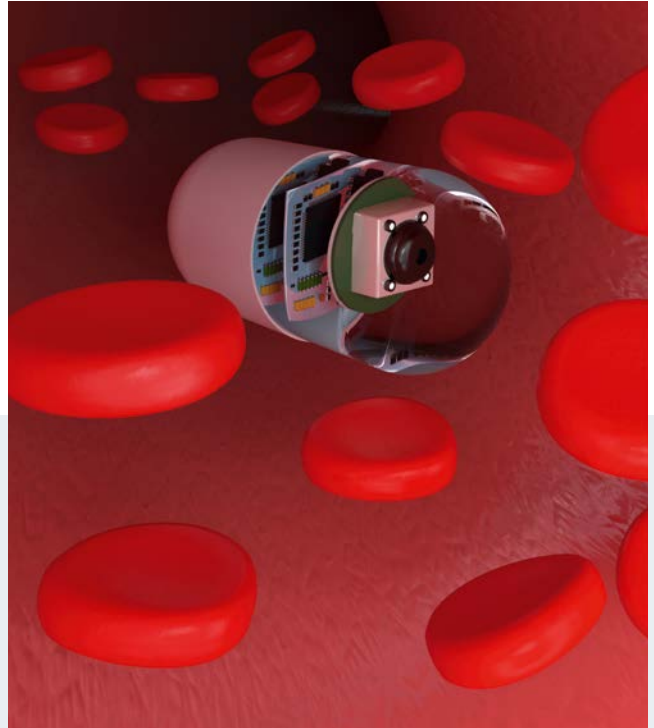
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN ⁴⁾																		
✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 1																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	75	91	24	10	20	34	91	3	69	70	21	1	21	5	4	2	41	582
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	77	96	22	9	20	30	91	2	66	71	21	1	22	5	6	2	41	582
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	5	43	1	0	3	1	5	0	9	5	0	0	1	0	4	0	7	84
neu	5	43	1		3	1	5		9	5			1		4		6	83
– davon Anzahl Genehmigungen	5	39	1		3	1	5		9	4			1		3		6	77
– davon Anzahl Ablehnungen	0	4	0		0	0	0		0	1			0		1		0	6
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0	0		0	0	0		0	0			0		0		1	1
– davon Anzahl Genehmigungen																	1	1
– davon Anzahl Ablehnungen																	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden						1												1
– davon nicht bestanden						0												0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	1	0	0	0	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	5	12
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen	1	1				1	1			0							0	4
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen	0	0				0	0			0							2	2
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen	0	0				0	0			3							3	6
– aus sonstigen Gründen	0	0				0	0			0							0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	2	9	3	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	0	2	22
II FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																		
< 150	6	7	2	0	0	1	1	0	13	0	4	0	4	0	0	0	5	43
≥ 150	71	79	20	9	20	29	85	2	56	69	17	1	17	5	6	2	31	519
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)																		
< 50	8	7	2	0	0	4	6	0	11	3	4	0	5	0	2	0	10	62
≥ 50	69	79	20	9	20	26	80	2	58	66	17	1	16	5	4	2	26	500

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Von den 9 Genehmigungen erfolgten 4 aufgrund von Erstanträgen. ⁴⁾ Prüfung der Frequenzregelung ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Zusätzlich 3 Genehmigungen zur diagnostischen Katheterisierung nach Widerruf der Genehmigung zur therapeutischen Katheterisierung.

✓ 1.058 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

86 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM



§

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastroinestinaler Blutungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2014

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen (nachzuweisen zum Beispiel durch Herstellererklärung); organisatorische Vorgaben

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

FREQUENZREGELUNG: zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien: Nachweis der Auswertung von zehn Untersuchungen, gegebenenfalls auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: wenn applizierender Arzt und auswertender Arzt nicht identisch sind, gelten Vorgaben zur Übermittlung von aufgearbeitetem Material sowie Rückmeldung eines definierten Auswertungsberichts

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen durch die Qualitätssicherungskommission gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: zusammenfassende Jahresstatistik mit detaillierten aggregierten Daten zu sämtlichen Interventionen (Erst- und Wiederholungsuntersuchungen), zu führen vom applizierenden Arzt

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfungen auf Verlangen der KVen oder bei Hinweisen auf mögliche Qualitätsdefizite in der Jahresstatistik

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte an den teilnehmenden Arzt, die Qualitätssicherungskommission der KV und die Partner des Bundesmantelvertrags

→ Kapselendoskopie – Dünndarm

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN APPLIZIERER	4)																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2015	76	95	24	7	4	6	27	6	46	62	21	6	18	11	22	12	56	499
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2016	77	98	25	9	6	6	33	6	57	64	24	7	20	11	21	12	56	532
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	6	27	4	3	2	0	6	1	12	10	4	2	3	0	2	1	20	103
– davon Anzahl Genehmigungen	6	25	4	3	2		6	1	12	10	4	2	3		2	1	18	99
– davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0	2	4
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	2	0	3	1	0	0	k.A.	0	0	6	1	1	1	0	1	0	3	19
✓ GENEHMIGUNGEN AUSWERTER																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2015	74	93	24	7	4	6	26	6	46	62	21	6	18	11	22	12	56	494
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2016	74	96	25	9	6	6	32	6	57	64	24	7	20	11	21	12	56	526
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	5	27	4	3	2	0	6	1	12	10	4	2	3	0	2	1	20	102
– davon Anzahl Genehmigungen	5	25	4	3	2		6	1	12	10	4	2	3		2	1	18	98
– davon Anzahl Ablehnungen	0	2	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0	2	4
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	2	0	3	1	0	0	k.A.	0	0	6	1	1	1	0	1	0	3	19
🔊 GERÄTECHNISCHE ANGABEN § 10 Abs. 1, Nr. 2																		
Anzahl genehmigte Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4, applizierende Ärzte	6	100	25	9	4	6	27	6	57	10	24	6	15	11	21	12	30	369
Anzahl genehmigte Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4, auswertende Ärzte	5	100	25	9	4	6	26	6	57	10	24	6	15	11	21	12	30	367
📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (fakultativ)																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte) gemäß § 7 Abs. 6 (auf Verlangen der KV)																		
Anzahl abrechnender Ärzte	53	79	17	6	5	6	20	5	47	64	16	6	14	11	19	11	42	421
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	56	k.A.	0	0	0	0	11	⁶⁾	67
– davon Anforderungen erfüllt										48						11		59
– davon Anforderungen nicht erfüllt										8						0		8
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte) gemäß § 8 Abs. 4 (anlässlich Jahresstatistik)																		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	11	⁶⁾	19
– davon Anforderungen erfüllt						6							⁵⁾			11		17
– davon Anforderungen nicht erfüllt						0							⁵⁾			0		0
📄 JAHRESSTATISTIK gemäß § 8																		
Anzahl elektronisch vorgelegter Jahresstatistiken	24	65	16	0	3	³⁾	12	1	43	45	11	2	13	7	21	2	35	300
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 (Auswerter)	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Jahresstatistiken wurden nicht elektronisch vorgelegt. ⁴⁾ Die Genehmigung erfolgte aufgrund Statuswechsels. ⁵⁾ Stellungnahmeverfahren aufgrund der Überprüfung der Jahresstatistik waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Gemäß Vorstandsbeschluss wurde erst 2016 mit der Auflagenüberprüfung begonnen. Erste Ergebnisse gibt es 2017.

- ✓ 2.561 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**
- 1.176 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**
- 23.520 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**
- 2.364 **FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**
- 3.877 **HYGIENEPRÜFUNGEN**

KOLOSKOPIE



§ Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.7.2012

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL), Abschnitt D Nr. II, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderungen zum 1.7.2008, hier zuletzt geändert: 1.1.2017

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

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

FREQUENZREGELUNG: jährlich 200 totale Koloskopien, zehn Polypektomien (außer für Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen)

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

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Früherkennungskoloskopien sind in elektronischer Form zu dokumentieren und die Datensätze der KV zu übermitteln

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

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

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

→ Koloskopie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN														¹⁰⁾			¹¹⁾	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2015	15	15	0	0	1	3	0	1	19	0	2	2	0	4	8	2	13	85
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2016	14	16	0	0	1	3	0	1	17	0	2	2	0	3	8	2	12	81
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2015	341	474	87	79	21	68	204	46	255	242	155	34	82	53	76	49	203	2.469
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2016	348	486	89	75	22	65	210	45	269	236	134	32	84	53	78	51	203	2.480
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) ¹⁾	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	4
neu	1								1					1	1			4
– davon Anzahl Genehmigungen	1								1					1	1			4
– davon Anzahl Ablehnungen	0								0					0	0			0
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0								0					0	0			0
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) ¹⁾	26	102	19	3	1	8	12	0	33	11	5	4	6	1	2	6	49	288
neu	26	102	19	3	1	8	11		33	11	5	4	6	1	2	6	48	286
– davon Anzahl Genehmigungen	26	98	18	3	1	7	11		33	11	5	4	6	1	2	6	46	278
– davon Anzahl Ablehnungen	0	4	1	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	2	8
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
– davon Anzahl Genehmigungen							1										1	2
– davon Anzahl Ablehnungen							0										0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4
– davon bestanden	1								1								2	4
– davon nicht bestanden	0								0								0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	8
– wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7		0					0				1			0			2	3
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c–e ausschließlich bei totalen Koloskopien		0					1				0			0			1	2
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 200 totale Koloskopien		0					0				0			0			0	0
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b–c ausschließlich bei Polypektomien		0					0				1			0			0	1
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 10 Polypektomien		1					0				0			0			0	1
– sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c–e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4 b–c bei Polypektomien		0					0				0			0			0	0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien		1					0				0			0			0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	7	36	13	7	0	5	0	1	5	12	25	5	4	1	4	4	4	133



→ Koloskopie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE				
TOTALE KOLOSKOPIE																			3), 4), 5)	6)	7)	9)
FREQUENZREGELUNG																						
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																						
< 200	0	9	0	0	0	0	10	0	6	47	1	0	6	0	3	2	4	88				
≥ 200	288	464	67	75	23	64	194	46	271	198	127	34	78	4	85	50	209	2.277				
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																						
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a–e																						
– davon bestanden	281	7	67			24	50	23	118	108	51	17	30	52	28	47	114	1.017				
– davon nicht bestanden	3	4	0			0	5	1	5	2	7	0	1	1	7	0	2	38				
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f																						
– davon bestanden	4)	1					4	3	1	1	3		1		2		2	18				
– davon nicht bestanden	4)	6)					1	0	4	0	3				1		2	11				
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g																						
– davon bestanden		6)	1	0	8)	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	5				
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c–e			1				1				2						1	5				
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl			0				0				0						0	0				
POLYPEKTOMIEN																						
FREQUENZREGELUNG																						
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																						
< 10	0	6	0	0	0	0	2	1	12	18	0	0	4	0	0	0	4	47				
≥ 10	288	467	67	75	23	63	202	45	265	234	125	34	80	3	88	52	209	2.320				
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																						
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a–c																						
– davon bestanden	271	7	64			24	49	23	112	106	53	17	31	52	33	46	111	999				
– davon nicht bestanden	11	4	0			0	6	1	11	4	5	0	0	1	2	0	5	50				
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d																						
– davon bestanden	2	4)	1	0	8)	0	8	2	13	2	1	0	1	0	0	1	0	35				
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b–c	0	6)	0				0	0	1	0	1					1		3				
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0	6)	0				0	0	0	0	0					0		0				
PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT																						
Anzahl überprüfter Einrichtungen	210	441	59	70	13	48	143	37	201	180	95	29	70	50	72	50	154	1.922				
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	326	882	117	135	26	96	286	71	402	360	183	30	140	100	142	101	310	3.707				
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	77,6	100,0	99,2	96,4	100,0	100,0	100,0	95,9	100,0	100,0	96,3	51,7	100,0	100,0	98,6	101,0	100,6	96,4				
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	8	22	1	0	0	4	8	1	27	27	22	1	7	5	1	1	18	153				
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	2,5	2,5	0,9	0,0	0,0	4,2	2,8	1,4	6,7	7,5	12,0	3,3	5,0	5,0	0,7	1,0	5,8	4,1				
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	1	0	0	0	0	0	0	1	9	2	2	0	0	0	0	0	2	17				
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	2,2	0,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,5				

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Überprüfung der Dokumentation und der Frequenz sind organisatorisch verbunden. Frequenzangaben erfolgen in dem Jahr, in dem Ärzte in der Dokumentationsprüfung sind. ⁴⁾ Jeweils 2 Dokumentationsprüfungen wurden ausgesetzt, 2 Ärzte haben ihren Status beendet. ⁵⁾ 3 Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f führten zunächst zu 2 Widersprüchen, ein Ergebnis ist noch offen. ⁶⁾ 78 Praxen wurden aufgrund der Vertragskündigung durch das beauftragte Labor in Stuttgart im Berichtsjahr nicht geprüft, ein Teil der 210 geprüften Praxen wurde nur einmal geprüft. ⁷⁾ Prüfergebnisse lagen bei Ende der Datenerhebung nicht vollständig vor. ⁸⁾ Überprüfungen der Frequenz und der Dokumentation, sowie eine Wiederholungsprüfung dauerte zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch an. ⁹⁾ Dokumentationsprüfungen dauerten zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch an. ¹⁰⁾ Wegen Vertragsanpassung und Änderung der Zuständigkeiten kam es zu Verzögerungen bei den Hygieneprüfungen. ¹¹⁾ Der Widerruf erfolgte, weil vom Arzt die angeforderten Patientendokumentationen nicht vorgelegt wurden. ¹²⁾ Von den 46 Genehmigungen erfolgten 7 wegen Neuantrags.



✓ 11.873 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

LABORATORIUMS- UNTERSUCHUNGEN

§

Richtlinien der KBV für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen / vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie, Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V (Gültigkeit: seit 1.10.1987, zuletzt geändert: 9.5.1994) i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Befreiung vom obligaten Kolloquium für definierte Arztgruppen

KOLLOQUIUM: für Arztgruppen mit Befreiung vom obligaten Kolloquium bei Zweifel an der fachlichen Befähigung beziehungsweise bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN	3)			4) 5) 6)															
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	1.464	2.090	827	238	122	279	586	179	994	1.906	655	199	494	199	305	205	1.222	11.964	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	1.433	2.179	822	242	113	272	594	180	1.024	1.760	601	213	510	206	291	200	1.233	11.873	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	73	259	290	9	5	24	43	9	160	100	13	23	34	15	11	11	237	1.316	
– davon Anzahl Genehmigungen	67	38	284	9	5	22	35	9	160	76	13	19	32	15	11	11	226	1.032	
– davon Anzahl Ablehnungen	6	21	6	0	0	2	8	0	0	24	0	4	2	0	0	0	11	84	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	45	62	17	0	5	9	13	2	23	38	2	4	2	2	6	2	44	276	
– davon bestanden	44	60	14		5	9	11	2	23	31	2	4	2	2	6	2	42	259	
– davon nicht bestanden	1	2	3		0	0	2	0	1	7	0	0	0	0	0	0	2	18	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	72	5	0	26	0	10	42	0	67	2	22	8	36	0	0	290	

¹⁾ Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Davon 67 Neugenehmigungen ⁴⁾ 51 Genehmigungen aufgrund von Neuanträgen. Ein Kolloquium wurde teilweise bestanden. ⁵⁾ Abnahme der dargestellten Anzahl gegenüber dem Vorjahr wegen Umstellung der Zählweise. ⁶⁾ Anzahl Beendigungen erhöht wegen Datenbereinigung.

✓ 30.026 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

190 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

2.280 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

§ Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1992; zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

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

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

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; Umfang dann nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie

vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle)

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	3)		4)							5)			6)			7)		8)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2015	1.883	2.807	933	368	124	325	872	249	1.767	3.105	930	500	646	364	547	378	2.434	18.232
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2016	1.928	2.923	944	391	131	338	910	255	1.823	3.161	912	513	663	375	565	404	2.486	18.722
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	173	1.221	143	34	18	70	268	16	300	243	110	30	59	29	69	36	420	3.239
– davon Anzahl Genehmigungen	169	1.156	141	34	18	68	267	16	295	243	110	30	59	29	69	36	419	3.159
– davon Anzahl Ablehnungen	4	65	2	0	0	2	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	80
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
– davon bestanden													5					5
– davon nicht bestanden													0					0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	109	19	0	67	8	13	102	0	198	17	40	8	47	0	52	680
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V (fakultativ)																		
Anzahl geprüfter Ärzte (Ergebnisse s. Seite 55)			31	11				10						27			111	190

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Die Anträge enthalten 554 Statuswechsel etc., davon 521 Genehmigungen. ⁴⁾ Davon 86 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Von den 300 Anträgen waren 124 Neuanträge. ⁶⁾ Anzahl Beendigungen erhöht wegen Datenbereinigung. ⁷⁾ Von den 419 Genehmigungen erfolgten 52 wegen Neuantrags. ⁸⁾ Zusätzlich haben bundesweit 11.304 Ärzte eine Genehmigung nur zur Aufzeichnung (11.395 zum 31. Dezember 2015).

✓ 3.594 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

77 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

924 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE



Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage § 135b Abs. 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001, zuletzt geändert zum 1.1.2016

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

KOLLOQUIUM: obligat für definierte Arztgruppen; gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei der Magnetresonanztomographie der Mamma: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; Kolloquium bei Unterschreiten der Mindestfallzahl

FREQUENZREGELUNG: Magnetresonanztomographie der Mamma: jährlich 50 Fälle

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: erfolgen aufgrund der Ergebnisse der Kernspintomographie der Mamma histologische Abklärungen, ist die Korrelation der Ergebnisse dieser Untersuchung mit der prospektiven Diagnostik zu prüfen

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfung, Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle). Aussetzen der Prüfungsverpflichtung für den Zeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017.

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

→ Magnetresonanz- / Kernspintomographie

ALLGEMEINE KERNSPINTOMOGRAPHIE																			
✓ GENEHMIGUNGEN																			
	§)									7)					10)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	429	560	197	77	45	108	263	68	304	475	180	52	139	67	95	76	344	3.479	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	436	581	199	85	51	112	270	65	312	504	183	50	146	70	102	80	348	3.594	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	62	478	102	9	7	16	81	4	47	181	11	4	13	5	9	7	126	1.162	
– davon Anzahl Genehmigungen	61	468	98	8	7	16	81	4	47	181	11	4	13	5	9	7	123	1.143	
– davon Anzahl Ablehnungen	1	10	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	19	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	4	0	1	0	0	2	0	2	1	0	0	1	2	0	1	0	15	
– davon bestanden	1	2		1			2		2	1			1	2		1		13	
– davon nicht bestanden	0	2		0			0		0	0			0	0		0		2	
Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	109	20	0	1	13	0	7	39	0	8	6	7	2	4	0	46	262	

✓ 380 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

|| 346 FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA																		
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	68	59	9	7	4	7	24	2	34	51	7	8	21	8	10	7	37	363
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	69	61	10	8	4	9	25	2	39	53	8	8	21	11	10	7	35	380
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	6	29	2	1	0	3	2	0	8	11	1	0	1	3	0	0	4	71
– davon Anzahl Genehmigungen	6	25	2	1		2	2		8	10	1		0	3			4	64
– davon Anzahl Ablehnungen	0	4	0	0		1	0		0	1	0		1	0			0	7
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	10	1	0	0	2	2	0	5	3	1	0	0	3	0	0	1	28
– davon bestanden		10	1			2	2		5	3	1			3			1	28
– davon nicht bestanden		0	0			0	0		0	0	0			0			0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4	21
FREQUENZREGELUNG																		
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2																		
≥ 50 Untersuchungen	39	53	8	6	4	7	23	k.A.	33	31	8	8	19	6	10	5	31	291
< 50 Untersuchungen	28	0	1	2	0	2	0	k.A.	0	17	0	0	0	2	0	2	1	55



→ Magnetresonanz- / Kernspintomographie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
ALLGEMEINE UND KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA ³⁾																		
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V																		
Prüfungsumfang																		
Anzahl abrechnender Ärzte	432									461	188	48		78				1.207
Anzahl geprüfter Ärzte	40	1								18	9	3		6				77
– Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	35	0								18	5	3		5				66
– kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	5	1								0	4	0		1				11
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in % (prüfende KVen)	8,1									3,9	2,7	6,3		6,4				5,5
Begründung zum Prüfungsumfang; sonstige Kommentare		4)	6)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	8)	9)		4)	10)	4)	4)	6)	
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen	18	0								17	5	3		3				46
– geringe Beanstandungen	15	0								1	0	0		0				16
– erhebliche Beanstandungen	0	0								0	0	0		0				0
– schwerwiegende Beanstandungen	2	0								0	0	0		2				4
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
– keine Beanstandungen	0	0									4			1				5
– geringe Beanstandungen	4	1									0			0				5
– erhebliche Beanstandungen	1	0									0			0				1
– schwerwiegende Beanstandungen	0	0									0			0				0
Maßnahmen																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	30	0								1	0	0		4				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	0	0		0				0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 und Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	1	0								0	2	0		4				7
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	0								0	0	0		0				1
– davon bestanden	1																	1
– davon nicht bestanden	0																	0
Anzahl Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	1	0								0	0	0		0				1
Anzahl mit Auflagen versehener Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0								0	0	0		0				0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Zusätzlich erfolgte eine Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 3 c). ⁴⁾ Prüfverpflichtung gemäß Beschluss des G-BA ausgesetzt. ⁵⁾ Davon 22 bzw. MRT der Mamma: 1 Neugenehmigung. ⁶⁾ Aussetzen der Prüfungsverpflichtung gemäß Beschluss des G-BA und Beschluss des Vorstands der KV. ⁷⁾ Davon 40 bzw. MRT der Mamma: 3 Neugenehmigungen. ⁸⁾ Prüfung gemäß Vorstandsbeschluss, für 2016. ⁹⁾ Prüfung im Umfang von 2 % gemäß Vorstandsbeschluss, für 2016 und 2017. ¹⁰⁾ Darunter eine Prüfung MRT der Mamma, mit schwerwiegender Beanstandung. ¹¹⁾ Davon 50 Neuanträge bzw. MRT der Mamma: 3 Neuanträge.

✓ 2.818 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

558 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

6.882 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007, zuletzt geändert: 1.10.2015

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage § 135b Abs. 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001, zuletzt geändert zum 1.1.2016

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährlich mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte; Dokumentation zu zwölf Fällen und allen (maximal 30) Angiographien der Venen, Prüfung insbesondere zur Indikationsstellung; gesonderte Darstellung der Ergebnisse aus Dokumentationsprüfungen von Untersuchungen der Hirngefäße

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an die Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	3)			7)						8)								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	366	408	150	65	42	95	203	49	262	353	160	37	116	50	74	59	255	2.744
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	376	418	147	66	42	92	203	49	256	379	163	40	123	54	79	60	271	2.818
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	71	360	78	5	8	21	33	4	43	32	10	3	17	4	6	2	112	809
neu	71	360	78	5	8	21	33	4	43	32	10	3	17	4	6	2	112	809
– davon Anzahl Genehmigungen	71	353	77	5	8	21	33	4	43	32	10	3	13	4	6	2	109	794
– davon Anzahl Ablehnungen	0	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	3	15
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
– davon bestanden		2											1					3
– davon nicht bestanden		0											0					0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	96	39	4	0	0	0	4	49	0	7	0	6	0	0	0	10	215

→ Magnetresonanz-Angiographie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Anzahl abrechnender Ärzte	336	390	74	64	41	92	203	49	239	321	147	33	111	46	71	56	251	2.524
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	74	83	26	14	10	20	25	11	57	66	33	8	23	10	16	12	55	543
– davon bestanden	61	72	17	12	10	18	25	9	56	65	27	8	22	7	14	12	55	490
– davon nicht bestanden	13	11	9	2	0	2	0	2	1	1	6	0	1	3	2	0	0	53
abrechnende Ärzte geprüft, in %	22,0	21,3	35,1	21,9	24,4	21,7	12,3	22,4	23,8	20,6	22,4	24,2	20,7	21,7	22,5	21,4	21,9	21,5
Begründung zum Prüfungsumfang; sonstige Kommentare			4)				6)											
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	2	3	0	2	0	0	0	0	1	0	3	0	2	2	0	0	0	15
– davon bestanden	2	2		2					1		1		2	2				12
– davon nicht bestanden	0	1		0					0		2		0	0				3
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3
– davon bestanden		1									2							3
– davon nicht bestanden		0									0							0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 1, Hirngefäße)	430	791	248	5)	61	139	203	81	432	386	189	21	233	54	141	79	323	3.811
darunter Dokumentationen																		
– in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	430	688	248		61	135	203	78	421	345	165	21	230	54	131	79	323	3.612
– in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	430	787	248		61	138	203	77	421	345	165	21	230	54	130	79	323	3.712
– in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	430	791	248		61	136	203	74	421	345	165	21	230	54	132	79	323	3.713
– davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	430	673	248		61	129	200	71	414	345	165	21	219	43	132	60	323	3.534
– davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	0	81	0		0	8	3	3	7	35	12	0	11	7	6	17	0	190
– davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	0	37	0		0	2	0	7	11	6	12	0	3	4	3	2	0	87
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7)	516	302	38	168	58	101	108	51	238	406	237	75	65	89	51	59	236	2.798
darunter Dokumentationen																		
– in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	516	235	36	168	57	97	108	48	235	391	166	75	65	89	49	59	236	2.630
– in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	516	302	36	168	57	97	108	48	235	391	166	75	65	89	49	59	236	2.697
– in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	516	302	36	168	58	97	108	48	237	391	166	75	65	88	49	59	236	2.699
– davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	433	231	36	159	57	95	97	46	231	391	166	75	65	84	50	51	236	2.503
– davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	15	50	0	3	1	2	11	3	4	13	39	0	0	2	0	8	0	151
– davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	68	21	2	6	0	4	0	2	3	2	32	0	0	3	1	0	0	144

→ Magnetresonanz-Angiographie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (Venen)	35	80	51	2	1	2	0	33	5	4	21	0	8	1	3	7	20	273
darunter Dokumentationen																		
– in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	35	37	0	2	1	2		31	5	3	10		8	1	2	7	20	164
– in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	35	37	0	2	1	2		31	5	3	10		8	1	3	7	20	165
– in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	35	37	0	2	1	2		30	5	3	10		8	1	2	7	20	163
– davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	35	37	0	2	1	2		30	5	3	10		8	1	0	6	19	159
– davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	0	32	1	0	0	0		1	0	1	5		0	0	3	1	1	45
– davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	0	11	50	0	0	0		2	0	0	6		0	0	0	0	0	69

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Die 77 Genehmigungen enthalten 16 Neugenehmigungen. ⁴⁾ Zusätzlich wurden 18 Ärzte geprüft nach § 7 Abs. 3 (Venen, s. Mängelanalyse), davon 15 ohne Erfolg, 3 Prüfungen wurden eingestellt. Fakultative Prüfungen nach § 135b SGB V für 2016 und 2017 waren per Vorstandsbeschluss ausgesetzt worden, wegen der guten Ergebnisse. ⁵⁾ Ergebnisse zur MR-A Hirngefäße werden nicht gesondert dargestellt. ⁶⁾ Unterschreitung der vorgegebenen Prüfrate wegen Umzugs und Kapazitätsproblemen. ⁷⁾ Von den 43 Genehmigungen gehen 16 auf einen Neuantrag zurück. ⁸⁾ Von den 109 Genehmigungen gehen 26 auf einen Neuantrag zurück.

✓ 2.358 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

1.028 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

🔍 10.280 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

📄 675 PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE

MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

§ **Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert: 1.10.2016

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

EINGANGSPRÜFUNG: Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle)

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

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

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

→ Mammographie (kurativ)

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	3), 4)														5)			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	318	385	96	62	24	41	165	37	239	302	129	34	122	71	76	72	229	2.402
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	316	379	100	64	24	40	164	37	231	302	119	31	118	70	77	71	215	2.358
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	36	208	67	5	0	4	21	2	24	14	8	0	5	3	9	1	21	428
neu	36	208	13	5		3	21	2	9	13	5		5	1	9	1	21	352
– davon Anzahl Genehmigungen	36	201	11	5		3	21	2	9	11	3		4	1	9	1	21	338
– davon Anzahl Ablehnungen	0	7	2	0		0	0	0	0	2	2		1	0	0	0	0	14
erneut	0	0	54	0		1	0	0	15	1	3		0	2	0	0	0	76
– davon Anzahl Genehmigungen			54			1			15	1	3			2				76
– davon Anzahl Ablehnungen			0			0			0	0	0			0				0
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	1	1
– davon bestanden																	1	1
– davon nicht bestanden																	0	0
■ FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG nach Abschnitt C																		
Erstprüfungen	25	30	8	5	0	5	12	2	10	12	5	1	6	2	7	3	3	136
– davon bestanden	20	18	7	4	0	3	8	2	9	9	2	1	1	2	6	2	2	96
– davon nicht bestanden	5	12	1	1	0	2	4	0	1	3	3	0	5	0	1	1	1	40
Wiederholungsprüfungen	2	9	2	1	0	0	3	0	3	3	3	0	6	2	2	0	1	37
– davon bestanden	1	8	2	0	0	0	2	0	3	2	3	0	3	2	2	0	0	28
– davon nicht bestanden	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	0	1	9
■ FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG nach Abschnitt D (Fortbildungsprüfung)																		
Anzahl Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	82	105	33	18	4	13	38	6	79	92	12	1	27	21	27	30	54	642
reguläre Prüfungen	80	101	30	17	4	13	37	6	74	87	10	1	26	19	25	29	50	609
– davon bestanden	77	96	29	17	3	13	35	6	72	82	10	1	26	15	25	28	49	584
– davon nicht bestanden	3	5	1	0	1	0	2	0	2	5	0	0	0	4	0	1	1	25
Wiederholungsprüfungen	2	4	3	1	0	0	1	0	5	5	2	0	1	2	2	1	4	33
– davon bestanden	1	4	3	1	0	0	1	0	5	4	1	0	1	2	2	1	2	28
– davon nicht bestanden	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	5
Anzahl Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden										1								1
– davon nicht bestanden										0								0
Anzahl Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



→ Mammographie (kurativ)

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG nach Abschnitt E																		
Anzahl Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	113	143	40	17	0	22	42	11	84	127	52	24	36	54	63	50	77	955
– davon erfüllt	106	131	31	17		22	37	11	69	110	51	24	34	54	59	48	75	879
– davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	0	1	0	0		0	5	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	11
– davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	7	11	9	0		0	0	0	13	17	1	0	2	0	3	1	1	65
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb von sechs Monaten	4	1	0	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	11
– davon erfüllt	2	1					3		1	1							0	8
– davon nicht erfüllt	2	0					0		0	0							1	3
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb von drei Monaten	4	11	13	0	0	0	0	0	8	16	5	0	3	0	2		0	62
– davon erfüllt	2	9	12						3	15	4		3		2			50
– davon nicht erfüllt	2	2	1						5	1	1		0		0			12
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	4	2	1	0	0	0	1	0	4	1	1	0	0	0	0		1	15
RÜCKGABE / BEENDIGUNG VON GENEHMIGUNGEN ODER WIDERRUFE § 14 Abs. 5																		
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	5
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	103	4	9		0	0	2	7	2	12	2	9	4	5	0	14	173

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Davon 9 Neugenehmigungen. ⁴⁾ Zusätzlich wurden nach Abschnitt D 4 Ärzte aus Brustkrebszentren geprüft. ⁵⁾ Eine Prüfung nach Abschnitt D fand in Thüringen statt.

MAMMOGRAPHIE-SCREENING



Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening,
Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert: 4.3.2017

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), Abschnitt B Nr. III,
Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2004, hier
zuletzt geändert: 8.11.2017

PROGRAMMVERANTWORTLICHER ARZT

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: fachliche Voraussetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung); fachliche Voraussetzungen zur Ultraschalldiagnostik der Mamma; erfolgreiche Bewerbung um den Versorgungsauftrag; erfüllte Fallzahlenforderungen unter Anleitung: 3.000 Beurteilungen von Screening-Mammographien, 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle), 15 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle; vier Wochen angeleitete Tätigkeit; Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Zertifizierung der apparativen (Röntgen und Ultraschall), der räumlichen und organisatorischen Anforderungen (insbesondere der Qualifikation der radiologischen Fachkräfte) durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie

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

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

FREQUENZREGELUNG: jährliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 Fällen; 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle); 30 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle; gegebenenfalls 20 Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle, abweichend sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt, jährlich 25 Vakuumbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: diverse Kooperationen im Rahmen des Versorgungsauftrags; Organisation der obligatorischen Doppelbefundung; bei Auffälligkeiten abschließende Beurteilung im Rahmen von wöchentlichen Konsensuskonferenzen

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: jährliche Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; Rezertifizierung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie alle 30 Monate nach Beginn der Tätigkeit mit Überprüfung der Leistungsparameter (zusätzlich sechs Monate nach Beginn); arbeitstägliche Konstanzprüfung und Abgleich der ermittelten Werte durch das zuständige Referenzzentrum

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

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

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

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

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

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

BEFUNDUNG VON SCREENING-MAMMOGRAPHIEN

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

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

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

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

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

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

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

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

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

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

BIOPSIIEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlenforderungen unter Anleitung: zehn Stanzbiopsien der Mamma unter Ultraschallkontrolle, zehn Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle, zehn Kalibrierungen des Zielgerätes; oder, sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt, zusätzlich weitere 15 Stanzbiopsien der Mamma unter Ultraschallkontrolle und weitere 15 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle, wobei alle 25 Röntgenstanzen als Vakuumbiopsien erbracht sein müssen

FREQUENZREGELUNG: jährlich 20 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings, oder sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt, jährlich 25 Vakuumstanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Kooperation mit dem Programmverantwortlichen Arzt

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt: Konstanzprüfung des Stereotaxie-Geräts

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

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Bei Vakuumbiopsien: zweijährliche Prüfung von zehn Fällen oder bei Auffälligkeiten in der jährlichen Auflistung

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

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen



→ Mammographie-Screening

HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Kooperation mit dem Programmverantwortlichen Arzt; regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen (zu allen vorgenommenen Beurteilungen); Doppelbefundung für die ersten 50 Beurteilungen

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

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Teilnahme am Verfahren zur Selbstüberprüfung der histopathologischen Befundqualität; jährliche Auflistung sämtlicher Befunde mit Angaben zur Konkordanz mit der Bildgebung und mit dem Operationsbefund

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN, Stand 31.12.2016																		1)
Screeningeinheiten ²⁾	10	14	4	4	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	12	95
Programmverantwortliche Ärzte	18	25	8	8	6	4	12	8	15	18	8	2	11	7	8	3	22	183
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	7	16	4	8	5	4	2	8	6	12	4	2	8	5	7	2	6	106
kooperierende Ärzte	196	130	36	25	21	14	67	24	155	154	67	11	66	28	31	28	169	1.222
Befunder von Mammographieaufnahmen	72	100	21	17	11	8	38	13	59	70	28	8	38	18	23	20	87	631
histopathologische Beurteilung	22	30	8	8	4	6	16	5	29	24	11	2	14	8	8	4	31	230
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	21	14	6	0	5	0	13	5	22	13	7	1	7	2	3	4	32	155
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	21	14	6	0	2		13	1	15	13	7	1	6	2	3	4	32	140

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



✓ 15.171 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

METHICILLIN-RESISTENTER STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2016

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Beteiligung an einem MRSA-Netzwerk; optional von der KV anerkannte MRSA-Fallkonferenzen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Jährlich erstellter quartalsbezogener Evaluationsbericht der KBV auf Basis von patientenbezogenen pseudonymisierten Abrechnungsdaten, vorzulegen jeweils zum 31. August des Folgejahres, an das Bundesgesundheitsministerium und definierte Ausschüsse

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN									³⁾	⁴⁾								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	988	1.266	282	282	372	456	648	731	2.590	1.588	751	295	666	648	742	410	2.456	15.171
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	94	142	256	15	4	301	323	21	63	345	23	295	26	14	742	9	2.456	5.129
– davon Anzahl Genehmigungen	94	138	256	15	4	297	323	21	63	343	23	295	24	14	742	9	2.456	5.117
– davon Anzahl Ablehnungen	0	4	0	0	0	4	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	12
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾		0	13	4	0	468	0	0	39	21	54	8	16	18	0	0	0	641

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Davon 47 Neuanträge. ⁴⁾ In den Genehmigungsbescheiden war eine Überführung in die QS-Vereinbarung bereits vorgesehen.



✓ 564 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

MOLEKULARGENETIK



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012, zuletzt geändert: 1.4.2017

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; organisatorische Vorgaben

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: strukturierte Zusammenarbeit und konsiliarische Erörterung zur Klärung der Indikationsstellung zwischen dem veranlassenden und dem durchführenden Arzt

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis eines Systems der internen Qualitätssicherung nach § 5 der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Erstellen einer betriebsstättenbezogenen Jahresstatistik und Übermittlung an die Datenannahmestelle

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: elektronische Übermittlung des Datensatzes zur Qualitätssicherung (§ 8 der Vereinbarung) im Auftrag der KVen an die KBV, gegebenenfalls anlassbezogene Stichprobenprüfungen bei Auffälligkeiten in den Jahresstatistiken

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte zum Ende des dem Auswertungsquartal folgenden Quartals an den teilnehmenden Arzt, die Qualitätssicherungskommission der KV und die Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Auffälligkeiten in den Jahresstatistiken



→ Molekulargenetik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
GENEHMIGUNGEN	3)		4)			5)			3)									
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	113	89	37	9	2	48	25	16	53	75	101	10	30	12	18	15	72	725
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	78	53	40	9	4	41	26	17	42	71	58	10	31	9	11	9	55	564
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	1	34	50	0	2	3	12	1	7	2	1	0	5	3	1	1	6	129
– davon Anzahl Genehmigungen	1	34	50		2	3	12	1	7	2	1		5	3	1	1	6	129
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	35	35	4		0	6	0	1	16	0	44	0	5	6	7	0	23	182
JAHRESSTATISTIK gemäß § 8																		
Anzahl elektronisch vorgelegter Jahresstatistiken	11	22	6	3	1	3	0	4	10	21	5	1	10	6	2	2	3	110
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		0	9	2	0		0	12
– davon nachvollziehbar begründet								1					9	⁶⁾				10
– davon nicht ausreichend begründet								0					0	⁶⁾				0
Anzahl Ärzte mit anlassbezogener Stichprobenprüfung (Anlage 1 Nr. 10.2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Im Rahmen der EBM-Anpassung wurden die Genehmigungen aus Kapitel 11 nicht fortgeführt, daher vermehrt Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen. ⁴⁾ Davon 7 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Darunter kein Neuantrag. ⁶⁾ Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren lagen zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht vor.



✓ 203 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

11 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

132 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE



Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19: Neuropsychologische Therapie,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.2.2012

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes, des Psychologischen Psychotherapeuten oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Kooperation im Rahmen der zweistufigen Diagnostik; gegenseitige Information aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	24	32	4	5	2	6	23	4	24	18	7	2	3	1	15	3	13	186
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	25	36	7	5	2	6	24	4	25	20	7	2	4	2	17	3	14	203
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	4	4	4	0	0	0	6	0	1	1	1	0	1	1	2	0	3	28
– davon Anzahl Genehmigungen	4	4	4				6		1	1	1		1	1	2		3	28
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0				0		0	0	0		0	0	0		0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	4

→ Neuropsychologische Therapie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
STICHPROBENPRÜFUNGEN																		
Prüfungsumfang																		
Anzahl abrechnender Ärzte	21				2	6			14	18					10		14	114
Anzahl geprüfter Ärzte	2				1	1			3	2					1		1	11
– Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	2				0	1			3	2					1		1	10
– kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0				1	0			0	0					0		0	1
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in % (prüfende KVen)	9,5				0,0	16,7			21,4	11,1					10,0		7,1	11,8
Begründung zum Prüfungsumfang; sonstige Kommentare		3)	4)	5)			6)	3)	7), 8)	9)	3)	3)	5)	5)		5)		
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen	2					1			0	2					0		1	6
– geringe Beanstandungen	0					0			3	0					1		0	4
– erhebliche Beanstandungen	0					0			0	0					0		0	0
– schwerwiegende Beanstandungen	0					0			0	0					0		0	0
Ergebnisse kriterienbezogene Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
– keine Beanstandungen					0													0
– geringe Beanstandungen					0													0
– erhebliche Beanstandungen					1													1
– schwerwiegende Beanstandungen					0													0
Maßnahmen																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0				1	0			3	0					1		0	5
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a	0				1	0			1	0					0		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				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
Anzahl 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 mit Auflagen versehener Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0				0	0			0	0					0		0	0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Aufgrund der geringen Anzahl abrechnender Ärzte wurde noch keine QS-Kommission berufen. ⁴⁾ QS-Kommission wurde erst Ende 2016 berufen. ⁵⁾ KV-übergreifende Kommission BB, SN, ST und TH hat Empfehlungen / Dokumentationsbogen erstellt; Prüfungen ab 2017. ⁶⁾ Vertretbarkeit des Aufwands nach Einschätzung der KV nicht gegeben (QP-RL § 4 Abs. 1). ⁷⁾ Bei einem Arzt mangels Patienten weniger als 12 Dokumentationen geprüft. ⁸⁾ Das Beratungsgespräch wurde im Rahmen der Amtshilfe für die KV Bremen durchgeführt (Prüfung aus 2015). ⁹⁾ Rechnerisch wären 0,68 Ärzte zu prüfen. Gemäß Vorstandsbeschluss der KV NO werden 2 Ärzte wegen der Vergleichbarkeit geprüft.

✓ 3.773 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

🔍 13.304 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

📄 682 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

📄 3.190 **PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE**

ONKOLOGIE

§ Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2017

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

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Bildung einer onkologischen interdisziplinären Kooperationsgemeinschaft, in der regelmäßig patientenorientierte Fallbesprechungen (Tumorkonferenzen) stattfinden; Koordination der gesamten onkologischen Behandlung; enge und dauerhafte Kooperation mit allen beteiligten Ärzten und anderen Berufsgruppen

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis von jährlich 50 Fortbildungspunkten aus der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen mit onkologischen Inhalten; jährlich zweimalige Teilnahme an industrieneutralen durch die Ärztekammer zertifizierten Pharmakotherapieberatungen; jährlich mindestens eine onkologische Fortbildung des Praxispersonals; Mitgliedschaft in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: angestrebt wird der gemeinsame computergestützte Zugriff auf alle für die Behandlung notwendigen Daten durch die Mitglieder der onkologischen interdisziplinären Kooperationsgemeinschaft

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von acht Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu jeweils 20 Fällen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	3), 4)																7)	9)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	532	429	258	124	39	123	201	58	411	466	129	31	228	93	125	79	388	3.714
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	532	433	265	118	38	125	209	58	421	468	132	31	231	92	125	80	415	3.773
– darunter Anzahl Ärzte in Neu- / Jungpraxen	k.A.	74	32	12	5	15	20	6	155	46	0	2		6	1	8)	30	404
– darunter Anzahl Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	k.A.	15	230	17	0	62	0	13	266	246	0	1		0	0	8)	415	1.265
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	32	65	24	4	0	13	16	4	33	38	14	3	9	4	6	4	67	336
– davon Anzahl Genehmigungen	31	62	22	4		13	16	4	33	36	14	3	9	4	4	4	67	326
– davon Anzahl Ablehnungen	1	3	2	0		0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	10
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	4	8
– davon bestanden								1		2				1			4	8
– davon nicht bestanden								0		0				0			0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	9	2	0	0	0	0	0	0	1	11	3	0	3	4	1	1	3	38
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	5	20	15	10	0	11		3	26	4	8	3	3	1	7	0	21	137

→ Onkologie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
ÜBERPRÜFUNG der Dokumentation § 10																		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	47	27	21	9	4	17	14	5	421	37	14	5	8)	8	11	8)	0	640
– davon bestanden	28	20	11	6	0	14	14	5)	6)	34	13	5		6	11			162
– davon nicht bestanden	19	7	10	3	4	3	0	5)	6)	3	1	0		2	0			52
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 7 1. – 3.																		
Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1. – 3. erbracht haben	519	433	221	118	38	116	193	5)	421	352	121	27	95	4)	121	8)	415	3.190
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V (fakultativ)																		
Anzahl geprüfter Ärzte (Ergebnisse s. Seite 55)																	42	42

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Davon 13 Neugenehmigungen, ⁴⁾ Überprüfung der Fortbildungsverpflichtungen ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung unvollständig bzw. noch nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Angaben zu Dokumentationsprüfungen und Fortbildungsverpflichtung liegen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor. ⁶⁾ In Niedersachsen kontinuierliche Erfassung aller Dokumentationen mittels ONkeyLINE. Überprüfung durch (automatische) Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen. Beanstandungsrate kann nicht ermittelt werden. ⁷⁾ Zusätzlich gilt die nordrheinische Vereinbarung. Nachweispflicht für Fortbildungen endet am 31.3.2017, Angaben nicht vollständig. ⁸⁾ Aufgrund regionaler Vereinbarungen liegt ein Teil der hier abgefragten Angaben nicht vor, kam die Frequenzregelung nicht zum Tragen, eine Darstellung der aus Sicherstellungsgründen zugelassenen Praxen war ebenfalls nicht möglich, in Thüringen erfolgt keine Dokumentationsprüfung im Sinne der Onkologie-Vereinbarung. ⁹⁾ Fortbildungsverpflichtung basiert auf gesonderten Vereinbarungen (Änderungsvereinbarung zur Ergänzungsvereinbarung).

✓ 3.842 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
			³⁾				⁴⁾		⁵⁾								⁶⁾	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	432	602	227	88	54	127	278	71	358	518	180	53	160	88	125	79	368	3.808
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	442	605	234	90	54	128	282	69	368	509	176	52	163	86	127	87	370	3.842
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	28	65	41	5	0	4	29	1	35	20	14	0	12	3	7	3	14	281
– davon Anzahl Genehmigungen	28	61	41	5		4	29	1	35	20	14		11	3	7	3	14	276
– davon Anzahl Ablehnungen	0	4	0	0		0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	5
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	1	0	20	4	0	7	0	3	13	0	18	1	11	5	7	0	3	93

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Davon 27 Neugenehmigungen. ⁴⁾ Davon 22 Neuanträge. ⁵⁾ Die 35 Genehmigungen enthalten 17 Neuanträge. ⁶⁾ Die 14 Genehmigungen enthalten 5 Neuanträge.



✓ 183 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

PET UND PET / CT

§

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 16.5.2015, zuletzt geändert 7.6.2017

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET / CT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2016

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Indikationsstellung erfolgt in einem definierten Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit; Kooperationsvereinbarungen mit für die Versorgung der Patienten gegebenenfalls notwendigen Fachdisziplinen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen, im Umfang von mindestens 20 Fortbildungspunkten innerhalb von zwei Jahren

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Ab 2017 sind im Laufe von drei Jahren alle Ärzte mit Genehmigung einer Dokumentationsprüfung zu unterziehen, es werden jeweils zwölf Fälle angefordert; in Abhängigkeit von der Beanstandung erfolgt die nachfolgende Überprüfung nach 24 Monaten, nach zwölf Monaten, oder es ist ein Kolloquium erforderlich

→ PET und PET / CT

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN	3)			4)						5)				6)					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	11	21	12	4	7	3	8	3	18	14	4	5	5	15	1	6	46	183	
Anzahl abrechnender Ärzte	7	k.A.	7	4	7	3	8	2	18	11	4	5	5	8	1	5	17	112	
Anzahl beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1 ¹⁾	9	0	0	0	7	3	0	3	1	0	0	1	2	0	0	0	0	26	
neu	9				7	3		3	1			1	2					26	
– davon Anzahl Genehmigungen	8				7	2		3	1			1	2					24	
– davon Anzahl Ablehnungen	1				0	1		0	0			0	0					2	
erneut (§ 7 Abs. 4)	0				0	0		0	0			0	0					0	
Anzahl beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	9	0	0	0	7	0	0	0	1	0	0	3	2	0	0	0	113	135	
neu	9				7				1			3	2				113	135	
– davon Anzahl Genehmigungen	8				7				1			3	2				108	129	
– davon Anzahl Ablehnungen	1				0				0			0	0				5	6	
erneut (§ 7 Abs. 4)	0				0				0			0	0				0	0	
Anzahl beschiedene Anträge gemäß § 12 Abs. 1	2	47	11	4	7	0	8	0	18	18	4	1	4	15	1	6	0	146	
– davon Anzahl Genehmigungen	2	38	7	4	7		8		17	14	4	1	4	15	1	6		128	
– davon Anzahl Ablehnungen	0	9	4	0	0		0		1	4	0	0	0	0	0	0		18	
Anzahl beschiedene Anträge auf erneute Genehmigung gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Kolloquien gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	k.A.	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ 11 Anträge für 4 Ärzte, zusätzlich 16 positiv beschiedene Anträge für 10 Ärzte nach § 12 Abs. 2. ⁴⁾ Eine Genehmigung wurde zugleich nach § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 erteilt. ⁵⁾ Die Genehmigung nach der Übergangsregelung erfolgt für PET und PET/CT. ⁶⁾ Unter den Genehmigungen gehen 55 auf Neuanträge nach NUB und EBM zurück, 46 auf Neuanträge nach QS-V. Eine Differenzierung der Genehmigungen nach § 3 Abs. 1 bzw. Abs. 2 erfolgt in der KV WL nicht.

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND



§ Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001, zuletzt geändert: 1.4.2017

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

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Prüfung richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: je Arzt zehn

Erstdokumentationen jährlich; nach Erfüllen der Anforderungen bei Prüfungen in zwei aufeinander folgenden Jahren: zweijähriges Prüfintervall. Aussetzen der Prüfungsverpflichtung für den Zeitraum 1. Juli 2011 bis 31. Dezember 2019

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	34	47	16	9	3	9	13	7	32	38	8	8	23	6	19	5	48	325
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	34	46	16	9	3	8	13	0	32	38	8	9	22	6	18	5	47	314
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	0	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	12
neu		7	3									1					1	12
– davon Anzahl Genehmigungen		7	3									1					1	12
– davon Anzahl Ablehnungen		0	0									0					0	0
erneut gemäß § 6 Abs. 6		0	0									0					0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	9

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

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

§ Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007; zuletzt geändert zum 1.7.2017

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

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Prüfung richtet sich auch auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: alle zwei Jahre, mindestens zehn Prozent der Ärzte, zehn Prozent der Fälle insgesamt, je Arzt höchstens zehn Fälle. Aussetzen der Prüfungsverpflichtung für den Zeitraum 1. Juli 2014 bis 31. Dezember 2019

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an die Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	15	35	6	1	0	1	6	1	14	25	3	2	5	2	3	2	31	152	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	15	36	6	1	0	1	6	3	14	24	3	3	5	2	3	1	31	154	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	0	8	1	0		0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	13	
– davon Anzahl Genehmigungen		8	1					2	0			1						12	
– davon Anzahl Ablehnungen		0	0					0	1			0						1	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	1	0		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	

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

PSYCHOTHERAPIE



Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt als Anlage 1 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.7.2017

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: seit 18.4.2009 (zuvor Richtlinie des Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen seit 1.1.1999), zuletzt geändert: 16.2.2017

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: obligates Gutachterverfahren für Langzeittherapien im Charakter einer Doppelbefundung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Gutachterverfahren; Bericht an Gutachter und die Partner des Bundesmantelvertrags

An der vertragsärztlichen, -psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Ärzte, psychologische Psychotherapeute und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Psychologische Psychotherapeuten	2.162	2.749	1.678	333	296	826	1.972	236	1.445	2.505	659	212	777	318	503	303	1.619	18.593
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	747	848	303	110	56	161	461	65	544	590	218	55	217	101	125	123	495	5.219
Ärztliche Psychotherapeuten	943	1.019	537	103	93	242	566	69	427	825	260	66	164	57	193	70	404	6.038
Kinder- und Jugendpsychiater	121	166	58	26	15	61	49	14	125	139	33	12	33	20	47	19	113	1.051
Psychiater (Nervenärzte / Neurologen / Psychiater)	759	886	374	153	72	195	362	113	551	734	243	81	312	155	206	148	508	5.852

Bundesarztregister, Stand: 31.12.2016

ZULASSUNG ZUR BEHANDLUNG:

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

GUTACHTERVERFAHREN:

Das Gutachterverfahren dient dazu festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung genannten Voraussetzungen für eine Psychotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind. Das Gutachterverfahren stellt damit ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dar, das die Behandlungsentscheidungen des Vertragsarztes bzw. des Vertragspsychotherapeuten ergänzt und zu einem kontinuierlichen fachlichen Austausch beiträgt.

Wenn ein Patient einen gutachterpflichtigen Antrag auf Psychotherapie bei seiner Krankenkasse stellt, prüft der Gutachter den dazugehörigen Bericht des Therapeuten unter fachlichen Gesichtspunkten, insbesondere im Hinblick

darauf, ob das beantragte Psychotherapieverfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist. Der Gutachter prüft auf Grundlage des Berichts unter anderem, ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt und der vorgeschlagene Behandlungsumfang angemessen ist. In seiner Stellungnahme legt der Gutachter dar, ob und in welchem Umfang er das beantragte Kontingent an Therapieeinheiten befürwortet. Unter Berücksichtigung der gutachterlichen Stellungnahme entscheidet die Krankenkasse über die beantragte Therapie und stellt entsprechend ihre Leistungspflicht fest.

Über die im Rahmen von Therapieanträgen erforderlichen Berichte hinaus nutzen viele Therapeuten den Leitfaden zur Erstellung des Berichts an den Gutachter (Formblatt PTV3, Anlage 1, BMV-Ä) sowie entsprechende Fachliteratur, um einen sinnvollen und zweckmäßigen Behandlungsplan für ihre Patienten zu erstellen.

→ Psychotherapie

Verfahren	Berichts- jahr	Anzahl (Ober-) Gutachter	Anzahl (Ober-) Gutachten	Nichtbefürwortung der Anträge in %	Teilbefürwortung der Anträge in %	
tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	2012	97 Gutachter ¹⁾	158.978 Gutachten	4,0	10,5	
		13 Obergutachter	1.762 Obergutachten	28,2	20,0	
	2013	88 Gutachter ²⁾	159.035 Gutachten	4,0	10,7	
		14 Obergutachter	1.824 Obergutachten	24,3	23,9	
	2014	94 Gutachter ³⁾	163.478 Gutachten	4,0	11,2	
		13 Obergutachter	1.624 Obergutachten	24,9	22,4	
	2015 ⁴⁾	94 Gutachter ⁵⁾	170.957 Gutachten	3,9	11,4	
		15 Obergutachter	1.805 Obergutachten	24,7	23,2	
	2016	95 Gutachter ⁶⁾	171.373 Gutachten	3,4	10,5	
		15 Obergutachter	2.296 Obergutachten	19,3	18,6	
	Verhaltenstherapie	2012	72 Gutachter ⁷⁾	153.073 Gutachten	3,2	7,5
			6 Obergutachter	507 Obergutachten	20,3	38,7
2013		75 Gutachter ⁸⁾	172.067 Gutachten	3,2	7,1	
		8 Obergutachter	1.029 Obergutachten	19,0	25,4	
2014		88 Gutachter ⁹⁾	187.501 Gutachten	3,3	8,1	
		7 Obergutachter	1.080 Obergutachten	19,1	44,2	
2015 ⁴⁾		88 Gutachter ¹⁰⁾	202.050 Gutachten	3,4	8,2	
		7 Obergutachter	1.235 Obergutachten	15,7	41,8	
2016		92 Gutachter ¹¹⁾	216.301 Gutachten	3,3	8,0	
		7 Obergutachter	1.554 Obergutachten	13,7	41,1	

¹⁾ davon 17 Gutachter mit 25.630 Gutachten für Kinder und Jugendliche ²⁾ davon 18 Gutachter mit 21.422 Gutachten für Kinder und Jugendliche ³⁾ davon 17 Gutachter mit 24.666 Gutachten für Kinder und Jugendliche ⁴⁾ Die Daten werden aufgrund geänderter Datenbasis in korrigierter Version angegeben ⁵⁾ davon 20 Gutachter mit 28.809 Gutachten für Kinder und Jugendliche ⁶⁾ davon 20 Gutachter mit 29.169 Gutachten für Kinder und Jugendliche ⁷⁾ davon 11 Gutachter mit 16.084 Gutachten für Kinder und Jugendliche ⁸⁾ davon 14 Gutachter mit 23.577 Gutachten für Kinder und Jugendliche ⁹⁾ davon 14 Gutachter mit 25.663 Gutachten für Kinder und Jugendliche ¹⁰⁾ davon 18 Gutachter mit 32.664 Gutachten für Kinder und Jugendliche ¹¹⁾ davon 18 Gutachter mit 35.157 Gutachten für Kinder und Jugendliche

Die Gutachter werden von der KBV im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen bestellt. Das Gutachterverfahren und die erforderlichen Qualifikationen der Gutachter sind in § 34 und § 35 der Psychotherapie-Richtlinie und in § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt. Im Zuge der Strukturreform in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch die Änderungsbeschlüsse zur Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 16. Juni 2016 und 24. November 2016 sowie durch die Änderungen der Psychotherapie-Vereinbarung vom 2. Februar 2016 und 9. Mai 2016 wurden die Qualifikationskriterien der Gutachter einer Überprüfung unterzogen.

Im Rahmen dieser Anpassung wurde das gesamte Bewerbungs- und Bestellverfahren grundlegend überarbeitet, um mehr Transparenz und Qualität im Gutachterverfahren zu erzielen. So ist nun eine Bestellung in allen Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie unabhängig voneinander möglich. Somit können nun auch ausschließlich für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie qualifizierte Bewerber berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist für jede Bestellung eine erneute Bewerbung mit aktuellen Qualifi-

kationsnachweisen erforderlich. Dies gilt auch für bereits bestellte Gutachter. Die Qualifikation der Gutachter wird hierdurch in einem regelmäßigen Turnus geprüft. Dadurch wird insbesondere ihre aktuell andauernde Vertragsarzt-, Supervisoren- und Dozententätigkeit gewährleistet. Die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen haben eine Neubestellung aller Gutachter zum 1. Januar 2018 vereinbart. In der Folge sind Bestellungen alle fünf Jahre vorgesehen.

GUTACHTERSTATISTIK:

Gemäß § 12 Absatz 7 der Psychotherapie-Vereinbarung sind die Gutachter verpflichtet, eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutachtungen zu erstellen. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die Gutachter werden regelmäßig über die Ergebnisse dieser Statistik informiert. Die hierbei ausgewerteten Auftragszahlen, Änderungs- und Nichtbefürwortungsquoten in den jeweiligen Psychotherapieverfahren dienen unter anderem den Gutachtern als Rückmeldung im Vergleich zu ihrer individuellen gutachterlichen Tätigkeit.

QUALITÄTSINITIATIVEN

QUALITÄTSZIRKEL

Vertragsärztliche Qualitätszirkel gelten seit über 20 Jahren als eine anerkannte, auf ärztlicher Eigeninitiative beruhende Methode der Qualitätssicherung und Fortbildung. Im Austausch mit Kollegen reflektieren Ärzte und Psychotherapeuten ihre Versorgungstätigkeit mit dem Ziel der kontinuierlichen Weiterentwicklung von Qualität und Patientensicherheit. Sie bieten Ärzten und Psychotherapeuten einen geschützten Raum für eine selbstbestimmte Fortbildung ohne Einflussnahme Dritter und basieren auf dem Gedanken des Peer Reviews. Das Lernen voneinander steht im Fokus, die Teilnehmenden profitieren vom Erfahrungsschatz ihrer Kollegen. Dies hat auch eine – von der KBV im Rahmen einer Masterarbeit durchgeführte – Umfrage unter bundesweit 1.000 niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten gezeigt. Diejenigen, die sich an einem oder mehreren Qualitätszirkeln beteiligten, gaben mit großer Mehrheit an, dass die Teilnahme einen hohen Nutzen für die alltägliche Arbeit mit Patienten hat, dem Transfer von aktuellem Wissen in die Praxis dient sowie hilfreiche Ergebnisse und neue Ideen bringt. Qualitätsverbesserungen durch die Zirkelarbeit sehen die Teilnehmer in erster Linie in den Bereichen Therapie und Diagnostik.

Die KBV unterstützt Qualitätszirkel durch ein Konzept der Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkel-Tutoren und -Moderatoren, welches im Handbuch Qualitätszirkel niedergelegt ist. Mehr als 30 thematische Module – zum Beispiel Multimedikation, kultursensible Versorgung und Hygienemanagement inklusive didaktischer Materialien – stehen zur Verfügung.

Im Jahr 2016 wurden die neuen Module

- Ethikberatung und
- Suchtmittelgebrauch veröffentlicht.

Sie stehen allen Interessierten auf der neugestalteten Qualitätszirkel-Webseite der KBV sowie im Sicherem Netz der KVen zum Download zur Verfügung. Zur Nutzung der Module in den einzelnen Qualitätszirkeln werden durch die KVen keine genauen Zahlen erhoben. Bekannt ist jedoch, dass insbesondere das Modul Patientenfallkonferenz und die Themen: Pharmakotherapie / Arzneimittelmonographie / Multimedikation sowie das Experteninterview und Evidenzbasierte Medizin / Leitlinien Anwendung finden.

Das Themenspektrum der Qualitätszirkelarbeit ist breit gefächert und reicht von Arzneimitteltherapiesicherheit bis Zytologie. Aufgrund gesellschaftspolitischer Entwicklungen haben viele Qualitätszirkel auch der kultursensiblen Patientenversorgung beziehungsweise Betreuung von Flüchtlingen eine Sitzung gewidmet und damit ein aktuelles Thema aufgegriffen.

Bundesweit engagieren sich mehr als 6.600 Moderatoren in circa 8.300 Qualitätszirkeln, an denen circa 60.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten teilnehmen. Zuwächse konnten insbesondere sektorenübergreifende Zirkel verzeichnen.



Die KBV schult regelmäßig Tutoren, die sich in ihren Regionen in der Moderatorenaus- und -fortbildung engagieren. Im Jahr 2016 waren 82 Tutoren aktiv. Das im Jahr 2004 entwickelte Curriculum für die Tutorenausbildung wurde gemeinsam mit erfahrenen Tutoren und den KVen grundlegend überarbeitet und wurde in der neuen Form erstmals im Jahr 2017 eingesetzt.

Der Train-the-Trainer-Ansatz des Qualitätszirkel-Konzepts der KBV liegt auch dem Projekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in den Frühen Hilfen“ zugrunde, das mit Förderung durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen gemeinsam mit der Kinder- und



Jugendhilfe umgesetzt wird. Qualitätszirkel mit Kinder- und Jugendärzten beziehungsweise Gynäkologen oder Hausärzten und Vertretern der Kinder- und Jugendhilfe bieten eine Plattform, um beide Leistungsbereiche – SGB V und SGB VIII – stärker zu vernetzen. Das gemeinsame Ziel ist es, Kindern in belasteten Familien frühzeitig Hilfen zuteilwerden zu lassen, um eine Kindeswohlgefährdung zu vermeiden. Nach dem Erfolg dieses Projekts in Baden-Württemberg und der Ausbildung von Trainertandems aus niedergelassenen Ärzten und Mitarbeitern der Jugendhilfe der KVen Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein und Westfalen-Lippe nehmen seit dem Jahr 2015 auch die KVen Hamburg und Rheinland-Pfalz an dem Projekt teil. Die KBV unterstützt das Vorhaben.

Im Newsletter „Qualitätszirkel Aktuell“ wird quartalsweise über Neuerungen und Wissenswertes aus der Qualitätszirkelarbeit berichtet. Mit dem Angebot „Qualitätszirkel extra“ steht darüber hinaus ein E-Mail-Newsletter zur Verfügung, der in monatlichem Rhythmus kurz und schnell informiert.

.....
www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php



PEER REVIEW

Peer Review mit Vor-Ort-Besuch in der Praxis durch Fachkollegen stellt die strukturierte, kritische (Selbst-)Reflexion in den Mittelpunkt. Das Lernen voneinander auf freiwilliger Basis dient unmittelbar der Weiterentwicklung der Qualität der Patientenversorgung und der Patientensicherheit. Die KBV unterstützt die Etablierung dieser Methode in der ambulanten Versorgung durch Empfehlungen für Praxen, Arztnetze und Qualitätszirkel sowie die Förderung von Projekten. Im Jahr 2016 waren das insbesondere die Umsetzung des KBV-Konzepts im Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG in Nürnberg im Rahmen eines Pilottests und die Beteiligung am Projekt „Peer Review in der Allgemeinmedizin“ der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Erfahrungen aus dem Pilottest im Gesundheitsnetz Nürnberg haben das Netzmanagement veranlasst, das Thema Kommunikation zum Schwerpunkt der Fortbildung zu machen.

Etwa 60 Netzärzte haben ein Kommunikationstraining absolviert. Außerdem wurden im Netz weitere Peers für die Durchführung von Reviews ausgebildet.

Erkenntnisse aus dem Pilottest im Gesundheitsnetz Nürnberg sind in die Weiterentwicklung der Empfehlungen der KBV für die Nutzung des Instruments Peer Review in der vertragsärztlichen Versorgung eingeflossen. Der Austausch dazu mit Niedergelassenen und Kammervetretern wurde fortgeführt.

Im Rahmen einer Kooperation der KBV mit dem Qualitätsnetz „Gesundes Kinzigtal“ konnte ein weiteres Pilotprojekt für die Etablierung eines netz-spezifischen Peer-Review-Verfahrens in der ambulanten Versorgung gestartet werden. Erstmals wurden die Medizinischen Fachangestellten aus den beteiligten Praxen von Beginn an mit in die Umsetzung einbezogen. An einer ersten Peerausbildung haben 16 Ärzte und Medizinische Fachangestellte teilgenommen. Die Reviews mit Vor-Ort-Besuch in den Praxen haben im Juni 2017 begonnen. Die KBV begleitet den Prozess.

.....
www.kbv.de/html/10848.php

QUALITÄTSMANAGEMENT UND PATIENTENSICHERHEIT

NEUE QUALITÄTSMANAGEMENT-RICHTLINIE IN KRAFT GETRETEN

Seit 2004 sind alle Vertragsärzte sowie alle Vertragspsychotherapeuten gesetzlich verpflichtet, einrichtungsintern das Qualitätsmanagement (QM) nach § 135a Abs. 2 SGB V anzuwenden. Um die Versorgungsqualität in der eigenen Praxis konsequent weiterzuentwickeln, sollen bestehende Abläufe und Strukturen analysiert und fortdauernde Verbesserungen daraus abgeleitet werden. Alle Maßnahmen des QM folgen dabei dem Ziel, ein Höchstmaß an Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit zu erreichen und die eigenen Praxisabläufe transparent, sicher und effizient zu gestalten. Die spezifischen Anforderungen an das einrichtungsinterne QM schreibt der Gemeinsame Bundesausschuss seit 2005 in Richtlinien fest.

Im November 2016 ist eine einheitliche („sektorengleiche“) Qualitätsmanagement-Richtlinie in Kraft getreten, die für alle Praxen und Krankenhäuser identische Anforderungen an das einrichtungsinterne QM definiert. Sie löst die drei bisher geltenden Richtlinien für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung sowie für die Krankenhäuser ab.

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie beschreibt neben sogenannten Grundelementen diejenigen Methoden und Instrumente des QM, die verpflichtend anzuwenden sind und nennt Anwendungsbereiche, wie zum Beispiel Notfallmanagement, Hygienemanagement und Arzneimitteltherapiesicherheit. Neu aufgenommen wurde die Verpflichtung, Mitarbeiterbefragungen durchzuführen und bei operativen Eingriffen – sofern zwei oder mehr Ärzte daran beteiligt sind oder sie unter Sedierung erfolgen – Sicherheits-Checklisten, zum Beispiel der WHO, anzuwenden.

QM-Stichprobenprüfung wieder 2017

Gemäß § 6 der Qualitätsmanagement-Richtlinie wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss

beauftragt, methodische Hinweise und Empfehlungen zur Erhebung und Darlegung des Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement zu entwickeln. Bis zu deren Beschluss greift eine Übergangsregelung. Aufgrund der stabilen guten Ergebnisse der bisher jährlich durchgeführten Stichprobenprüfungen wurde es vom Gemeinsamen Bundesausschuss als ausreichend erachtet, den Umsetzungsstand zukünftig in einem zweijährlichen Turnus zu erheben – erstmalig für das Berichtsjahr 2017. Unverändert bleiben das Stichprobenvolumen, die Rolle der Qualitätsmanagement-Kommissionen und das Berichterstattungsprozedere.

Neu ist, dass im Rahmen der Stichprobenprüfung einzelne Instrumente, Methoden und Anwendungsbereiche des Qualitätsmanagements erfragt werden. Damit erhalten die KVen und Qualitätsmanagement-Kommissionen eine zusätzliche Möglichkeit, ihre Beratungen und Serviceangebote zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement noch zielgerichteter und passgenauer an die Bedürfnisse der Niedergelassenen anzupassen.

MEIN PRAXISCHECK „QUALITÄTSMANAGEMENT“

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten können gemeinsam mit ihren Praxisteams die Anforderungen der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie mit „Mein PraxisCheck“ bewerten. Ergänzend zu Serviceangeboten wie QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® wurde der PraxisCheck mit Inkrafttreten der Richtlinie im November 2016 veröffentlicht.

In den Fragen des Online-Selbsttests werden Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements abgebildet:

- Qualitätsziele und Selbstbewertung
- Verantwortlichkeiten und Prozesse
- Teambesprechungen und Kommunikation
- Patienteninformation und -aufklärung
- Information zu Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln

MEIN PRAXISCHECK

GESAMTNUTZERZAHL:

über 102.000 (Stand: 27.9.2017)

THEMEN:

Prävention Wundinfektionen

Patientensicherheit

Qualitätsmanagement

Impfmanagement

Hygienemanagement

Informationssicherheit

- Schnittstellenmanagement
- Patienten- und Mitarbeiterbefragungen
- Mitarbeiterfortbildung
- Hygienemanagement
- Notfallmanagement
- Beschwerdemanagement
- Kritische Ereignisse und Fehler
- Gesetze, Verordnungen, Vorschriften

Die Fragen dienen zur Selbsteinschätzung, ob und wie gut alle Anforderungen der neuen Richtlinie erfüllt werden. Per Knopfdruck erhält der Anwender eine Auswertung mit Tipps und Empfehlungen, um sich weiter zu verbessern. Wie die eigene Praxis im Vergleich zu den anderen Teilnehmern abgeschnitten hat, zeigt ein anonymes Benchmarking.

www.kbv.de/qm

QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®



Das von der KBV und den KVen gemeinsam angebotene Qualitätsmanagement-Verfahren ist QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®. Es wurde zusammen mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Berufsverbänden und Medizinischen Fachangestellten entwickelt. Speziell auf die Abläufe und Bedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zugeschnitten, kann dieses Qualitätsmanagement-Verfahren von ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen, interdisziplinären Kooperationsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren unterschiedlicher Größe genutzt werden. Bausteine von QEP® sind der QEP-Qualitätsziel-Katalog®, das QEP-Einführungsseminar®, das QEP-Manual®, ein spezifisches Manual für Psychotherapeuten und das QEP-Zertifizierungsverfahren®.

QEP IN ZAHLEN:

Fast 33.000 Teilnehmer an QEP-Einführungsseminaren®

Etwa 600 Praxen und MVZ mit 1.500 Ärzten und Psychotherapeuten nach QEP®zertifiziert (Stand: Mai 2017)

Etwa 2.600 Ärzte und Psychotherapeuten haben das QEP-Zertifizierungsverfahren® einmal erfolgreich durchlaufen

Ein Drittel aller Praxen und MVZ nutzen QEP® als Grundlage für ihr internes Qualitätsmanagement (optionale Angabe aus der Stichprobe nach ÄQM-RL 2014, n = 1.867)

QEP®-Newsletter mit über 8.600 Abonnenten

QEP-Manual® für Psychotherapeuten

Als spezielles Angebot zum Qualitätsmanagement für niedergelassene Psychotherapeuten wird seit dem Frühjahr 2017 ein ergänzender Baustein von QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® angeboten: das QEP-Manual® für Psychotherapeuten. Es bietet zu ausgewählten Zielen aus dem QEP-Qualitätsziel-Katalog eine Checkliste zur Selbstbewertung, Umsetzungsvorschläge mit praktischen Tipps, weiterführenden Informationen wie Links und Literaturhinweise sowie Mustervorlagen auf einer CD-ROM. Die Beispiele für schriftliche Regelungen, Ablaufbeschreibungen, Checklisten, Pläne und Formblätter können zur Erstellung praxisindividueller Dokumente genutzt werden.

In das Werk hat das Erfahrungswissen Psychologischer und Ärztlicher Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Eingang gefunden. Mit dem QEP-Manual für Psychotherapeuten wollen die Herausgeber einen Beitrag leisten, mit den vielfältigen Anforderungen an die vertragspsychotherapeutische Versorgung umzugehen. Die Organisation einer psychotherapeutischen Praxis unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von einer üblichen medizinischen Praxis: nahezu sämtliche Leistungen werden persönlich erbracht, die notwendige Passung für eine erfolgversprechende Therapie erfordert die Sicherstellung einer andauernden, persönlichen Interaktion mit den Patienten. Daran richten sich auch die Praxisabläufe aus.

QEP berücksichtigt eine Vielzahl gesetzlicher Verpflichtungen und normativer Vorgaben und hat alle Anforderungen der im November 2016 in Kraft getretenen Qualitätsmanagement-Richtlinie aufgegriffen. Das QEP-Manual® kann nicht nur als Umsetzungshilfe, sondern auch als Ratgeber genutzt werden.

PATIENTENBEFRAGUNG MIT ZAP IM SICHEREN NETZ DER KVEN

Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar und sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss als ein verpflichtendes Instrument zur Qualitätsentwicklung aufgeführt. Die Befragungsergebnisse können eine Rückmeldung über die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Versorgung aus Patientenperspektive geben. Je nach Art und Umfang der Patientenkontakte sollten diese Befragungen jährlich, mindestens jedoch alle drei Jahre und möglichst mit validiertem Fragebogen durchgeführt werden. So können Veränderungen gemessen und Verbesserungen dargestellt werden.

Ein validierter Fragebogen ist zum Beispiel der von der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelte ZAP-Fragebogen zur „Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“.

Die Patientenbefragung mit ZAP ist in zwei Varianten möglich. Neben dem aus Fragebogen und Auswertungstool bestehenden ZAP-Angebot, das kostenfrei zum Download von der KBV bereitgestellt wird, steht seit September 2016 auch ein elektronisch unterstütztes ZAP-Angebot im Sicherem Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK) zur Verfügung. Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die das Onlinetool eZAP nutzen möchten, melden sich mit ihren SNK-Zugangsdaten im Portal ihrer KV oder dem Portal der KBV an.

Ein Vorteil der Online-Variante besteht unter anderem darin, dass die Patienten die Möglichkeit erhalten, die Fragen direkt in einer Webapplikation zu beantworten und somit die händische Datenübertragung und Auswertung der Ergebnisse durch die Praxis entfällt. Um eine breitere Patienten Klientel zu erreichen, wird der deutsche ZAP-Fragebogen zusätzlich in den Sprachen Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch und Türkisch angeboten.



<http://portal.kv-safenet.de>

SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

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

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

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN				3)			3)											
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2015	461	596	159	89	39	94	234	60	336	499	237	42	139	80	113	77	456	3.711
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2016	479	636	168	95	40	95	258	61	350	555	240	42	147	81	114	83	478	3.922
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	427	571	154	74	38	87	231	55	297	507	229	35	143	59	89	79	400	3.475
– davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	41	64	14	19	2	8	27	2	31	48	19	7	4	20	23	4	78	411
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	11	1	0	2	0	0	0	4	22	1	1	0	0	2	2	0	0	46
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	38	107	23	10	1	6	31	1	35	71	26	0	14	4	8	8	39	422
– davon Anzahl Genehmigungen	37	101	23	10	1	6	25	1	35	71	26		14	4	8	8	38	408
– davon Anzahl Ablehnungen	1	6	0	0	0	0	6	0	0	0	0		0	0	0	0	1	14
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	14	4	0	3	0	0	0	4	23	0	5	3	6	0	0	62
📊 STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V (fakultativ)																		
Anzahl geprüfter Ärzte (Ergebnisse s. Seite 55)				10					21				5	11				47

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Enthalten sind 15 Neugenehmigungen.

✓ 1.206 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

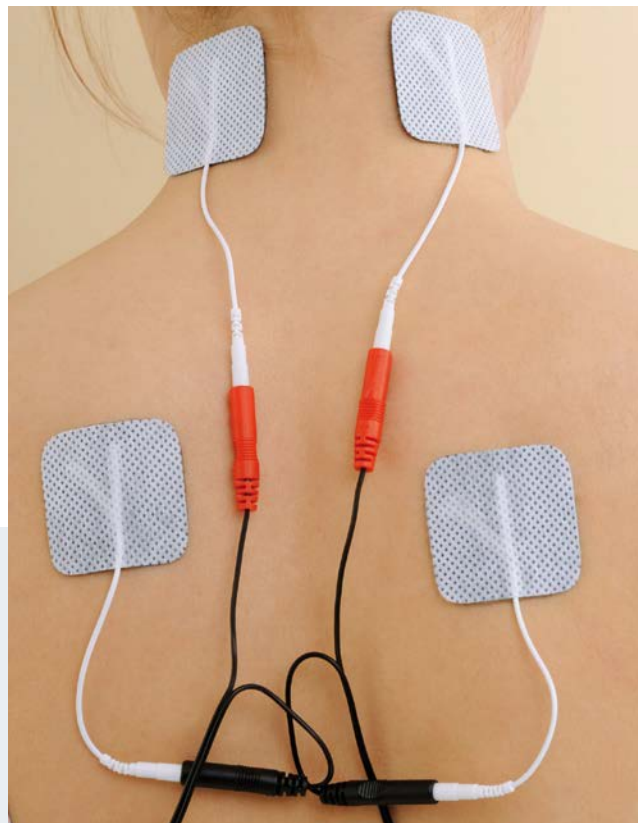
105 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

1.260 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

SCHMERZTHERAPIE



Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2005, zuletzt geändert: 1.10.2016



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

KOLLOQUIUM: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; bis 30. September 2016 galt: gegebenenfalls bei Patienten, die länger als zwei Jahre in Dauerbehandlung sind. Ab 1. Oktober 2016 gilt: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; wenn der Abschluss der entsprechenden Zusatzweiterbildung länger als 48 Monate zurückliegt

FREQUENZREGELUNG: bei schmerztherapeutischen Ausbildungseinrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten pro Quartal

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: mindestens halbjährliche Information über den Behandlungsverlauf an den Hausarzt; Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen; konsiliarische Beratung der kooperierenden Ärzte; schmerztherapeutische Einrichtungen: kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSSIRKEL: pro Jahr acht (schmerztherapeutische Ausbildungseinrichtungen zwölf, ab 1. Oktober 2016 gilt zusätzlich: handelt es sich um dabei Einzelpraxen: zehn) interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung in schmerztherapeutischen Einrichtungen; tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung; zusätzlich gilt gemäß EBM für Vertragsärzte in schmerztherapeutischen Ausbildungseinrichtungen: 30 Stunden schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfung auf Verlangen der KV; ab 1. Oktober 2016 gilt zusätzlich: Dokumentationsprüfung bei Ärzten, die ihre Genehmigung zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2018 erstmals erhalten (zwölf Fälle aus den ersten vier Abrechnungsquartalen). Stellungnahmeverfahren auf Verlangen der KV, wenn Patienten länger als zwei Jahre in Behandlung sind

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

→ Schmerztherapie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	3)			4)				5)				6)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	162	171	67	74	16	28	79	27	52	143	69	17	84	35	36	29	84	1.173
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	171	176	71	70	14	29	83	27	51	146	73	17	87	37	37	30	87	1.206
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	15	51	26	0	0	2	6	1	12	29	9	0	3	2	3	5	26	190
neu	13	51	19			2	5	1	12	13	9		3	2	3	5	26	164
– davon Anzahl Genehmigungen	13	47	13			1	4	1	10	6	9		3	2	3	4	24	140
– davon Anzahl Ablehnungen	0	4	6			1	1	0	2	7	0		0	0	0	1	2	24
erneut	2	0	7			0	1	0	0	16	0		0	0	0	0	0	26
– davon Anzahl Genehmigungen	2		6				1			16								25
– davon Anzahl Ablehnungen	0		1				0			0								1
Anzahl Kolloquien gemäß § 10 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	8	10
– davon bestanden														2			8	10
– davon nicht bestanden														0			0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	14	4	0	0	1	4	1	4	8	4	0	0	0	2	0	0	42
– davon bestanden		13	4			1	4	1	4	4	4				2			37
– davon nicht bestanden		1	0			0	0	0	0	4	0				0			5
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon ohne Beanstandungen			0					2										2
– davon mit Beanstandungen			1					0										1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 10 Abs. 2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	5	5	4	0	1	0	1	11	3	5	0	0	0	1	0	5	41
☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG (fakultativ)																		
Anzahl Prüfungen gemäß § 7 Abs. 2	8	0	0	0	0	22	5	0	17	15		17	4	0	14	0	3	105
– davon Anforderungen erfüllt	7					22	4		15	13		17	4		14		3	99
– davon Anforderungen nicht erfüllt	1					0	1		2	2		0	0		0		0	6

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Davon 5 Neugenehmigungen ⁴⁾ Die erneute Genehmigung erfolgte aufgrund von Änderungen, als Fortführung der Genehmigung. ⁵⁾ Kolloquium aufgrund Ersterteilung der Genehmigung vor dem 1.10.2016 ⁶⁾ Die 24 Genehmigungen enthalten 8 Neuanträge. Die Dokumentationsprüfungen erfolgen im Rahmen der Genehmigung nach Anlage I (schmerztherapeutische Einrichtung).



✓ 820 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

SOZIALPSYCHIATRIE

§

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1.7.2009, zuletzt geändert: 1.10.2012, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 1.7.2013

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

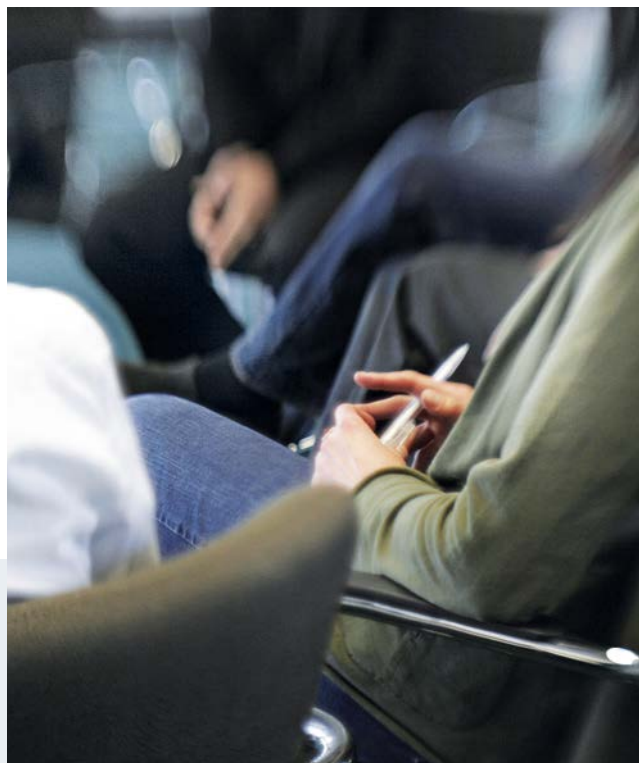
FREQUENZREGELUNG: Voraussetzung zur Abrechnung der Pauschale sind im Behandlungsfall mindestens drei Kontakte je Quartal, wovon mindestens ein Kontakt durch eine Person der in diesem Bereich kooperierenden komplementären Berufe (zum Beispiel Heilpädagoge) erfolgen muss. Zudem gilt eine Obergrenze von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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	3)																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	77	124	52	17	10	45	35	8	115	135	27	6	22	10	34	18	76	811
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	77	126	51	18	10	47	35	10	116	135	27	7	22	11	34	18	76	820
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	5	7	49	1	0	9	2	2	6	7	1	1	1	1	2	2	2	98
– davon Anzahl Genehmigungen	5	7	49	1	0	9	2	2	6	7	1	1	1	1	2	2	2	98
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	5	1	0	0	7	0	0	5	5	1	0	2	0	2	0	2	30

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



✓ 1.812 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

SOZIOThERAPIE



Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002, zuletzt geändert: 16.3.2017

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: erstellen eines mit dem verordnenden Arzt oder dem verordnenden Psychotherapeuten und dem Patienten abgestimmten Betreuungsplans; Koordination der Behandlungsmaßnahmen und Leistungen; Nachweis der Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund (oder vergleichbar)

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	3)																	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2015	454	232	168	27	49	45	46	37	87	119	148	45	114	51	65	22	57	1.766
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2016	449	236	180	29	53	48	44	37	87	119	155	47	126	57	65	23	57	1.812
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	24	11	20	2	4	6	6	0	4	3	20	6	18	8	3	1	4	140
– davon Anzahl Genehmigungen	24	11	20	2	4	6	6		3	3	19	6	17	8	2	1	4	136
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0		1	0	1	0	1	0	1	0	0	4
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	7	2	0	0	2	0	0	2	0	12	0	7	2	2	0	2	38

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Davon 3 Neugenehmigungen.

✓ 1.133 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

STOSSWELLEN- LITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN



§

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	158	274	12	7	18	29	71	15	121	132	66	25	24	23	28	12	111	1.126
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	164	275	12	8	17	23	69	15	122	139	62	26	24	23	25	15	114	1.133
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	16	31	1	1	0	0	0	0	11	6	5	1	0	0	1	3	18	94
– davon Anzahl Genehmigungen	16	22	1	1					11	6	5	1			0	3	14	80
– davon Anzahl Ablehnungen	0	9	0	0					0	0	0	0			1	0	4	14
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4

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

STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE



Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2017

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik – konventionelle Röntgen-diagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie), Rechtsgrundlage § 135b Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert: 1.1.2016

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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

- konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik
- Strahlentherapie und Nuklearmedizin: Stichprobenprüfungen gegebenenfalls auf Grundlage regionaler Vereinbarungen
Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
- Computertomographie: wegen guter und sehr guter Ergebnisse können durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss die Stichprobenprüfungen seit 2011 ausgesetzt werden. Diese Regelung galt bis 2014, erneut 2016 und 2017.

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:

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

BERATUNG:

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



✓ 20.512 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

1.024 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

12.288 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK

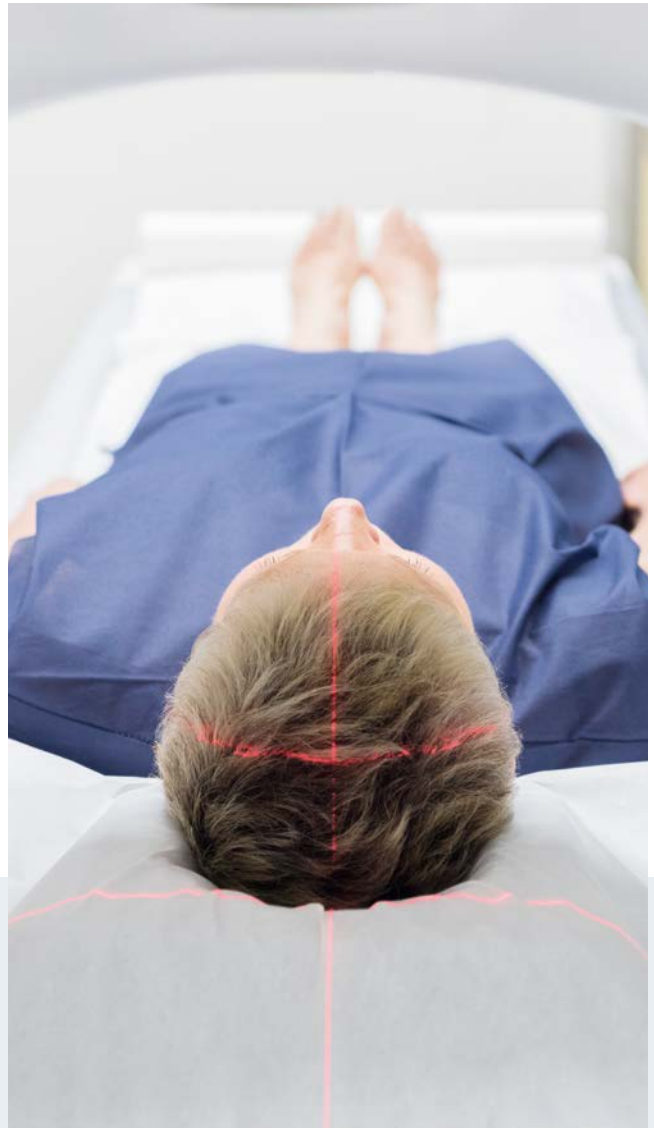
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 5	3), 4)																10)	14)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	2.701	3.447	635	498	280	505	1.456	407	2.041	2.448	962	339	959	508	657	515	2.326	20.684
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	2.711	3.422	737	490	277	465	1.427	412	2.044	2.424	942	337	971	540	649	506	2.158	20.512
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	310	3.893	270	38	8	69	175	22	242	465	54	26	82	37	44	33	450	6.218
– davon Anzahl Genehmigungen	308	3.539	253	38	8	64	174	22	232	463	54	24	76	37	39	33	443	5.807
– davon Anzahl Ablehnungen	2	354	17	0	0	4	1	0	10	2	0	4	6	0	5	0	7	412
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	17	7	4	0	0	0	1	0	1	0	9	0	0	12	10	0	25	86
– davon bestanden	15	7	3				1		0		9			5	8		25	73
– davon nicht bestanden	2	0	1				0		1		0			7	2		0	13
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon ohne Beanstandungen			1															1
– davon mit Beanstandungen			0															0
Anzahl Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	15	0	0	13	2	0	0	5	0	1	0	0	36
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	9	1.675	75	46	11	73	0	17	96	78	74	18	69	5	47	2	4	2.299



→ Konventionelle Röntgendiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V																		
Prüfungsumfang																		
Anzahl abrechnender Ärzte	2.504	3.025	679	351	220	465	1.431	353	1.931	2.292	801	303	841	371	609	423	1.852	18.451
Anzahl geprüfter Ärzte	151	166	31	16	8	56	50	17	85	103	37	13	40	17	33	19	182	1.024
Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2	148	127	27	16	8	56	43	17	81	103	36	12	39	15	29	17	173	947
kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	3	39	4	0	0	0	7	0	4	0	1	1	1	2	4	2	9	77
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	5,9	4,2	4,0	4,6	3,6	12,0	3,0	4,8	4,2	4,5	4,5	4,0	4,6	4,0	4,8	4,0	9,3	5,1
Begründung zum Prüfungsumfang; sonstige Kommentare			5)		6)	7)	8)				9)	11)	12)		13)		15)	
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ergebnisse Routineprüfungen abrechnender Ärzte gemäß § 4 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen	120	58	4	13	5	34	14	7	26	95	18	9	38	9	20	13	116	599
– geringe Beanstandungen	24	35	6	2	3	19	13	10	46	7	14	2	1	4	7	3	37	233
– erhebliche Beanstandungen	4	14	6	0	0	2	12	0	7	1	3	1	0	2	0	1	12	65
– schwerwiegende Beanstandungen	0	20	11	1	0	1	4	0	2	0	1	0	0	0	2	0	8	50
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
– keine Beanstandungen	1	12	3				0		1		1	0	0	2	2	0	7	29
– geringe Beanstandungen	1	16	0				5		1		0	0	1	0	1	1	1	27
– erhebliche Beanstandungen	1	11	0				2		2		0	0	0	0	0	1	0	17
– schwerwiegende Beanstandungen	0	0	1				0		0		0	1	0	0	1	0	1	4
Maßnahmen																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	30	13	24	1	3	3	1	10	58	8	18	3	23	2	2	4	59	262
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	11	0	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	4	23
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	26	18	0	0	0	0	0	2	0	3	0	1	6	0	0	0	56
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	16	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	22
– davon bestanden		14	2												3			19
– davon nicht bestanden		2	0												1			3
Anzahl Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 S. 3 sowie § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 4, Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 S. 2 und Abs. 6 S. 1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Anzahl mit Auflagen versehener Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Davon 41 Neugenehmigungen. ⁴⁾ Anzahl abrechnende Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I – IV/2015). ⁵⁾ Als zusätzliche Maßnahme erfolgte eine Praxisbegehung, ohne Mängel. ⁶⁾ Unterschreitung der vorgegebenen Prüfrate wird 2017 kompensiert. ⁷⁾ Prüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der KV organisatorisch verbunden, daher deutlich höhere Prüfquote. Ergebnisse werden getrennt berichtet. ⁸⁾ Geforderte Prüfrate konnte aus organisatorischen Gründen (u. a. Umzug) nicht erreicht werden. ⁹⁾ In Rheinland-Pfalz ist die Kommission für diagnostische Radiologie / Computertomographie in Personalunion auch Ärztliche Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese prüft zeitgleich nach Röntgenverordnung (§17a RöV) und nach Vertragsarztrecht (§135b Abs. 2 SGB V). Die Ergebnisse werden getrennt berichtet. ¹⁰⁾ Zwei der 24 Genehmigungen sind Teilgenehmigungen. ¹¹⁾ Bei einem Arzt wurden nur 9 Dokumentationen geprüft, da nicht genügend Fälle abgerechnet wurden. ¹²⁾ 2 Ärzte reichten weniger als 12 Dokumentationen ein. ¹³⁾ Zusätzlich erfolgte in 4 Fällen eine Fortsetzung des Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 3 c). ¹⁴⁾ Die 443 Genehmigungen enthalten 172 Neuanträge. Anzahl der Rückgaben lässt sich nicht konkret ermitteln. ¹⁵⁾ Vorstandsbeschluss KV WL: Prüfung (gesamt) von mind. 10 % der Ärzte.



✓ 4.489 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

38 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

456 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

COMPUTERTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 7	4), 5)																8)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	550	623	262	107	61	154	292	81	390	597	228	68	214	86	127	110	402	4.352
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	561	687	273	104	64	155	290	78	402	624	229	69	219	87	128	116	403	4.489
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	102	509	123	10	3	18	7	3	69	181	12	8	15	4	12	11	146	1.233
– davon Anzahl Genehmigungen	101	497	120	10	3	17	7	3	69	177	12	8	15	4	11	11	141	1.206
– davon Anzahl Ablehnungen	1	12	3	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	5	27
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
– davon bestanden		1												1				2
– davon nicht bestanden		0												0				0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	129	76	13	0	12	0	7	18	0	11	6	12	3	9	0	26	322



→ Computertomographie

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V																		
Prüfungsumfang																		
Anzahl abrechnender Ärzte			161			135				419				84				799
Anzahl geprüfter Ärzte			10			11				16				1				38
– Routineprüfung gemäß § 4 Abs. 2			8			11				16				0				35
– kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3			2			0				0				1				3
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in % (prüfende KVen)			5,0			8,1				3,8				0,0				4,4
Begründung zum Prüfungsumfang; sonstige Kommentare	3)	3)		3)	3)	6)	3)	3)	3)		7)	3)	3)	3)	3)	3)	9)	
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen			1			10				15				0				26
– geringe Beanstandungen			3			1				1				0				5
– erhebliche Beanstandungen			1			0				0				0				1
– schwerwiegende Beanstandungen			3			0				0				0				3
Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3																		
– keine Beanstandungen			1			0				0				1				2
– geringen Beanstandungen			0			0				0				0				0
– erheblichen Beanstandungen			0			0				0				0				0
– schwerwiegenden Beanstandungen			1			0				0				0				1
Maßnahmen																		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a			8			0				1				0				9
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr.2, Nr. 3a und Nr. 4a			2			0				0				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			6			0				0				1				7
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c und Nr. 4c			0			0				0				0				0
Anzahl 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 mit Auflagen versehener Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 S. 2 Nr. 3c S. 6 und Nr. 4c 2. Hs.			0			0				0				0				0

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Prüfverpflichtung gemäß Beschluss des G-BA ausgesetzt. ⁴⁾ Davon 57 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Anzahl abrechnender Ärzte entspricht dem Mittelwert der Prüfquartale (I – IV/2015). ⁶⁾ Prüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V und § 17a RöV sind in der KV organisatorisch verbunden. Ergebnisse werden getrennt berichtet. ⁷⁾ Per Vorstandsbeschluss Aussetzung der Prüfungen bis Ende 2017. ⁸⁾ Die 141 Genehmigungen enthalten 26 Neuanträge. ⁹⁾ Aussetzen der Prüfungsverpflichtung 1.1.2016 bis 31.12.2017, gemäß Beschluss des G-BA, mit Einverständnis des Vorstands der KV WL.

✓ 1.220 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

OSTEODENSITOMETRIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8	3)																4)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	180	174	50	34	10	17	66	11	90	122	84	23	119	26	21	35	193	1.255
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	178	148	54	37	11	16	66	7	89	124	84	24	113	25	20	30	194	1.220
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	18	91	13	3	1	3	9	0	12	6	8	2	8	0	2	1	26	203
– davon Anzahl Genehmigungen	17	80	11	3	1	1	4		11	6	8	2	8		2	1	26	181
– davon Anzahl Ablehnungen	1	11	2	0	0	2	5		1	0	0	0	0		0	0	0	22
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	21	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	28
– davon bestanden	1	21	2						2						1		1	28
– davon nicht bestanden	0	0	0						0						0		0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	5	56	9	0	0	2	0	4	8	4	8	0	9	1	3	1	4	114

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Davon 5 Neugenehmigungen. ⁴⁾ Die 26 Genehmigungen enthalten 9 Erstanträge.

✓ 1.237 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

STRAHLENTHERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 9	3)																4)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	172	162	63	24	15	30	70	19	114	188	66	20	45	25	33	27	148	1.221
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	174	167	66	30	15	31	72	20	116	183	65	20	43	26	32	29	148	1.237
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	36	78	24	7	0	10	15	2	20	60	3	2	1	1	2	5	34	300
– davon Anzahl Genehmigungen	36	74	24	7		10	15	2	20	60	3	2	1	1	2	5	33	295
– davon Anzahl Ablehnungen	0	4	0	0		0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
– davon bestanden	1																1	2
– davon nicht bestanden	0																0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	38	6	1	0	9	0	1	8	0	4	1	3	0	3	0	7	81

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Eine der 2 Genehmigungen ist eine Teilgenehmigung. ⁴⁾ Von den 33 Genehmigungen gehen 8 auf einen Neuantrag zurück.



✓ 1.420 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

11 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

132 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

NUKLEARMEDIZIN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 10	3)			5)							6)			7)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	212	241	70	24	18	41	94	24	116	210	81	19	43	26	37	32	151	1.439
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	207	232	66	27	18	39	94	25	120	208	81	20	42	25	34	33	149	1.420
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	9	211	45	4	1	11	7	1	19	63	3	1	1	0	0	1	32	409
– davon Anzahl Genehmigungen	9	184	41	4	1	11	7	1	19	62	3	1	1			1	30	375
– davon Anzahl Ablehnungen	0	27	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0			0	2	34
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden	1																	1
– davon nicht bestanden	0																	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	1	138	18	1	0	16	0	0	4	1	3	0	2	1	3	0	12	200
11 STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V (fakultativ)																		
Anzahl geprüfter Ärzte (Ergebnisse s. Seite 55)						11	⁴⁾											11

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Davon 4 Neugenehmigungen. ⁴⁾ Fakultative Prüfungen konnten aus organisatorischen Gründen (u. a. Umzug) nicht erfolgen. ⁵⁾ Davon 11 Neuanträge, wovon einer abgelehnt wurde. ⁶⁾ Es handelt sich um Teilwiderrufe. ⁷⁾ Von den 30 Genehmigungen gehen 14 auf einen Neuantrag zurück.

✓ 2.791 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

1.682 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

9.890 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

SUBSTITUTIONS- GESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER



Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 9.4.2013

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; organisatorische Vorgaben

FREQUENZREGELUNG: in der Regel sollen je Arzt nicht mehr als 50 Opiatabhängige gleichzeitig substituiert werden

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Zusammenarbeit mit einer psychosozialen Beratungsstelle; ist eine psychosoziale Betreuung ausnahmsweise nicht erforderlich, ist dies durch die Beratungsstelle zu bestätigen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen auf Verlangen der KV

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

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

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

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



→ Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN	3)			4), 5)			6), 7)												
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	315	439	162	29	67	108	128	30	420	493	89	13	58	40	120	27	332	2.870	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	302	447	156	29	65	123	130	32	429	411	90	13	58	38	114	28	326	2.791	
– Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte	227	253	121	9	55	76	130	26	234	317	60	13	28	34	107	22	263	1.975	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	21	44	47	0	2	3	39	2	45	93	8	0	2	1	4	1	9	321	
– davon Anzahl Genehmigungen	21	44	47		2	3	39	2	45	90	8		2	1	4	1	9	318	
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0		0	0	0	0	0	3	0		0	0	0	0	0	3	
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
– davon ohne Beanstandungen										0								0	
– davon mit Beanstandungen										1								1	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	10	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	17	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	14	14	3	0	0	1	2	0	13	0	7	0	3	3	10	0	8	78	
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	149	184	19		10	11	28	20	164	41	34	0	22	56	63	13	130	944	
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2	1	1	0	0	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	10	
– davon Einrichtungen nach § 12	1	1	0			0	1		1	3								7	
🔍 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9 Abs. 3																			
Anzahl geprüfter Ärzte	k.A.	299	47	7	43	60	126	14	148	280	41	13	14	19	53	16	455	1.635	
Anzahl geprüfter Fälle	836	658	441	13	269	351	619	71	503	840	169	66	52	86	158	30	747	5.909	
– keine Beanstandungen	662	536	380	12	78	302	374	65	468	401	157	50	48	78	117	28	716	4.472	
– geringe, erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	174	122	61	1	191	14	129	6	35	439	12	16	4	8	41	2	31	1.286	
🔍 5-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 9 Abs. 5																			
Anzahl geprüfter Fälle	301	91	168	7	56	329	514	49	584	10	186	63	0	70	306	28	410	3.172	
– davon ohne Beanstandungen	249	77	146	7	21	309	341	49	563	10	174	53		59	249	22	387	2.716	
– davon mit Beanstandungen	52	14	22	0	35	10	104	0	21	0	12	10		11	57	6	23	377	
🔍 2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 Abs. 6																			
Anzahl geprüfter Fälle	17	47	58	0	0	0	0	0	37	86	0	0	0	0	0	0	0	245	
– davon ohne Änderung der Behandlung	17	40	58						37	86								238	
– davon mit Änderung der Behandlung	0	7	0						0	0								7	
🔍 STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V (fakultativ)																			
Anzahl geprüfter Ärzte (Ergebnisse s. Seite 55)			47															47	

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Enthalten sind 8 Erstanträge. ⁴⁾ 34 bzw. 10 Fälle der Prüfungen befinden sich in der Nachprüfung. ⁵⁾ Die 2-Jahres-Überprüfung erfolgt durch die ermächtigte Ambulanz, Einhaltung wird durch die KV im Rahmen der 2%-Stichprobe überprüft. ⁶⁾ Unter den Dokumentationsprüfungen 104 zurückgestellte Verfahren, 12 Einstellungen der Vergütung ⁷⁾ 5-Jahres-Überprüfung: 69 zurückgestellte Verfahren.

✓ 85.914 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

2.937 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

14.640 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

13.282 **GERÄTEBEZOGENE PRÜFUNGEN**

ULTRASCHALL- DIAGNOSTIK



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; zuletzt geändert: 1.4.2017

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

EINGANGSPRÜFUNG: Abnahmeprüfung der verwendeten Ultraschallsysteme (B-Modus) durch Vorlage aktueller Bildokumentationen, ab 1. Oktober 2016 ist dies ersetzt durch die Überprüfung der Hersteller- / Gewährleistungserklärung; bei systematischen Untersuchungen der fetalen Morphologie obligate online-basierte Eingangsprüfung

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: alle vier Jahre Konstanzprüfung der im B-Modus arbeitenden Ultraschallgeräte; ab 1. Oktober 2016 beträgt das Intervall sechs Jahre, dabei kann die Konstanzprüfung durch Vorlage aussagefähiger Wartungsprotokolle erfolgen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; ab 1. Oktober 2016 gilt eine Spezifizierung an die Anforderungen für die Aufbereitungshinweise für Endosonographiesonden

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von mindestens drei Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu fünf Fällen als Zufallsstichprobe; ab 1. Januar 2017 gilt: jährliche Prüfung von insgesamt mindestens sechs Prozent der Ärzte mit Genehmigung zu fünf Fällen, dabei können Ärzte bis zum Umfang von drei Prozent der Genehmigungsinhaber einer schwerpunktmäßigen Überprüfung spezifischer Bereiche unterzogen werden; zusätzlich kann die KV anlassbezogene Stichprobenprüfungen durchführen; bei Beanstandungen engere Prüfintervalle

- Stichprobenprüfungen aufgrund regionaler Vereinbarungen im Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte, jeweils zwölf Fälle) sind anrechenbar
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte: Prüfung der ersten zwölf Fälle nach Genehmigungserteilung, zwei Jahre nach Genehmigungserteilung Prüfung von zwölf Fällen, danach fünfjährliche Prüfung aller Ärzte zu mindestens zwölf Fällen; bei Mängeln engere Prüfintervalle, gegebenenfalls Verpflichtung zur Fortbildung

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

→ Ultraschalldiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	4)			6)				9)			10)			14)				
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2015	11.155	14.954	3.096	1.571	908	1.825	5.880	1.238	8.373	11.171	4.615	1.282	3.348	1.789	2.780	1.841	8.520	84.346
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2016	11.529	15.173	3.140	1.604	929	1.861	5.994	1.244	8.782	11.320	4.478	1.311	3.499	1.681	2.824	1.872	8.673	85.914
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) ¹⁾	1.480	5.571	937	166	75	298	854	85	1.343	2.006	309	109	305	122	313	230	2.263	16.466
neu	1.480	5.566	937	166	75	298	854	85	1.315	2.005	309	109	302	122	313	229	2.263	16.428
– davon Anzahl Genehmigungen	1.169	5.072	884	166	74	287	810	83	1.268	1.995	307	102	269	119	218	227	2.124	15.174
– davon Anzahl Ablehnungen	311	494	53	0	1	11	44	2	47	10	2	40	33	3	95	2	139	1.287
erneut	0	5	0	0	0	0	0	0	28	1	0	0	3	0	0	1	0	38
– davon Anzahl Genehmigungen		4							28	1			3			1		37
– davon Anzahl Ablehnungen		1							0	0			0			0	0	1
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	4.496	23.012	3.174	k.A.	309	k.A.	2.372	195	4.890	6.784	1.028	450	1.864	252	759	788	9.365	59.738
neu	4.496	23.008	3.174		309	k.A.	2.372	195	4.790	6.783	1.028	450	1.858	252	759	787	9.365	59.626
– davon Anzahl Genehmigungen	3.555	21.275	3.065		215	1.157	1.431	161	4.470	6.352	1.020	330	1.746	246	512	628	9.165	55.328
– davon Anzahl Ablehnungen	941	1.733	109		94	k.A.	941	34	320	431	8	120	112	6	247	159	200	5.455
erneut	0	5			0	0	0	0	100	1	0	0	6	0	0	1	0	113
– davon Anzahl Genehmigungen		4	0						100	1			3			1		109
– davon Anzahl Ablehnungen		1							0	0			3			0		4
Anzahl Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	214	497	26	25	12	29	46	5	70	145	48	0	4	52	19	16	208	1.416
– davon bestanden	193	432	24	18	12	26	33	5	66	129	46		4	50	18	14	191	1.261
– davon nicht bestanden	21	65	2	7	0	3	13	0	4	16	2		0	2	1	2	17	155
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	3	17	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	15	1	0	40
– davon bestanden	3	17								3				1	8	1		33
– davon nicht bestanden	0	0								0				0	7	0		7
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	4	52	4	0	1	2	0	0	10	13	0	0	2	0	2	5	70	165
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) ²⁾	k.A.	11	255	7	1	216	0	79	389	1	444	37	152	30	159	0	k.A.	1.781
✓ ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, Stand 31.12.2016																		
1.1 Gehirndurch die offene Fontanelle	416	478	66	37	20	51	213	19	316	244	240	43	105	39	85	51	220	2.643
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	221	416	36	21	30	43	99	24	164	290	88	23	79	28	43	22	156	1.783
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	260	707	30	25	34	31	111	25	102	204	113	24	78	29	57	14	191	2.035
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	460	695	183	56	31	275	278	60	330	484	164	43	217	86	103	83	336	3.884
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.468	2.524	420	172	128	534	709	60	998	1.579	416	98	626	88	265	367	626	11.078
3.3 Schilddrüse, B-Modus	4.538	6.589	1.030	632	304	1.225	2.555	423	3.238	4.753	1.931	495	1.550	777	1.078	772	1.064	32.954
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	670	1.174	195	121	35	108	460	64	541	615	298	73	205	125	102	95	378	5.259
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	221	250	41	42	36	54	227	7	373	280	AB 21.2	13	62	n.a.	60	22	130	1.818
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	60	77	24	10	3	13	27	9	57	AB 4.1	116	4	16	10	13	16	38	493
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	4	4	0	3	36	4	0	180	AB 4.2	AB 21.4	2	1	n.a.	0	1	1	239
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	322	408	95	49	34	47	193	34	224	311	114	27	100	24	71	38	202	2.293
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	4	1	0	0	0	34	0	0	AB 4.5	AB 4.5	k.A.	0	4	0	0	1	2	46
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.883	2.500	408	161	91	491	1.385	112	1.230	1.708	552	97	749	27	315	359	2.240	14.308
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	16	8	5	1	17	1	15	0	AB 5.1	8	k.A.	11	4	n.a.	6	1	25	118



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.293	1.290	458	179	125	205	817	90	1.022	1.343	452	141	343	225	252	202	1.070	9.507
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.756	9.517	1.622	798	448	871	3.500	531	5.262	7.146	2.810	802	1.978	794	1.680	1.047	5.196	50.758
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	237	35	62	3	30	0	35	7	AB 7.1	81	k.A.	43	41	6	28	18	42	668
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	127	35	52	3	52	1	15	9	AB 7.1	AB 7.2	k.A.	43	20	0	7	14	40	418
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.223	1.329	325	92	32	623	509	75	676	AB 7.1	588	265	214	90	173	128	554	6.896
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	3.752	12.961	712	566	155	837	1.468	119	2.350	4.035	1.095	457	1.387	107	270	425	1.852	32.548
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	492	438	179	72	83	85	49	52	AB 8.1	423	k.A.	158	188	0	91	88	334	2.732
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.592	3.996	640	303	137	561	885	215	1.158	1.523	574	166	626	299	393	292	1.170	14.530
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.475	3.769	617	302	135	333	871	205	1.090	1.471	545	134	560	293	398	290	1.143	13.631
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.241	1.474	448	222	113	260	741	155	886	1.244	464	130	415	259	330	237	954	9.573
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	761	1.009	184	37	52	134	545	24	620	491	275	129	80	107	151	130	568	5.297
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften), B-Modus	1.117	1.836	446	144	96	283	545	100	838	1.183	483	130	370	130	230	188	847	8.966
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.106	1.406	211	136	86	149	582	83	713	1.093	374	123	328	112	241	150	629	7.522
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.313	5.437	276	125	101	216	780	53	965	1.196	362	123	289	75	246	84	516	12.157
12.1 Haut, B-Modus	16	4	1	0	1	1	5	6	25	38	AB 12.2	2	3	11	2	2	8	125
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	97	18	3	0	2	1	4	6	AB 12.1	AB 12.1	5	10	27	11	2	18	1	205
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.296	2.041	308	169	104	284	772	71	1.078	1.096	503	170	214	124	241	130	1.037	9.638
20.2 CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	1.277	1.729	176	121	75	194	555	43	1.144	810	536	145	188	94	215	126	764	8.192
20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	134	AB 20.2	176	121	0	k.A.	63	1	AB 20.2	46	AB 20.2	3	131	0	1	19	12	707
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	283	302	90	10	29	20	132	10	148	251	73	25	43	9	50	11	116	1.602
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	404	527	79	37	34	97	215	37	288	361	150	60	78	26	61	48	215	2.717
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	918	1.374	218	140	78	209	493	71	691	800	275	70	230	101	159	87	499	6.413
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	230	220	42	38	45	47	129	11	153	377	114	33	79	17	72	55	81	1.743
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	794	1.112	207	131	58	120	493	53	561	698	228	50	184	76	112	67	388	5.332
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	132	AB 20.8	207	131	1	0	89	1	AB 20.8	40	AB 20.8	3	141	0	6	16	4	771
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	932	1.039	209	137	70	109	542	49	667	682	272	74	177	49	133	104	447	5.692
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	295	460	117	21	33	93	237	9	290	359	97	64	128	14	29	53	312	2.611
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	631	3.049	193	118	31	99	403	65	497	662	260	71	206	93	86	90	336	6.890
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	214	664	38	22	37	54	228	3	373	65	144	20	64	n.a.	51	23	128	2.128
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	62	152	25	10	4	78	24	10	58	AB 21.1	108	3	15	10	14	18	41	632
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	AB 21.2	4	0	3	36	5	0	180	AB 21.2	45	2	2	n.a.	0	1	1	282



→ Ultraschalldiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
		3)	4)				7)		9)				13)					
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	127	152	59	17	12	42	60	12	97	173	37	32	21	11	26	23	103	1.004
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	535	653	132	61	46	116	309	34	522	565	195	93	243	78	100	128	485	4.295
GERÄTEPRÜFUNGEN / apparative Ausstattung																		
Ultraschallsysteme																		
Anzahl gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2 (1.1.2016)	14.340	28.455	14.863	1.568	841	1.858	9.872	1.456	11.409	10.748	8.405	1.773	7.102	4.823	2.384	3.882	16.500	140.279
Anzahl gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2016)	15.702	32.444	15.794	1.653	841	1.956	7.039	1.473	11.760	10.690	8.233	2.047	7.109	4.567	2.612	4.024	15.796	143.740
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme gemäß § 2c	107	3471	0	0	3	k.A.	0	0	0	0	10)	0	0	18	0	0	16	3.615
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3 (Bildokumentation) 4 bzw. 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme gemäß § 2c	2.869	116	193	205	2	98	8	98	869	811	10)	273	2.282	535	104	194	1.010	9.667
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 11																		
Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Anzahl geprüfter Ärzte	336	437	101	52	28	64	132	68	289	347	182	45	102	45	117	64	204	2.613
– davon Anforderung erfüllt	263	331	79	42	25	48	71	60	227	281	164	43	91	38	104	53	136	2.056
– davon Anforderung nicht erfüllt	73	106	22	10	3	16	61	8	62	66	18	2	11	7	13	11	68	557
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	3,0	2,9	3,3	3,3	3,1	3,5	2,2	5,5	3,5	3,1	3,9	3,5	3,0	2,5	4,2	3,5	2,4	3,1
Begründung zum Prüfumfang, sonstige Bemerkungen.							8)							15)				
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Anzahl geprüfter ärztlicher Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	1.677	2.185	505	260	140	560	660	340	1.440	1.735	909	225	490	225	580	312	773	13.016
– davon ohne Beanstandungen	1.216	640	296	210	121	400	355	253	1.095	1.267	547	203	364	148	532	206	463	8.316
– davon mit Beanstandungen	461	1.545	209	50	19	160	305	87	345	468	362	22	126	77	48	106	310	4.700
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																		
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	95	53	17	10	1	5)	71	2	55	100	94	7	21	25	49	24	50	674
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	8	226	7	0	3	5)	0	9	14	50	k.A.	0	5	0	0	0	0	322
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	248	85	153	50	1	5)	32	3	98	196	208	0	35	57	96	31	300	1.593
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	210	58	73	21	0	5)	43	0	140	106	96	0	24	23	45	43	124	1.006
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	139	44	8	22	5	5)	86	2	131	148	99	0	33	27	86	43	113	986
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																		
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	42	481	18	4	7	5)	18	33	99	119	24	15	27	33	94	33	0	1.047
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	192	152	151	5	2	5)	129	2	106	360	184	0	56	17	35	66	559	2.016
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	169	307	37	3	0	5)	115	61	46	141	71	0	21	50	30	11	16)	1.062

→ Ultraschalldiagnostik

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 5 ⁴⁾																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Anzahl geprüfter Ärzte	43	67	11	2	0	2	34	5	15	17	25	3	10	5	13	14	58	324
– davon bestanden	36	55	9	2		2	19	5	14	15	22	2	10	3	10	12	29	245
– davon nicht bestanden	10	12	2	0		0	15	0	1	2	3	1	0	2	3	2	29	82
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Anzahl geprüfter ärztlicher Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	230	335	55	10		10	170	25	75	85	125	15	50	25	65	66	283	1.624
– davon ohne Beanstandungen	177	90	33	6		10	95	21	69	48	34	9	36	16	55	49	67	815
– davon mit Beanstandungen	53	245	22	4		0	75	4	6	37	91	6	14	9	10	17	216	809
bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation																		
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	21	28	2	0			16	0	0	2	2	6	5	8	4	2	17	113
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	0	13	3	0			0	2	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	2	20
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	7	1	14	0			16	0	0	3	58	0	0	7	15	5	122	248
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	14	2	8	0			19	0	0	5	24	0	1	7	5	3	52	140
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	30	0	0	4			31	0	0	12	19	0	11	8	16	3	53	187
bei Beanstandungen der Bilddokumentation																		
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	24	11	0	0			4	1	5	1	0	0	0	8	7	5	0	66
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	30	51	13	0			35	0	1	24	64	0	1	2	7	3	212	443
– darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	8	51	9	0			49	3	0	8	13	0	0	5	3	6	¹⁶⁾	155
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	5	17	2	0	0	0	4	0	0	2	2	1	0	1	3	2	20	59
– davon bestanden	4	17	1				1			2	2	¹²⁾		0	2	2	16	47
– davon nicht bestanden	1	0	1				3			0	0	¹²⁾		1	1	0	4	11
Widerrufe der Abrechnungs-genehmigung – Anzahl Ärzte	1	8	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2	11	26

n. a. = nicht abfragbar

AB x.y = entspricht Anwendungsbereich x.y

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Gezählt werden auch geringfügige Beanstandungen, ohne Auswirkungen auf den Prüfungserfolg. Nicht alle sind den Beanstandungsgründen zuzuordnen. ⁴⁾ Davon 303 Neugenehmigungen; Gerätezahlung erfolgt schallkopfbezogen; die Anzahl Beanstandungen nach § 10 Abs. 2 Nr. 6 umfasst auch Normalbefunde. ⁵⁾ Differenzierte Berichterstattung nach Anlage VII erfolgt ab 2017. ⁶⁾ Davon 283 Genehmigungen aufgrund Änderung des Zulassungsstatuts und 527 Neugenehmigungen (davon 247 als Teilgenehmigungen) ⁷⁾ Gerätemeldung zum Stichtag 27.3.2016. Filtersetzung angepasst. 2015 wurden Konsole / Schallkopf-Kombinationen berichtet. ⁸⁾ Geforderte Prüfrate konnte aus organisatorischen Gründen (Kapazitätsengpässe, Umzug) nicht erreicht werden. ⁹⁾ Gerätezahlung erfolgt jetzt durchgängig konsolenbezogen. ¹⁰⁾ 2015 wurde bei allen Ultraschallsystemen gemäß § 2c eine Abnahmeprüfung durchgeführt, Konstanzprüfungen erfolgen ab 2019. ¹¹⁾ Die 40 Ablehnungen enthalten Teilablehnungen. Bezogen auf Anwendungsbereiche wurde in 24 Fällen die fachliche Befähigung erteilt, zunächst keine Genehmigung. ¹²⁾ Das Ergebnis des Kolloquiums lag bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor. ¹³⁾ Die Gerätezahlung erfolgt schallkopfbezogen. ¹⁴⁾ Abnahme der gemeldeten Anzahl Ärzte mit Genehmigung erfolgte durch Datenbereinigung. ¹⁵⁾ Prüfungsumfang wurde festgelegt auf Basis der Anzahl abrechnender Ärzte. ¹⁶⁾ Eine Differenzierung zwischen Normalbefund und pathologischem Befund erfolgt nicht.

✓ 7.949 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

1.157 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

13.680 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

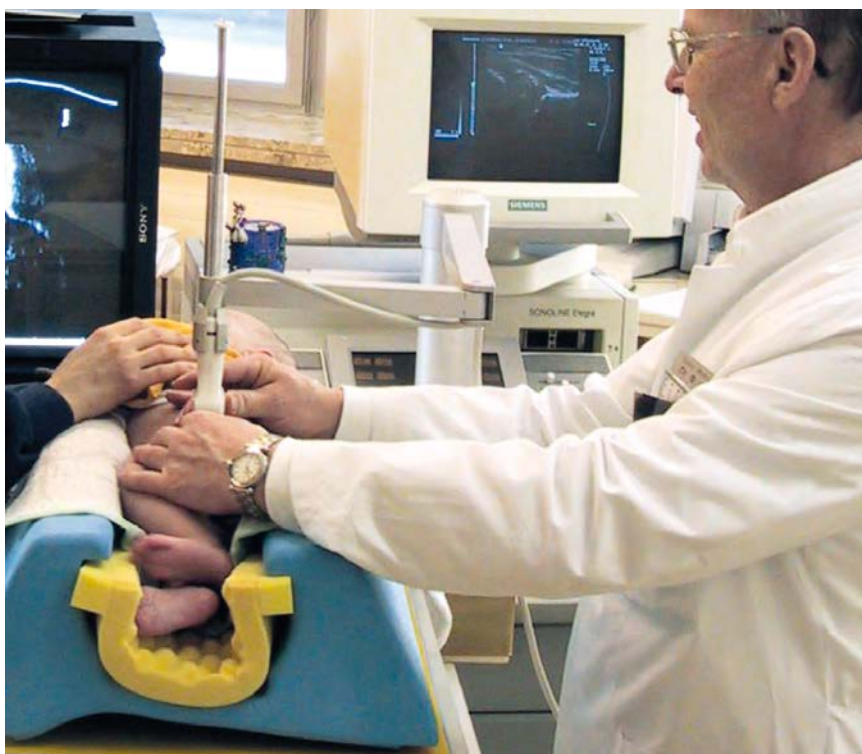
ULTRASCHALL SÄUGLINGSHÜFTE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	5)											6)			7)			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	1.081	1.469	214	132	87	149	568	85	695	1.154	415	123	316	113	239	163	624	7.627
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	1.105	1.836	211	136	86	149	582	84	710	1.093	374	123	328	112	241	150	629	7.949
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	110	996	8	6	3	7	48	2	60	102	24	6	33	6	15	13	76	1.515
neu	110	996	8	6	3	7	48	2	56	102	24	6	31	6	15	11	76	1.507
– davon Anzahl Genehmigungen	107	890	8	6	3	7	34	2	56	100	24	6	31	6	13	11	76	1.380
– davon Anzahl Ablehnungen	3	106	0	0	0	0	14	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	127
erneut gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	2	1	0	0	4	0	0	0	2	0	0	2	0	11
– davon Anzahl Genehmigungen					2	1			4				2			2		11
– davon Anzahl Ablehnungen					0	0			0				0			0		0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	0	0	1	0	0	2	0	0	2	2	0	0	6	0	0	1	0	14
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	0	10	2	1	14	0	3	9	0	65	6	14	4	11	4	16	159
1.157 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Initialprüfungen																		
Anzahl abrechnender Ärzte	811	1.245	185	95	66	108	415	81	702	785	296	91	300	110	189	115	k.A.	5.594
Anzahl geprüfter Ärzte	47	44	15	9	4	10	5	2	42	42	17	7	17	4	18	8	72	363
– davon ohne Beanstandungen	31	25	13	9	2	6	5	1	26	29	14	4	9	3	13	5	65	260
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	12	17	2	0	0	4	0	1	9	10	1	3	2	1	5	2	1	70
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	4	2	0	0	2	0	0	0	7	3	2	0	6	0	0	1	6	33
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	10	12	4	0	0		0	1	13	14	1	0	6	0	1	1	9	72
– davon ohne Beanstandungen	7	8	3			6		1	8	10	0		2		1	1	8	55
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	3	3	1			4		0	3	4	0		2		0	0	1	21
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0	0			2			0	0	0		1	0	0	0	0	3
– darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2		0				0			0	0	0		0					0
– davon bestanden		0				0			0	0	0		0					0
– davon nicht bestanden		0				0			0	0	0		0					0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	1	0			0			2	0	1		2				0	6
Anzahl Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	8	0	2			0			5		2		0		13			30
Anzahl Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	3	2			0			1		0		0					6

→ Ultraschall Säuglingshüfte

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Prüfungen innerhalb 2 Jahre																		
Anzahl geprüfter Ärzte	22	22	18	5	1	9	3	4	23	68	14	3	16	0	0	8	41	257
– davon ohne Beanstandungen	18	16	15	5	1	0	3	3	17	47	13	2	15			5	38	198
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	4	6	1	0	0	7	0	1	4	18	1	1	1			3	2	49
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	0	0	2	0	0	2	0	0	2	3	0	0	0			0	1	10
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	4	0	2	0	0	13	1	2	24	29	7	0	2	0	3	3	7	97
– davon ohne Beanstandungen	2		1			7	1	2	14	18	3		1		2	2	7	60
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	1		1			6	0	0	9	6	4		1		0	1	0	29
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	2		1			5			0	1	4		1	0	0	0	0	14
– darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0		0			0			0	0	0		0		0			0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	1		0			2	0	0	1	1	0		0		1	0	0	6
Anzahl Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	6					1			1	1	0		0		4		3	16
Anzahl Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0					0			0	0	0		0		0			0
Prüfungen innerhalb 5 Jahre																		
Anzahl geprüfter Ärzte	112	17	0	13	1	0	0	12	17	0	5	0	23	3	0	0	0	203
– davon ohne Beanstandungen	93	10		12	1			10	13		4		20	3				166
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	15	5		1	0			2	3		1		2	0				29
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	4	2		0	0			0	1		0		1	0				8
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	41	58	6	0	0		1	4	16	4	1	2	15	1	16	0	0	165
– davon ohne Beanstandungen	16	38	5				1	3	11	2	1	2	11	1	11			102
– davon mit Beanstandungen	15	15	0				0	1	2	2	0	0	2	0	4			41
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0						0	0	0	0		2	0	2			4
– darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2		0							0	0	0		0		0			0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	10	5	1						3	0	0	0	2		1			22
Anzahl Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	30	0							3	0	0		0		10			43
Anzahl Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0							0	0	0		0		0			0
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	1	2	37	0		5	1		12	8	3	0	0		1		6	76





→ Ultraschall Säuglingshüfte

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
PRÜFERGEBNISSE (bezogen auf Dokumentationen)	3)			4)															
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	2.794	1.834	544	324	70	360	120	300	1.593	1.611	527	141	901	96	672	224	1.569	13.680	
– davon regelrecht (Stufe I)	2.361	1.494	491	300	44	283	120	268	1.243	1.310	360	123	738	95	356	192	1.423	11.201	
– davon eingeschränkt (Stufe II)	411	340	44	24	19	77	0	27	309	290	109	16	129	1	282	30	96	2.204	
– davon unzureichend (Stufe III)	22	19	9	0	7	0	0	5	41	11	58	2	34	0	34	2	50	294	
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	9	0	0	0	0	5	0	0	2	0	0	16	0	0	6	0	0	38	
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2																			
– davon Mängel ausschließlich in der Bildqualität	19	285	7		0			4	33	4	58	2	15	1	22	2	47	499	
– davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	0	1	0		0			0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	4	
– davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	3	73	2		7			1	8	7	0	0	18	0	12	0	1	132	

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Mängelbeschreibung umfasst neben Stufe III auch Stufe II. ⁴⁾ In Stufe II sind die 24 Mängel ausschließlich solche der Bilddokumentation. ⁵⁾ Anzahl Beendigungen erhöht wegen Datenbereinigung. ⁶⁾ Scheinbare Abnahme der Arztlzahl wegen Bereinigung der Datenbasis. ⁷⁾ Von den 76 Genehmigungen gehen 21 auf einen Neuantrag zurück.

✓ 305 ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

■ 120 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

🔍 1.048 GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN

📊 284 FREQUENZÜBERPRÜFUNGEN (ÄRZTE)

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015



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

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

FREQUENZREGELUNG: jährliche Durchführung von 25 Vakuumbiopsien

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Überprüfung der Korrelation des histopathologischen Befunds mit der Bildgebung, bei Abweichung Kontaktaufnahme mit dem Pathologen zur Festlegung des weiteren Vorgehens

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: Konstanzprüfung des Stereotaxie-Geräts

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

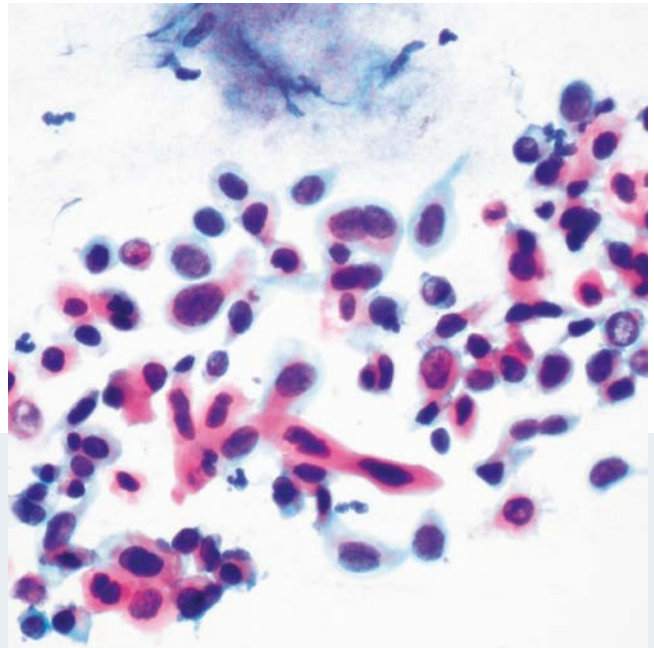
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auflistung zu Indikation und zum abschließenden histologischen Befund für alle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien an die KV; jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an die Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

→ Vakuumbiopsie der Brust

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN	3)								4)									
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	44	41	12	9	5	6	24	12	34	34	7	6	14	10	10	8	34	310
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	41	42	12	9	5	6	25	12	34	32	7	5	13	11	10	8	33	305
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	3	10	3	1	0	0	1	2	8	2	1	0	0	1	2	0	3	37
neu	3	10	3	1			1	2	8	2	1			1	2		3	37
– davon Anzahl Genehmigungen	3	7	3	1			1	2	7	2	1			1	1		3	32
– davon Anzahl Ablehnungen	0	3	0	0			0	0	1	0	0			0	1		0	5
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0
erneut gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0		0	0
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	3									1							1	5
– davon wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5	0									0							0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	0	2	1	1	0	0	0	2	7	2	1	0	1	0	0	0	2	19
🔍 DOKUMENTATIONSPRÜFUNG § 9																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	4	16	4	10	0	0	15	7	30	10	2	5	3	3	5)	2	0	111
– davon bestanden	3	16	4	10			12	7	27	9	2	5	3	3		2		103
– davon nicht bestanden	1	0	0	0			3	0	1	1	0	0	0	0		0		6
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	9,1	39,0	33,3	111,1	0,0		62,5	58,3	88,2	29,4	28,6	83,3	21,4	30,0		25,0	0,0	35,8
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5a	1	0	0	0	0		0	0	2	0	0	0	0	1	5)	0	5	9
– davon bestanden	0								1					1			5	7
– davon nicht bestanden	1								1					0			0	2
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5b	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	5)	0	0	0
Anzahl vorgezogener Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	0	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	5)	0	0	1
– davon bestanden		1																1
– davon nicht bestanden		0																0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Anzahl geprüfter Dokumentationen	40	50	40	100			148	90	290	100	20	30	30	40		20	50	1.048
– davon vollständig und nachvollziehbar	19	49	40	100			124	90	274	90	20	26	30	39		20	49	970
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	1	0	0			0	0	8	0	0	0	0	1		0	1	11
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	19	0	0	0			18	0	3	0	0	4	0	0		0	0	44
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar	2	0	0	0			6	0	5	10	0	0	0	0		0	0	23
📊 FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)																		
< 25	10	0	0	0	0	0	5	0	0	2	0	0	1	5	1	1	0	25
≥ 25	31	41	11	10	5	5	19	0	33	27	6	5	11	6	9	7	33	259

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und andere. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Überprüfung der Nachweise zur Frequenzregelung zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. ⁴⁾ Zwei Prüfungen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch offen. ⁵⁾ Prüfungen mussten aus Krankheitsgründen nach 2017 verschoben werden.



✓ 899 **ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG**

369 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE)**

4.413 **GEPRÜFTE PATIENTENDOKUMENTATIONEN**

519 **PRÜFUNGEN / FORTBILDUNGSNACHWEISE**

ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI



Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2015 (vormalige Versionen seit dem 1.7.1992)

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

EINGANGSPRÜFUNG: Präparateprüfung (20 zytologische Präparate)

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

FREQUENZREGELUNG: Präparatebefunder: Befundung von durchschnittlich maximal zehn Präparaten pro Arbeitsstunde

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: auffällige Befunde werden in dokumentierten Fallbesprechungen diskutiert; Nachmusterung von fünf Prozent aller negativ befundenen Präparate

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung, gegebenenfalls Praxisbegehung zusätzlich zum Kolloquium

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: zytologieverantwortlicher Arzt: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls als Qualitätszirkel; Präparatebefunder: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls zur Hälfte als interne Fortbildung

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Jahresstatistik wird in elektronischer Form übermittelt

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: zweijährliche Dokumentationsprüfung von zwölf Präparaten mit Dokumentationen; jährliche Statistik der Zytologen an die KV

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Statistik bezogen auf die Einrichtung des zytologieverantwortlichen Arztes, mit Korrelation zu histologischen Befunden an die KV; Benchmarkberichte der KV an die Zytologen; jährliche statistische Auswertung an die Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: eingehende Beratung bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

→ Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix Uteri

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN	4)				5)				8)										
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2015	122	141	53	19	16	39	52	12	98	116	46	37	26	17	33	19	96	942	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2016	118	140	52	20	15	29	54	13	93	109	36	35	30	13	32	17	93	899	
Anzahl beschiedene Anträge ¹⁾	2	15	17	1	0	0	6	1	5	3	3	3	2	0	1	1	7	67	
neu	2	15	17	1			6	1	5	3	3	3	2		1	1	7	67	
– davon Anzahl Genehmigungen	2	10	12	1			3	1	5	3	3	2	2		1	1	7	53	
– davon Anzahl Ablehnungen	0	5	5	0			3	0	0	0	0	1	0		0	0	0	14	
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Anzahl Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	2	10	5	1	0		5	1	2	3	0	1	2	1	0	1	4	38	
– davon bestanden	2	5	1	1			4	1	0	3		0	1	1		1	2	22	
– davon nicht bestanden	0	5	4	0			1	0	2	0		1	1	0		0	2	16	
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
– davon ohne Mängel																1		1	
– davon mit Mängeln																0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	
– Mängel in der Dokumentations- / Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6											0				1			1	
– Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4											1				0			1	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ²⁾	2	9	6	0	0	0	k.A.	0	6	4	13	4	0	4	2	0	3	53	
🔍 ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7																			
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																			
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 – Ärzte	67	³⁾	14	0	12	29	5	4	48	63	9	20	10	3	17	8	47	356	
– davon bestanden	66		13		12	27	5	4	47	63	8	19	10	3	14	8	45	344	
– davon nicht bestanden	1		1		0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0	2	12	
Prüfungen (§ 7 Abs. 3) bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in % (prüfende KVen)	54,9	³⁾	26,4	0,0	75,0	74,4	9,6	33,3	49,0	54,3	19,6	54,1	38,5	17,6	51,5	42,1	49,0	44,4	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 – Ärzte	0		4	0	0	0	0	0	0	2	3	1	2	0	1	0	0	13	
– davon bestanden			1							2	3	1	2	0				9	
– davon nicht bestanden			3							0	0	0	0		1			4	
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0		2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	
– davon bestanden			2									1						3	
– davon nicht bestanden			0									0						0	
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	



→ Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix Uteri

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE		
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																			4)	6), 7)
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																				
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	804	3)	168	0	144	348	60	48	576	732	108	240	120	36	204	96	564	4.248		
– davon ohne Beanstandungen	777		163		144	345	60	48	532	732	106	229	108	36	160	96	551	4.087		
– davon mit Beanstandungen	27		5		0	3	0	0	44	0	2	11	12	0	44	0	13	161		
bei Beanstandungen																				
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	0		2			1			17	0	2	8	0		16		0	46		
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung	0		5			1			13	0	0	0	0		17		13	49		
– darunter mit unvollständiger Dokumentation	27		1			1			6	0	0	3	12		35		0	85		
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6																				
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	0	3)	48	0		0		0	0	24	36	12	24	0	21	0	0	165		
– davon ohne Beanstandungen			24							24	36	11	21		4			120		
– davon mit Beanstandungen			24							0	0	1	3		17			45		
bei Beanstandungen																				
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität			1							0		1	1		15			18		
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung			8							0		0	0		12			20		
– darunter mit unvollständiger Dokumentation			16							0		0	2		11			29		
PRÜFUNG DER JAHRESSTATISTIK § 8 Abs. 4																				
Anzahl abrechnender Labore (2015)	94	102	37	10	10	29	26	8	57	81	22	31	16	11	24	13	64	635		
vorgelegte Jahresstatistiken bezogen auf abrechnende Praxen, in %	94,7	100,0	105,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	101,8	100,0	100,0	100,0	112,5	109,1	100,0	92,3	100,0	100,0		
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2015)	89	102	39	10	10	29	26	8	58	81	22	31	18	12	24	12	64	635		
– davon ohne Auffälligkeiten	53	81	4)	10	9	29	26	4	18	73	19	25	18	11	16	12	64	468		
– davon mit Auffälligkeiten	36	21	4)	0	1	0	0	4	40	8	3	6	0	1	8	0	0	128		
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	19	21		0	1		0	0	12	8	3	6	0	1	8	1	0	80		
– davon ausreichend begründete Stellungnahmen	19	21			1				8	8	3	6		1	6	1		74		
– davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	0			0				4	0	0	0		0	2	0		6		
Anzahl Kolloquien	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

¹⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ²⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ³⁾ Prüfungen für 2016 ausgesetzt. ⁴⁾ Davon 5 Neugenehmigungen; Prüfung der Jahresstatistik war zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Im Bericht für 2015 war es zu einem Übertragungsfehler gekommen. Tatsächlich waren 29 Ärzte tätig. ⁶⁾ Aufgrund von Praxisbesonderheiten und Beendigungen sind es deutlich weniger Stellungnahmeverfahren als Auffälligkeiten. ⁷⁾ Unter den 44 Beanstandungen waren 8 Präparate, die unter der falschen GOP abgerechnet worden waren. ⁸⁾ Die 7 Genehmigungen erfolgten aufgrund eines Statuswechsels.

03

HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE



AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

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

Selbstverständlich ist es wünschenswert, die Ergebnisqualität einer medizinischen Leistung überprüfen zu können. Doch hier ergeben sich eine Vielzahl von Problemen. Zum Beispiel



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

Ein besonderes Augenmerk liegt in der vertragsärztlichen Versorgung auf Instrumenten der Strukturqualität. Vor Erteilung einer Genehmigung muss der Arzt nachweisen, dass er eine ausreichende Qualifikation besitzt, dass die apparativen und räumlichen Gegebenheiten seiner Praxis angemessen sind und auch ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter über die nötigen Qualifikationen verfügen. Damit wird ein einheitli-

cher Grundstandard für eine bestimmte Leistung verpflichtend vorgegeben. Das ist besonders wichtig, da von vielen medizinischen Methoden und Verfahren bekannt ist, dass sie unter Forschungsbedingungen im Rahmen von Studien zwar wirksam sind, aber erst durch die qualitätsgesicherte Erbringung der Leistung ein ähnlicher Erfolg unter alltäglichen Versorgungsbedingungen erwartet werden kann. Dies sicherzustellen ist eine der zentralen Aufgaben der KBV.

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

SCHEMATISCHER AUFBAU EINES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS UND DESSEN FOLGEVERPFLICHTUNGEN

GENEHMIGUNGSERTEILUNG

ARZTBEOGENE ANFORDERUNG

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

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE ANFORDERUNG

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

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:
Aus- und Fortbildungsnachweise,
Kooperationsbescheinigungen

BESCHIED ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

GENEHMIGUNGSERHALT FOLGEVERPFLICHTUNGEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

AUFLAGENPRÜFUNGEN JE NACH VERTRAGLICHER REGELUNG

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Dialyse: Nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschuss

Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie:

Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss

Herzschrittmacher-Kontrolle, Langzeit-EKG, schlafbezogene Atmungsstörungen, ambulantes Operieren, Nuklearmedizin und andere: Kriterien aufgrund regionaler Richtlinien

Umfang: Mindestens nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

Akupunktur, Histopathologie im Hautkrebs-Screening, HIV / Aids, Hörgeräteversorgung, Hörgeräteversorgung (Kinder), Holmium-Laser bei bPS, Intravitreale Medikamenteneingabe, Kapselendoskopie des Dünndarms, Koloskopie, Magnetresonanztomographie, Mammographie (kurativ), Molekulargenetik, PET und PET / CT, Phototherapeutische Keratektomie, Schmerztherapie, Ultraschalldiagnostik, Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Vakuumbiopsie der Brust, Zytologie der Cervix uteri

Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Apheresen, neuropsychologische Therapie, substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger

Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 1 SGB V

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG nach § 95d SGB V

QUALITÄTSMANAGEMENT nach § 135a Abs. 2 SGB V

INSTRUMENTE UND ERGEBNISSE DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständnisses mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen KVen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der KVen in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Besondere Verantwortung haben die Kommissionen zudem bei den, je nach Thema variierenden, stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen. Diese Prüfungen sind in der Regel folgenbewehrt. Im Vordergrund steht aber der interkollegiale Austausch

ARBEIT DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN BEI ALLEN QUALITÄTSGESICHERTEN VERFAHREN

1. Überprüfungen im Rahmen einer Genehmigungserteilung zu einem Verfahren (Genehmigungserteilung)

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

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

in Form von Beratungen des geprüften Arztes. Möglich sind aber auch Empfehlungen der Qualitätssicherungskommissionen an die KVen von zum Beispiel kürzeren Prüfintervallen bis hin zu einem Genehmigungsentzug. Insgesamt arbeiten bundesweit über 3.340 Ärzte neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit in diesen Kommissionen. Mitglieder aus den Krankenkassen sind selten.

AKKREDITIERUNG / PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

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

Der Aufwand der KVen in diesem Bereich variiert von Jahr zu Jahr und ist abhängig von den in dem jeweiligen Jahr in Kraft getretenen oder geänderten Vereinbarungen. Diese können gegebenenfalls eine neue Genehmigung, zum Beispiel auch für Teilbereiche, notwendig machen. 2016 wurden allein für diese Aufgabe etwa 48.272 solcher Verwaltungsakte von den KVen bearbeitet.

EINGANGSPRÜFUNG

In besonders sensiblen Bereichen wurde über die Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung vereinbart. Dies betrifft im vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung. 2016 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 211 Prüfungen (ohne Wiederholungsprüfungen). Seit 2012 gilt für die Sonographie der Säuglingshüfte, dass die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen nach Genehmigungserteilung von den Kommissionen überprüft werden. 2016 erfolgte dies bei 363 Ärzten.

KOLLOQUIUM / BERATUNG

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

Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung fanden im Jahr 2016 etwa 2.000 Mal statt, wobei der größte Teil, etwa 1.460, im Leistungsbereich Ultraschalldiagnostik durchgeführt wurde. Etwa 280 Kolloquien fanden im Laborbereich statt.

FREQUENZREGELUNGEN

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

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

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEISE / KONSTANZPRÜFUNGEN / RINGVERSUCHE

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

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

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

Durch Gewährleistungserklärungen und regelmäßige Konstanzprüfungen, die durch Wartungsnachweise ersetzt werden können, werden Ultraschallgeräte in Bezug auf die Einhaltung technischer Vorgaben überprüft. Damit wird jedes einzelne der etwa 145.000 Ultraschallgeräte von jedem der fast 86.000 Vertragsärzte zusätzlich zu den Stichprobenprüfungen geprüft. Mit diesem nicht unerheblichen Aufwand wird das Ziel verfolgt, die Qualität im Bereich Ultraschall auf einem hohen Level zu halten und weiter zu optimieren.

PRAXISBEGEHUNGEN / HYGIENEPRÜFUNGEN

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

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



EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

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

In den Leistungsbereichen

- Arthroskopie,
- konventionelle Röntgendiagnostik,
- Computertomographie,
- Magnetresonanztomographie- / Kernspintomographie,
- Neuropsychologische Therapie

werden nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung bundesweit von mindestens vier Prozent aller abrechnenden Ärzte jeweils zwölf Dokumentationen geprüft. Dieser Mindestprüfumfang wird in einigen KVen deutlich überschritten. Darüber hinaus wurden auf Grundlage regionaler Vereinbarungen 2016 zusätzliche Stichprobenprüfungen in den folgenden Bereichen durchgeführt:

- ambulantes Operieren,
- Herzschrittmacher-Kontrolle,
- Langzeit-EKG-Untersuchungen,
- Onkologie,
- schlafbezogene Atmungsstörungen,
- substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nuklearmedizin.

Auch diese Prüfungen finden nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung statt. Die Ergebnisse dieser obligaten und fakultativen Prüfungen sind von der KBV jährlich an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln, sie werden hier auf den Seiten 54 und 55 dargestellt. Für die Dialyse gilt eine gesonderte Qualitätssicherungs-Richtlinie, nach der eine Vollerhebung stattfindet. Auch diese Ergebnisse werden – unter Einbindung eines externen Datenanalysten – an den Gemeinsamen Bundesausschuss berichtet.



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

- Akupunktur,
- Histopathologie im Hautkrebs-Screening,
- HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen,
- Hörgeräteversorgung (Jugendliche / Erwachsene),
- Hörgeräteversorgung (Kinder),
- Holmium-Laser bei bPS,
- intravitreale Medikamenteneingabe,
- Kapselendoskopie des Dünndarms,
- Koloskopie,
- Magnetresonanztomographie-Angiographie,
- Mammographie (kurativ),
- Mammographie-Screening,
- Molekulargenetik,
- Onkologie,
- PET und PET / CT,
- photodynamische Therapie am Augenhintergrund,
- phototherapeutische Keratektomie,
- Schmerztherapie,
- Sozialpsychiatrie,
- Ultraschall-diagnostik,
- Ultraschall-diagnostik der Säuglingshüfte,
- substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Psychotherapie,
- Vakuumbiopsie,
- Zytologie Zervix.

RÜCKMELDESYSTEME / BENCH- MARKBERICHTE / EVALUATION

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

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

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

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

Daneben ist seit dem Jahr 2004 für alle Ärzte und Psychotherapeuten der Nachweis einer regelmäßigen Fortbildung gegenüber ihrer KV verpflichtend. Dieser Nachweis muss jeweils alle fünf Jahre durch ein entsprechendes Fortbildungszertifikat der Ärztekammern erbracht werden.

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

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAXIS

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



BEREICHE MIT GENEHMIGUNGSVORBEHALT

- Akupunktur
- ambulantes Operieren
- Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- Arthroskopie
- Balneophototherapie
- Blutreinigungsverfahren / Dialyse
- Disease-Management-Programme
- spezialisierte geriatrische Diagnostik
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- Histopathologie Hautkrebs-Screening
- HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
- Hörgeräteversorgung
- Hörgeräteversorgung (Kinder)
- Holmium-Laser-Eingriffe beim benignen Prostatasyndrom
- interventionelle Radiologie
- intravitreale Medikamentengabe
- invasive Kardiologie
- Kapselendoskopie des Dünndarms
- Koloskopie
- Laboratoriumsuntersuchungen
- Langzeit-EKG-Untersuchungen
- Magnetresonanz- / Kernspintomographie
- Magnetresonanz-Angiographie
- Mammographie (kurativ)
- Mammographie-Screening
- Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
- Molekulargenetik
- Neuropsychologische Therapie
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- PET und PET / CT
- photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- phototherapeutische Keratektomie
- Psychotherapie
- schlafbezogene Atmungsstörungen
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- Strahlendiagnostik / -therapie:
 - Konventionelle Röntgendiagnostik
 - Computertomographie
 - Osteodensitometrie
 - Strahlentherapie
 - Nuklearmedizin
- substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- Ultraschalldiagnostik (47 Anwendungsbereiche)
- Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte
- Vakuumbiopsie der Brust
- zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

DIMENSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Seit der grundlegenden Veröffentlichung zur Qualitätsbeurteilung ärztlicher Leistungen durch den Forscher und späteren Professor für Public Health Avedis Donabedian im Jahr 1966 gilt die Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als notwendige Differenzierung. Dies sind damit zentrale Dimensionen der Qualität medizinischer Versorgung. Dieses Modell ist auch heute noch Grundlage aller Definitionen, wird aber je nach Kontext um verschiedene Dimensionen erweitert. So beschreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Qualität in den sechs Dimensionen:

- Effektivität im Sinne einer evidenzbasierten Versorgung und einer Verbesserung des Gesundheitszustands (Outcome) des Patienten oder der Bevölkerungsgruppe,
- Effizienz als Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen,

- Zugänglichkeit als geographisch und zeitlich angemessene Versorgungsstruktur,
- Patientenorientierung als Berücksichtigung der Ansprüche und Präferenzen des Patienten,
- Gerechtigkeit im Sinne der Gleichheit der Versorgung für alle,
- Patientensicherheit durch das Minimieren von Risiken.

Dabei ist zu beachten, dass die Dimensionen Zugänglichkeit und Gerechtigkeit für den Patienten zwar wichtig, vom niedergelassenen Arzt im Rahmen der Versorgung aber nicht beeinflussbar sind. In ähnlicher Weise wie die WHO unterscheidet die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zwischen diesen Dimensionen sowie der zusätzlichen Dimension Kosten. Allerdings werden zur Versorgungsqualität im engeren Sinne nur die drei Kerndimensionen

Effektivität, Patientenorientierung und Patientensicherheit gezählt. Auch der Commonwealth Fund verwendet diese Dimensionen, fügt allerdings als vierte Kerndimension die Koordination der Versorgung im Sinne einer angemessenen Behandlung und Verlaufskontrolle hinzu.

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

STRUKTURQUALITÄT

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

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

PROZESSQUALITÄT

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

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

ERGEBNISQUALITÄT

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

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

GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

ZENTRALE PARAGRAPHEN DES SGB V:

§ 135

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

§ 137

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschuss

§ 135a

Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

§ 137a

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

§ 135b

Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (entspricht § 136 a. F.)

§ 137b

Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschuss an das Institut nach § 137a

§ 136

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Qualitätssicherung

§ 137f

Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

§ 136d

Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

ZUSTÄNDIGKEIT UND ORGANISATION

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

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

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

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

NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

§ 70

Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

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

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

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

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

men der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation benannt worden sind.

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

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

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

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

- zur Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode,
- zur notwendigen Qualifikation der Ärzte,
- zu den apparativen Anforderungen,

➤ zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

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

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

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

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

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

§ 135b Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (entspricht § 136 a. F.)

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

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

Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landes-

verbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden.

§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Qualitätssicherung

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

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei auch die Finanzierung der zur Qualitätssicherung erforderlichen Strukturen insbesondere über Qualitätssicherungszuschläge regeln.

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

§ 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

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

§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ein System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen zum Beispiel nach § 136 in Eskalationsstufen festzulegen. Maßnahmen können dabei sein: Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs für definierte Leistungen, Information Dritter über Verstöße, Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

Vergütungsabschläge sind ebenfalls vorsehen, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser unterschritten wird, es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.



§ 137a**Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen**

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

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

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

§ 137b**Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschuss an das Institut nach § 137a**

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

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

§ 137f**Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten**

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

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

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

§ 139a**Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

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

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

AKKREDITIERUNG:

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

AQUIK® – AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN:

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

AUDIT:

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

BEHANDLUNGSPFAD:

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

A

BENCHMARKING:

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

CASE MANAGEMENT:

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

DIN:

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

DIN EN ISO 9000 FF.:

Diese internationale, erstmals Ende der Achtzigerjahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen). DIN EN ISO 9000:2005 definiert Grundlagen und Begriffe. DIN EN ISO 9001:2008 legt Anforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung. DIN EN ISO 9004:2009 stellt einen Leitfaden zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen und einer durchgängigen Leistungsverbesserung in der Organisation dar. Vorgaben zur Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung gehören nicht zum Inhalt der Normen. Die Qualität des Produkts beziehungsweise der Dienstleistung sowie die zur Zielerreichung erforderlichen Unternehmensprozesse

legt das zu zertifizierende Unternehmen fest. Akkreditierte Zertifizierungsstellen überprüfen im Rahmen einer Zertifizierung durch besonders geschulte Auditoren, ob die in DIN EN ISO 9001:2008 festgelegten Standards nachgewiesen werden können beziehungsweise ob in den folgenden Überwachungs- beziehungsweise Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME (DMP):

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

EFFEKTIVITÄT:

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

EFFIZIENZ:

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

B**C****D****E**

EINHEITLICHER BEWERTUNGS- MASSSTAB (EBM):

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTA- TIONSPRÜFUNG:

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

falls müssen die Bestehenskriterien der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

EN:

Europäische Norm

ERGEBNISQUALITÄT:

siehe Qualitätsdimensionen

EVALUATION:

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

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (EBM):

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

FEEDBACK:

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

FORTBILDUNG:

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

FREQUENZREGELUNGEN:

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

GEMEINSAMER BUNDES- AUSSCHUSS (G-BA):

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenversicherungen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

GENEHMIGUNGSPFLICHT:

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

GKV-SPITZENVERBAND:

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

HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG:



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

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA):

Evaluation eines medizinischen Verfahrens hinsichtlich des Nachweises seiner Sicherheit, absoluten Wirksamkeit, Kosten, Kosteneffektivität, Akzeptanz und juristischen sowie ethischen Implikati-



onen, sowohl in absoluter Betrachtung als auch im Vergleich zu anderen damit konkurrierenden Verfahren. HTA ist eines der wichtigsten Instrumente der evidenzbasierten Medizin.

HYGIENEPRÜFUNGEN:

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

INTEGRIERTE VERSORGUNG:



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

ISO:

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

KOLLEKTIVVERTRAG:



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

KOLLOQUIEN:

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

KTQ®:

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

Arztpraxen, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Hospize und Rettungsdienste.

LEITLINIEN:

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

MEDIZINPRODUKTEGESETZ (MPG):

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

MEDIZINPRODUKTE-BETREIBER-VERORDNUNG (MPBetreibV):

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

NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIEN:

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

NUTZEN:

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

PEER REVIEW:

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

PLAUSIBILITÄTSKONTROLLE:

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

PRAXISBEGEHUNGEN:

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

PROZESSQUALITÄT:

siehe Qualitätsdimensionen

QUALITÄT:

Nach der DIN EN ISO 9000:2005 wird Qualität als „die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festge-

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

QUALITÄTSDIMENSIONEN:

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

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

QUALITÄTSINDIKATOR:

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

QUALITÄTSMANAGEMENT:

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

QUALITÄTSSICHERUNG:

Unter Qualitätssicherung als Synonym für Qualitätssicherung sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Versicherten und Partnern im Gesundheitswesen

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

QUALITÄTSSICHERUNGSBEAUFTRAGTE:

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

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN:

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

QUALITÄTSSICHERUNGSRICHTLINIEN DER KBV:

Die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungsrichtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V schaffen strukturelle Voraussetzungen durch eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, durch das Berufen eines Qualitätssicherungsbeauftragten in den KVen, das Einrichten von Qualitätssicherungskommissionen und der Geschäftsstelle

Qualitätssicherung bei den KVen. Als Verfahren zur Qualitätssicherung werden Qualitätszirkel, Ringversuche, Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben) und Kolloquien eingesetzt.

QUALITÄTSZIRKEL:

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

QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN – QEP®:

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

RELIABILITÄT:

R

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

REZERTIFIZIERUNG:

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

RICHTLINIE:

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

RINGVERSUCH:

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

STANDARD:

S

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

STRUKTURQUALITÄT:

siehe Qualitätsdimensionen

VALIDITÄT:

V

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

Belastbarkeit einer wissenschaftlichen Feststellung getroffen werden.

VERSORGUNGSFORSCHUNG:

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

WIRKSAMKEIT:

W

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

ZERTIFIZIERUNG:

Z

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

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

ARZTSTRUKTUR 2016

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten.
Bundesarztregister, Stand 31. Dezember 2016

ARZTGRUPPE / SCHWERPUNKTBZW. FACHARZTBEZEICHNUNG	VERTRAGSÄRZTE / -PSYCHOTHERAPEUTEN	PARTNER-ÄRZTE / -PSYCHOTHERAPEUTEN	ANGESTELLTE ÄRZTE / PSYCHOTHERAPEUTEN IN EINRICHTUNGEN**	ANGESTELLTE ÄRZTE / PSYCHOTHERAPEUTEN IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	SUMME
Allgemeinärzte	29.762	30	1.011	4.025	37	34.865
Praktische Ärzte / Ärzte	4.709	4	72	308	70	5.163
Anästhesisten	2.377	19	531	432	583	3.942
Augenärzte	4.355	23	660	922	186	6.146
Chirurgen	3.068	23	1.084	334	1.610	6.119
– Gefäßchirurgie	293	1	174	41	364	873
– Kinderchirurgie	109	0	33	7	119	268
– Plastische Chirurgie	226	3	45	25	116	415
– Thoraxchirurgie / Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	14	0	13	0	78	105
– Unfallchirurgie	1.272	7	307	91	502	217
– Viszeralchirurgie	191	3	152	26	451	823
Frauenärzte	8.861	80	997	1.194	1.132	12.264
– Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	126	4	56	28	9	223
– Gynäkologische Onkologie	114	2	28	12	189	345
– Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	74	0	32	17	120	243
HNO-Ärzte	3.605	21	265	355	211	4.457
– Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie	134	1	14	18	32	199
Hautärzte	2.985	49	193	533	122	3.882
Humangenetiker	77	0	161	28	5	271
Internisten *	18.706	181	2.777	3.011	2.137	26.812
– Hausärztlich tätige Internisten	11.823	15	1.049	1.966	0	14.853
– Fachärztlich tätige Internisten	6.883	166	1.728	1.045	0	9.822
Internisten, die als Fachinternisten tätig sind, einschl. Ermächtigte	6.883	166	1.728	1.045	2.137	11.959
– Angiologie	311	3	71	41	121	547
– Diabetologie / Endokrinologie (und Diabetologie)	140	4	53	22	94	313
– Gastroenterologie	925	43	277	144	546	1.935
– Geriatrie	2	0	0	0	2	4
– Hämatologie / Hämatologie und internistische Onkologie	559	14	283	93	233	1.182
– Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin	0	0	0	0	1	1
– Kardiologie	1.734	58	329	322	646	3.089
– Nephrologie	973	27	375	191	123	1.689
– Pneumologie / Lungen- und Bronchialheilkunde	913	11	139	92	239	1.394
– Rheumatologie	356	6	97	44	106	609



ARZTGRUPPE / SCHWERPUNKTBZW. FACHARZTBEZEICHNUNG	VERTRAGSÄRZTE / -PSYCHO-THERAPEUTEN	PARTNER-ÄRZTE / -PSYCHO-THERAPEUTEN	ANGESTELLTE ÄRZTE / PSYCHO-THERAPEUTEN IN EINRICHTUNGEN **	ANGESTELLTE ÄRZTE / PSYCHO-THERAPEUTEN IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	SUMME
Kinderärzte	5.290	66	471	841	841	7.509
– Infektiologie	0	0	0	0	1	1
– Kinderendokrinologie und -diabetologie	7	0	5	0	13	25
– Kindergastroenterologie	1	0	3	0	9	13
– Kinderhämatologie / Kinderonkologie	29	0	8	7	53	97
– Kinderkardiologie	232	3	27	18	92	372
– Kinderneurologie	12	0	2	0	7	21
– Kinderneuropsychiatrie	2	0	0	0	0	2
– Kinderpneumologie / Kinderlungen und -bronchialheilkunde	46	0	15	4	27	92
– Kinderreumatologie	0	0	1	0	5	6
– Neonatologie	430	6	47	45	262	790
– Neuropädiatrie	182	1	20	15	167	385
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	4.902	38	68	133	78	5.219
Kinder- und Jugendpsychiater	836	1	69	115	30	1.051
Laborärzte	195	1	932	61	29	1.218
– Biochemie	2	0	2	1	1	6
– Immunologie	4	0	4	1	2	11
– Laboratoriumsmedizin	161	1	712	46	14	934
– Mikrobiologie	55	0	345	29	13	442
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	1.062	0	46	70	37	1.215
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	4.152	39	755	373	533	5.852
– Nervenheilkunde	1.569	6	145	81	91	1.892
– Neurologie	1.787	27	462	222	371	2.869
– Psychiatrie	2.099	18	272	141	140	2.670
– Forensische Psychiatrie	8	0	2	0	3	13
– Kinderneuropsychiatrie	2	0	0	0	0	2
Neurochirurgen	481	0	421	70	87	1.059
Nuklearmediziner	502	0	274	156	21	953
Orthopäden	4.916	88	898	564	603	7.069
– Orthopädie	4.019	46	429	255	350	5.099
– Orthopädie und Unfallchirurgie	1.822	58	590	347	446	3.263
– Rheumatologie	365	4	38	25	77	509
Pathologen	529	0	293	194	43	1.059
– Neuropathologie	9	0	17	5	3	34
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	410	0	132	66	8	616
Ärztliche Psychotherapeuten	5.675	11	184	79	89	6.038
– Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	2.462	4	67	26	37	2.596
Psychologische Psychotherapeuten	17.060	299	479	592	163	18.593
Radiologen	1.903	40	775	706	614	4.038
– Kinderradiologie	21	1	12	6	44	84
– Neuroradiologie	119	5	27	31	72	254
– Strahlentherapie	6	0	2	2	5	15
Strahlentherapeuten	236	0	568	139	19	962
Transfusionsmediziner	38	0	100	7	31	176
Urologen	2.565	25	227	210	261	3.288
Übrige Arztgruppen	0	0	6	0	24	30
Summe	129.257	1.038	14.449	15.518	9.604	169.866

* seit dem 31.12.2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

** Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Einrichtungen und kommunale Einrichtungen

ABKÜRZUNGEN

Aids	acquired immunodeficiency syndrome (erworbenes Immunschwäche-Syndrom)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
CIRS	Critical Incident Reporting-System
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Atemwegserkrankung)
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKG	Elektrokardiographie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HIV	human immunodeficiency virus (Humanes Immundefizienz-Virus)
ISO 9001	Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem der Internationalen Organisation für Normung (International Organization for Standardization)
IVM	intravitreale Medikamenteneingabe
k. A.	keine Angabe
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KH	Krankenhaus
KHK	koronare Herzerkrankung
KM6	Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDL	low density lipoprotein (Lipoprotein geringer Dichte, ein Protein zum Transport von Blutfetten)
Lp(a)	spezielles Lipoprotein
MRA	Magnetresonanztomographie
MRM	Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie der Mamma
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
PCI	percutaneous coronary intervention (perkutane Koronarintervention)
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Methode, abgekürzt PDCA-Zyklus oder -Methode
PVS	Praxisverwaltungssoftware
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen

Qesü-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	fünftes Sozialgesetzbuch
sQS	sektorenübergreifende Qualitätssicherung
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

ABKÜRZUNGEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

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

QUELLEN

- Bundesministerium für Gesundheit. Amtliche Statistik KM6 Teil II (2008 bis 2016)
- Internetauftritte und Datenerhebungen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder
- Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press 2006, New York NY
- WHO. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. WHO press 2006
- Pfandzelter R. Fortbildungsheft 11 der KBV 2014. Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung

URL: http://www.kbv.de/media/sp/2014_11_20_Fortbildungsheft_11_webVersion.pdf; Zugriff: 1.12.2017
- Lauerer M, Emmert M, Schöffski O. Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Schriften zur Gesundheitsökonomie 18; HERZ, Burgdorf 2011
- Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework. OECD Health Working Papers No. 23; OECD 2006
- The Commonwealth Fund. Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. 2010 Update.

URL: <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2010/Jun/Mirror-Mirror-Update.aspx?page=all>; Zugriff: 20.11.2015
- Donabedian A (1966), zitiert in Böcker P. Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Ein praxisorientierter Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen und Bewertungsv erfahren. GRIN Verlag, Norderstedt 2005, S. 8

ADRESSEN

KV BADEN-WÜRTTEMBERG

Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Tel. 0711 7875-0
Fax 0711 7875-3274
www.kvbawue.de

KV BAYERN

Elsenheimerstraße 39
80687 München
Tel. 089 57093-0
Fax 089 57093-2105
www.kvb.de

KV BERLIN

Masurenallee 6 A
14057 Berlin
Tel. 030 31003-0
Fax 030 31003-380
www.kvberlin.de

KV BRANDENBURG

Pappelallee 5
14469 Potsdam
Tel. 0331 2309-0
Fax 0331 2309-175
www.kvbb.de

KV BREMEN

Schwachhauser Heerstraße 26 / 28
28209 Bremen
Tel. 0421 3404-0
Fax 0421 3404-109
www.kvhb.de

KV HAMBURG

Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Tel. 040 22802-0
Fax 040 22802-420
www.kvhh.net

KV HESSEN

Europa-Allee 90
60486 Frankfurt
Tel. 069 24741-6000
Fax 069 24741-68000
www.kvhessen.de

KV MECKLENBURG- VORPOMMERN

Neumühler Straße 22
19057 Schwerin
Tel. 0385 7431-0
Fax 0385 7431-222
www.kvmv.de

KV NIEDERSACHSEN

Berliner Allee 22
30175 Hannover
Tel. 0511 380-03
Fax 0511 380-3491
www.kvn.de

KV NORDRHEIN

Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel. 0211 5970-0
Fax 0211 5970-8287
www.kvno.de

KV RHEINLAND-PFALZ

Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Tel. 06131 326-326
Fax 06131 326-327
www.kv-rlp.de

KV SAARLAND

Europaallee 7 - 9
66113 Saarbrücken
Tel. 0681 9983-70
Fax 0681 9983-7140
www.kvsaarland.de

KV SACHSEN

Schützenhöhe 12
01099 Dresden
Tel. 0351 8290-50
Fax 0351 8290-563
www.kvs-sachsen.de

KV SACHSEN-ANHALT

Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Tel. 0391 627-6000
Fax 0391 627-8999
www.kvsa.de

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

Bismarckallee 1 - 6
23795 Bad Segeberg
Tel. 04551 883-0
Fax 04551 883-209
www.kvsh.de

KV THÜRINGEN

Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Tel. 03643 559-0
Fax 03643 559-191
www.kvt.de

KV WESTFALEN-LIPPE

Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6
44141 Dortmund
Tel. 0231 9432-0
Fax 0231 9432-5555
www.kvwl.de



KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Herbert-Lewin-Platz 2

10623 Berlin

Tel. 030 4005-0

Fax 030 4005-1590

www.kbv.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Ute Wülfing, Claude Reichelt, Dezernat Ambulante Qualitätsförderung und Darstellung, Dezernat Kommunikation, unterstützt von weiteren Organisationseinheiten der KBV, insbesondere Dezernat Sektorenübergreifende Qualitäts- und Versorgungskonzepte, sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Gestaltung: www.gda-kommunikation.de

Druck: www.motivoffset.de

Fotos: (Titel) Cecilie_Arcurs / iStockphoto, (2) Lopata / axentis, (6) wmiami / iStockphoto, (8) Nikada / iStockphoto, (9, 117) JohnnyGreig / iStockphoto, (12, 133) Katrin Marquardt, (17) Balavan / iStockphoto, (18) Ralph Penno, (21, 141, 142) Tomml / iStockphoto, (23) Brainsil / iStockphoto, (26) ISO K°-Photographie / Fotolia, (28) KV Sachsen-Anhalt, (29, 98) alvarez / iStockphoto, (31, 105) GlobalStock / iStockphoto, (35) KV Bayerns, (36) Mutlu Kurtbas / iStockphoto, (38) baona / iStockphoto, (39) spark067 / iStockphoto, (40) maodesign / iStockphoto, (41) zlikovec / iStockphoto, (43) Otto Hillebrand, (45) SimmiSimmons / iStockphoto, (46) picsfive / Fotolia, (57, 90) choja / iStockphoto, (58) Eric Erbe / wikimedia, (62) djgunner / iStockphoto, (64) robertprzybysz / iStockphoto, (67) Robert Kühlmann / Klinikum Ernst v. Bergemann, (69) Bernd Bertram, (73) cosinart / iStockphoto, (75) Christoph Rieken, (78) science photo / Fotolia, (80) Engine Images / iStockphoto, (91) nicolas / iStockphoto, (92) skynesher / iStockphoto, (93) Franz Pfluegl / Shotshop, (94) Kaya Erdem, Düren, (100) Berufsverband d. Augenärzte / Augenärzte Datenbank, (104) Rawpixel / iStockphoto, (109) Christoph Strom / Pro Health Media, (111) BraunS / iStockphoto, (112) mankale / Fotolia, (113) Phototake PM / iStockphoto, (115) Matthias Krüger / iStockphoto, (120) creativecommons: bionerd / wikipedia, (121) fotostorm / iStockphoto, (123) Alexander Raths / iStockphoto, (130) Reinhard Graf, (131) hi studios, (136) ktasimarr / iStockphoto, (137) fluxfoto / iStockphoto, (140) salvador burciaga / Pantherstock, (150) sturti / iStockphoto, (159) Kerstin Berger

Stand: Dezember 2017

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form der Berufsbezeichnung gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.